

ESCUELA NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA

I N A H

S E P



**“La alcoholización como proceso biosociocultural
en comunidades mazahuas del Estado de México”**

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA FÍSICA

P R E S E N T A
BEATRIZ LEÓN PARRA

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. FLORENCIA PEÑA SAINT MARTIN

MÉXICO, D. F.

2010

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	8
Capítulo 1. Propuesta metodológica para el estudio antropofísico de la alcoholización en contextos interculturales	11
1.1. Justificación	11
1.2. Objetivos	16
1.2.1. General	
1.2.2. Específicos	
1.3. Planteamiento del problema	17
1.3. 1. Preguntas de investigación	
1.4. Hipótesis	22
1.5. Ejes y variables de análisis	23
1.5.1. Conceptualización	
1.5.2. Operacionalización	
1.6. Método	32
1.6.1. Diseño de investigación	
1.6.2. Universo de trabajo	
1.6.3. Muestreo y muestra	
1.6.4. Estrategia metodológica	
1.6.5. Técnicas, instrumentos y herramientas	
1.6.6. Levantamiento de datos	
1.6.7. Procesamiento de información	
Capítulo 2. Alcoholismo como enfermedad	37
2.1. Aspectos generales sobre el alcohol y su consumo	38
2.1.1. ¿Qué es el alcohol?	
2.1.2. Metabolismo del etanol	
2.1.3. Efectos del consumo de alcohol	
2.1.4. Daños del consumo	
2.1.5. Criterios diagnósticos de abuso y dependencia	
2.1.6. Estándares de consumo	
2.1.7. Del uso a la dependencia alcohólica	
2.1.8. Tipología de usuarios de alcohol	
2.1.9. Factores de riesgo asociados al consumo	

	PÁGINA
2.2. Perspectivas teóricas sobre el consumo de alcohol	62
2.2.1. Enfoques teóricos	
2.2.1.1. Enfoque evolucionista	
2.2.1.2. Enfoque ético-moral	
2.2.1.3. Enfoque legal	
2.2.1.4. Enfoque religioso-espiritual	
2.2.1.5. Enfoque médico-sanitarista	
2.2.1.6. Enfoque de riesgo	
2.2.1.7. Enfoque psicosocial	
2.2.1.8. Enfoque sociocultural	
2.2.1.9. Enfoque integrativo	
2.2.2. Modelos explicativos	68
2.2.2.1. Modelos y teorías parciales	
2.2.2.2. Modelos y teorías evolutivos	
2.2.2.3. Modelos y teorías comprensivos	
2.2.3. Modelos de intervención	81
2.2.3.1. Modelo biomédico	
2.2.3.2. Modelo de salud pública	
2.2.3.3. Modelos sociales y socio-cognitivos	
2.2.3.4. Modelo biopsicosocial	
2.2.3.5. Modelo comunitario y de participación social	
2.2.3.6. Modelos integradores	
2.3. Vicisitudes del modelo biomédico	84
2.3.1. Teorías, métodos y postulados	
2.3.2. Evaluación y detección del consumo de alcohol	
2.3.3. Políticas y programas de atención	
2.3.4. Limitaciones del modelo biomédico	
Capítulo 3. El papel de la sociedad y la cultura en el consumo de alcohol	98
3.1. Epidemiología del consumo de alcohol	99
3.1.1. Panorama mundial sobre el consumo	
3.1.2. El consumo de alcohol en México	
3.1.3. El consumo en poblaciones rurales e indígenas	
3.2. Panorama histórico sobre el uso y la regulación de bebidas alcohólicas	116
3.2.1. El mundo Antiguo	
3.2.2. América precolombina	
3.2.3. La Conquista española	
3.2.4. La Colonia en México	
3.2.5. Época Contemporánea	

	PÁGINA
3.3. Una visión alternativa: aproximación clínica <i>versus</i> aproximación sociocultural	153
3.4. Perspectiva antropológica: ¿alcoholismo, embriaguez o alcoholización?	156
3.5. Miradas antropológicas sobre el uso de alcohol en México	168
3.6. El enfoque del “curso de vida”	175
Capítulo 4. Los mazahuas mexiquenses	183
4.1. Los pueblos indígenas en México	184
4.1.1. La identidad de los indígenas mexicanos	
4.1.2. Sociodemografía indígena	
4.1.3. Desarrollo de los pueblos indígenas en el contexto nacional	
4.1.4. La salud de las poblaciones indígenas	
4.2. Los pueblos mazahuas	204
4.2.1. Antecedentes históricos	
4.2.2. Características geográficas	
4.2.3. Infraestructura y servicios	
4.2.4. Composición y distribución sociodemográfica	
4.2.5. Reproducción socioeconómica	
4.2.5.1. Migración	
4.2.5.2. Mazahuas en la Ciudad	
4.2.6. Organización social	
4.2.7. Información sociocultural	
4.2.7.1 Lengua	
4.2.7.2. Cosmogonía y religión	
4.2.7.3. Vestido	
4.2.7.4. Artesanías	
4.2.7.5. Festividades	
4.3. La salud de los mazahuas	236
4.3.1. Principales problemas de salud	
4.3.2. Respuesta social: organización familiar, sentido común y medicina tradicional	
4.3.3. Respuesta institucional: salud-enfermedad-atención	

	PÁGINA
Capítulo 5. Resultados: Una aproximación biosociocultural para el análisis de la alcoholización en escenarios interculturales	249
5.1. La alcoholización en comunidades mazahuas del Estado de México: Principales hallazgos	254
5.1.1. Consumo de alcohol en la vida cotidiana de los mazahuas	
5.1.1.1. Ingesta de alcohol en el sistema familiar	
5.1.1.2. Uso de alcohol en actividades laborales	
5.1.1.3. El papel del alcohol en fiestas civiles y religiosas	
5.1.1.4. Importación y exportación del consumo de alcohol	
5.1.2. El impacto del consumo en las comunidades mazahuas	
5.1.2.1. Condiciones, efectos y daños orgánicos de la ingesta de bebidas alcohólicas: Dimensión biológica	
5.1.2.2. Condicionamientos y repercusiones sociales del consumo de alcohol en las familias mazahuas: Dimensión sociocultural	
5.1.3. Atención del consumo de alcohol en este contexto	
5.1.3.1. Desde las instituciones	
5.1.3.2. Desde la sociedad	
5.2. A manera de discusión: De la perspectiva biomédica al enfoque antropofísico de la alcoholización	350
5.2.1. Abordaje biosociocultural de la alcoholización en poblaciones mexicanas indígenas	
5.2.2. Aportaciones para el diseño de políticas públicas y servicios de atención del uso problemático de alcohol en poblaciones étnicas	
5.2.3. Alcances y limitaciones de este estudio	
5.2.4. Necesidades para la continuidad de la investigación	
 REFERENCIAS	 403
 ANEXOS	 446

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁGINA
Figura 1: Molécula de etanol	38
Figura 2: Vías dopaminérgicas y serotóninérgicas del cerebro humano	40
Figura 3: Efectos agudos del alcohol por concentración de alcohol en la sangre	41
Figura 4: Ciclo de absorción del alcohol en el organismo	43
Figura 5: Ciclo conductual de la ingesta alcohólica en el dependiente	45
Tabla 1: Estándares y equivalencias de consumo de alcohol	47
Figura 6: Comparativo de bebidas alcohólicas	48
Tabla 2: Factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas	56
Tabla 3: Teorías y modelos explicativos del consumo de alcohol	69
Tabla 4: Líneas de acción del modelo biomédico	84
Figura 7: Algoritmo de intervención médico-psiquiátrica en los trastornos relacionados con el alcohol	89
Tabla 5: Balance de aproximaciones teóricas en torno al consumo de alcohol	97
Tabla 6: Variación del consumo <i>per cápita</i> de alcohol en población mayor de 15 años	102
Tabla 7: Crecimiento económico, poblacional y del consumo de alcohol entre 1970 y 2004	102
Figura 8: Consumo <i>per cápita</i> de alcohol en el mundo por tipo de bebida	103
Tabla 8: Prevalencias de consumo de alcohol en el Estado de México, registradas en la ENA, 2008. Población de 12 a 65 años	109
Figura 9: Distribución de bebidas alcohólicas que componen el consumo nacional aparente de alcohol en individuos mayores de 15 años	110

	PÁGINA
Figura 10: Bebidas consumidas por grupo de edad	114
Figura 11: Tipo de bebidas consumidas	114
Tabla 9: Población indígena en México	189
Tabla 10: Principales programas de salud que atienden a la población indígena	245
Tabla 11: Procedimientos y grupos poblacionales de investigación	250
Tabla 12: Composición y distribución de la población de estudio	253
Tabla 13: Consumo de alcohol en las comunidades mazahuas	261
Tabla 14: Consumo de alcohol en la vida cotidiana	262

INTRODUCCIÓN

"Crear una nueva cultura no significa sólo hacer individualmente descubrimientos 'originales'; significa también, y sobre todo, difundir críticamente verdades ya descubiertas, socializarlas por así decirlo; y, por lo tanto, transformarlas en base de acciones vitales, en elemento de coordinación y de orden intelectual y moral. El hecho de que una multitud de hombres sea conducida a pensar coherentemente y de manera unitaria la realidad presente es un hecho 'filosófico' tanto más importante y 'original' que el descubrimiento, por parte de un 'genio' filosófico, de una nueva verdad que permanezca como patrimonio de pequeños grupos intelectuales"
(Gramsci, 1999: 95-96).

En la actualidad, el consumo explosivo y abusivo de bebidas alcohólicas se relaciona con índices elevados de morbilidad y mortalidad, violencia intrafamiliar, conflictos sociales, etc. Nuestro país no escapa a esta realidad; cada día son más los mexicanos y mexicanas que consumen diferentes tipos de bebidas alcohólicas a edades más tempranas, con los consecuentes perjuicios a la salud individual, familiar y social.

Sin embargo, aún destaca la necesidad de contar con estudios interdisciplinarios que contribuyan al diseño de políticas de salud más equitativas e interculturales y a la puesta en marcha de servicios de atención que resulten más acordes a las características y demandas de la población que padece los problemas generados por el uso y abuso de bebidas etílicas. El objetivo es mejorar las condiciones de salud en un marco de reconocimiento y respeto a las diferencias culturales.

Este trabajo sistematiza las aportaciones de diferentes investigaciones antropológicas sobre el consumo de bebidas alcohólicas en diversos escenarios y grupos étnicos de nuestra sociedad. Asimismo, se hace un recuento histórico, en contraste con situaciones contemporáneas, que expone las creencias, tradiciones, costumbres, rituales y significados atribuidos al alcohol y su ingesta, en diferentes momentos sociales. Además, a fin de esclarecer las condicionantes biosocioculturales implicadas en los procesos de alcoholización se describen los "patrones de consumo" en el marco de las circunstancias de vida y contextos individuales y colectivos que los enmarcan; la expresión de factores biológicos, culturales y sociales, las "tipologías" de consumo y los significados implicados en este fenómeno.

En este sentido, en el **capítulo uno** se expone la metodología que se ha seleccionado, a fin de realizar el estudio antropofísico de la alcoholización en contextos interculturales. Esto es, se incluye la justificación de la investigación y el planteamiento del problema, que destacan las dimensiones que ha adquirido el consumo de alcohol en nuestra época y la relevancia que tiene dicho fenómeno como expresión y resultado de la variabilidad biosociocultural humana. Asimismo, en este apartado se exponen los objetivos del estudio, las hipótesis, los ejes y variables de análisis (marcadores biológicos, sistema familiar y curso de vida), así como los procedimientos y delimitaciones para abordar dichas categorías en el contexto y con la población de interés: mazahuas del Estado de México, tomando en cuenta las características históricas, geográficas, demográficas y socioculturales propias de este grupo étnico y de la comunidad y la familia, donde habitan, conviven y se desarrollan. Cabe precisar que se eligió al grupo étnico de los mazahuas, debido a que presentan elevadas tasas de morbimortalidad por cirrosis hepática a temprana edad, porque residen en la zona central del país donde el consumo de bebidas alcohólicas presenta una prevalencia por arriba de la media nacional y porque, debido a la cercanía con el Distrito Federal, resultan una población accesible para el estudio en cuestión.

En el **capítulo dos**, denominado “alcoholismo como enfermedad” se integran una serie de definiciones, modelos, enfoques y perspectivas teóricas (explicativas y de intervención) en torno al alcohol y su consumo. Esencialmente, los contenidos se fundamentan desde el modelo biomédico que lo concibe como un “síndrome”, “enfermedad”, conjunto de signos y síntomas, que son producto de las diferencias en las dosis, bebidas, patrones y tipos de consumo, esto es, que varían de leve a moderado en función de la intoxicación, abuso y dependencia de las bebidas alcohólicas. Así también, se describen los factores de riesgo asociados al consumo y se discute la importancia de su evaluación y detección, tanto para el diseño de políticas y programas de atención, como para posibilitar la proporción de servicios más oportunos para la población.

En el **capítulo tres**, primero se incluye una sección de epidemiología del consumo de alcohol, con la finalidad de ilustrar la magnitud, distribución y características del uso y abuso de bebidas alcohólicas, a partir de las últimas encuestas realizadas a nivel mundial y nacional, estableciendo una comparación entre diferentes regiones, sectores poblacionales, grupos etáneos, sexo, etcétera. Posteriormente, se discute el papel de la sociedad y la cultura en el consumo de alcohol; para ello, se describe un panorama histórico sobre el uso y la regulación del consumo de bebidas alcohólicas en la antigüedad, la época precolombina, la conquista española, la Colonia en México y la época contemporánea. Como tercer punto, se analizan algunas de las limitantes de la aproximación clínica y se fundamenta la propuesta de una aproximación sociocultural, particularmente antropológica, para abordar los procesos de alcoholización, rescatando el enfoque del “curso de vida”.

En el **capítulo cuatro** se incorpora la información sobre los mazahuas mexiquenses obtenida a partir del estudio documental y etnográfico. Para ello, se

incorporan algunos datos históricos y sociodemográficos sobre los pueblos indígenas en México en general y sobre las comunidades mazahuas en particular, enfatizando los problemas que se presentan dentro del proceso salud-enfermedad-atención en su contexto.

El **capítulo cinco** contiene los resultados de la investigación; por tanto, se exponen las características de la alcoholización, en las condiciones y modos de vida de los individuos, familias y comunidades mazahuas. Además, se describen las aportaciones, limitaciones y sugerencias del estudio. Este capítulo se integra con la información obtenida a partir de la etnografía y del trabajo de campo, así como su análisis y discusión teórico-metodológica en el marco de la antropología física.

El panorama sanitario actual muestra datos evidentes en torno a diversos problemas vinculados al abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas, nuevos retos a enfrentar y rezagos sobre los que la sociedad demanda respuestas más eficientes al respecto. Se requieren en consecuencia, estrategias distintas, más complementarias y con alcances globales. Es necesario diseñar e instrumentar líneas de acción: políticas, económicas; técnicas y científicas, que redunden en la prevención, tratamiento y, de manera enfática, en la investigación de fenómenos como el uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas.

Se reconoce la necesidad de aprender más sobre las formas en que las personas se comportan en sus diferentes ámbitos de desarrollo y acción (familiar, escolar, laboral, comunitario, etc.). Es necesario que la ciencia proporcione soluciones prácticas que puedan aplicarse a los principales problemas del mundo actual, como ejemplo para el caso, que la gente aprenda a beber de modo responsable, que sepa qué hacer en caso de congestión alcohólica mediante primeros auxilios, que conozca alternativas para reducción de daños asociados, etc.

En esta vertiente, se considera que la antropología, proporciona información científica, a fin de facilitar aproximaciones e intervenciones más oportunas a la población que abusa del alcohol y demás personas afectadas por el problema.

Desde su óptica muy particular, la antropología física puede participar en el estudio y abordaje de cuestiones como la alcoholización y sus numerosas implicaciones, ubicándose del lado de la prevención, tratamiento y rehabilitación, mediante programas y estrategias educativas a implementar en los escenarios clave, o bien, en la investigación, a través de estudios que den cuenta de planteamientos de tipo sociocultural que se relacionen con el consumo de alcohol en diferentes contextos y dinámicas sociales.

El enfoque que se da a un área depende de los objetivos de la investigación y determina los tipos de preguntas que se hacen, además de definir cómo y dónde se buscan las respuestas, desempeñando un papel muy importante en la conformación del trabajo científico y caracterizando, como se describe a lo largo del presente estudio, a esta disciplina.

CAPÍTULO 1. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL ESTUDIO ANTROPOFÍSICO DE LA ALCOHOLIZACIÓN EN CONTEXTOS INTERCULTURALES

1.1. Justificación

En la actualidad, el consumo de alcohol se ha incrementado y diversificado de modo considerable en nuestra sociedad. Se ha vuelto un problema social y de salud pública complejo en su abordaje, que requiere de esfuerzos coordinados y de la participación permanente de diferentes sectores e instancias que garanticen investigaciones y acciones integrales.

En el consumo de bebidas alcohólicas intervienen diversos factores: la persona que las consume, el tipo de bebida, cantidad de alcohol ingerido, frecuencia con que se llega a la intoxicación y condiciones de la situación y del contexto en que se bebe. Cada uno de estos influye de manera trascendente en la manifestación de los problemas derivados. Así, las consecuencias de este consumo y la respuesta social que se genera para afrontarlas suelen ser muy distintas; entre los daños más generalizados e innegables de este hecho se ubican el decremento de la salud, deficiencias en la economía y la productividad; conflictos interpersonales, violencia familiar y social, accidentes de tránsito, riñas y homicidios, cambios en la dinámica de una comunidad, entre otras. Por tanto, para estudiar este problema, necesariamente se debe referir la interacción de variables de orden *individual* (biológicas; fisiológicas y psicológicas), *familiar* (consumo de los padres, disponibilidad de las bebidas, reglas difusas, violencia, etc.), *social* (formas de convivencia asociadas al consumo, presión del grupo de pertenencia, disponibilidad de sustancias, legislación deficiente para regular la venta y publicidad de bebidas alcohólicas, etc.) y *cultural* (simbolismos, creencias, representaciones, rituales, costumbres, tradiciones que legitiman el consumo, etcétera.).

En materia de salud, el abuso en el consumo de alcohol está asociado con cinco de las diez principales causas de defunción poblacional, entre las que destacan los padecimientos hepáticos, insuficiencias respiratorias y cardíacas (SSA, 2006a). Representa casi la décima parte de todo el peso de la enfermedad y de los accidentes de nuestro país (Frenk *et al.*, 2002). En los últimos 15 años, las causas de morbilidad de los mexicanos “variaron de los males infecciosos a las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas en gran medida con el aumento en el consumo de tabaco y alcohol” (SSA, *op. cit.*). Cada año fallecen más de 30 mil mexicanos por enfermedades, lesiones, accidentes y complicaciones relacionadas con la ingestión de bebidas etílicas. La tasa de mortalidad por cirrosis hepática es una de las más altas del mundo (23 a 140 por cada 100,000 habitantes) y representa la primera causa de muerte en los varones entre 35 y 64 años de edad (*Ídem*). Los mayores índices de mortalidad se concentran precisamente en los estados productores de pulque como Tlaxcala, Estado de México, Hidalgo y algunas demarcaciones del Distrito Federal (Tlahuac, Milpa Alta y Cuajimalpa), debido tal vez a la misma disponibilidad del alcohol.

En el México actual, más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años (30% de la población con estas edades) consumen bebidas alcohólicas de manera habitual (por lo menos dos veces al mes), mientras que otros 13 millones de personas consumieron alcohol en el pasado (más de cinco años sin consumir) (SSA, 2009b). Los hombres adultos dependen del alcohol con mayor frecuencia, sin embargo, en los últimos años, tanto los jóvenes como las mujeres han incrementado su uso de manera significativa.

Con este panorama, es de esperarse que el uso de alcohol y sus efectos en el individuo, la familia y la sociedad se sigan incrementando a escala social en las próximas décadas. Por ello, el uso de alcohol se constituye como un fenómeno social complejo, que requiere de análisis e intervenciones más acordes a las necesidades de la población y a las características del contexto.

Al señalar que el consumo de alcohol actualmente constituye un grave problema, no se está afirmando nada nuevo. Sin embargo, la relevancia de enfatizarlo se relaciona directamente con un fenómeno de la sociedad en general y de las sociedades indígenas en particular, al destacar la “carga ideológica” (tradiciones, costumbres, representaciones, creencias, prejuicios, etc.) implícita en la valoración social y cultural que el uso de alcohol tiene en este ámbito.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) han ubicado a las poblaciones indígenas dentro de los grupos más vulnerables ante el consumo de bebidas alcohólicas y sus efectos. Por circunstancias de pobreza, deficiencias en la salud, desnutrición o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida, al no contar con los recursos mínimos para satisfacer sus necesidades básicas. “La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades” (www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/grupos.htm 28 noviembre 2007).

Desde numerosas fuentes se ha documentado que el consumo de alcohol es uno de los principales problemas que enfrentan actualmente los pueblos indígenas; debido a sus circunstancias de desgaste físico laboral, desconocimiento de sus derechos civiles, carencia de servicios públicos, desigualdad, rechazo y agresión social que incrementan el riesgo de abusar del alcohol, acentúan los daños y dificultan la evaluación y atención del problema (SSA, 2003a). En el centro del país, por ejemplo, donde se concentran grandes grupos de población indígena, las tasas de cirrosis hepática son las más altas de la República. Este abuso en el consumo se vincula estrechamente con un sinfín de factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales; sin embargo, para los grupos indígenas, el uso de bebidas alcohólicas no se percibe como un problema porque muchas veces está legitimado como parte de su cultura (Medina-Mora *et al.*, 2000).

Durante mucho tiempo, el consumo de alcohol ha desempeñado un papel decisivo en la estigmatización de los grupos indígenas, lo que trajo como consecuencia la creación de una “serie de estereotipos *anti-indígenas* que se basan

en la supuesta existencia de un alcoholismo inveterado, incontrolable, violento, depauperante” (*Ídem*: 12). Incluso, el sector médico, vincula el consumo excesivo de alcohol con la pobreza, la marginación y la etnicidad. Estos prejuicios han llevado a destacar los componentes negativos de la ingesta y a referir hasta un factor genético que predispone a los indígenas para beber en mayor cantidad y padecer más los daños del consumo; aspectos que contrastan cuando se tiene conocimiento del uso ritual y médico que algunos pueblos indígenas le otorgan a ciertas sustancias como el tabaco, el peyote o el pulque. Históricamente, en la mayoría de los grupos étnicos, el consumo de alcohol se remonta a la época de la Colonia y se inscribe en rituales que son parte de sus creencias, sus costumbres, su tradición y aún, como “escape ante su situación” vulnerada e impuesta desde la estructura social.

No se niega que diversos factores como la tolerancia social hacia el consumo de alcohol, el hecho de tener familiares y amigos que beben con regularidad o como parte de su alimentación, la disponibilidad de diferentes bebidas en estas regiones, la carencia de opciones para configurar sus proyectos de vida; el rechazo de su identidad, los procesos de migración, la promoción e imitación de estilos urbanos, etc. conforman una serie de condiciones que influyen en el incremento del consumo de alcohol entre los indígenas, alterando considerablemente su estado general de salud y desequilibrando su sistema de organización social.

El problema en estas poblaciones se complica aún más por la frustración y la impotencia producto de la pobreza y la marginación, las dificultades de acceso a los servicios médicos, carencia de instancias especializadas en el tema y el desconocimiento de las consecuencias en la salud y de las prácticas y significados asociados al consumo que se encuentran culturalmente arraigados y se mantienen hasta nuestros días (Rocabado, 1995: 13).

La escasez de estudios transculturales sobre la salud de los grupos étnicos y la insuficiente evaluación de los programas que operan en estas regiones, también son reflejo de la marginación. El conocimiento de las condiciones de salud y vida de los indígenas mexicanos ha sido limitado; las acciones se han basado hasta ahora, en información parcial que en ocasiones dista de la realidad y la cultura.

A pesar de los avances en el conocimiento de los patrones de consumo de alcohol en los ámbitos urbanos del país, poco se sabe al respecto en los medios rurales e indígenas. Se estima que el abuso en el consumo y la dependencia de alcohol equivalen a la parte proporcional que se observa en poblaciones urbanas; sin embargo, los efectos y las consecuencias se agravan por numerosas circunstancias, al tiempo que, los símbolos y significados asociados en estas poblaciones y las vías de solución al problema desde sus propias concepciones, aún no se retoman.

Por otra parte, la prevención, tratamiento y control de las adicciones se inscriben en el marco que otorga el derecho a la protección a la salud de la población mexicana, consignado como una garantía social en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es regulado por la Ley General de Salud. Las políticas nacionales se sustentan en estrategias enfocadas a la

prevención, tratamiento y rehabilitación, investigación, formación de recursos humanos, así como información, difusión y coordinación para aglutinar el concurso de diferentes instancias públicas, privadas y sociales. Las políticas preventivas deben tener como meta principal disminuir la prevalencia de todos los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol. Desde esta perspectiva, el mayor problema ya no radica en el hecho de que alguien sea alcohólico, sino si su forma de beber lo afecta y en alguna medida repercute a su familia y a la sociedad. Una visión integral conlleva a reflexionar sobre las implicaciones del problema para la salud pública y el bienestar integral de los individuos y sus entornos.

El *Programa de Acción contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*, dentro del *Programa Nacional de Salud* y en el marco del *Plan Nacional de Desarrollo* (2006-2012), se ha propuesto disminuir el consumo, los daños a la salud asociados, padecimientos consecuentes y los problemas económicos y sociales, además de proporcionar servicios de atención más oportunos a quienes lo padecen. Pese a estos avances en el diseño de políticas públicas y la instrumentación de servicios de salud “más inclusivos”, aún se sabe poco o no se explicitan totalmente las costumbres, prácticas y representaciones que se gestan en torno al uso de bebidas alcohólicas en diferentes sociedades.

Desde hace mucho tiempo, las ciencias médicas han abordado al consumo de alcohol desde enfoques que se han instaurado como líneas hegemónicas. La medicina ha dispuesto de información que señala, clasifica y estigmatiza a los grupos y factores más proclives para el consumo sin referirse de manera específica al contexto cultural, como si el entramado social de los distintos sujetos sociales (individuales y colectivos) siguiera una misma dinámica.

Sin duda, las aportaciones que la biomedicina ha hecho en la materia son fundamentales y sirven de base para estudiar este problema que afecta a tantas personas. Sin embargo, es necesario plantear perspectivas alternas a la “medicalización de la vida”, que aborden directamente los factores sociales y culturales y, sobre todo, que incorporen la perspectiva de los involucrados, con la finalidad de generar alternativas más equitativas y pertinentes.

En este sentido, se vuelve necesario delimitar otras líneas para el abordaje de este problema y la atención de aquellos sectores que, por sus condiciones contextuales, características sociodemográficas y modos de vida, se ubican como poblaciones vulnerables para iniciar, mantener, incrementar y/o padecer el uso de bebidas alcohólicas que alteran negativamente su vida. Se requieren estudios más integrales que permitan identificar, comprender y explicar los procesos biológicos, culturales y sociales que se trastocan con los usos, vivencias y tradiciones de consumo, que expresan en gran medida, la diversidad de las etnias mexicanas.

La antropología en general y la antropología física en particular, han demostrado su eficacia en el estudio de los fenómenos de salud-enfermedad-atención, debido a que han llevado un conjunto de nociones y métodos para la comprensión de los eventos, conductas y procesos biológicos y socioculturales

implícitos (en este caso en el consumo del alcohol), considerando otros ángulos y dimensiones del problema como las prácticas tradicionales, la organización del grupo familiar para evitar o curar la enfermedad, etc. Por tanto, se considera su pertinencia en el análisis de este problema para dar cuenta de sus especificidades dentro de los grupos indígenas de nuestro país: “carrera del enfermo”, sistemas de creencias, percepción social de la salud y del cuidado del cuerpo, discursos individuales y colectivos, intersubjetividades, transiciones y trayectorias de vida, etcétera.

Hasta ahora, son escasos los estudios que sobre la materia se han realizado en nuestro país desde este enfoque. Sin embargo, las aportaciones antropológicas son relevantes para la comprensión del uso de alcohol como manifestación de socialización, interacción grupal y significación cultural en un proceso histórico.

Con base en lo anterior se considera necesario retomar a la Antropología Física como disciplina de análisis, por abocarse a la investigación de la variabilidad humana biológica, cultural y social, incorporando la historia, la geografía, la ecología y las circunstancias propias que rodean al fenómeno y al individuo en una temporalidad y un espacio determinados. En específico, se recurre a la antropología de la salud, antropología médica o etnomedicina¹ como el área que examina los factores, mecanismos y procesos que participan o influyen en la forma en que los individuos y los grupos son afectados por y responden ante un padecimiento.

Con dicho análisis, se puede contribuir al diseño y operación de políticas y estrategias más acordes a las diferencias, necesidades y posibilidades de las diversas poblaciones que integran nuestra sociedad. El desarrollo de otras perspectivas para la investigación, prevención y tratamiento del consumo alcohol, no sólo requiere de la infraestructura para incidir en entornos particulares; es fundamental incorporar la participación de estos grupos en el diseño, desarrollo y evaluación de programas dirigidos a atender este problema.

En este orden de ideas, resulta relevante investigar la evolución del uso social de bebidas alcohólicas, los procesos fisiológicos, la representación del usuario, las formas de control y regulación del consumo, los elementos simbólicos implícitos, las características psicosociales y las prácticas de consumo de cada población, en tanto poseedores de significados, creencias, valores e interacciones que implican formas peculiares de percibir, afrontar y vivir la realidad. Con la articulación de las dimensiones biológicas, sociales y culturales del problema y el reconocimiento de las condiciones específicas de salud y vida de los indígenas mexicanos, es factible delimitar alternativas más eficaces para evitar los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de bebidas alcohólicas, a fin de que las propias comunidades adopten en su cotidianidad, estilos de vida y formas de organización más saludables, escuchando su propia voz en un marco de respeto a sus costumbres, sus tradiciones, su identidad y su derecho a la diferencia.

¹ Para los efectos del presente trabajo se emplearán como sinónimos; sin embargo, algunas perspectivas y autores los distinguen desde el matiz que cada uno de estos términos da a los componentes del proceso salud-enfermedad-atención y a los grupos sociales implicados.

1.2. Objetivos

1.2.1. General

- Identificar, analizar, comprender y explicar, desde un enfoque biosociocultural, las formas de consumo, prácticas, vivencias y relaciones sociales vinculadas con el uso de bebidas alcohólicas en las condiciones, modos de vida y contextos de las familias mazahuas del Estado de México.

1.2.2. Específicos

- Describir patrones de consumo de alcohol propios de la población de estudio en la época contemporánea, así como su modificación a través del tiempo y a partir de trayectorias y transiciones de vida.
- Analizar los significados, sentidos, atribuciones y rituales (individuales y colectivos) históricos que se han vinculado con el uso y abuso de bebidas alcohólicas, como parte de las costumbres y tradiciones mazahuas.
- Identificar los marcadores biológicos, formas de organización familiar, procesos de convivencia social y situaciones culturales que condicionan el consumo de alcohol en el contexto de estudio.
- Explicar los factores, mecanismos y procesos biológicos y sociales que influyen en la forma en que los individuos y familias mazahuas son impactados por y responden ante el consumo.
- Diferenciar los sectores poblacionales más vulnerables para el inicio, mantenimiento e incremento del consumo, a partir de su edad, sexo, condición física, posición y rol social en la unidad doméstica.
- Ubicar los recursos y estrategias de las familias mazahuas para prevenir el consumo de alcohol y atenuar sus consecuencias.
- Proponer un modelo antropofísico para el abordaje del consumo de alcohol en poblaciones mexicanas indígenas.
- Sugerir las necesidades más apremiantes para coadyuvar al diseño, operación y evaluación de políticas, programas y servicios para la atención del problema, que resulten más oportunos y acordes a la realidad sociocultural de los mazahuas.

1.3. Planteamiento del problema

A través del tiempo, los grupos humanos han incorporado el consumo de bebidas alcohólicas a su existencia con diversas connotaciones: al principio, de forma ritual y religiosa; posteriormente, para acompañar los alimentos y en la actualidad, es más visto como un elemento de diversión, desinhibición y cohesión social, aunque también se incurre en el consumo excesivo con consecuencias indudablemente dañinas para la salud.

La ingesta de alcohol acompaña al ser humano en toda su vida; está presente, desde el nacimiento hasta la muerte, en ritos, celebraciones, prácticas y relaciones sociales.

Diferentes factores y circunstancias determinan y regulan el hecho de que un individuo o colectivo beban alcohol y socialicen su forma particular de consumo. Estos factores pueden ser de orden *natural*: como estrategia individual de adaptación al medio, para saciar la sed, por placer, degustar una bebida, alterar los sentidos, y *sociocultural*: producto de la influencia y condicionamiento social, como forma de evadir situaciones estresantes o ante la insuficiencia de alternativas, identidad con una época y un grupo, como elemento motivador en reuniones sociales, reproducción de costumbres y sistemas de creencias, etc.

El tipo y la cantidad de bebida que una persona llega a consumir en diversas situaciones de su existencia, depende de variados aspectos como el clima, la geografía, la economía pero, sobre todo, del ambiente social y cultural que determinan en gran parte la forma de beber, la cantidad y el tipo de alcohol ingerido.

Es preciso señalar que, en sí misma, la ingestión de alcohol no representa un problema; los problemas empiezan cuando la persona pierde el control sobre su consumo y esta situación repercute considerablemente en su salud y en los ámbitos donde se desenvuelve². Además, el consumo de bebidas alcohólicas se complica cuando se inserta en situaciones de pobreza, desconocimiento y marginación (como en el caso de las poblaciones indígenas), aumentando los riesgos, los daños y las consecuencias sociales.

En los últimos años, los patrones de consumo han ido cambiando pasando del uso esporádico o dentro de un escenario ritual o doméstico, al consumo intensivo en fines de semana y centrado en cervezas, combinados y preparados de dudosa calidad que ponen en mayor riesgo la salud y la vida de quien los ingiere.

Este consumo se estimula en gran medida con la mercadotecnia masiva; se bebe con mayor regularidad y cantidad provocando a grandes sectores de la sociedad, desajustes que se manifiestan a nivel biológico y social.

² Comúnmente a esto se le denomina "alcoholismo".

Así, por vincularse con una serie de prácticas y representaciones que han acompañado al ser humano a través de la historia, por ser una sustancia legal de fácil acceso y por las dimensiones que ha adquirido recientemente, el uso de alcohol es uno de los problemas con mayores repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que afectan no sólo al individuo, sino que pueden alterar las relaciones familiares, sociales, laborales, etc., con implicaciones materiales, de salud y aún estructurales para cualquier sociedad.

Por lo anterior, el consumo de alcohol debe ser analizado como una expresión de la variabilidad humana en función de las trayectorias de vida, de la resignificación diferencial del proceso salud-enfermedad-atención y de la inserción en la estructura social respectiva (Rocabado, *op. cit.*).

El consumo de alcohol supone causas, prácticas y consecuencias que, como toda expresión de la realidad, poseen un carácter multifactorial y se diversifican por la interacción de dimensiones y dominios que, por su impacto en el fenómeno y su importancia dentro de la perspectiva bioantropológica, se desglosan para fines de análisis: *biológicos* (edad, sexo, estado general de salud y nutrición: peso, talla e índice de masa muscular, actividad física del individuo; signos, efectos y daños del consumo sobre el cuerpo, tolerancia orgánica ante el consumo, etc.), *psicológicos* (estímulos conductuales, experiencias previas de consumo, aprendizaje, percepción y atribuciones al consumo, conducta de consumo y efectos neurológicos), *históricos* (variación de estilos, bebidas de consumo, prácticas, representaciones y consecuencias sociales asociadas a través del tiempo y en función del contexto), *sociales* (circunstancias, situaciones y ámbitos de consumo; convivencia con los usuarios de alcohol, impacto en la organización social de la comunidad; estigmas y prejuicios sociales; manejo de repercusiones; respuesta social para la atención del problema; servicios médicos y otras alternativas de intervención, etc.), *culturales* (costumbres, tradiciones y rituales asociados al consumo; símbolos, significados, creencias y representaciones que se atribuyen al alcohol y a su consumo, identidad del consumidor), *económicos* (estatus económico, poder adquisitivo, tipo de bebida que se ingiere, costo, repercusión en gastos; producción, publicidad y distribución de bebidas; inversión, intereses y ganancias de empresas productoras de bebidas alcohólicas, etc.), *jurídico-legales* (tolerancia social hacia el consumo, percepción de riesgo; regulación de la disponibilidad y acceso a bebidas alcohólicas; leyes, normas y formas de control; sistemas de vigilancia del consumo; castigos, multas, penas, etc.).

En la investigación y atención del consumo de alcohol resulta fundamental establecer un abordaje diferenciado, para entender de modo más viable, las implicaciones a través de las cuales se genera, manifiesta y transforma el problema. Es importante tomar en cuenta que el abordaje de este tipo de fenómenos debe ser congruente con los modos de sentir, pensar, actuar del individuo y de la cultura a la que pertenece.

Si se parte del consenso existente acerca de que para dar cuenta del fenómeno de las adicciones (como en el caso de la dependencia al alcohol) hay que considerar que está construido a partir de la inextricable relación entre tres componentes fundamentales: el individuo, la sustancia y el contexto; se afirma de modo coherente con ello, que las variables determinantes serán de tipo sociocultural puesto que son las que condicionan determinada construcción del sujeto, ciertas expectativas sobre el significado de sus actos, presentaciones materiales de las bebidas, vías de obtención, formas y dosis de ingestión, símbolos y atribuciones, experiencias de vida asociadas al consumo, entre otros.

En este sentido, se propone abordar diferentes líneas, interrogantes y dimensiones del problema a fin de reducir el impacto de aquellos fenómenos que, como el consumo de alcohol, llegan a causar malestar, enfermedad y muerte. Se desprende así la necesidad de desarrollar una investigación que permita identificar, describir, comprender y explicar desde la perspectiva antropofísica, los aspectos biológicos, culturales y sociales que desencadenan, matizan y acompañan al uso de bebidas alcohólicas, a través de la vida y la historia, y que son características de los grupos étnicos, para avanzar en la comprensión transcultural y la atención integral de esta problemática.

La meta es incidir en los procesos biosocioculturales para llegar a una decodificación del proceso sociocultural del consumo y poder generar diversas lógicas preventivas y curativas, que resulten más oportunas al contexto y más eficaces para mejorar la salud y el bienestar de las diferentes poblaciones indígenas que conforman nuestra sociedad.

1.3. 1. Preguntas de investigación

Dimensión histórica

- ¿Cómo ha variado el consumo de alcohol en las poblaciones mazahuas a través de la historia?
- ¿Cómo se han modificado las normas de regulación y sistemas de vigilancia del consumo en estos contextos?
- ¿Ha cambiado el tipo de bebidas que se consumen?
- ¿Cómo y por qué se han dado estos cambios?

Dimensión social

- ¿Actualmente, cuáles son las circunstancias y escenarios más frecuentes de consumo? ¿El consumo se presenta en contextos públicos o privados?
- ¿Cuál es la relación del consumo de alcohol con la disponibilidad, tolerancia social y acceso a este tipo de bebidas en la zona mazahua del Estado de México?
- ¿Cómo impactan los procesos migratorios y los roles de género y generación en la variación de los patrones de consumo?
- ¿Cómo se presenta y cómo impacta la ingesta de alcohol en la dinámica familiar? ¿Cómo se percibe la convivencia con un familiar alcohólico?

Dimensión normativa

- ¿Cuáles son las normas, leyes y formas que regulan el consumo de alcohol en estos contextos?
- ¿Existen autoridades o sistemas para controlar y/o vigilar el consumo?
- ¿Cómo se penalizan las faltas a las normas de consumo?

Dimensión cultural

- ¿Cuáles son las prácticas colectivas que se ubican antes, durante y después del consumo?
- ¿Qué propiedades atribuyen los mazahuas al consumo?
- ¿Cómo se relaciona el consumo de alcohol con las costumbres y tradiciones mazahuas?
- ¿Existen rituales en torno al consumo de alcohol?
- ¿Cuáles son los símbolos, significados y creencias que se asignan al alcohol y a su consumo en este contexto?
- ¿Cuáles son las representaciones que estos grupos tienen sobre el consumo de alcohol y los elementos simbólicos implicados en su origen y efectos?
- ¿Cómo impactan los procesos identitarios en el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en la identidad de los sujetos?

Dimensión económica

- ¿Cómo es la venta y distribución comercial de bebidas alcohólicas en la zona?
- ¿Existen expendios de bebidas alcohólicas en esta región? ¿De qué tipo?
- ¿Cómo es el poder adquisitivo de las personas que más consumen alcohol?
- ¿Qué tipo de bebidas ingieren con mayor frecuencia los mazahuas?
- ¿Cuál es el costo de esas bebidas?
- ¿Existe una atribución diferencial de estatus social por el tipo de bebidas que se consumen?
- ¿Cómo repercute la compra de bebidas en el gasto individual y familiar?
- ¿Cómo repercute el consumo en la productividad?
- ¿Qué gastos genera el consumo en la atención de la salud?
- ¿Cómo es la inversión de las empresas en la publicidad y distribución de bebidas alcohólicas?

Dimensión médica

- ¿Cuáles son los efectos y consecuencias del consumo que más padecen los mazahuas?
- ¿Cuál es la respuesta social de los mazahuas ante los problemas derivados del consumo?
- ¿Cuáles son los servicios, programas y alternativas institucionales que hacen frente al problema?
- ¿Cuáles son las propuestas que estos grupos étnicos consideran más viables para la atención del problema en su contexto?

Dimensión biológica

- ¿Quiénes consumen alcohol con mayor regularidad entre los mazahuas?
¿Reconocen que beben con frecuencia?
- ¿Cómo es la condición física de los usuarios de alcohol?
- ¿Qué experiencias están asociadas con el consumo?
- ¿Cómo justifican las causas del consumo de bebidas los sujetos?
- ¿Cómo impacta el consumo de alcohol en el usuario?

1.4. Hipótesis

Las poblaciones que conforman nuestra sociedad tienen una variedad de estilos de vida y representaciones de la realidad que se aprehenden al nacer, crecer, reproducirse y morir en un grupo humano y que son resultado de las diferencias biológicas, históricas y sociales que se desarrollan en su contexto físico, material y cultural. Estas divergencias se reflejan también en la manera de concebir y afrontar cualquier evento implícito en los procesos de salud-enfermedad-atención.

En este sentido, el consumo de alcohol entre los y las mazahuas es un proceso inscrito en la salud-enfermedad que se significa, se concibe, se transforma y se vive en función de la particularidad biosociocultural y de las transiciones y trayectorias de vida. Es un fenómeno multifactorial que se diversifica por la interacción de dimensiones y aspectos biológicos, sociales y culturales.

Tomando como base estas dimensiones, dada su relevancia en la perspectiva bioantropológica y su impacto en el fenómeno, el proceso de alcoholización en las comunidades mazahuas del Estado de México varía a partir de su identidad étnica, su equipamiento biológico, sistema de parentesco (unidad doméstica), condiciones de género y generación y su curso de vida.

1.5. Ejes y variables de análisis

En la actualidad, con certeza se afirma que el consumo de alcohol es un fenómeno social y de salud de origen “multifactorial” donde intervienen (y a su vez se ven impactados) una serie de aspectos individuales, familiares, comunitarios y sociales, que competen a dimensiones de análisis diversas:

- Dimensión histórica
- Dimensión social
- Dimensión normativa
- Dimensión cultural
- Dimensión económica
- Dimensión médica
- Dimensión biológica

Sin embargo, para dar cuenta de la alcoholización como proceso biosociocultural en el contexto de los mazahuas, se han delimitado y operacionalizado arbitrariamente (sin dejar de reconocer la multicausalidad) las siguientes categorías, variables e indicadores:

- a) Variables *intermedias* o *sociodemográficas*: Lugar de origen, lugar de residencia, sexo, edad, peso, talla, ocupación; enfermedades hereditarias y/o crónicas, hábitos de alimentación, prácticas deportivas; posición en el sistema de parentesco (unidad doméstica).
- b) Variables *independientes*: Marcadores biológicos, sistema familiar y curso de vida.
- c) Variable *dependiente*: Proceso de alcoholización.

1.5.1. Conceptualización

a) Variables *intermedias*

- **Lugar de origen**

Se define como el lugar donde nacieron los sujetos. Esta información refleja además, aspectos de identidad étnica relacionados con las prácticas culturales.

- **Lugar de residencia**

Se concibe como el lugar donde habitan cotidianamente los sujetos de estudio, considerando en el análisis a quienes viven en las comunidades mazahuas del Estado de México. Este dato también proporciona datos identitarios étnicos, además de aspectos económicos, laborales y de organización social.

- **Sexo**

Se refiere a la categoría biológica que diferencia a hombres y mujeres. Se emplea como un indicador del equipamiento biológico que constituye a un sujeto, condiciona al género y la correspondiente identidad de género.

- **Edad**

Equivale a los años que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento. También este dato funge como marcador biológico, además de influir en la posición y el rol dentro de la unidad doméstica.

- **Peso**

Se retoma como indicador del equipamiento biológico, haciendo referencia a los kilos que pesa el sujeto de estudio.

- **Talla**

La estatura también es un marcador biológico, refiriendo los centímetros que, en posición erguida y vertical, mide el sujeto.

- **Ocupación**

Se refiere a la actividad que realiza un individuo de manera permanente que abarca la mayor cantidad de horas diarias y se relaciona estrechamente con la sobrevivencia. Con esta variable, se pueden deducir cuestiones económicas, laborales, profesionales, de actividad física e incluso, de identidad personal.

- **Enfermedades hereditarias y/o crónicas**

Esta variable también es un indicador del equipamiento biológico y del estado general de salud de un individuo. Describe el padecimiento de alguna enfermedad hereditaria y/o crónica física o mental, que puede generar mayor impacto o complicación en la salud del sujeto, en caso de consumir bebidas alcohólicas. Las enfermedades hereditarias (a diferencia de las adquiridas) son aquellas que son transmitidas genéticamente (por sus padres) a un individuo. Las enfermedades crónicas (a diferencia de las agudas) se mantienen por un periodo no menor de tres meses. Por ejemplo, diabetes, hiper o hipotensión, obesidad, algunos tipos de cáncer, alergias a ciertos componentes de algunas bebidas alcohólicas, entre otras.

- **Hábitos de alimentación**

También es indicador del equipamiento biológico. Busca inferir el estado de nutrición general del individuo, además de las prácticas de ingesta de alcohol asociadas al proceso alimentario.

- **Prácticas deportivas**

Se retoma como un marcador biológico más, asociado directamente a la actividad física y el estado general de salud. Se define como la práctica regular de alguna actividad deportiva por parte del sujeto.

- **Posición en la unidad doméstica**

Como su nombre lo indica, esta variable se agrupa dentro de la categoría general del parentesco. Para los fines de estudio, alude al lugar que ocupa el sujeto (le es asignado y asume) en su familia y al rol que por consiguiente desempeña. Se define a partir del sexo, género, generación, rol y organización de la unidad doméstica para su reproducción social. Por ejemplo, padre, madre, primogénito, hijo único; jefe de familia, ama de casa, etc.

b) Variables independientes

- **Marcadores biológicos**

Se constituyen mediante el conjunto de sistemas, procesos, mecanismos, elementos, estrategias y recursos genéticos, físicos, fisiológicos y psicológicos de que está dotado un organismo, que va conformando la corporalidad del ser humano (San Martín, 1989).

Estos elementos funcionan de manera particular en cada organismo porque, aunque comparten características comunes con los demás, reaccionan e inciden de manera diferente en cada individuo.

El producto de su interrelación puede incrementar, neutralizar o reducir diferencialmente el impacto de las causas, efectos, conductas y consecuencias en el cuerpo de cualquier evento inscrito en el proceso salud-enfermedad, tal como el consumo de alcohol. Se trata de una dimensión física, interna y natural del ser humano, aunque algunos de sus componentes se van consolidando a partir de las condiciones del entorno y las condiciones y estilos de vida (talla, peso, edad, sexo, estado de nutrición, vulnerabilidad fisiológica, reactividad psicológica, respuesta y afrontamiento del estrés, etcétera).

- **Sistema de parentesco**

Se define como la red de vínculos de filiación y alianza, destinada a establecer relaciones intra e inter grupos mediante el intercambio de individuos, comportamientos, funciones, responsabilidades, obligaciones y estatus en términos económicos, biológicos, psicológicos y simbólico-culturales. El parentesco es la institución que regula el funcionamiento de la vida social y que se constituye a partir del género, la generación, consaguinidad/afinidad, filiación/alianza y distinción entre parientes (Devillard, 1990). El género junto con la generación determinan en gran medida la posición real y/o simbólica y el rol de un individuo dentro de su sistema familiar (González de la Rocha, 1999). El parentesco es el sistema de relaciones y posiciones relativas, que ordena la reproducción social, material y simbólica de los grupos, las relaciones jurídicas y las jerarquías sociales (transmisión de bienes materiales, poder político, normas, derechos y obligaciones, costumbres, etc.).

Como entidad social es universal, pero tiene expresiones diversas de acuerdo a la cultura; ha tenido marcadas transformaciones económicas, sociales y culturales sobre todo en los últimos 150 años. Hoy día, se pueden distinguir tres formas de parentesco: la familia (grupo con estructura más simple compuesta por la pareja y/o los hijos), la *unidad doméstica* (que además de la familia, se integran por otras parejas y familiares de la red extensa, que participan en la organización social y económica del grupo) y el grupo residencial doméstico (que además de la familia y la unidad doméstica, incluye a otras personas que no tienen un lazo consanguíneo con los otros miembros, tales como empleados domésticos, inquilinos, etc., que cohabitan en un mismo espacio de existencia y que pueden compartir o no las actividades de producción y organización).

Por las características demográficas y de organización social de las poblaciones mazahuas, se ha elegido la “unidad doméstica” como el sistema de parentesco que opera en este contexto.

La unidad doméstica³ es la entidad (diferenciada, diferenciadora o por lo menos diferenciable) con vínculos significativos y características esenciales: su composición y estructura interna y las actividades para/ por cuya realización, sus miembros constituyen presumiblemente una unidad más o menos corporativa (Hammel, 1980; Lofgren 1974; Yanagisako, 1979) que asume los siguientes presupuestos:

- a) Pretende identificar a un grupo mínimo reconocido por los propios interesados.
- b) Se polariza en torno a las actividades y funciones cuyo carácter no está postulado a priori.

³ Que por las características de la población objetivo se selecciona para este estudio.

- c) No se llama grupo doméstico a todo grupo multifuncional, sino a aquella unidad que se organiza en torno a las actividades más directamente relacionadas con la reproducción social inmediata.
- d) A mayor densidad de actividades, mayor corporativismo del grupo doméstico.
- e) Esto lo hace significativo para ser objeto de comparación intercultural a pesar de las diferencias en cuanto a la naturaleza y número de actividades concretas desarrolladas por el grupo, sea en el seno de una misma comunidad o en distintas sociedades.
- f) Sus actividades son concretas y fácilmente identificables, lo cual podría dar a entender que el grupo que las lleva a cabo, comparte estas mismas características empíricas.

Desde este marco, la unidad doméstica es un grupo socialmente significativo tanto real como idealmente, cuyos miembros comparten una vivienda única, está constituido fundamentalmente por unidades de trabajo, distribución y transmisión de bienes, a nivel interno y frente al exterior (Tuirán, 2001a).

- **Curso de vida**

La perspectiva del curso de vida o línea de vida explora las relaciones recíprocas entre el cambio social y el cambio demográfico. Incorpora la dimensión temporal como una expresión crucial de la vida social e institucional y como contenido central del proceso de socialización y de la construcción de las biografías, aportando elementos valiosos para comprender la interacción de los diferentes "relojes" que "gobiernan" el movimiento de los individuos y las familias a través de sus trayectorias de vida en una sociedad cambiante (Elder, 1978).

Algunas de las premisas básicas de este enfoque: a) ponen de manifiesto que el curso de vida es un proceso compuesto por un entretrejo de complejos dinamos; b) reconocen las relaciones recíprocas entre el individuo y el entorno institucional y social; c) recuperan la historia de los individuos, sus motivos y elecciones personales y sitúan estos elementos en el centro del análisis; d) cuestionan los modelos estáticos, enfatizando la enorme "plasticidad humana" y la capacidad que tienen los individuos para modificar sus comportamientos (Hareven, 1978).

La perspectiva del curso de vida enfatiza cuatro modos de interdependencia temporal: 1) la intersección entre trayectorias y transiciones dentro del curso de vida individual; 2) la interdependencia entre las diferentes trayectorias de los miembros de la familia (la del marido y de su cónyuge, la de los hijos, padres y abuelos, etc.); 3) el vínculo entre la trayectoria individual y el desarrollo del colectivo familiar y, 4) la compleja interacción entre los tres aspectos antes indicados y el cambio socio histórico. Explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico, buscando integrar los polos de

las dicotomías clásicas (por ejemplo, estructura y acción, biografía e historia y procesos del nivel micro y macro). Este enfoque ofrece el potencial para conectar el desarrollo individual y familiar con las estructuras y procesos macro sociales, cada uno operando con su propio marco temporal (*Ídem*).

c) Variable dependiente

Es necesario referir que hay diferentes definiciones sobre el mismo fenómeno y que surgen a partir de su perspectiva de análisis (básicamente, biomédica, sociológica o sociocultural) y del grado y/o tipo de ingesta de que se trate. Con esta lógica, en nuestro contexto, principalmente se hace referencia a términos como: *consumo de alcohol, abuso de alcohol, alcoholismo, embriaguez y alcoholización*.

El **alcoholismo** se define como una enfermedad compleja, crónica, progresiva y a veces mortal producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas; es considerado como un trastorno primario relacionado con sustancias y no como síntoma de otras enfermedades físicas o psiquiátricas (APA, 2002). La OMS (2004) define al alcoholismo como la ingestión diaria de etanol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre⁴. Su origen está en la interacción de diversos factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Se caracteriza por una adicción o dependencia del alcohol, que produce un daño progresivo en la salud y que llega a interferir en el desarrollo laboral, familiar y social del alcohólico.

El alcoholismo se diferencia de la ingesta excesiva (intoxicación o abuso) y del **consumo de alcohol** como tal (ingestión esporádica o dosificada de bebidas).

La **embriaguez** es la apropiación social del término biomédico (alcoholismo) y de su connotación que alude exclusivamente al abuso del consumo (borrachera) y sus daños; con frecuencia este término genera la estigmatización de los sujetos que “se embriagan”.

Estos conceptos (alcoholismo, abuso, intoxicación, etc.) tienen sobre todo una base biomédica, que connota la patología y alude exclusivamente a la cantidad mensurable de alcohol (dosis) que se consume. Enfatizan los efectos fisiológicos y psicológicos generados por el abuso reiterado en el consumo y “clasifican” a los usuarios de alcohol por su “grado de dependencia”. Además, tienden a reducir consciente o inconscientemente el fenómeno a un proceso de consumo donde, por lo general, se pierde de vista el contexto productivo, social y cultural donde se presenta.

⁴ Una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos.

Mientras tanto, la **alcoholización**⁵, se refiere a la deconstrucción social que categoriza a la ingesta de bebidas alcohólicas en un proceso que la instituye y le da múltiples significados, atribuciones, funcionalidades y consecuencias (positivas y negativas) dentro del juego de interacciones de los sujetos sociales estratificados (individuales y colectivos), en un contexto histórico y en una cultura determinados (Menéndez, 1988). Este proceso puede abarcar al alcoholismo como enfermedad pero no se circunscribe al problema concebido como patología, es decir, referir el proceso de alcoholización no implica que todos los usuarios de bebidas alcohólicas lleguen al estado de dependencia alcohólica o alcoholismo.

1.5.2. Operacionalización

a) Variables intermedias

- **Lugar de origen**

Explora el lugar (estado, municipio y comunidad) donde nacieron los sujetos de estudio.

- **Lugar de residencia**

Indaga el lugar (estado, municipio y comunidad) donde viven cotidianamente los sujetos de estudio.

- **Sexo**

Diferencia a los sujetos en hombres y mujeres.

- **Edad**

Refiere cuántos años cumplidos tiene el sujeto.

- **Peso**

Cuántos kilos pesa el sujeto.

- **Talla**

Cuántos centímetros mide el sujeto (en posición erguida y de pie).

⁵ Concepto que se propone para este estudio.

- **Ocupación**

Actividad que realiza el sujeto de manera permanente, que abarca la mayor cantidad de su tiempo diario y sus estrategias de sobrevivencia.

- **Enfermedades hereditarias y/o crónicas**

Padecimiento de trastornos o desequilibrios físicos o psicológicos del sujeto, por periodo superior a tres meses.

- **Hábitos de alimentación**

Cuántas veces al día come el sujeto, qué tipo de alimentos y bebidas ingiere cotidianamente.

- **Prácticas deportivas**

Actividad deportiva que realiza el sujeto de forma constante (mínimo dos veces por semana, 30 minutos por ocasión).

- **Posición y rol en la unidad doméstica**

Lugar (en términos de género, generación y rol) que ocupa (y desempeña) el sujeto en su estructura familiar.

b) Variables independientes

- **Marcadores biológicos**

Para el presente análisis se delimitan dentro del rubro de marcadores biológicos las siguientes características físicas y psicológicas de un sujeto: grupo étnico, edad, sexo, peso, talla, estado general de salud, estado de nutrición, actividad física, tolerancia orgánica al consumo de alcohol, estímulo-respuesta conductual ante la ingestión de bebidas alcohólicas, signos y daños del consumo en el cuerpo.

- **Sistema de parentesco**

Debido a la organización y dinámica social que regula a las poblaciones mazahuas se retoma como sistema de parentesco a la “unidad doméstica”, como categoría que facilita la comparación entre la familia y otros grupos de parentesco más amplios, que comparten lazos consanguíneos nucleares (pareja y/o hijos) o extensos (más de una pareja, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.) que cohabitan en una misma vivienda y desempeñan funciones, roles y actividades domésticas (económicas, culturales, psicoafectivas, de crianza y de

reproducción poblacional). Particularmente, se observan las actividades cotidianas que se realizan dentro de este sistema familiar y que pueden matizar la percepción del uso de alcohol, así como la dinámica y función de los sujetos en la reproducción social de la unidad familiar (sobre todo, cuando se presentan casos de consumo dentro de la familia nuclear).

- **Curso de vida**

Este concepto se opera como el conjunto de trayectorias y transiciones espacio-temporales que acontecen en la historia (a nivel macro y micro) de un sujeto, que vive en interrelación permanente y dinámica con su entorno institucional y social (mediada por el sistema familiar) y que van configurando sus comportamientos (motivaciones, decisiones, actos significativos) y su biografía.

Dentro del ciclo de vida, se delimitan aquellas etapas y hechos significativos que pueden haber sido determinantes o influyentes en la elección o no, del consumo como forma de socialización y/o reproducción social cotidiana.

c) *Variable dependiente*

En la conceptualización de variables se hace una distinción entre uso de alcohol, alcoholismo, embriaguez y alcoholización. Para los objetivos de este proyecto, se propone el “proceso de alcoholización” como fenómeno de estudio, sin embargo, para fines operativos con la población objetivo, se hará referencia al “consumo de alcohol” como el acto llano de ingerir bebidas etílicas, indagando su frecuencia de consumo, dosis, tipo de bebida, circunstancias del consumo, etc.

1.6. Método

1.6.1. Diseño de investigación

Para llevar a cabo este estudio se considera necesaria la delimitación e instrumentación de etapas y procedimientos multimetódicos diversos. En este sentido, el diseño de investigación es:

- *Observacional*, porque de inicio no se busca “manipular” la variable de estudio.
- *Descriptivo*, porque se centra en una sola población sin incorporar a un grupo alternativo con fines de comparación.
- *Transversal*, porque la información se levantará en un período único, concreto y delimitado, que favorece el abordaje de eventos de lenta procedencia y larga duración, como en el caso del consumo de alcohol.
- *Analítico*, porque además de describir las dimensiones, categorías, factores, variables e indicadores que participan en el fenómeno de estudio se pretende explicar la relación que mantienen y la dirección que guarda esta relación.

1.6.2. Universo de trabajo

La investigación se realiza con la población indígena mazahua del Estado de México, con el apoyo de estudios, fuentes y datos que abarcan del año 2000 al 2007⁶. El trabajo de campo abarca los dos últimos años: 2006-2007.

1.6.3. Muestreo y muestra

El marco muestral es la región mazahua del Estado de México que abarca 427 comunidades de trece municipios: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, El Oro, Jiquipilco, Ixtlahuaca, Jocotitlán, San Felipe del Progreso, Temascalcingo, Villa de Allende y Villa Victoria.

La unidad última de muestreo son los individuos, hombres y mujeres de 20 a 60 años de edad, originarios y residentes de la zona, que se consideren mazahuas. Esta delimitación obedece a que son personas económicamente activas, contribuyen a la economía de su grupo y de su comunidad, participan con mayor libertad en la toma de decisiones vinculadas con su rol en la familia, el cuidado de su salud y el ejercicio de su tiempo libre y prácticas de consumo.

⁶ En el 2000 se inició un estudio desde la perspectiva del modelo biomédico en Centros de Integración Juvenil, A. C.; lo que facilitará la inserción a la comunidad. El 2007 coincide con la conclusión del último semestre del doctorado que la autora cursa. Metodológicamente, se considera que siete años representan un periodo de estudio longitudinal suficiente para observar la evolución de la información correspondiente en el grupo poblacional de estudio.

Se procede con un muestreo estratificado por municipio, sexo y edad, en un esfuerzo por mejorar la representatividad y diversidad de la muestra a nivel de los subconjuntos que conforman la población estudiada.

El tamaño de la muestra toma como marco de los resultados del *XII Censo General de Población y Vivienda* (INEGI, 2008), que indican lo siguiente:

- Residen en el país un total de 103, 263,388 personas, de las cuales el 51.3% son mujeres y 48.7% hombres. El Estado de México continúa siendo la entidad más poblada del país, con un poco más de 14 millones de habitantes, que representan el 13.8% del total de habitantes a nivel nacional.
- De la población mexicana, los grupos indígenas representan el 13% del total, esto es, existen 10, 253,627 indígenas en el país.
- A nivel nacional, los hablantes mazahuas mayores de cinco años sumaron 127,826, de los cuales 89.41% (equivalente a 114,294) se localizan en el Estado de México, siendo el grupo étnico mayoritario en territorio mexiquense.
- El pueblo mazahua o *jñatjo* es el más numeroso de la entidad mexiquense. Cuenta con una población de 101,789 habitantes.
- Los mazahuas del Estado de México habitan la región nor-occidental y centro-occidental del Estado. Mayoritariamente se ubican en 427 comunidades de los municipios de Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, Ixtapan del Oro, Ixtlahuaca, Jocotitlán, El Oro, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Temascalcingo, Valle de Bravo, Villa de Allende y Villa Victoria.

Con esta base, cabe señalar que para el acopio de información cuantitativa se consideraron 200 sujetos⁷, que participaron en los procedimientos metodológicos correspondientes: 100 en la encuesta, 90 en grupos focales y 10 en entrevistas a profundidad. Los sujetos de estudio son habitantes de seis de los trece municipios que componen la región; a saber: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, Ixtlahuaca, San Felipe del Progreso y Villa Victoria.

1.6.4. Estrategia metodológica

Para la aproximación al consumo de alcohol desde un enfoque biosociocultural se propuso la combinación de fases y procedimientos multimetódicos sucesivos:

- a) Investigación documental, a fin de contar con un panorama del consumo de alcohol y su impacto en la salud de la población a través del tiempo.
- b) Etnografía del consumo de alcohol entre los mazahuas, para dar cuenta de los usos, costumbres, creencias, simbolismos y representaciones sociales.

⁷ Se considera que es una muestra representativa para generalizar los hallazgos y que permite profundizar la información que vaya siendo de mayor interés.

- c) Investigación cuantitativa de campo, para analizar las formas, situaciones, prácticas y condiciones actuales del consumo en las poblaciones mazahuas, a partir de estándares e instrumentos validados desde el modelo biomédico.
- d) Investigación cualitativa en campo, para deconstruir las categorías de análisis que coadyuven a la integración de un modelo biosociocultural para el estudio de la alcoholización en contextos indígenas.

1.6.5. Técnicas, instrumentos y herramientas

Para llevar a cabo dicho procedimiento se emplearon como técnicas, instrumentos y herramientas los siguientes:

a) Investigación documental

- Técnicas: Análisis de contenido y pruebas epidemiológicas.
- Instrumentos: Registro documental, cuadros y gráficas.
- Herramientas: Fichas temáticas y diagramas.

b) Etnografía

- Técnicas: Observación *in situ* y entrevista individual a profundidad.
- Instrumentos: Guía de observación y guía de entrevista.
- Herramientas: Bitácora, cámara fotográfica, grabadora de audio y/o video.

c) Investigación de campo cuantitativa

- Técnica: Encuesta.
- Instrumentos: Cuestionarios “Tweak” y “Audit”⁸, cuestionario de opinión.
- Herramientas: Bitácora, cámara fotográfica, grabadora de audio y/o video.

d) Investigación de campo cualitativa

- Técnica: Grupos focales (médicos, profesores, niños y amas de casa) y entrevistas con población abierta.
- Instrumentos: Guía temática, cuestionarios “Tweak” y “Audit”, cuestionario con categorías de análisis obtenidas desde la población.
- Herramientas: Bitácora, cámara fotográfica, grabadora de audio y/o video.

⁸ Estos instrumentos están validados en población mexicana urbana (respectivamente, CONADIC, 2002b; De La Fuente, 1987), como pruebas de tamizaje para la detección oportuna de la dependencia alcohólica. Con mujeres se aplica el *Tweak* y con hombres se aplica el *Audit*. Ver anexos.

1.6.6. Levantamiento de datos

El levantamiento de datos se realizó de manera progresiva conforme a las fases de investigación en un período que abarcó del año 2005 al 2007, tomando como base el diseño muestral y recurriendo a escenarios específicos (centro ceremonial mazahua, escuelas, centros de salud, iglesias, etc.) para facilitar el ingreso a la comunidad, mediante los recursos y procedimientos que se especifican a continuación:

- Las fuentes de información de la investigación documental fueron indirectas o secundarias: Censos de Población y Vivienda (2000-2007), Encuesta Nacional de Salud (1990-2006), Anuarios de Información Epidemiológica de Morbilidad (1990-2005), Encuesta Nacional de Adicciones (1993, 1998, 2002, 2008), Sistema de Reporte de Información en Drogas (1995-2006), Censos de Salud locales y aquellos textos de consulta que aluden al consumo de alcohol en contextos étnicos mexicanos.
- La fuente de información de la etnografía directamente fue directamente la población mazahua en su conjunto como unidad sociocultural, histórica y geográfica. Además se seleccionaron diez informantes clave que, por su rol estratégico en la comunidad, su prestigio ante los demás habitantes y la disposición que mostraron para participar en la investigación, aportaron datos relevantes para el problema de análisis: Antropólogo que ha estudiado y trabajado en la zona, jefe supremo mazahua, mujer representante de otras mujeres ante derechos humanos, mujer responsable del centro ceremonial mazahua, profesor de primaria originario del DF que trabaja desde hace 10 años en la región, médico responsable de uno de los dispensarios principales, mujer líder de artesanías mazahuas, sacerdote, oriundo escritor de diccionarios de lengua mazahua, anciana que desempeña un rol de pastora (consejera) mazahua. Estos datos también se complementaron con fuentes indirectas: libros, revistas científicas, periódicos, etc.
- Para la investigación cuantitativa de campo (encuesta) se retomó el resto de la muestra poblacional que resultó seleccionada con la estratificación.
- Para la investigación cualitativa de campo (grupos focales y entrevistas) se consideró también esta última muestra poblacional, aunque se eliminó a aquellos sujetos que registraron consumo excesivo de alcohol.

1.6.7. *Procesamiento de información*

La información obtenida se analizó en función de su procedencia metodológica (cuantitativa o cualitativa) y se organizó tomando como base las dimensiones y los indicadores del problema de estudio: consumo de alcohol y categorías de análisis (equipamiento biológico, sistema de parentesco, curso de vida).

Además, la información se contrastó a partir de los valores asignados desde las variables intermedias: hombres *versus* mujeres, grupos etáreos (20-30 años, 31-40, 41-50, 51-60), ocupación, posición en la unidad doméstica, estado general de salud, consumidores de alcohol en diferentes niveles (abarcando desde dependientes hasta abstemios).

El tratamiento de los datos se fue definiendo con los niveles de medición de los indicadores de cada categoría, con el fin de superar el nivel descriptivo y constituir un modelo analítico.

Como apoyo para esta sistematización se emplearon los paquetes: *Etnograph* (versión 7.0) para la información cualitativa y *Statistical Paquet of Social Sciences* (SPSS, versión 12.0) para la información cuantitativa.

CAPÍTULO 2. ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD

En México, el abuso en el consumo de alcohol, representa por sí mismo el 9% del peso total de la enfermedad, sin considerar aquellos padecimientos orgánicos ni otro tipo de repercusiones relacionadas (SSA, 2006b): complicaciones hepáticas, lesiones producidas por vehículos automotores, suicidios y homicidios; aislamiento social, pérdida de oportunidades laborales, depresión y ansiedad; dependencia económica y diversas repercusiones en los ámbitos familiar y comunitario.

Dentro de la salud mental, se han estudiado sobre todo las repercusiones en el ámbito individual y familiar: la personalidad previa del alcohólico, clasificaciones del alcoholismo, diagnósticos duales, situaciones de riesgo, además de definir alternativas de intervenciones preventivas y terapéuticas más oportunas. De estos destaca que la familia del alcohólico está implicada tanto en el curso como en las consecuencias del alcoholismo, así como en el desempeño funcional de todos sus miembros. Por ello, el sistema familiar padece directamente las consecuencias del alcoholismo a través de relaciones conflictivas de pareja, escasa participación en la crianza de los hijos, modelos conductuales negativos, agresividad y violencia en las relaciones familiares, prácticas sexuales irresponsables, ausencias o abandono del hogar, disgregación familiar, entre otras. Muchas de las separaciones de parejas tienen como causa el consumo excesivo de alcohol o los malos tratos asociados a su consumo.

Contrario a lo que podría suponerse, la mayoría de los problemas vinculados con el consumo de alcohol, no necesariamente se presentan en quienes dependen de este, sino en quienes ocasionalmente abusan de las bebidas alcohólicas. Beber grandes cantidades, semanal, quincenal o mensualmente, sigue siendo el patrón de consumo característico entre la población masculina, y cada vez con mayor frecuencia de la femenina. Esto se asocia con graves problemas sociales como: accidentes automovilísticos y de tránsito, riñas, conflictos con la autoridad, prácticas delictivas, violencia familiar, entre otros. Los estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a las salas de urgencias por eventos traumáticos, presenta alcohol en la sangre y, sólo uno de cada diez, corresponde a personas dependientes de alcohol (*Ídem*).

Lo anterior hace evidente la necesidad de detectar y atender de forma oportuna, a aquellas personas que abusan del alcohol para detener la evolución de la historia natural de la dependencia y evitar los posibles daños a la salud y consecuencias sociales, mediante el diseño e instrumentación de políticas e intervenciones enfocadas tanto al consumo de alcohol como a las situaciones biológicas y socioculturales asociadas.

2.1. Aspectos generales sobre el alcohol y su consumo

2.1.1. ¿Qué es el alcohol?

La ingesta de bebidas alcohólicas es una práctica muy arraigada en casi todas las culturas de nuestra sociedad. El alcohol es una sustancia que ha sido elaborada y consumida desde hace miles de años; en la actualidad, es de fácil acceso y aceptada socialmente; se ha convertido en la droga legal de mayor uso y con el número más elevado de adictos. Por ello, se ha percibido la necesidad de regular su producción, distribución y consumo, a fin de evitar daños y consecuencias mayores.

El alcohol etílico o etanol (Cf. figura 1), contenido en las bebidas alcohólicas, pertenece a la familia farmacológica de depresores del sistema nervioso central. Se obtiene de la fermentación de levaduras, jugos y carbohidratos de frutas, granos y vegetales, como en el caso del pulque la cerveza o el vino; o destilación, al eliminar el agua y obtener un líquido de mayor contenido alcohólico, como en el caso del tequila, vodka y ron.

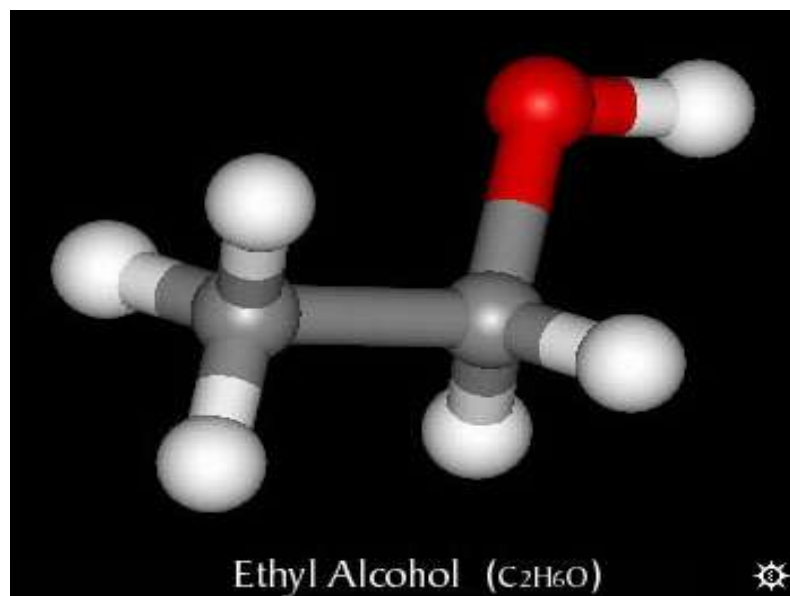


Figura 1: Molécula de etanol

(www.profesionseg.blogspot.com/label/propiedadesdelosalcoholes 22 agosto 2006).

La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y el 15% de alcohol, mientras que con la destilación, se obtienen mayores concentraciones. Es soluble tanto en un medio lipídico (de aceite) como acuoso (de agua). Esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser absorbido y distribuido rápidamente por el sistema circulatorio hacia los tejidos del cuerpo.

2.1.2. *Metabolismo del etanol*

Una vez que se ingieren, los alimentos se digieren en el estómago antes de pasar al intestino delgado. Esto no sucede con el etanol, que se absorbe rápidamente, una cantidad a través del estómago y otra a través del intestino delgado, ingresando a la corriente sanguínea para distribuirse en todos los tejidos, algunos de los cuales lo absorben en mayor cantidad. Por ejemplo, se concentra más en el cerebro que en los músculos.

El cerebro es muy sensible a la acción del etanol. Aproximadamente treinta segundos después de haber ingerido el contenido de una copa, comienzan a sentirse los efectos en varias de las funciones regulares del cerebro. Si no se sigue bebiendo, el cerebro recupera su funcionamiento normal en una hora aproximadamente y los discretos efectos provocados por esta dosis, desaparecen sin haber provocado otro efecto mayor o algún trastorno.

Como la mayoría de los nutrientes, el etanol es procesado en el hígado. Este proceso se llama metabolismo y consiste en la transformación del etanol en acetaldehído: un tóxico altamente irritante que de inmediato se oxida y se convierte en acetato por la acción de las enzimas; a su vez, este último se disuelve en varios componentes que, tras otro proceso de oxidación, eventualmente se convierte en bióxido de carbono y agua.

La eliminación del etanol en el cuerpo es cuestión de tiempo. La tasa de eliminación depende de la actividad enzimática que varía de un individuo a otro. Sólo una pequeña cantidad, el 10% aproximadamente, escapa al proceso de oxidación y es eliminada por la orina, por los pulmones (lo que explica el aliento alcohólico) y por la transpiración. En promedio, el organismo de un individuo de talla regular, oxida el etanol contenido en una copa en un lapso de una hora, bajo el supuesto de que no continúe bebiendo.

Aunque la capacidad y la velocidad para oxidar el etanol varían de una persona a otra, una constante es: un individuo de aproximadamente 70 kilogramos de peso, oxidará aproximadamente de doce a catorce centímetros cúbicos de etanol (un trago estándar) cada 60 minutos, lo que significa que si se consume una copa por hora, se evitará la intoxicación. Con este límite, se puede evitar la acumulación excesiva de alcohol etílico en la sangre, manteniendo la sobriedad.

Cuando se bebe alcohol con mayor velocidad de la que el cuerpo requiere para oxidarlo, se acumula en el torrente sanguíneo y se produce la intoxicación.

En cuanto a la neuroquímica del alcohol, es importante señalar que el descubrimiento de los receptores opiáceos en el cerebro ha permitido la descripción de moléculas parecidas a los opiáceos producidas por el mismo cuerpo humano, denominadas endorfinas y cuyos efectos producían un efecto analgésico y reforzante

en la conducta humana (*Figura 2*). También se identificaron sustancias agonistas y antagonistas con respecto al consumo.

Las neuronas dopaminérgicas de las zonas mesolímbicas y estriadas juegan un importante papel en la recompensa por lo que existiría una correlación estrecha entre este sistema y el opioide. Se ha observado que el consumo de alcohol aumenta la tasa de beta endorfina. Las concentraciones de beta endorfinas son más bajas en sujetos alcohólicos crónicos y en los predispuestos al alcoholismo. Probablemente, los sistemas neuroquímicos que participan en el consumo y la apetencia del etanol son⁹: el *sistema serotoninérgico* (asociado con el humor, el sueño y la conducta consumatoria) donde se produce la serotonina e induce la modulación de la ingestión crónica de alcohol mediante el incremento de la motivación; el *sistema dopaminérgico* (encargado del reforzamiento y la dependencia) por un sistema de recompensa continuado, el *sistema opioide* (asociado con el efecto reforzante, el mantenimiento conductual y la dependencia) por estimulación de los circuitos de dopamina lo cual activa los sistemas de recompensa y el sistema glutamato-gaba (encargado del aprendizaje, la memoria y el desarrollo neuronal) (Orford, 1976).

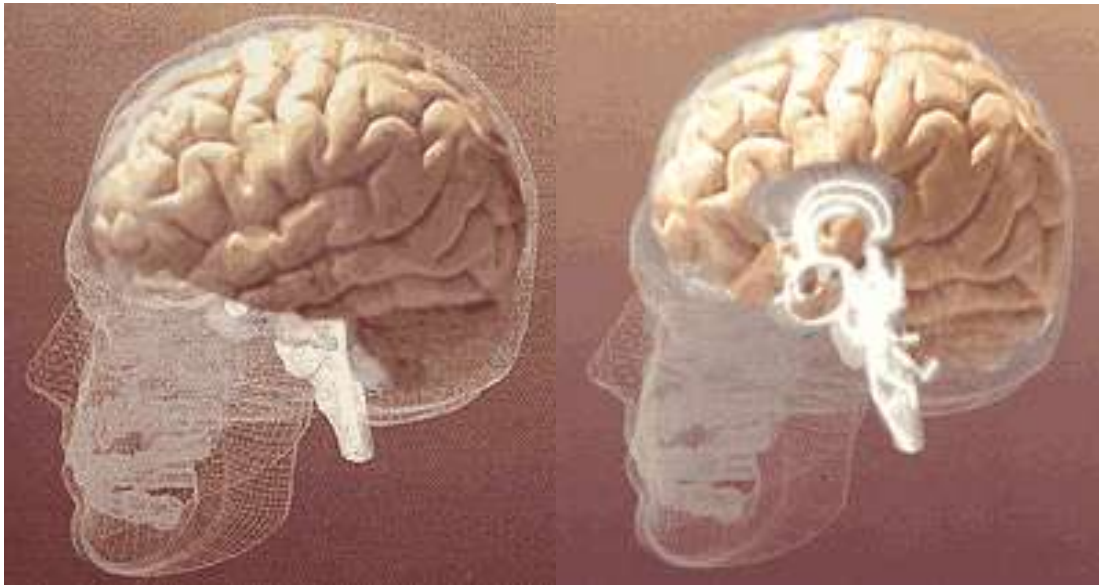


Figura 2: De izquierda a derecha, se observan las vías dopaminérgicas y las vías serotoninérgicas del cerebro humano (Nizama-Valladolid y Mendoza, 2001).

⁹ Se descartan por ende, los sistemas neuroquímicos: del NMDA, gaba-érgico y colinérgico.

En los últimos años el conocimiento de los cambios en los neurotransmisores relacionados con la ingesta aguda y crónica del alcohol se ha profundizado. Las manifestaciones del síndrome de abstinencia y de avidez que origina la supresión de su consumo hacen que los tratamientos encaminados a su alivio sean de vital importancia. El alcohol es una droga impura (estimula receptores múltiples), por lo que no existe un tratamiento específico para su adicción. Sin embargo, el bloqueo de receptores que participan en los mecanismos de recompensa es el procedimiento más prometedor hoy en día. Sin embargo, aún se requiere de más estudios para observar los cambios en esta adicción tan antigua como la civilización.

2.1.3. Efectos del consumo de alcohol

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central. Los efectos de su consumo varían de un individuo a otro, en función de su sexo y de su peso corporal, así como de las circunstancias en que bebe: presencia de alimentos en el estómago, tipo y cantidad de bebida, velocidad con que se ingiere, estado anímico, contexto, etc. Sin embargo, algunas generalidades de los efectos se pueden observar en la *figura 3*.

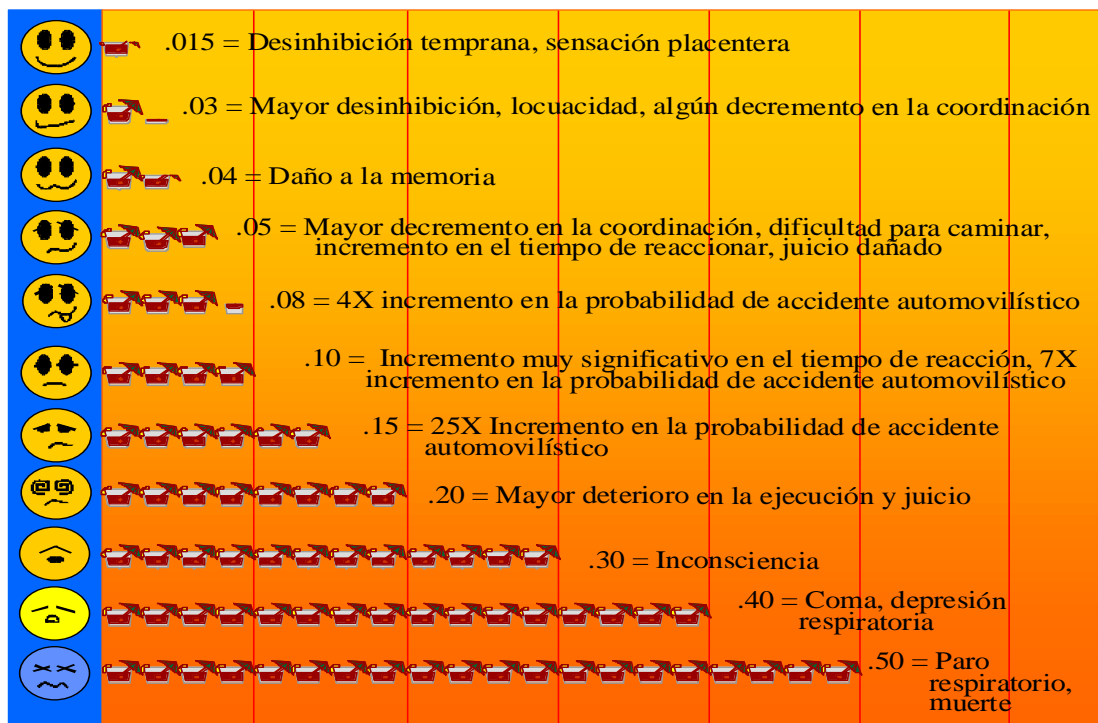


Figura 3: Efectos agudos del alcohol por concentración (%) de alcohol en la sangre (Medina-Mora, 2007b).

Si un individuo continúa bebiendo, los efectos del consumo de alcohol se presentan en una secuencia de cinco etapas que se diferencian a partir de la cantidad de alcohol ingerido (*Figura 4*):

- a) *Primera etapa*: Se produce desde las cantidades iniciales de alcohol. El sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. Debido a que el alcohol primero deprime los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, la conducta se libera y el individuo parece excitado.
- b) *Segunda*: Se produce con una alcoholemia¹⁰ de 100 mg. /100 ml. La conducta es esencialmente emocional, errática; se presentan problemas de juicio y dificultad para la coordinación muscular, trastornos de visión y equilibrio.
- c) *Tercera*: Se produce con una alcoholemia de 200 mg. /100 ml. Equivale al periodo de ebriedad. El individuo presenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento (pánico, agresividad, llanto, etc.) Además, tiene serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se le dice.
- d) *Cuarta*: Se produce con una alcoholemia de 300 mg. /100 ml. Incapacidad para sostenerse de pie, vómito, incontinencia urinaria, estupor, sueño profundo y aproximación a la inconciencia.
- e) *Quinta*: Se produce con una alcoholemia de 400 mg. /100 ml. Se deprimen los centros bulbares del cerebro; inconciencia, frío, sudoración, ausencia de reflejos, dilatación de pupilas, aceleración o disminución de pulso y frecuencia cardiaca, estado de coma o muerte por paro respiratorio.

¹⁰ El término *alcoholemia* expresa la concentración de alcohol en sangre. Se corresponde con la cantidad de alcohol (miligramos) que hay en 100 mililitros de sangre al momento de la prueba. Una alcoholemia elevada no siempre es sinónimo de embriaguez. En las primeras etapas del alcoholismo, precisamente por la tolerancia, se pueden comprobar alcoholemias elevadas sin síntomas aparentes de embriaguez.

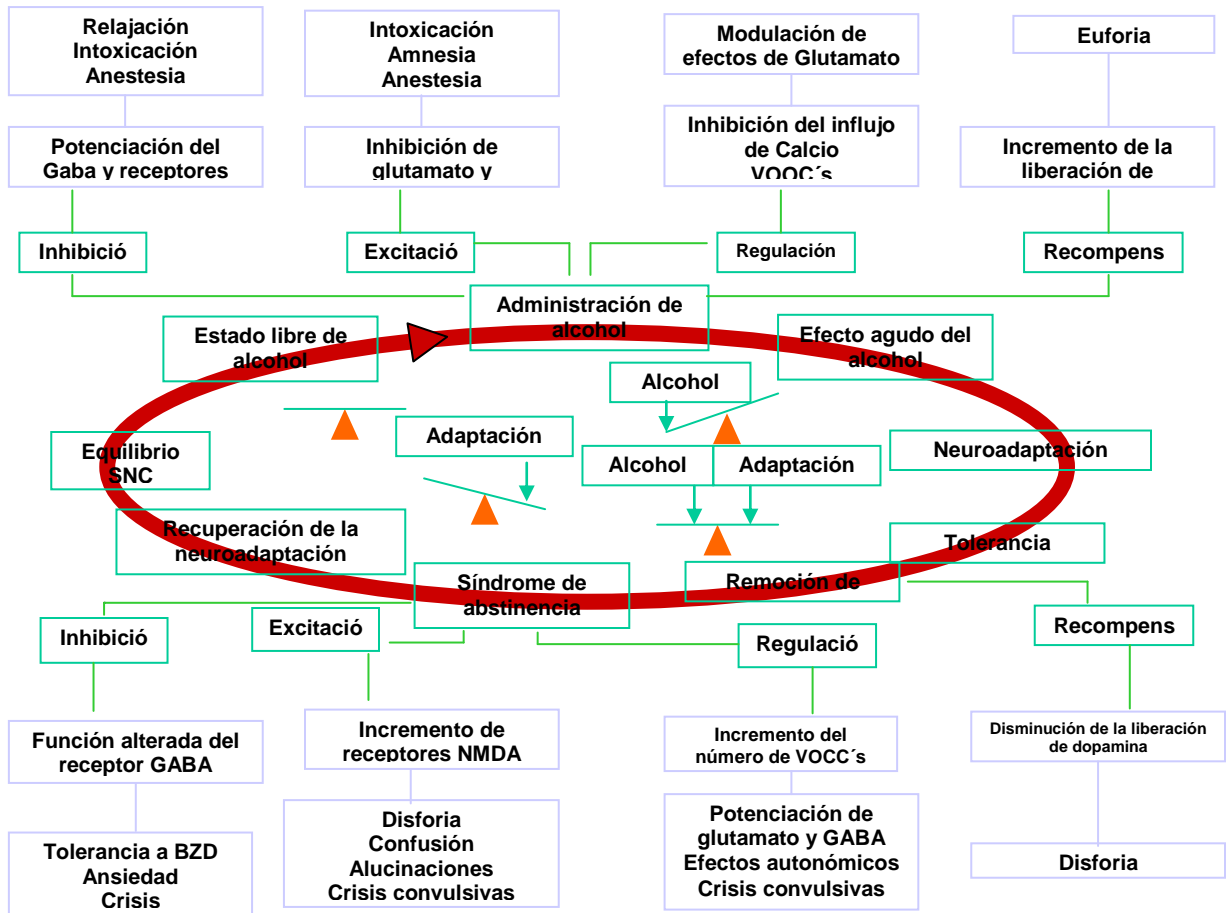


Figura 4: Ciclo de absorción del alcohol en el organismo (Barry y Brown, 1998).

2.1.4. Daños del consumo

Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo. El consumo de bebidas alcohólicas se inicia en la adolescencia (12 años en promedio) y avanza lentamente, llegando a constituirse en un problema hacia la mitad o al final de la segunda década de la vida. Para llegar a ser adicto se requiere un patrón de bebedor reiterativo (dos o tres veces por semana con cantidades de ingesta superiores al trago estándar) y esto se desarrolla de modo característico durante unos años (en promedio diez años). No obstante, hoy sabemos que muchos alcohólicos comienzan a serlo a una edad muy precoz (20 años) o avanzada (40 años), sin haber tenido previamente problemas de abuso o dependencia del alcohol.

El consumo del alcohol repercute negativamente no sólo en el individuo que lo ingiere, sino que afecta en alto grado a la sociedad a la que pertenece, es decir, las alteraciones no se limitan a los daños orgánicos de los individuos afectados, sino que también se extienden a la salud mental y al bienestar económico y social de la colectividad. Pese a ello, se han ido transmitiendo una serie de mitos sobre los

pretendidos efectos positivos que tiene el alcohol en ciertas actividades humanas que no son ciertos, por ejemplo: el alcohol puede aumentar el rendimiento intelectual, laboral, deportivo o creativo; facilita las relaciones interpersonales (sobre todo con el otro sexo); ayuda a calentar el cuerpo cuando hace frío; es un alimento; quita la sed mejor que el agua; estimula el apetito, ayuda a la digestión; es vasodilatador; controla el nivel de colesterol; es un buen ansiolítico (relajante) ante el estrés, es antidepresivo en momentos de dificultades emocionales; todos consumen alcohol y cualquiera “se pasa un poco de vez en cuando” (García-Andrade, 2002).

Las repercusiones tanto individuales como colectivas del consumo, agravan los problemas estructurales existentes en cualquier sociedad. El consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo, afectan de manera significativa a la comunidad. El tipo de daño depende en gran medida del patrón de consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

En general, el consumo excesivo de alcohol puede ser de dos tipos y mostrar daños diversos en función de ello (Narro *et al.*, 1994):

- a) El primero corresponde a episodios agudos de consumo con grandes cantidades de alcohol
- b) El segundo se refiere a un consumo excesivo crónico

Entre los daños más frecuentes de los episodios de consumo agudo se ubican: intoxicación y congestión alcohólica, consumo de otras drogas, accidentes automovilísticos, atropellamientos y caídas, riñas, violencia, conductas antisociales, suicidio, prácticas sexuales de riesgo, ausentismo escolar o laboral, etc.

Como daños constantes de los episodios de consumo crónico se encuentran: hipertensión, desnutrición, alteraciones del sistema gastrointestinal, trastornos del sistema nervioso y afecciones psiquiátricas (demencia, depresión, alucinaciones, psicosis), padecimientos cardiorrespiratorios, hemorragias, disfunción sexual, cirrosis hepática; cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas e hígado; diabetes, entre otros. La deficiencia de magnesio entre los grupos que padecen malnutrición, en especial los alcohólicos, produce temblores y convulsiones.

En fechas recientes, se ha demostrado que la ingestión de alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños graves en el feto, que se manifiestan con bajo peso al nacer, deformidades de cráneo y cara, retardo físico y mental; a este conjunto de signos y síntomas se le denomina *Síndrome Alcohólico Fetal*, SAF (Gual *et al.*, 2002).

Además, el consumo frecuente de alcohol ocasiona estados de intoxicación, dependencia física y psicológica.

La *intoxicación* (ingestión aguda) es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de la sustancia psicotrópica o de alcohol que produce

alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, la percepción, estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

Con la *dependencia física o fisiológica* aparece la “tolerancia”, es decir, quien consume necesita cada vez mayor cantidad de alcohol para obtener el mismo efecto; si se suspende la ingesta, se presenta lo que se conoce como “síndrome de abstinencia”, es decir, un deseo intenso de continuar bebiendo acompañado de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga (ansiedad, insomnio, temblor en las manos, convulsiones y alucinaciones visuales, auditivas o táctiles). Por tanto, la dependencia física es un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.

Con la *dependencia psicológica* se presenta el consumo con mayor frecuencia y cantidad o durante más tiempo del que se deseaba; se emplea más tiempo en actividades relacionadas con la bebida, mientras que se reducen las actividades sociales, laborales, estudiantiles o recreativas; se continúa bebiendo a pesar de padecer alteraciones físicas o psicológicas ocasionadas por el consumo. En suma, la dependencia psicológica es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico, que exigen la administración continua de la droga para producir placer o evitar un malestar (*Figura 5*).

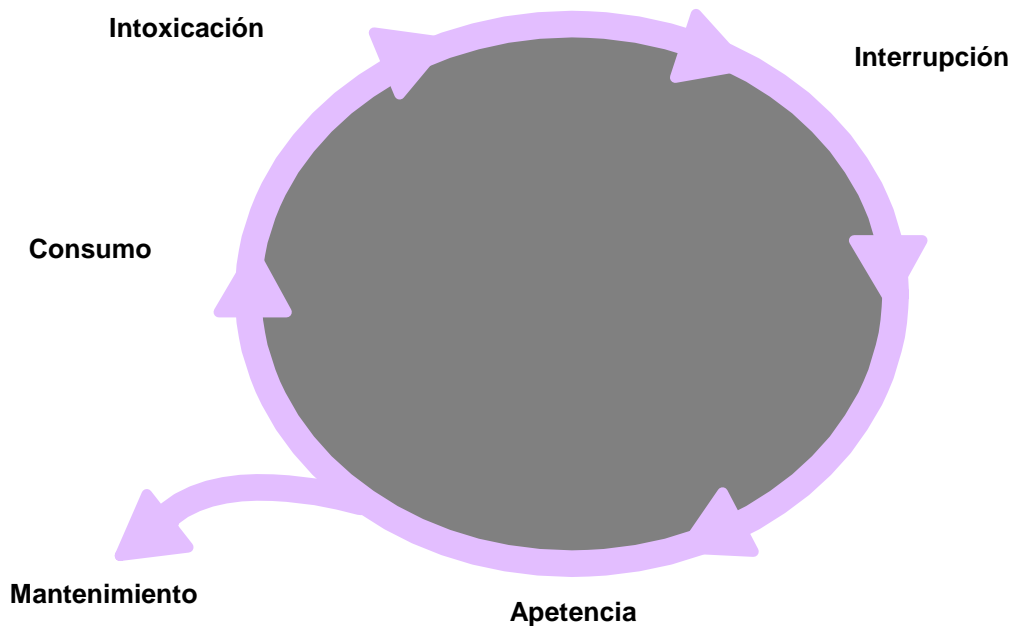


Figura 5: Ciclo conductual de la ingesta alcohólica en el dependiente (CIJ, 2006a).

2.1.5. Criterios diagnósticos de abuso y dependencia

La clasificación clínica del consumo de alcohol (o de cualquier otra sustancia tóxica) considera la evolución en el tiempo del patrón de uso, en términos de frecuencia y cantidad, definiendo así si se trata de abuso o dependencia [Cf. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R), Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 2000; OMS, 1980)].

A) El *abuso*, en el consumo es un patrón maladaptativo y se presenta cuando la cantidad, frecuencia y forma en la que el individuo ingiere alcohol, ocasiona problemas clínicos o disfunción social. Se manifiesta en un período de doce meses como mínimo, mediante uno o más de los siguientes síntomas (APA, 2002):

- Uso frecuente de la bebida que impide al individuo cumplir con sus responsabilidades laborales, escolares o del hogar. Por ejemplo, ausencias frecuentes en el trabajo o escasa calidad en su desempeño debido al consumo; reportes, llamadas de atención, suspensiones; rebeldía para realizar tareas y funciones, conflictos interpersonales.
- Consumo de bebidas en situaciones de riesgo. Por ejemplo, cuando se conduce un automóvil o alguna maquinaria, cuando se padece diabetes, etc.
- Problemas legales frecuentes asociados al consumo. Por ejemplo, arrestos por conductas cometidas bajo los efectos del alcohol (infracciones de tránsito, retos a la autoridad, faltas civiles, etc.).
- Uso continuado de alcohol pese a los problemas sociales en sus relaciones interpersonales producidos por el consumo. Por ejemplo, problemas con la pareja, violencia física, riñas, amenazas, etc.
- Los síntomas no alcanzan los criterios de dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas.

B) La *dependencia*, por su parte, se refiere a un patrón de consumo maladaptativo que lleva al individuo a padecer problemas clínicos, psicológicos o de disfunción social significativos. Se manifiesta en un período de 12 meses como mínimo, mediante uno o más de los siguientes síntomas (*Ídem*):

- Tolerancia, que se define por alguno de los siguientes criterios: a) Necesidad de incrementar la cantidad de sustancia consumida para alcanzar el estado de intoxicación o el efecto deseado, b) disminución del efecto de la sustancia adictiva si se continúa consumiendo en la misma cantidad.
- Síndrome de Abstinencia, a partir de alguno de sus indicadores: a) Interrupción (o disminución) de la ingesta de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades; b) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio "a)": hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o más de 100 pulsaciones por minuto), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles, auditivas transitorias o ilusiones; agitación psicomotriz,

ansiedad y crisis comiciales de gran daño (por ejemplo, crisis epilépticas); c) Los síntomas del criterio “b)” provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto; d) los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- Con frecuencia se consumen bebidas alcohólicas en grandes cantidades (más de 30 tragos por semana y más de cuatro por ocasión), por períodos de duración más prolongados de los que se pretendía hacerlo.
- Hay un deseo persistente de consumir alcohol y esfuerzos infructuosos para abstenerse del consumo.
- Se invierte gran cantidad de tiempo en actividades que le permitan obtener e ingerir la bebida alcohólica, o bien, para recuperarse de sus efectos.
- Disminución y reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas que se efectuaban, debido al consumo.
- Uso continuado del alcohol, a pesar de tener problemas recurrentes de salud física o psicológica (cirrosis hepática, demencia alcohólica o hemorragias) que pueden ocurrir o empeorar a partir de dicha ingesta.

Actualmente se reconoce que no toda la población que bebe en exceso presenta síntomas de adicción o dependencia alcohólica. Por el contrario, los problemas relacionados casi siempre se manifiestan en un amplio rango de consecuencias médicas, psicológicas y sociales.

2.1.6. Estándares de consumo

La diferenciación de patrones de consumo y por ende, de bebedores, se basa en la relación del tipo y la cantidad de alcohol ingerido, la frecuencia del consumo y los efectos o consecuencias que se manifiestan en diversos ámbitos. Por *tipo de bebida* se han fijado equivalencias para referirse a un *trago estándar* de la manera que muestran la *tabla 1* y la *figura 6*.

BEBIDA	EQUIVALENCIA
1 cerveza de 341 ml. 1 copa de vino de mesa de 142 ml. 1 copa de destilado ¹¹ de 43 ml.	1 trago estándar
1 botella de vino de 750 ml.	6 tragos
1 litro de pulque	3 tragos
1 botella de destilado de 340 ml.	8 tragos
1 botella de destilado de 750 ml.	17 tragos

Tabla 1: Estándares y equivalencias de consumo de alcohol (CONADIC, 2002b).

¹¹ Se denomina destilado a cualquier tipo de ron, tequila, mezcal, aguardiente, brandy, vodka, etc.



Figura 6: Comparativo de bebidas alcohólicas (CONADIC, 2002b).

El punto de corte para la permisividad del consumo ha variado con la época y el lugar a partir de esta medida estándar.

Actualmente, el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA, 2002) define que el consumo moderado equivale a un trago estándar por ocasión para la mujer y dos por ocasión para el hombre. Si se exceden estos estándares se estará cayendo en el abuso.

A nivel mundial se ha definido como consumo excesivo aquella cantidad de alcohol que pueda comportar un riesgo para la salud. Las evidencias epidemiológicas sitúan el límite de riesgo en cifras equivalentes a 30-40 g/día para los varones y en 20-30 g/día para las mujeres. Se considera consumo peligroso o de riesgo cuando la ingesta semanal es superior a 280 grs. en el varón ó 170 grs. en la mujer. También se considera peligroso consumir 50 grs. en 24 horas, una o más veces al mes (Enoch *et al.*, 2002: 123).

En México, la Secretaría de Salud (SSA)¹², a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), determina que el consumo abusivo se presenta cuando se rebasa un patrón de consumo de más de cuatro tragos por ocasión en el

¹² Anteriormente, Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

hombre y tres por ocasión en la mujer, si el consumo ocurre más de tres veces por semana.

Los niveles de menor riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas en adultos se ubican, en los hombres: No más de 12 copas por semana, no más de 4 por ocasión y no más de una copa por hora; en las mujeres: No más de 9 copas por semana, no más de 3 por ocasión y no más de una copa por hora. En general, se advierte que no debe ingerirse ninguna copa si se es dependiente, si se tiene una enfermedad crónica, se está bajo tratamiento médico, está embarazada o planea embarazarse (SSA, 2004).

En otros países, donde el consumo no es diario, se recomienda no exceder la ingesta de dos a cuatro tragos por ocasión, ya que argumentan que hay un efecto protector para el problema de isquemia hasta con tres tragos por ocasión. Lo que si es seguro es que nunca debe excederse la cantidad de cuatro tragos estándar por ocasión ni de doce tragos estándar, por semana.

Los estándares de consumo son de suma utilidad, dado que los profesionales de la salud requieren emplear parámetros fijos para definir qué es riesgo. Por ejemplo, así como un individuo con niveles de presión arterial por arriba de 140/90 está en riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares secundarios a la hipertensión, de igual manera, alguien que bebe más de cuatro tragos por día, está en riesgo de un problema de hígado o de corazón.

Sin embargo, cabe señalar que los estándares de consumo están estrechamente relacionados con los “patrones de consumo” que varían también de un individuo a otro y de una sociedad a otra. En este sentido, se han propuesto dos modelos para explicar la relación entre estándares y patrones de consumo: el “modelo mediterráneo” y el “modelo anglosajón” (NIDA y NIH, 1997).

El modelo mediterráneo corresponde al consumo clásico (existente desde hace miles de años) donde el contacto con el alcohol se establece a edades tempranas (durante la pubertad), suele desarrollarse en el ambiente familiar o comunitario y cuenta con cierta tolerancia social y reglas de consumo. Se utilizan alcoholes de baja graduación; la intoxicación aguda es la consecuencia que no se busca en sí misma.

El modelo anglosajón se ha extendido en las últimas décadas más allá de sus zonas iniciales de influencia, desplazando poco a poco al modelo mediterráneo. Implica un consumo esporádico (una o dos veces al mes). Preferentemente se utilizan alcoholes de mayor graduación; el contacto con el alcohol se utiliza más tardíamente, fuera y lejos del contexto familiar; no está tolerado socialmente. Llegar a un estado de intoxicación, frecuentemente es un objetivo en sí mismo.

Una consideración importante es reflexionar si la existencia de patrones de consumo diferentes puede incidir sobre ciertos individuos que sean cultural o

biológicamente más vulnerables para desarrollar una adicción al alcohol en el caso de que lo consuman de determinado modo, o incluso, si en la selección del patrón de consumo intervienen exclusivamente razones socioculturales o bien, una tendencia o experiencia individual originada en aspectos biológico-genéticos propios.

2.1.7. Del uso a la dependencia alcohólica

Con el consenso sobre los estándares de consumo de bebidas alcohólicas establecidos en una época y sociedad determinadas, con claridad se puede discriminar entre el uso de alcohol, el consumo moderado y la dependencia alcohólica (mejor conocida como alcoholismo) (OMS, 2004; SSA, 2001b):

- a) El *uso o consumo leve* está por debajo del trago estándar (bajo límites y dosis específicos¹³), es socialmente aceptado y no desadaptativo porque no pone en riesgo la salud.
- b) El *consumo moderado* equivalente al trago estándar y también es aceptado socialmente.
- c) El *abuso o consumo problemático* rebasa al trago estándar (por cantidad o frecuencia) y genera consecuencias negativas para el sujeto y su entorno inmediato.
- d) La *dependencia alcohólica* (sea moderada o severa, a partir de sus manifestaciones clínicas) alude, como ya se refirió, a un consumo abusivo que rebasa en mucho al trago estándar (por cantidad y frecuencia de consumo) y a la presencia de consecuencias negativas para el individuo, su familia y su contexto escolar o laboral y comunitario que se hacen patentes de forma permanente y se acompañan necesariamente de tolerancia hacia los efectos del alcohol y del síndrome de abstinencia (Cf. Sección 2.1.5).

Desde algunas ópticas, se hace referencia al término *alcoholismo* como la enfermedad producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, sea en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias; sin hacer una distinción entre el abuso de alcohol y la dependencia alcohólica.

La palabra “alcoholismo” fue utilizada por primera vez, como categoría integrante en las toxicomanías, por el médico sueco Magnus Huss, en el año 1849, cuando Suecia ocupaba la cuota más alta del mundo en el consumo de bebidas alcohólicas. Huss extendió su significado a todos los problemas sociales relacionados con el uso, abuso y dependencia de bebidas alcohólicas. En sentido estricto, el alcoholismo es la dependencia física de una sustancia llamada alcohol, por lo que pareciera más razonable llamarla *alcoholdependencia*.

¹³ No más de cuatro copas por ocasión por semana para el hombre y no más de tres en la mujer.

Al definir al alcoholismo como una adicción se pone de manifiesto que se trata de una enfermedad reconocida y categorizada como un trastorno mental que como cualquier otro, posee una etiología, un curso evolutivo natural, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento, y que también puede cursar por una serie de complicaciones. En su momento, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), precisó:

El alcoholismo es un trastorno caracterizado por una gran variabilidad clínica y expresión fenotípica resultante. Presenta una elevada concurrencia con otras enfermedades, especialmente con problemas conductuales y de personalidad. Es una enfermedad no transmisible, crónica y habitualmente progresiva, causada por la ingestión diaria de alcohol etílico superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tienen aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). Parece ser producto de la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol; provoca un daño cerebral progresivo y en ocasiones, la muerte.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud sustituyó el término alcoholismo por el de *síndrome de dependencia alcohólica*, que define (OMS, 1980):

Es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente sociocultural, a pesar de las consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales... Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades. Además, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas asociados a la privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.

2.1.8. Tipología de usuarios de alcohol

Dada la variabilidad clínica del consumo de alcohol, su elevada concurrencia con otras enfermedades y la diversidad de factores culturales, sociales, ambientales, biológicos, biográficos y genéticos que facilitan, provocan o cronifican el trastorno alcohólico, la definición de los criterios diagnósticos y de los usuarios de alcohol es considerablemente heterogénea, dado que incluye “consumos” de muy diferente naturaleza etiológica e incluso patogénica.

En este sentido, las tipologías representan un sistema de clasificación y análisis de los individuos que comparten una o más características, intentando reducir la heterogeneidad de la expresión del consumo de alcohol, para tratar de comprender mejor su historia natural y su etiología.

En las últimas décadas, se han establecido diferentes tipologías, entre las que destacan las que denominan al alcoholismo como “tipo 1 y tipo 2” (Armor *et al.*, 1976b). La primera descripción fue la de Cloninger, tipos 1 y 2, que se basaba en la neurobiología del aprendizaje. Posteriormente, surgieron los tipos A y B de Babor, basados en un modelo empírico de recurrencia al alcohol y los tipos 1 y 2 de Von Knorring basados en la edad de inicio de los problemas ocasionados por alcohol. Asimismo, surgieron los tipos del 1 al 4 de Zucker, basándose en el modelo secuencial del desarrollo del consumo (curiosidad-experimental-frecuente-abusivo-dependencia) y las tipologías del alcoholismo crónico de Lesch basadas en un modelo metabólico de adaptación al alcohol. En la mayoría de los estudios publicados al respecto, se utilizan las tipologías de Cloninger y de Babor, donde destaca el papel de las conductas antisociales como uno de los principales elementos para la identificación de los subtipos de consumo; por ejemplo, el subtipo antisocial se caracteriza por un inicio joven, con mayor gravedad clínica, con conductas agresivas y posible mayor peso de la genética familiar.

Retomando los estándares de consumo y los criterios más difundidos para diagnosticar abuso o dependencia alcohólica, se ha establecido una tipología de usuarios: de bajo riesgo u ocasional, de riesgo o frecuente, bebedor problema y dependiente (SSA, 2006b):

- *Bebedor de bajo riesgo.* Bebe menos de 2 tragos por día, no más de 4 por ocasión y no bebe en situaciones de riesgo.
- *Bebedor en riesgo.* Puede presentar depresión, presión arterial alta o colesterol elevado; el consumo de alcohol lo puede poner en riesgo de accidentes. También puede ser que no experimente efectos adversos en su salud ni accidentes relacionados con esta condición.
- *Bebedor problema.* Es funcional en sus actividades cotidianas, pero puede llegar a tener accidentes que ponen en riesgo su vida, por conducir un automóvil, manejar maquinaria pesada u otras conductas imprudentes cometidas bajo los efectos del alcohol: faltas civiles, riñas, violencia familiar, etc.

- *Dependiente o disfuncional.* Presenta una pérdida total del control ante el consumo, conflictos familiares y laborales recurrentes, pérdida de memoria, problemas legales y en algunos casos dependencia física (tolerancia y síndrome de abstinencia).

Por otra parte, el Dr. Jellinek (1989 citado en Natera, 1980), elaboró una tipología del alcoholismo. Este autor dividió a los alcohólicos en cinco tipos de acuerdo a su patrón de consumo y nivel de progresividad¹⁴: alcoholismo alfa, beta, gamma, delta y epsilon.

- *Alcoholismo alfa.* Se caracteriza por una relación psicológica con la sustancia. En este no hay pérdida del control ni incapacidad para abstenerse de beber, por lo que no es un alcoholismo propiamente dicho. Lo experimentan personas con dificultades para manejar las situaciones adversas habituales.
- *Alcoholismo beta.* Es el consumo ocasional inducido. Las razones para beber son más sociales que psicológicas. No hay dependencia de la sustancia, tampoco existe pérdida de control sobre la ingesta. Con el tiempo progresa hacia el tipo gamma.
- *Gamma.* Se caracteriza por dependencia física y psicológica con pérdida de control sobre la ingesta y tolerancia ante la bebida. Tiene acentuada tendencia a la progresión. La persona puede dejar de beber semanas o meses; es el típico alcoholismo con recaídas constantes. Sin tratamiento tiende a progresar hacia el tipo delta.
- *Delta.* Implica una dependencia física y psicológica. Lo caracteriza la ingesta regular y sostenida de grandes cantidades de alcohol. A diferencia del alcohólico gamma, el delta es incapaz de abstenerse. Tiende a la progresión y a la disfuncionalidad del individuo.
- *Epsilon.* Es denominado “dipsomanía. La persona consume con un patrón parecido al del alcoholismo gamma pero de forma periódica. Bebe un corto período con pérdida de control, para luego abstenerse sin esfuerzo por largos períodos. No tiende a la progresión. No hay dependencia física y se da con más frecuencia en bebedores de vino.

En nuestro país, a partir del levantamiento periódico de la Encuesta Nacional de Adicciones, a cargo de la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional contra las Adicciones (1993, 2002, 2008), se ha referido otra clasificación que abarca cinco tipos de usuarios:

- *Experimental.* Bebe de una a tres copas completas, alguna vez en su vida.
- *Moderado.* Consume menos de cinco copas por ocasión, de forma mensual o menos frecuente.
- *Moderado alto.* Bebe cinco o más copas por ocasión, de forma mensual o menos frecuente.

¹⁴ Aunque esta clasificación no es reconocida por la OMS, resulta de gran utilidad en la práctica clínica por su sencillez diagnóstica y pronóstica.

- *Consuetudinario*. Cinco o más por ocasión, al menos una vez por semana.
- *Dependiente*. Cinco o más copas por ocasión, al menos una vez por semana y presenta los signos y síntomas de tolerancia y abstinencia alcohólica (Cf. DSM-IV-R).

Es fundamental señalar que, sea cual fuere la tipología de usuarios y de consumo empleada, la constante es que mientras más se bebe, mayor riesgo de consecuencias se tiene. Es importante distinguir entre los diferentes tipos de bebedores, ya que cada uno requiere de perspectivas teóricas y modalidades de atención muy distintas.

2.1.9. Factores de riesgo asociados al consumo

En el consumo de alcohol (al igual que en el uso de cualquier otra sustancia tóxica) intervienen una multiplicidad de variables que se ubican en diferentes áreas y ámbitos de desarrollo. Estas variables actúan e interactúan de forma muy específica, en función de otros aspectos relacionados con el individuo, el ambiente y la situación; es decir, no siempre tienen el mismo peso ni necesariamente condicionan el inicio, permanencia o incremento del consumo. Pese a lo anterior, es posible identificar algunos factores que se asocian de modo frecuente al consumo, de la misma forma que se pueden ubicar algunos otros factores que atenúan o disminuyen el riesgo.

Con esta base, se define como factor de riesgo un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992: 15). Mientras tanto, un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (*Idem*: 16).

En este sentido, un factor de riesgo implica una asociación probabilística o correlato (correlación) entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que se haya producido el resultado o emplearse para dividir a la población en “subgrupos de alto y bajo riesgo” (Offord y Kraemer, 2000). Por tanto, es algo previo que se puede identificar (y tratar) antes de que se produzca el resultado. Offord y Kraemer (*op. cit.*) distinguen tres tipos de riesgo:

- 1) Marcador fijo; aquel factor de riesgo que no puede modificarse: sexo, fecha de nacimiento, etc.
- 2) Factor de riesgo variable; factor de riesgo que puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención.
- 3) Factor de riesgo causal; factor de riesgo que puede manipularse y dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado.

La importancia de estos factores radica en la posibilidad de identificarlos para instrumentar oportunamente una intervención (sea preventiva o curativa), tendiente a debilitar los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección. Sin embargo, es importante analizar los factores de riesgo necesariamente en el marco de ciertos postulados básicos (Clayton, 1992):

- Un factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
- Varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado.
- El abuso de bebidas alcohólicas (u otras drogas) puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección
- La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad, con el ambiente o con las circunstancias.
- Aunque un factor de riesgo sea estadísticamente significativo, puede no ser de relevancia clínica o social.

En este orden de ideas, también deben considerarse cinco principios generales para evaluar los factores de riesgo (Pollard *et al.*, 1997):

- Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de sustancias que cuando no lo está.
- La presencia de un solo factor de riesgo no es suficiente para que vaya a producirse el consumo y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el consumo no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El consumo suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores que influyen en ello.
- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del consumo, aunque este efecto aditivo puede atenuarse en función de la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones mensurables. Cada uno de ellos influye de modo independiente y global en el consumo.
- Las intervenciones directas son factibles en algunos factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del consumo. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y reducir al máximo las posibilidades de que estos factores conduzcan al consumo.

Con este marco, se han realizado diferentes investigaciones (Clayton, 1992; Hawkins, Catalano y Miller 1992; Peterson *et al.*, 1992; Hawkins, Arthur y Catalano, 1995; Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur, 1997; Moncada, 1997; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000) tendentes a identificar los principales factores de riesgo que, para efectos de análisis, se han agrupado en diversos dominios y categorías. Para los objetivos del

presente estudio y dada la disciplina de abordaje (antropología física), se retoma la clasificación que alude a factores individuales y factores socioculturales o ambientales (Kumpfer *et al.*, 1998; Muñoz-Rivas *et al.*, *op. cit.*) que a su vez se dividen en ámbitos específicos: genéticos, constitucionales, psicológicos; familiares, grupos de pares o iguales, escolares y comunitarios (Cf. *tabla 2*). Por la importancia que tienen dentro de la antropología física, se hará especial referencia a los factores genéticos y socioculturales implicados en la ingestión de bebidas alcohólicas.

<p>Individuales</p> <p><i>Genéticos</i> Ser hijos de usuarios dependientes de alcohol u otras drogas</p> <p><i>Constitucionales</i> Factores biológico-evolutivos: sexo, edad, grupo étnico Factores fisiológicos Uso temprano (antes de los 15 años) de tabaco, alcohol u otras drogas Dolor o enfermedad crónica</p> <p><i>Psicológicos</i> Problemas de conducta: hiperactividad, autocontrol deficiente, agresividad, etc.) Abuso físico, sexual, emocional; abandono, negligencia, violencia</p>
<p>Socioculturales o ambientales</p> <p><i>Familiares</i> Uso de alcohol u otras drogas por padres y/o actitud favorable hacia el consumo Divorcio, separación o ausencia de los padres o tutores Bajas expectativas para el éxito de los niños Escasa comunicación y afectividad Normas y valores familiares escasos o poco claros Disciplina y supervisión parental deficientes</p> <p><i>Iguales</i> Amistades cercanas que usan alcohol y/o drogas Actitudes tolerantes hacia el consumo Conducta rebelde, antisocial o delictiva temprana Influencia o presión social</p> <p><i>Escuela</i> Escaso cumplimiento de reglas escolares Desapego o desinterés hacia la escuela Ausentismo o deserción escolar Bajo rendimiento escolar</p> <p><i>Comunidad</i> Leyes y normas tolerantes hacia el consumo Disponibilidad y accesibilidad al tabaco, alcohol y otras drogas Escasa regulación sobre la oferta y demanda Promoción del consumo en medios de comunicación o tradiciones y costumbres Historia cultural del consumo en el grupo étnico de pertenencia Carencia de redes de apoyo y vínculos sociales saludables Transiciones y movilidad geodemográficas frecuentes Deprivación económica Marginación, discriminación y/o violencia social</p>

Tabla 2: Factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas (Hawkins et al., 1992; Petterson et al., 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997; Kumpfer et al., 1998; Muñoz-Rivas et al., 2000).

Diferentes estudios biológicos han aportado argumentos sobre la importancia de los factores genéticos en la etiología del consumo de alcohol, aunque siempre dentro de un tipo de herencia compleja y poligénica, en la que diferentes genes actúan como factores de riesgo y de protección.

La relevancia de los denominados factores genéticos en el consumo de alcohol está avalada por investigaciones recientes (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2002; Jiménez y Ponce, 2005; Palomo y Rubio, 2005). Los estudios observacionales de asociación familiar revelan un riesgo de problemas graves con el alcohol que se incrementa del doble al cuádruple, a lo largo de la vida, para los familiares cercanos de alcohólicos. Algunos otros estudios con gemelos que confirman la importancia de los factores genéticos demuestran mayor concordancia para el desarrollo del alcoholismo en gemelos monocigóticos (30%) que en gemelos dicigóticos (16%). De igual forma, los estudios de adopción muestran que los hijos adoptados tienen un marco de riesgo para el alcoholismo (hasta seis veces superior) cuando alguno de los padres biológicos es alcohólico, mientras que el riesgo sólo se incrementa al doble cuando los alcohólicos son los padres adoptivos (Jiménez, Ponce, Hoenicka y Aragües, 2002).

El avance de las técnicas moleculares ha permitido analizar la relación entre diversas variantes genéticas y el alcoholismo. Se conocen varios cromosomas y genes candidatos que influyen en el uso reiterado de alcohol (Bobes *et al.*, *op. cit.*).

En un análisis genómico familiar realizado sobre 139 gemelos, se confirmó la implicación de diferentes regiones cromosómicas (cromosomas 10, 11, 22, 2, 13, 16, 18 y 19, todos ellos con un LOD>2 y los tres primeros con un LOD próximo a 3). Por otra parte, desde hace algunos años se conocen la implicación de los genes de la ALDH y ADH en el desarrollo de tolerancia o aversión al consumo alcohólico. Igualmente, se ha demostrado la influencia de otros genes relacionados con diferentes neurotransmisores (dopamina, serotonina, GABA, opioides, cannabinoides, etc.) y con diferencias en la reacción ante el efecto que el alcohol provoca en ellos (Jiménez *et al.*, 2002).

Dada la importancia que el Sistema Cerebral de Refuerzo y Aprendizaje tiene para el desarrollo de las adicciones y que la Dopamina es el principal neurotransmisor implicado en dicho sistema, destaca el papel que juega el gen DRD2, y sobre el que diferentes estudios aportan una mayor consistencia de su participación en el desarrollo del alcoholismo (*Ídem*).

El potencial adictivo del alcohol y de otras drogas se basa en su capacidad para incrementar la transmisión dopaminérgica en el sistema mesolímbico, el cual es el centro fundamental del sistema de refuerzo y aprendizaje cerebral. Precisamente por ello, ha sido un marcador genético del DRD2, el polimorfismo TaqI-A situado en el extremo 3' del gen, que ha proporcionado consistentes pruebas de asociación de disfunción dopaminérgica y alcoholismo (*Ídem*).

La relación entre el alelo TaqI-A1¹⁵ y el alcoholismo severo se ha puesto de manifiesto desde el trabajo de Blum y sus colaboradores (1990), quienes lo encontraron en el 69% de los alcohólicos graves frente al 20% de los no alcohólicos. Posteriormente, un meta análisis realizado por Noble (2003) confirmó la asociación entre el alcoholismo y el alelo TaqI-A1, con una frecuencia del doble para esta variante alélica entre alcohólicos y que llegaba al triple en los dependientes alcohólicos con respecto a la población no alcohólica (*Ídem*).

Bajo estos postulados, se afirma que este alelo podría determinar la existencia de un síndrome general de deficiencia del sistema de recompensa, que podría tener variadas manifestaciones clínicas y llevar a comportamientos que implican la búsqueda de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, en la actualidad, se sabe que el alcoholismo es un trastorno clínicamente heterogéneo que tiene un componente genético moderado (de tipo poligenético e interactivo), al igual que otras enfermedades mentales y de la conducta, cuya herencia no se explica por las leyes mendelianas. Así, cabe destacar que en la etiología del alcoholismo confluyen, junto con los factores de riesgo genético, una diversidad de condiciones fisiológicas, experiencias personales de vida y factores socioambientales. Es la interacción conjunta entre los genes y de ellos con el individuo y el ambiente, lo que finalmente propicia las situaciones que pueden propiciar o evitar un determinado fenotipo alcohólico (Jiménez *et al.*, *op. cit.*).

Por otra parte, entre los factores de riesgo más mencionados a nivel macro o ambiental se encuentran: situaciones extremas de deprivación económica, pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y violencia social; bajo rendimiento académico y poco compromiso con la escuela; comunicación familiar pobre o inexistente; pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (violencia entre los miembros de la familia, uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias); asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales. A nivel micro o individual se mencionan sobre todo: trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad), características de personalidad (búsqueda constante de nuevas sensaciones, personalidad antisocial, agresividad o aislamiento, impulsividad o introversión), baja resistencia a la frustración, actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales (Catalano y Hawkins, 1996).

¹⁵ Conviene destacar que este alelo se ha hallado sobre representado en otras patologías, sobre todo en las que forman parte del espectro de los trastornos de la impulsividad o de problemas compulsivos, e incluso, también en algunos problemas de la personalidad o trastornos psicóticos (Jiménez y Ponce, *op. cit.*).

Es necesario apuntar que estas variables son paralelas al proceso de socialización. Por ello, siguiendo este proceso se puede explicar el posterior consumo o no de drogas y, de modo especial, el lugar tan importante que ocupa al principio del desarrollo humano el medio familiar (Hops *et al.*, 1996). Es en el núcleo de la familia donde la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y elige a partir de ellas sus ideas, conductas, actitudes; por ello, tanto en este como en otros aspectos, los padres juegan un papel importante para el uso o no de drogas por parte de sus hijos (Dusenbury, 2000).

Después de la familia la escuela y los compañeros o amigos destacan en dicho proceso de socialización, sobre todo en el periodo adolescente. Esto conduce a que la persona pruebe o no pruebe las drogas y continúe o no consumiéndolas si las ha probado. En este proceso se va a encontrar con una serie de factores de riesgo y protección, unos de su ambiente social, otros de su familia, otros de sus compañeros y amigos y de su sistema escolar y, finalmente, otros que le van a ser propios. Existe una mutua interrelación entre unos y otros, que a su vez se van modulando por la historia y experiencias de vida y por el aprendizaje. Conforme las personas aumentan en edad (tanto hombres como mujeres), se va produciendo menor consumo de drogas, lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias, que se da en los adultos jóvenes (Newcomb y Bentler, 1986, 1988).

La permisividad hacia las drogas existente en nuestro medio, empezando por las drogas legales (tabaco y alcohol) junto a las ilegales, en forma de consumo, tráfico, intereses económicos, personas implicadas, redes creadas a través de las mismas, etc., junto a su accesibilidad y disponibilidad, hacen que sea de gran relevancia entrenar a las personas para resistir la presión que se van a encontrar en su vida cotidiana para que consuman. Muchos de estos primeros consumos comienzan en la familia, pueden observarse en sus miembros o algún integrante de la familia puede incitar directamente al niño o joven para su consumo que se refuerza en sus grupos de amigos y compañeros. Este es un elemento importante, aunque no constituye toda la realidad del problema que aumenta el riesgo de consumo. En este caso los programas preventivos son una buena alternativa para que las personas vulnerables no consuman o retrasen lo máximo posible su inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas (Dembo *et al.*, 1999; Gual *et al.*, 2000).

A pesar de que la mayoría de los factores de riesgo y protección no son maleables y son fundamentalmente descriptivos, se han obtenido algunas evidencias de que hay factores cognitivos que se relacionan con el consumo de sustancias y que pueden ser maleables, entre los que destaca la memoria (Goldman, 1999).

Junto con la existencia de factores de riesgo y protección asociados, se sabe que el consumo de sustancias tóxicas no se presenta de manera aislada porque está vinculado con otros comportamientos problema, especialmente con las conductas denominadas desviadas o antisociales. Detectar las condiciones o situaciones vulnerables para este tipo de problemas es también de gran relevancia. El consumo

de sustancias interfiere con el normal desarrollo físico y emocional, resultando en la aparición de problemas en diferentes áreas de la vida; a la vez, este consumo puede estar asociado tanto con el desarrollo precoz como con la disfunción psicosocial, siendo responsables de producir otros problemas significativos. Esto justifica que la mejora en el bienestar social (empleo, aumento de oportunidades, escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a los sistemas de salud, auto cuidado, sanidad, etc.) y psicológico (crianza adecuada, interacción familiar, afectividad; expresión de opiniones y sentimientos; etc.) puede ser una alternativa para revertir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

A manera de síntesis sobre los factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias se puede afirmar lo siguiente (Moncada, 1997):

- Existen variables asociadas al uso de tabaco, alcohol y otras drogas, así como otras que se asocian a la abstinencia.
- Estas variables se han clasificado en factores propios del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto.
- A mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección.
- Para los distintos tipos de drogas se presentan diferentes factores de riesgo, por ejemplo, un alto nivel de depresión se asocia con el uso de alcohol o heroína, pero no con el consumo de otras como la marihuana.
- Los factores de riesgo tampoco son iguales en los diferentes niveles de consumo (experimental, frecuente, dependiente, etc.), aunque en general, se observa una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o problemáticas de consumo.
- Algunos factores de riesgo tienen influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Por ejemplo, presión de pares.
- No todos los factores tienen la misma validez externa.
- Los distintos factores muestran mayor o menor correlación con el uso de alcohol u otras drogas, dependiendo en muchas ocasiones de los instrumentos de medida y los indicadores de riesgo y consumo que se emplean.
- Algunos factores son más remotos; son causas relativamente indirectas de la conducta de consumo, aunque no por ello son menos trascendentes, sino que su efecto está mediado por otras variables que son más próximas. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo.
- Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil, etc. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de alcohol, tabaco y otras drogas.

Además, cabe destacar la importancia que tiene la investigación sobre factores de protección ante el consumo de sustancias que, de forma lógica, se identifican en contraposición o mediante una relación inversa con los factores de

riesgo y se mantienen clasificados bajo los mismos dominios de análisis; esto es, así como existen factores de riesgo individuales y socioculturales o ambientales, paralelamente hay factores de protección individuales y socioculturales. Por ejemplo, si en el ámbito familiar, la presencia del consumo de alcohol por parte del padre o madre funge como factor de riesgo para que el niño probablemente se inicie en el uso de bebidas alcohólicas, un factor protector sería el modelamiento de la conducta del menor mediante el ejemplo del “no consumo de alcohol” por parte de sus padres.

Entre los factores protectores más comunes se mencionan, por ejemplo: normas y reglas claras en la familia, comunicación entre padres e hijos, fomento de valores y principios de conducta pro sociales, adecuada administración del tiempo libre en los jóvenes, religiosidad, apego escolar, entrenamiento en habilidades para resistir el estrés y la presión grupal, asertividad y toma de decisiones, entre otras.

La promoción, desarrollo y reforzamiento de los factores protectores debe retomarse como uno de los ejes transversales de los programas preventivos y curativos del consumo de alcohol, además de que esto debe trasladarse como principio básico de crianza paterna y de los planes educativos escolares.

Así, en cualquier intervención en materia de adicciones es fundamental conocer los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas. En los últimos años se ha avanzado de modo relevante sobre el conocimiento de los mismos; una cantidad considerable de estudios han permitido conocer los que son más relevantes y los que tienen mayor poder predictivo. Con esto, es posible elaborar programas de intervención más oportunos. También hoy, se sabe que distintos factores de protección se pueden potenciar, para que las personas consuman menos bebidas alcohólicas u otras drogas o bien, que disminuyan los riesgos y daños de dicho consumo.

En general, el modelo epidemiológico del uso de drogas hipotetiza que el consumo está influenciado por el número más que por el tipo de factores de riesgo al que el individuo está expuesto (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999). Con frecuencia suele omitirse que los factores de riesgo no están solos. Junto con ellos están también de forma paralela los factores de protección.

Una cuestión no resuelta es saber cuáles son los factores de riesgo y protección más importantes (Robles y Martínez, 1998). Sin embargo, en poco tiempo se han tenido resultados importantes como producto de revisiones y análisis extensos.

Por esta línea se puede avanzar en los próximos años, porque cuanto más y mejor se conozcan los factores de riesgo y de protección, como los otros posibles riesgos asociados al consumo de drogas o a otras conductas problema, no sólo se ubicarán mejor las causas por las que las personas consumen o no consumen drogas, sino que se podrán desarrollar programas preventivos más adecuados, oportunos y eficaces.

2.2. Perspectivas teóricas sobre el consumo de alcohol

El consumo de alcohol (igual que el de cualquier otra sustancia tóxica) ha aumentado y se ha diversificado de modo significativo, convirtiéndose en un problema de salud altamente complejo con costes muy elevados tanto a nivel económico, personal, familiar y social, que requiere de enfoques multidisciplinarios, para facilitar su explicación y su atención integral.

El estudio de este fenómeno no se centra exclusivamente en el campo médico ni legislativo; debe ser más amplio e incluir diversos marcos epistemológicos, modelos, leyes, teorías, hipótesis y metodologías que den cuenta de las variables biológicas, psicológicas, económicas, sociales, culturales, etc., implicados tanto en la oferta (producción, distribución, regulación, publicidad, legislación) como en la demanda de bebidas alcohólicas (uso, abuso, dependencia).

Es importante analizar los principales enfoques, modelos y teorías que buscan dar cuenta de las dimensiones del problema y sustentar los programas de intervención correspondientes. Es necesario, de inicio, precisar diferencias conceptuales:

- Los enfoques se refieren a los paradigmas de análisis en que se ubican los eventos. Son los referentes o categorías más amplias a partir de las cuales se supone el desarrollo de modelos y teorías, aunque no necesariamente se ubican al interior de la ciencia, por lo que no son equivalentes a las teorías o los modelos que se derivan del conocimiento científico. Deben reunir un conjunto de conocimientos con carácter racional y en ocasiones especulativo, que proporcionen una explicación integral y completa del fenómeno que pretende abordar.
- Los modelos son conjuntos de teorías aplicados a una situación o evento para describir sistemáticamente la relación entre las variables intervinientes. Constituyen la representación simplificada de la realidad y sus componentes epistemológicos e instrumentales. Generan un referente conceptual y una plataforma metodológica. Se distinguen los modelos explicativos (centrados en el por qué de los hechos y comportamientos, justificando la necesidad de intervenir y delimitando un marco teórico) de los modelos de intervención (enfocados al cómo intervenir y definiendo una metodología de acción). Un modelo es una teoría o grupo de teorías aplicada a un área específica o situación (Mitchell y Jolley, 1992); con el objetivo de describir la relación matemática exacta entre variables en una situación determinada. El coste de esta precisión es que los modelos, generalmente son más limitados en el ámbito de la teoría general y pueden ser también menos parsimoniosos.
- Las teorías se refieren al conjunto de postulados u observaciones que sistemáticamente pueden ser comprobadas, aunque esto no implica que sean verdades hegemónicas. Confieren una fortaleza fundamental a las ciencias y son la base para el desarrollo de programas de intervención. Son series de principios relacionados sistemáticamente entre sí, que incluyen algunas

generalizaciones en forma de ley natural y que son empíricamente comprobables (Rudner, 1966). Habitualmente, resumen un conjunto de evidencias empíricas, pudiendo ser derivadas de las hipótesis, explicar leyes o construir modelos.

- Los programas son conjuntos organizados, coherentes e integrados de actividades y servicios, realizados simultánea o sucesivamente con los recursos necesarios para alcanzar objetivos determinados sobre un fenómeno o evento, en una población definida.

Flay y Petraitis (1995) afirman que los enfoques, modelos y teorías son abstractos; sirven para hacer una representación del mundo (habitualmente complejo), a través de una estructura simple (marco de referencia); son la guía para saber qué encontrar, cómo predecir el futuro o disponer de principios orientativos generales sobre un fenómeno o problema. No implican certeza. Para ello se precisa investigar que sus postulados se cumplen y ver si hay evidencia o no para sostenerlos. En el campo de análisis del consumo de alcohol (u otra sustancia tóxica) no siempre ha habido concordancia entre la teoría explicativa y el marco de intervención. Cuando una intervención se basa en un marco de referencia científico, hay una serie de ventajas tanto para el programa en sí mismo como para su evaluación (Donaldson, Grahan y Hansen, 1994).

2.2.1. Enfoques teóricos

Para abordar al consumo de alcohol como un fenómeno social y como un problema de estudio se han planteado enfoques teóricos alternos. Entre los más difundidos se ubican: el enfoque evolucionista, el ético-moral, legal, religioso-espiritual, médico-sanitarista, de riesgo, psicosocial, sociocultural, integrativo. Los planteamientos generales de estos enfoques se describen a continuación.

2.2.1.1. Enfoque evolucionista

Este enfoque explica el consumo de alcohol desde la consideración de las necesidades orgánicas, sus satisfactores y la adaptación al ambiente. Afirma que el azúcar de la pulpa de la fruta proporciona un incentivo energético a los vertebrados para que consuman la fruta y, en consecuencia, participen más activamente en la dispersión de semillas. El alcohol representa el sustrato alimenticio de la fermentación alcohólica que realizan diversos microorganismos. Así, aunque no se puede considerar al alcohol como un constituyente de las dietas animales, se ha convertido en una molécula de amplia distribución en la dieta basada en frutas maduras que es consumida por aves y mamíferos (Jiménez y Ponce, 2006).

Por ello, los animales que se alimentan de fruta (frugívoros) consumen inevitablemente alcohol de forma regular. Aunque el contenido real de alcohol en las frutas silvestres y en sus ambientes naturales es relativamente bajo (0.6%), comparado con la concentración de alcohol que puede alcanzarse en frutas

procedentes de la agricultura y en cuyos residuos fermentados puede llegar hasta un 12% de etanol, no debe desdeñarse el efecto que provoca en determinados organismos en el contexto evolutivo (*Ídem*).

De manera constante en la escala geológica se ha probado el consumo regular de etanol en los frugívoros; por tanto, es de esperarse que se hayan inducido y producido cambios adaptativos a esta sustancia en diferentes grupos animales a lo largo de su proceso evolutivo. “Las interacciones co-evolucionarias entre plantas y animales dispersadores de semillas se han dado desde el Mesozoico tardío, es decir, a lo largo de 80-90 millones de años” (*Ídem*: 452).

La presencia de alcohol (a manera de toxina, en bajas pero regulares dosis) en la alimentación frugívora dentro de un grupo de nutrientes básicos, ha generado cambios biológicos y conductuales adaptativos que coadyuvan a enfrentarse al *continuum* nutriente-toxina. Ante esta situación, se supone que, las bajas concentraciones del tóxico (alcohol) son benéficas para el organismo, mientras que las elevadas concentraciones de alcohol resultan perjudiciales.

Un ejemplo de lo anterior se ha demostrado en la fruta *Drosophila*. Las larvas de moscas de este género viven en la fruta madura y fermentada, metabolizando no sólo los azúcares de la fruta, sino también las levaduras, así como el etanol producido por las levaduras. De forma consistente con la expectativa evolucionista de la interacción organismo-toxina, la longevidad de la *Drosophila* aumenta cuando encuentran sustratos nutricionales fermentativos que presentan concentraciones bajas de etanol y aldehído, mientras que disminuye cuando encuentran concentraciones excesivas de alcohol; no sólo la longevidad, sino también la fecundidad de la *Drosophila* aumentan en presencia de vapores con bajas concentraciones de etanol (*Ídem*: 465).

En humanos, diversos estudios epidemiológicos sugieren que existe una reducción sistemática del riesgo cardiovascular y de la mortalidad en determinados grupos poblacionales cuando consumen bajas cantidades de alcohol, tanto en comparación con quienes beben cantidades elevadas, como en relación con los abstemios (Jiménez, 2002).

Se sabe que los humanos derivan de un linaje de primates predominantemente frugívoros, con dietas basadas en la fruta desde hace al menos 24 millones de años, y que es a lo largo de los dos últimos millones de años cuando este linaje amplió sus fuentes de nutrientes incorporando alimentos de origen animal y vegetal, aunque las frutas y los carbohidratos continuaron siendo el mayor componente de la dieta en las sociedades recolectoras-cazadoras (Jiménez y Ponce, *op. cit.*).

Una consecuencia de la dieta frugívora ancestral es la desarrollada capacidad para catabolizar el etanol. Este metabolismo implica la oxidación del etanol mediante la alcohol-deshidrogenasa y su transformación en aldehído, el cual es degradado posteriormente a acetato por medio de la *aldehidodeshidrogenasa* hepática. Las variaciones en los genes de las enzimas ADH y ALDH humanas, al igual que ocurre en las especies de *Drosophila* son sustanciales para presentar una mayor facilitación o aversión ante el consumo alcohólico. Por otra parte, la persistencia en la evolución de variantes genéticas facilitadoras del desarrollo de un trastorno suele deberse a que también representan una ventaja evolutiva para los portadores de esas variantes genéticas. En el caso de las variantes genéticas que facilitan el consumo de alcohol están aquellas que permiten obtener ventajas de la presencia de alcohol en el ambiente (*Ídem*).

Varias podrían ser las ventajas de desarrollar una sensibilidad especial a los efectos “adictivos” del alcohol. El nivel adictivo de una sustancia se basa en su capacidad para comportarse como un refuerzo, lo que implica un esfuerzo para volver a conseguirla en el futuro (conductas de preferencia de lugar o condicionamiento de estímulos neutros, que en lo sucesivo eficientan la búsqueda de la sustancia). Aquellos animales más sensibles al alcohol encontrarán con mayor facilidad la fruta y tenderán a establecerse en zonas más ricas en cuanto a la existencia de frutas con alto contenido de alcohol y que serán también las más ricas en carbohidratos. Por otra parte, la capacidad del alcohol para inhibir la saciedad permite incrementar la cantidad de fruta consumida en un medio en el que se compite con otros miembros del grupo, otras especies de frugívoros e incluso, con los microorganismos responsables de la fermentación que, rápidamente destruirían su valor nutricional (Jiménez y Ponce, *op. cit.*).

Estas posibilidades se apoyan en las diferencias de la capacidad para metabolizar el alcohol y, probablemente, también en diferencias en la sensibilidad que los sistemas cerebrales presentan ante los refuerzos inducidos por el alcohol.

La existencia de diferencias adaptativas en los sistemas cerebrales de recompensa (específicamente en el sistema dopaminérgico), dan pauta a una mayor sensibilidad ante los efectos adictivos de las sustancias tóxicas de abuso (*Ídem*).

El sistema dopaminérgico está implicado no sólo en los procesos de dependencia; también lo está en una amplia gama de tendencias conductuales y disposicionales que contribuyen a la variabilidad caracterial¹⁶. Por ello, los estímulos

¹⁶ Se ha propuesto, por ejemplo, que la extroversión y su variabilidad son resultado de un patrón comportamental de afrontamiento y respuesta ante los estímulos destinados a provocar respuestas motivacionales, estrechamente relacionadas con los sistemas que median las respuestas incentivadas.

ambientales (y no sólo los naturales) pueden premiar y seleccionar determinadas variantes genéticas relacionadas con el sistema dopaminérgico que pueden inducir el desarrollo de actitudes de personalidad facilitadoras de ese rasgo.

Lo anterior conduce a suponer que algunas variaciones del funcionamiento del sistema dopaminérgico, seleccionadas por su influencia sobre determinadas actitudes disposicionales y por una sensibilidad especial ante los efectos adictivos de sustancias como el alcohol, y ante la ausencia de mecanismos de control, terminan induciendo el desarrollo de un alcoholismo evolutivo y/o genético familiar.

2.2.1.2. Enfoque ético-moral

Considera el problema del consumo de alcohol desde una perspectiva ética determinada por la idea del orden social y las perspectivas características del dominio público y del privado, en los que el sujeto actúa mediante la incorporación de juicios de valor sobre “lo bueno” y “lo malo” (CIJ, 2009b).

Las conductas se rigen por el componente moral, con sus sanciones correspondientes, a partir de los deberes y derechos de los individuos y de la colectividad.

2.2.1.3. Enfoque legal

Concibe al consumo de alcohol desde las restricciones y sanciones que existen alrededor de esta práctica (*Ídem*).

Las acciones de atención se orientan a la reducción de la oferta, pero también se recurre a la información para que los individuos conozcan las consecuencias del uso o regulación de bebidas, evitando, en lo posible, la penalización que establece la ley.

2.2.1.4. Enfoque religioso-espiritual

Parte de la concepción de elementos comunes en la vida espiritual de cada individuo, lo que determina la actitud de los sujetos y su comportamiento frente al consumo de bebidas alcohólicas. Esta perspectiva también se caracteriza por disponer de sanciones y recomendaciones matizadas por la moral sobre el uso y abuso de bebidas alcohólicas (*Ídem*).

Cada concepción religiosa y/o espiritual tiene sus propios parámetros de comportamiento, que inciden de manera directa en la vida cotidiana de los sujetos y en su consumo.

2.2.1.5. Enfoque médico-sanitarista

Considera las relaciones existentes en la triada: agente, huésped y ambiente. Se concibe a la bebida alcohólica como el agente que induce la enfermedad en presencia de un estado de susceptibilidad del individuo (huésped), el cual se inserta en un entorno o ambiente que favorece el consumo (*Ídem*).

El abuso se entiende como una patología, que de forma similar a lo que sucede con otras enfermedades, presenta estadios (historia natural de la enfermedad), que pueden culminar con la interrupción del consumo, las recaídas o la muerte.

Las acciones se orientan a educar a la población para crear conciencia sobre el consumo y sus repercusiones. También se incluyen estrategias para mejorar el estado de salud mental de la población, a través de la detección e intervención temprana.

2.2.1.6. Enfoque de riesgo

Deriva de la epidemiología, la salud pública y la psicología social. Considera a los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de desarrollar problemas asociados al consumo (*Ídem*).

Plantea que las adicciones son procesos prevenibles, cuya génesis se facilita o se detiene en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo y factores de protección. Sus acciones se orientan al reconocimiento de los riesgos y al fortalecimiento de los factores protectores en un ámbito ecológico que incluye a la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Debido a que el objeto de estudio son las poblaciones más que los individuos, las intervenciones se orientan a mejorar las condiciones que promueven los factores de protección y disminuyen los de riesgo entre los grandes grupos o sectores poblacionales.

2.2.1.7. Enfoque psicosocial

Se fundamenta en la interacción dinámica entre la conducta del individuo, otros sujetos y el ambiente (*Ídem*).

El objeto de interés se concentra en el individuo sin focalizar el tipo de consumo. La relación de los sujetos con el alcohol indica la presencia de síntomas individuales de comportamientos de abuso y dependencia.

Enfatiza medidas tendientes a fortalecer la resiliencia, entendida como la capacidad de los sujetos más vulnerables, para desarrollar mecanismos que les permitan enfrentar exitosamente situaciones ambientales adversas.

2.2.1.8. Enfoque sociocultural

Aborda el consumo de bebidas alcohólicas a partir de la organización social y la cultura, las cuales, junto con las estructuras económicas, son determinantes de los procesos, vínculos y costumbres que se gestan en los individuos y en la colectividad (*Ídem*).

En este sentido, el consumo abusivo de alcohol puede explicarse como una expresión del malestar de los individuos, ante entornos o hechos que no les son favorables o que no les permiten cubrir sus necesidades biológicas y sociales básicas.

2.2.1.9. Enfoque integrativo

Ubica las diversas aproximaciones conductuales, sociales y biológicas que convergen en una perspectiva amplia y con elementos complementarios (*Ídem*).

Conceptualiza al consumo de alcohol como un problema de salud pública, que requiere de intervenciones desde la oferta y la demanda. Considera las variables de riesgo y de protección, así como las incidencias ambientales en la ocurrencia del riesgo. Parte de los enfoques de la teoría general de sistemas, ya que al tratarse de una aproximación global, las ciencias rigurosas y exactas como la medicina y las matemáticas convergen estrechamente con las ciencias humanas como la política, la sociología, la psicología, la antropología y la ecología.

Al desarrollar principios unificadores que atraviesan verticalmente los universos particulares de las diversas ciencias involucradas, se produce una aproximación multidisciplinaria al consumo de alcohol.

2.2.2. Modelos explicativos

En los últimos años, en el campo de las ciencias aplicadas ha habido una evolución en lo que se ha denominado “evidencia científica” (Labrador, Echeburúa y Becoña 2000), que se ha reflejado al campo de la salud, las ciencias sociales y otras actividades humanas. Esto está llegando también al estudio de las adicciones, donde se incluye el uso de tabaco y/o alcohol. Lo que subyace es que debemos utilizar marcos de referencia que tiene una fundamentación teórica congruente y una base empírica basada en la evidencia científica tanto para explicar el fenómeno como para diseñar intervenciones al respecto.

Para explicar el consumo de alcohol como un problema, se han propuesto una serie de modelos y teorías que pueden ser parciales (basados en componentes específicos), evolutivos (de estadios) o integrales (comprensivos), tal como se ilustra en la *tabla 3*.

I. Teorías parciales o basadas en pocos componentes

1. Teorías y modelos biológicos
 - 1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológicos
 - 1.2. La hipótesis de la automedicación
2. Modelo de creencias de salud y de competencia
3. Teorías del aprendizaje
 - 3.1. Condicionamiento clásico
 - 3.2. Condicionamiento operante
 - 3.3. Teoría del aprendizaje social
4. Teorías de actitud-conducta
 - 4.1. Teoría de la acción razonada
 - 4.2. Teoría de la conducta planificada
5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales
 - 5.1. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan *et al.* (1996), a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (*op. cit.*)
 - 5.2. Modelo basado en la efectividad de Pandina *et al.* (1990)
6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
7. Modelo social de Peele (1990)
8. Otros modelos teóricos
 - 8.1. Modelo de Becker (1997)
 - 8.2. Modelo de Burgess (Citado en Becoña, 1999)
 - 8.3. Modelo de afrontamiento del estrés de Wills (1986)

II. Teorías de estadios y evolutivas

1. Modelo evolutivo de Kandel (1992, 1996)
2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente (1994, 1983)
3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim *et al.* (1989)
4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)
5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)
6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992)
7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996)
8. Teoría de la socialización primaria de Oetting *et al.* (1998)

III. Teorías comprensivas

- Modelo de promoción de la salud
Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1977)
Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins *et al.* (1996)
Teoría interaccional de Thornberry (1987, 1996)
Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)
Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991)
Modelo integrado general de la conducta del uso de drogas de Botvin (1999)
Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat *et al.* (1995, 1992)
Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995)
Modelo de autocontrol de Santacreu *et al.* (1991, 1992)

Tabla 3: Teorías y modelos explicativos del consumo de alcohol (Elaboración propia).

2.2.2.1. Modelos y teorías parciales

1. Teorías y modelos biológicos

1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológico.- Una de las explicaciones que ha estado siempre presente para entender o explicar la causa de un trastorno, sea físico o mental, es que el mismo es una consecuencia de un déficit biológico, una causa genética, una lesión, o una alteración cerebral que es responsable del mismo. En el consumo de alcohol es fundamental el papel que esta sustancia produce en el cerebro y en los restantes órganos corporales. Sin embargo, esta explicación se torna reduccionista si la causa, o la principal causa del abuso se reduce a la explicación exclusiva por causas biológicas, o al mero efecto del funcionamiento cerebral como consecuencia de la ingestión de etanol (Becoña, 1999).

1.2. La hipótesis de la automedicación.- Sostiene que gran parte de los individuos que desarrollan trastornos por abuso de alcohol, lo hacen porque sufren trastornos endógenos con sustrato biológico que directa o indirectamente, les abocan al consumo de alcohol como forma de auto tratamiento. Por tanto, en muchos de ellos, el intento repetido de orientarlos a la abstinencia, después de varias tentativas fallidas de desintoxicación se puede calificar, desde este punto de vista como inútil, contraproducente, frustrante o peligroso (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992). Esta hipótesis se fundamenta por una parte en el descubrimiento de los receptores opiáceos en el Sistema Nervioso Central (SNC) en 1973, de sus ligandos endógenos específicos (inicialmente denominados *encefalinas*, después endorfinas y actualmente opioides o péptidos opioides), que con cualquier sustancia tóxica producen algún efecto en el SNC.

2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia

Desde la Salud Pública, la enfermedad (dependencia de alcohol) es la consecuencia de la relación recíproca entre el huésped (individuo), el ambiente (medio biológico, social y físico) y el agente (bebidas alcohólicas). Desde las creencias de salud (Becker y Maiman, 1975) son elementos fundamentales la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras percibidas. La susceptibilidad se refiere a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones pueden afectar de manera importante a la hora de adoptar o no una conducta concreta. La combinación de la susceptibilidad y severidad se conoce como amenaza (Rosenstock, Strecher y Becker, 1994). El modelo de competencia, basado en la psicología comunitaria, encierra perspectivas prometedoras para el logro de muchos de los objetivos de la salud pública y comunitaria. La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que

tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa y López, 1998; Winett, King y Altman, 1991).

3. Teorías del aprendizaje

Explican la conducta de consumo como un fenómeno de adquisición de conocimientos, que sigue las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

3.1. Condicionamiento clásico.- Es un tipo de aprendizaje que consiste en aparear un estímulo neutro (toque de una campana) con un estímulo incondicionado (comida) que produce una respuesta refleja (salivación). Este estímulo neutro, en el proceso de condicionamiento, recibe el nombre de estímulo condicionado. Después de que el estímulo condicionado es seguido repetidamente por el estímulo no condicionado (en el ejemplo, toque de una campana-comida), la asociación entre ambos se aprende. Luego, el estímulo condicionado por sí solo producirá una respuesta, que se llama “condicionada” (salivación), sin estar presente el estímulo incondicionado (comida). Esto es, una vez establecido el proceso de condicionamiento se salivará ante el toque de la campana sin estar presente la comida. En el condicionamiento clásico los nuevos estímulos obtienen el poder de producir la conducta respondiente. Es uno de los modos en que aprendemos distintas conductas, desde los estímulos incondicionados innatos como son la comida, la bebida y el aire, mediante la asociación con otros estímulos del ambiente presentes ante los mismos.

3.2. Condicionamiento operante.- La mayoría de las conductas humanas se emiten libremente, aunque están reguladas por sus consecuencias, por los efectos que su emisión producen sobre el ambiente. Cualquier “conducta operante” afecta al ambiente. Una conducta puede alterar el medio básicamente de dos modos: añadiendo estímulos que no estaban presentes o retirando estímulos que ya existían. La probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (Labrador y Cruzado, 1993; Martin y Pear, 1999). Cualquier evento que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. El alcohol es un potente reforzador.

3.3. Teoría del aprendizaje social.- Al integrar tanto el condicionamiento clásico, operante y vicario, permite explicar tanto el inicio como el mantenimiento y abandono del consumo, aunque es especialmente indicada para explicar el inicio del consumo (Esbensen y Elliot, 1994).

4. Teorías actitud-conducta

Desde mediados de los años 70 se ha generado una importante aportación en el campo actitudinal (Fishbein, Ajzen, Triandis, 1961). Hoy es posible predecir la conducta desde la actitud y creencias del sujeto, o desde componentes anteriores relacionados como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc.

(Becoña, 1986). En este contexto la aparición de distintos modelos analiza la relación actitud-conducta introduciendo elementos intermedios para explicar adecuada y predictivamente dicha relación.

4.1. Teoría de la acción razonada.- Los seres humanos se comportan de una manera sensible, tomando en consideración la información disponible y considerando implícita o explícitamente las implicaciones de sus suposiciones. Asume, por tanto, que las conductas que llevan a cabo son voluntarias. El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde las actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Parte del supuesto de que las personas usualmente son racionales y hacen uso de la información que poseen para llevar a cabo la conducta de consumo de alcohol (Ajzen y Fishbein, 1980).

4.2. Teoría de la conducta planificada.- Introduce el control conductual percibido que, junto con la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, predicen la intención conductual. A su vez, en algunos casos, el control conductual percibido también puede ser un predictor directo de la conducta junto con la intención conductual. Por tanto, puede existir una unión directa entre el control conductual percibido y la conducta. Esto significa que en ocasiones, el control conductual percibido también puede predecir la conducta independientemente de la intención conductual.

5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales

Explica el consumo desde factores, valores y procesos intrapsíquicos como los que se desglosan a continuación.

5.1. Del modelo de mejora de la estima (Kaplan *et al.*, 1990) a la teoría integrativa de la conducta desviada (Kaplan, 1992). El modelo de mejora de la estima tiene como premisa principal que los individuos buscan la aceptación y aprobación de su conducta por parte de figuras significativas. Cuando su conducta se desvía de las expectativas es una fuente de malestar psicológico que se debe resolver; de lo contrario, aparecen sentimientos de auto rechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria. Esta respuesta puede tomar varias formas que se enmarcan en el modelo de mejora de la estima. Las respuestas sociales negativas y las sanciones pueden resultar en un cambio en la conducta hacia la conformidad con las expectativas de figuras empáticas o de autoridad, aliviando de las fuentes de malestar y restaurando la autoestima. Por su parte, la teoría integrativa de la conducta desviada combina distintas teorías o elementos relevantes teniendo como eje al concepto de desviación: elementos previos de la teoría del *self*, teoría del estrés, teoría del control, teoría de la asociación diferencial, teoría del aprendizaje social y teoría del rotulado. La diferencia de su formulación respecto a otras está en que asume que realizar un acto desviado de una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función de su marco normativo particular o de las expectativas del grupo concreto. Es necesario que el sujeto encuentre la forma de valorarse

positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas significativas que le rodean; cuando no encuentra aceptación de las mismas, estará más motivado a implicarse en actividades no convencionales de tipo desviado para tratar de disfrutar de nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos ficticios de auto respeto.

5.2. Modelo basado en la afectividad.- Pandina, Jonhson y Labouvie (1992) analizan el papel de la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo, una estimulación (excitación) elevada y la vulnerabilidad al abuso en el consumo para comprender el desarrollo del consumo de alcohol. Se explora la relación teórica entre la afectividad negativa, la excitación y la vulnerabilidad al consumo (Pandina *et al.*, *op. cit.*). Además, incorpora el circuito del sistema nervioso central que está asociado con el reforzamiento positivo y negativo, castigo y los mecanismos que controlan las conductas de aproximación, evitación y conductas de escape. Las drogas de abuso (como el alcohol) son potentes inductores de afecto positivo y reducen el afecto negativo a través de la modulación de los circuitos neurales que de modo inherente favorecen estas funciones naturales (Goldstein, 1995; Wise y Bozarth, 1987) porque tienen la propiedad de estimulación general de los circuitos neuronales.

6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico

El consumo de alcohol u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). La conducta de consumo cumple una función importante en la familia, permitiendo a esta enfrentarse con estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema. El concepto central es el de la familia como "sistema" (Baker, 1998; Lebow y Gurman, 1998; Foster y Gurman, 1988; Nichols y Schwartz, 1998). El concepto de "sistema" en relación a las familias ya aparece en algunas publicaciones al menos desde 1951, aunque no se conoce con precisión cuando se introdujo el concepto por primera vez. Entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Esto es, las conductas de un individuo no se pueden entender separadas del resto de su familia. La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan sus miembros y procesos (ej., reglas de comportamiento, roles, etc.) que caracterizan las relaciones entre los integrantes recíprocamente interdependientes. Cada familia es una unidad psicosocial caracterizada por un tipo de funcionamiento. Los sistemas de familia desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener un equilibrio entre sus miembros. Las familias pueden ser diferentes en las dimensiones que caracterizan el sistema, incluyendo cómo están organizados los subsistemas para su funcionamiento, como son de difusas o rígidas las reglas y límites, subsistemas o la familia y los sistemas extra familiares; cómo se distribuye el poder en los subsistemas (Haley, 1976; Minuchin, 1974). Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación (Foster y Gurman, 1988).

7. Modelo social (Peele, 1990)

Las adicciones tienen un papel en nuestro estilo de vida; no es el alcohol ni la conducta la que produce adicción, sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva. Las experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social, determinan ese estilo de enfrentarse ante la vida. Las sustancias como el alcohol y las conductas que producen adicción se convierten en *muletillas* que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión, etc. El problema de la conducta adictiva es que lleva al individuo a verse como “equilibrado” con el mundo o “derrotado” por el mundo, incapaz de hacer frente al funcionamiento cotidiano. El sentido de que la adicción le “domina” favorece no intentar en la mayoría de los casos superarla o encararse a ella.

8. Otros modelos teóricos simples

8.1. Modelo de Becker.- Se basa en factores de riesgo y protección específicos del contexto social: las leyes que regulan el consumo, las normas y la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Las leyes determinan las normas y la disponibilidad de bebidas; ambas, definen el uso y abuso de alcohol. Posteriormente, se proponen también factores individuales e interpersonales (Becker, 1997).

8.2. Modelo de Burgess (1996).- Una multiplicidad de variables infinitas e impredecibles interfieren con las elecciones racionales del sujeto (como consumir no alcohol). Entre los elementos centrales está la relación cambiante que existe entre los valores y la oportunidad. Los valores están determinados por las actitudes del individuo, que está determinado por las influencias personales y psicosociales y por las influencias culturales y externas. La oportunidad está determinada por las influencias culturales y externas. Entre las actitudes y valores están las creencias sobre el hedonismo, el derecho a hacer lo que uno quiere con su propio cuerpo, el conocimiento de los efectos de la propia conducta sobre otros, etc.

8.3. El modelo de afrontamiento del estrés de Wills.- Es semejante al modelo de la competencia. Sostiene que aquellas personas que usan alcohol o drogas con intensidad no saben manejar el estrés de la vida; su consumo es un recurso de afrontamiento (Wills y Shiffman, 1985). El estrés de la vida es un factor de riesgo para el uso de sustancias. Cuando hay un alto grado de malestar emocional o baja percepción de control sobre una situación se incrementa la probabilidad de abuso (Wills, 1986, 1990). Conforme se mantiene el estrés se incrementa el consumo.

2.2.2.2. Modelos y teorías evolutivos

1. Modelo evolutivo de Kandel.- La adicción sigue etapas secuenciales, donde se comienza por una primeras sustancias de iniciación (tabaco y alcohol) que sirven de elemento facilitador para el consumo posterior de otras sustancias tóxicas. Parte de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control (Kandel y Davies, 1992).

2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes.- Werch y DiClemente (1994) se basan en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), que considera una serie de estadios respecto al abandono de las sustancias adictivas. Werch y DiClemente (*op. cit.*) adaptaron este modelo, ampliándolo del abandono al comienzo del uso de distintas sustancias psicoactivas. Es un modelo de naturaleza cíclica, tanto para la adquisición como para el abandono de una adicción.

3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes (Kim *et al.*, 1989).- Su base es la dimensión sobre factores de riesgo, enfatizando la necesidad de promover un desarrollo positivo del individuo (en etapas tempranas de su vida) vía los procesos de reafirmación; lo que significa promover una mayor participación e implicación de los niños y adolescentes en cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Esto implica cambiar la perspectiva en la que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad, a otra que los aprecie como una ventaja y fuente de recursos. El concepto organizador de este paradigma es que la oportunidad social, económica y pública negada a los jóvenes es equivalente a los problemas sociales impuestos por los adultos.

4. Teoría de la madurez sobre el consumo.- Labouvie (1996), plantea la autorregulación con elementos clave como el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responderá de diversas formas a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales inmediatas. Además, es probable que no tenga metas personales o que estas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y estado depresivo, incluyendo el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz.- Newcomb (1996) afirma que durante la adolescencia, y ante la experimentación de los roles adultos, el individuo se enfrenta a dificultades para ejecutarlos adecuadamente en varias esferas de la vida. Llevar a cabo actividades prematuras e implicarse en responsabilidades típicamente adultas a edad temprana interfiere con la adquisición de habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando se es adulto. Estas habilidades se aprenden a lo largo del período crítico de la adolescencia; si se dan prematuramente se impide su correcto aprendizaje pudiendo generar problemas como las adicciones. Hay dos etapas de gran importancia: la transición de la infancia a la adolescencia (cuando aparece la

pubertad) y la transición de la adolescencia a la adultez temprana (cuando se producen eventos vitales importantes como el matrimonio o el primer empleo).

6. Modelo psicopatológico del desarrollo.- Glantz (1992) explica el abuso de alcohol basándose en los factores de riesgo asociados con su etiología (ej. factores neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problema, factores psicológicos y psicopatológicos, etc.) y en los principios básicos del desarrollo y de la psicopatología. Difiere de otros modelos etiológicos por su orientación psicopatológica referida al desarrollo y la inclusión en el mismo de los antecedentes de la primera infancia. En el período neonatal (0-3 meses) hipotetiza que los niños en alto riesgo serían aquellos que tienen un temperamento con las siguientes características: *a)* mayor labilidad e intensidad del afecto que la media de los niños de esta edad; *b)* menor capacidad para habituarse a nuevos estímulos o adaptarse al cambio; *c)* mayor persistencia que la media de los niños de esta edad para responder a situaciones que producen malestar; *d)* dificultad para ser tranquilizado por sus cuidadores; *e)* menor regularidad en los ciclos biológicos. La vulnerabilidad asociada al consumo, es producto de la interacción de las características temperamentales del niño con las personas y las experiencias de su ambiente.

7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia.- Chatlos (1996) presenta una aproximación partiendo del concepto de enfermedad del alcoholismo y del modelo biopsicosocial. Se compone de tres factores que actúan separadamente en distintas etapas, en la predisposición, en el uso de alcohol y en un sistema permisible. Lo anterior, a su vez, se basa en la investigación sobre los factores antecedentes, concomitantes y de mantenimiento de la adicción y de los trastornos mentales. Dentro de los antecedentes, o predisposición, se considera a los genéticos, constitucionales, psicológicos y socioculturales. En los concomitantes, o uso de alcohol y otras drogas, están la iniciación y la progresión. Finalmente, en el mantenimiento está un sistema social flexible que lleva a la enfermedad o dependencia.

8. Teoría de la socialización primaria.- Su premisa fundamental es que aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes centrales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el abuso de alcohol, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria” (Oetting y Donnermeyer, 1998). El mayor riesgo de aprender normas desviadas se produce en la adolescencia

2.2.2.3. Modelos y teorías comprensivos

Explican la conducta de consumo mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías o plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática. Las más relevantes se resumen a continuación.

1. Modelo de promoción de la salud o de salud pública. Se aplica a diversos ámbitos de tipo sanitario. Fue auspiciado por la Organización Mundial de la Salud en 1986, teniendo como antecedente la declaración de Alma Ata de 1978 (Cf. CIJ, 2009b). Otorga gran relevancia a la asistencia sanitaria, medidas de mejoramiento ambiental y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia. Tiene una comprensión holística de la salud, la cual se considera un derecho humano fundamental. Su principio es la “salud para todos” como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, como se concluyó en la Declaración de Yakarta (OMS, 1997). Pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad. Los conceptos fundamentales son (OMS, 1998): salud, prerequisites de la salud, promoción de la salud, salud para todos, salud pública, atención primaria de salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud. Las estrategias básicas que utiliza son: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991). La educación para la salud es el elemento operativo para llevar sus acciones a la práctica. Desde estos conceptos, estrategias y principios se comprende el fenómeno adictivo como una enfermedad o problema de salud pública que puede prevenirse.

2. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social. Bandura (1977), a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta. El primero está constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectan a la conducta, principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; el segundo constituido por las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercen su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y el tercero, conformado por los procesos cognitivos mediacionales, que regulan la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que estos ejercerán sobre la conducta futura. Este último, *aprendizaje vicario*, se define como el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo (Perry y Furukawa, 1987), siempre y cuando este sea claro y significativo. La auto eficacia o capacidad percibida para regular los estímulos del entorno, es crucial en el manejo de situaciones desfavorables y en el éxito social de los individuos. Se consideran tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos (auto eficacia) y el ambiente social en el que vive

y se desarrolla la persona. Por tanto, la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; estas cogniciones se acumulan a través de la interacción social en el curso del desarrollo, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo; los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (ej., para aliviar el estrés que excede su capacidad de afrontamiento) en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; los hábitos de consumo se desarrollan en el sentido de que cada episodio puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas; la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

3. Modelo del desarrollo social.- Son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta pro social como a la antisocial (Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins y Weiss, 1985). El individuo pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida. La adicción también se da en un ciclo de comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono. La adicción es una conducta antisocial porque está fuera del consenso normativo y/o viola los códigos legales. Otorga gran relevancia a diversos factores de riesgo (biológicos, psicológicos y sociales) en diferentes dominios sociales (individual, familiar, escolar, grupo de pares y comunitario), que incrementan la probabilidad estadística de que la persona consuma sustancias tóxicas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). También se proponen factores de protección que funcionan de modo semejante y a la vez independiente de los factores de riesgo. Los tres elementos básicos que incorpora este modelo son: la inclusión tanto de la conducta delincuente como la del uso de sustancias psicoactivas en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo que lleva a submodelos específicos para las distintas etapas del individuo y, la inclusión de los factores de riesgo y protección. Los seres humanos buscan satisfacción; la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas; además, las experiencias proporcionan información empírica que sirve para las acciones futuras.

4. Teoría interaccional.- La dependencia al alcohol es una conducta desviada resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un ambiente social cadenciado, donde la conducta adecuada (o desviada) puede ser aprendida y reforzada. Thornberry (1987, 1996) considera que las conductas desviadas (como el consumo) se desarrollan y se pueden reforzar o abandonar de modo dinámico a lo largo del curso de la vida, donde interactúan múltiples procesos biológicos y socioculturales. La relación entre estas variables es dinámica y no estática, bidireccional entre variables y modulada por el período evolutivo de la persona a lo largo del tiempo.

5. Teoría de la conducta problema.- La adicción es una conducta problema porque socialmente está definida como un tema de preocupación o indeseable según las normas de la sociedad convencional o de las instituciones de autoridad y requiere

de un control social. Esta propuesta se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos interrelacionados y organizados entre sí para explicar la propensión a la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977). Los conceptos que constituyen la personalidad, como valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia sí mismo y hacia otros, son cognitivos y reflejan el significado y experiencia social. Por ambiente consideran los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, teniendo significado para la persona. Por conducta entienden los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados más que sus parámetros físicos. La conducta es, además, el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental. Sin embargo, hay una serie de variables antecedentes de gran relevancia para explicar las anteriores variables que incluye en los tres sistemas explicativos. En ellas se incluye tanto las características demográficas como el proceso de socialización. Dentro de las características demográficas considera la educación de los padres, la ocupación de los padres, la religión de los padres y la estructura familiar. Dentro de la socialización la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la de los medios de comunicación. En la ideología parental se incluyen las creencias tradicionales de los padres, la religiosidad de los padres y la tolerancia o intolerancia de la desviación de la madre. Dentro del clima familiar incluye el control por parte de la madre y la interacción afectiva con ella. Dentro de la influencia de los iguales los intereses de sus amigos y, finalmente, dentro de la influencia de los medios de comunicación el tiempo dedicado a ver la televisión, oír la radio, leer el periódico, etc. El sistema de personalidad está formado por tres componentes: la estructura motivacional, la estructura de creencias personales y la estructura del control personal.

6. Teoría para la conducta de riesgo.- Considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. En la aparición de conductas de riesgo, tiene gran peso la pobreza socialmente organizada, la desigualdad y la discriminación (Jessor, 1991). La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo (Jessor, *op. cit.*). Busca explicar y reducir los factores de riesgo y fortalecer los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos individuos que viven en ambientes sociales adversos. Uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no dejar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la influencia del contexto social para causar y mantener muchas conductas de riesgo (como el consumo de alcohol y otras drogas), con lo que se exige un cambio ambiental.

7. Modelo integrado general de la conducta de uso de alcohol, tabaco y otras drogas.- Parte de diferentes aproximaciones teóricas, como la de influencia social, mejora de la competencia, teoría de la conducta problema, el auto desprecio, la comunicación persuasiva, la teoría de la presión social de pares, el constructo de búsqueda de sensaciones y evaluación empírica de los programas (Botvin, 1999).

Es un modelo eminentemente descriptivo para fundamentar sus intervenciones. Plantea tres componentes centrales: los históricos o formativos, los sociales y los personales para explicar la conducta de consumo, donde a la vez diferencia: factores demográficos, biológicos, culturales y ambientales para los componentes históricos y formativos; factores escolares, familiares, medios de comunicación y relación con pares para los factores sociales; y, las expectativas cognitivas, competencias y habilidades personales, habilidades sociales y factores psicológicos para los componentes personales. Esto facilita la operativización de sus componentes para diseñar intervenciones.

8. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que condicionan el consumo.- Las causas o factores de riesgo que facilitan el hecho de que los individuos se interesen por el consumo de alcohol, tienen que ver con la dinámica personal y social anteriores al contacto con la bebida. Aunque parezca paradójico, la bebida alcohólica en sí misma, no es un factor de riesgo en la adicción (Calafat *et al.*, 1992). A lo largo de la vida de un sujeto, se va configurando una red de factores de riesgo y protección, donde sobresalen la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo como tal. La intervención, en este sentido, se orientará a influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma (Calafat, 1995). Uno de los componentes psíquicos centrales para la adicción es la relación entre depresión y vulnerabilidad emocional (Calafat y Amengual, 1991).

9. Teoría de la influencia triádica.- Es una teoría comprensiva que agrupa varios elementos de distintas teorías relevantes para el campo de la salud y de las adicciones (Flay y Petraitis, 1995). Considera diferentes niveles (próximos, lejanos y finales) para explicar las causas de una conducta (en este caso, el consumo de alcohol), a partir de tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles: *a)* influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y los valores, que definen las actitudes, *b)* influencias situacionales sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, que definen las creencias sociales normativas, *c)* influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la auto eficacia. Junto con estos elementos generales, hay un número importante de interacciones e influencias, tanto entre los grupos sociales como entre los niveles. Como ya había señalado Bandura (1986), la conducta es producto de la relación entre la situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales intervienen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre actuar o no de cierto modo (ej., consumir o no una bebida). Los elementos intermedios de influencia son: *a)* lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; *b)* las expectativas que tiene sobre la conducta de consumo y su propia evaluación de esas expectativas; y, *c)* sus cogniciones relacionadas con la salud. Por tanto, otro elemento relevante es la “toma de decisiones” como proceso dinámico; esto es, la decisión inicial y las experiencias con las conductas

relacionadas con la salud, que proporcionan retroalimentación al sujeto, influyen en las decisiones posteriores en torno a la misma situación o problema.

10. Modelo de autocontrol.- Se elaboró principalmente para explicar la génesis y mantenimiento del consumo basándose en el concepto de “autocontrol” y partiendo del modelo biopsicosocial (Santacreu *et al.*, 1991, 1992; Santacreu y Froján, 1992). La génesis del problema surge por el intento de conseguir “fuentes de refuerzo alternativas” a las que se tiene de modo regular; concretamente, para buscar independencia del refuerzo paterno o familiar y, al tiempo, conseguir cierta capacidad de autocontrol. El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y organizar su tiempo y sus objetivos, mediante la ejecución de distintas conductas por parte del individuo en condiciones permanentes de interacción con el medio. Algunas de las habilidades de autocontrol características son la resistencia a la agresión, a la frustración, a la trasgresión, a la tentación y la regulación de auto administración de refuerzos.

En suma, uno de los hechos más importantes que se han asumido en el campo de las adicciones y que ha favorecido su avance, ha sido la necesidad de partir de un marco teórico para comprender el consumo y sustentar las intervenciones. Diseñar y operar una intervención basada en una teoría o modelo permite modificar los factores que facilitan el consumo y potenciar los que protegen de los riesgos.

2.2.3. Modelos de intervención

La investigación sobre el consumo de alcohol ha establecido diferentes bases para el diseño de políticas, estrategias, programas y servicios de atención.

Para ser eficaz, cualquier tipo de intervención debe sustentarse en un modelo teórico. Un buen modelo, se deriva de la observación sobre el problema, elaboración y comprobación de hipótesis, delimitación de marcos conceptuales que permitan comprender esa parte de la realidad y predecir e intervenir en ello.

En este sentido, para atender (prevenir, tratar, curar, rehabilitar) el consumo de alcohol, sus riesgos, daños y consecuencias se han agrupado como modelos principales, los que a continuación se desglosan (Becoña, 1999).

2.2.3.1. Modelo biomédico

Se aboca a modificar los hábitos y estilos de vida del individuo (paciente), para evitar el contagio o incremento de enfermedades epidémicas, agudas o crónicas (como el abuso de alcohol). En este caso, interviene mediante prevención primaria, para impedir que las personas se inicien en el consumo; prevención secundaria, para evitar que el consumo se vuelva problemático; prevención terciaria, para aminorar los

daños provocados por la dependencia; tratamiento, para curar al enfermo; rehabilitación y reinserción, para “devolverle” su funcionalidad social al sujeto (*Ídem*).

2.2.3.2. Modelo de salud pública

Su objetivo es mejorar los estilos de vida de la población, mediante la “promoción de estilos de vida saludables”. También propone disminuir la virulencia o efecto del agente patógeno (bebidas alcohólicas); modificar el contexto creando barreras entre los factores externos de riesgo y la población. Sus estrategias son: la prevención general o promoción donde no existe un objetivo directamente relacionado con el consumo, aunque se tengan beneficios en materia de modificación de hábitos; prevención inespecífica que actúa sobre los factores de riesgo y protección asociados al consumo, aunque el destinatario no necesariamente es consciente de ello; y prevención específica: estrategias en las que la intervención de forma explícita y directa recoge la problemática de consumo, haciendo partícipe al individuo y a su contexto más inmediato (*Ídem*).

2.2.3.3. Modelos sociales y socio-cognitivos

Abarca las bases planteadas desde la teoría cognitivo social, el modelo de desarrollo social, el modelo de estrés social, modelo comunitario y de participación social y la teoría de la influencia triádica (Calafat, 1995).

Los programas basados en este modelo, parten del supuesto que un conjunto delimitado de variables individuales, situacionales y sociales (factores de riesgo) influyen en el inicio del consumo; al actuar sobre ellas y reforzar en las personas y sus ambientes, diferentes recursos y habilidades (factores protectores), para enfrentar situaciones adversas, se puede evitar o reducir el consumo, sus daños y sus consecuencias sociales. La escuela, el trabajo, la familia, los grupos de pares y otros agentes de socialización son los contextos adecuados para realizar prevención o tratamiento, dependiendo de la etapa que se encuentre el consumo. La auto competencia, habilidades sociales, autoestima, valores y actitudes frente a grupos, toma de decisiones autónomas, manejo de la ansiedad, etc., son elementos esenciales para la prevención del consumo.

2.2.3.4. Modelo biopsicosocial

Delimita factores de riesgo a nivel biológico (intrapersonales), psicológico (personales) y social (de interacción con otros sujetos y con el contexto), que son determinantes para el inicio, mantenimiento, incremento y/o disminución y abandono del consumo. Interviene sucesivamente en la atención del consumo (dependiendo del nivel en que se encuentre), mediante estrategias informativas y de aprehensión cognitiva-conductual de hábitos y formas de convivencia más saludables tanto para el individuo, como para su ambiente social más inmediato (Catalano y Hawkins, 1996).

2.2.3.5. Modelo comunitario y de participación social

Enfatiza la necesidad de potenciar los esfuerzos comunitarios amplios e integrales de prevención y educación para la salud, que involucran múltiples niveles, sectores, poblaciones, organizaciones y estrategias (De La Fuente 1987; CONADIC, 2001). La prevención es integradora e integral; abarca diversos sistemas y grupos de la comunidad (niños, jóvenes, familia, trabajadores, docentes, gobiernos locales, entre otros) y múltiples estrategias como: desarrollo de habilidades personales, difusión de información veraz, capacitación a agentes intermedios, trabajo con líderes o modelos significativos, promoción de estilos de vida saludables, etc. Se interesa en procesos del desarrollo: reconoce un grupo objetivo, identifica líderes, evalúa las necesidades y la realidad local; organiza, implementa, administra y evalúa. Promueve la participación de los distintos agentes y miembros de la comunidad; potencia el concepto de “responsabilidad compartida” en la prevención del consumo de alcohol. La red social aparece como una estructura privilegiada para dar repuesta complementaria y colaborativa a los planes y programas que se implementen en cada contexto.

2.2.3.6. Modelos integradores

Prioriza la intervención como un proceso continuo. Pone en marcha estrategias de prevención específica para el desarrollo de habilidades personales y sociales, junto con información en torno a la percepción del riesgo de consumo en complemento con estrategias inespecíficas que incluyen el fortalecimiento de factores protectores asociados (alternativas del uso del tiempo libre, estilos de vida saludables, desarrollo de actitud crítica a medios publicitarios, etc.). Es importante delimitar el ámbito de acción, la población objetivo (y su etapa de desarrollo), las características particulares del grupo objetivo en relación con su entorno; la realización de un diagnóstico de factores de riesgo y protección en relación con la droga; la identificación de líderes y agentes de influencia (como la familia, grupos de pares, profesores o líderes) para incluirlos en la estrategia preventiva (SSA, 2000b).

Todos estos modelos teóricos cumplen con funciones específicas en el ámbito de la intervención, en tres sentidos:

- a) Desarrollo de políticas, estrategias, programas y metodologías acordes a las necesidades reales
- b) Evaluación de la eficacia de las intervenciones
- c) Contribución a la investigación del fenómeno y a las ciencias sociales en su conjunto.

Una ciencia no se asienta hasta que tiene bases teóricas, que adquieren solidez de una investigación sistemática sobre ese campo del saber y aporta conocimientos, datos y técnicas específicas para el estudio, comprensión y solución del mismo.

2.3. Vicisitudes del modelo biomédico

Las aportaciones que a lo largo de muchos años, ha hecho el modelo biomédico para el análisis del consumo de alcohol han sido fundamentales.

Como ya se describió, este modelo se aboca a atender al individuo (visto como paciente), para evitar el contagio o incremento de la enfermedad (abuso de alcohol); mediante estrategias que se agrupan en prevención primaria (prevención como tal), prevención secundaria (tratamiento) y prevención terciaria (rehabilitación). A manera de síntesis, sus líneas de acción se incluyen en la *tabla 4*.

	<i>Primaria</i>	<i>Secundaria</i>	<i>Terciaria</i>
<i>Objetivo</i>	Reducir la incidencia del consumo	Reducir la prevalencia del consumo	Reducir los daños
<i>Beneficiario</i>	Población general	Consumidores frecuentes y ocasionales de alcohol	Consumidores dependientes
<i>Metas</i>	Retardar el inicio y evitar el consumo	Aminorar los riesgos asociados y evitar la dependencia	Mantener la abstinencia y rehabilitar al individuo
<i>Acciones</i>	Legales y educativas	Diagnóstico precoz y estrategias sanitarias y psicoeducativas	Tratamiento curativo y rehabilitación

Tabla 4: Líneas de acción del modelo biomédico (Elaboración propia).

2.3.1. Teorías, métodos y postulados

Desde fines del siglo XVIII, las ciencias médicas han estudiado al consumo de alcohol bajo enfoques que se han establecido como “verdades científicas hegemónicas” (NIAAA, 2002). Son varias las perspectivas y postulados existentes hasta el momento, que se matizan según la especialidad de las investigaciones. Los neurólogos, por ejemplo, se interesan más en las consecuencias del alcohol sobre la transición de los impulsos nerviosos y mecanismos internos; los psiquiatras se enfocan a la búsqueda de causas dinámicas en la relación individuo-droga, centrándose en el comportamiento de consumo y trabajando con el enfermo en su recuperación.

Con este marco, el alcoholismo se delimitó como una “*enfermedad*”, “*patología*”, “*vicio*”, “*desviación*” o “*trastorno*” del cuerpo y de la personalidad, cuyo origen es multicausal, aunque con gran énfasis en los factores orgánicos. Sus *efectos farmacológicos* se manifiestan como *signos y síntomas* que configuran síndromes (de tolerancia, abstinencia, dependencia) que, si persisten, pueden

generar otros daños al individuo (alteraciones cardio-respiratorias, daño hepático, lesiones; rasgos esquizoides, etc.).

A partir de estas acotaciones, se determinaron también, las tipologías de bebidas y de usuarios de alcohol; las dosis, frecuencias y estándares de consumo que ya se precisaron en la primera parte de este capítulo. También se diseñaron modelos, teorías, estrategias, políticas y programas de atención centrados en el individuo, a fin de detectar su consumo y brindarle alternativas estandarizadas para el tratamiento y la rehabilitación, para que recupere su salud física y mental.

2.3.2. Evaluación y detección del consumo de alcohol

Una de las grandes aportaciones del modelo biomédico para la atención de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, es la evaluación o diagnóstico de los signos, síntomas o factores de riesgo asociados y la detección oportuna de los patrones y daños del consumo, haciendo uso de métodos y herramientas diversas, principalmente psiquiátricas y epidemiológicas.

La aplicación de la epidemiología al estudio del alcoholismo en la población general, ha generado una serie de conocimientos importantes sobre la dimensión y distribución del problema en una población o región específica, su evaluación a través del tiempo, la modificación de los patrones de consumo y bebidas de uso, los sectores o grupos de mayor riesgo, los factores que se encuentran más asociados a los episodios de consumo, etc., con los que se pueden diseñar intervenciones generales para atender su propagación. Sin embargo, esto también han sido objeto de controversias, principalmente de tipo técnico; sobre todo las relativas a la veracidad de las respuestas y a la cobertura que alcanzan los estudios.

Cabe aclarar que la dificultad para estudiar los aspectos vinculados con el consumo de alcohol, no sólo radica en la técnica, sino también en la definición de lo que se entiende por consumo y de sus elementos que cambian con el tiempo y con la cultura (Pernanen, 1994). Además, el trabajo de evaluación que se realiza con personas que tienen problemas de conductas adictiva es una labor compleja, que involucra más que la simple cuantificación de la cantidad de alcohol que se ingiere; este debe ser detallado de tal modo que permita desarrollar una intervención eficaz, con metas útiles y estrategias adecuadas a las necesidades de los usuarios y de la población en su conjunto. Realizar un trabajo de evaluación en la materia es una tarea difícil por varias razones (De La Fuente, 1987):

- La educación y entrenamiento profesional en este campo no ha sido una prioridad.
- Hay una serie de impresiones o concepciones equivocadas, aún entre profesionales, sobre la naturaleza de los desórdenes por alcohol y drogas, por ejemplo, algunas corrientes teóricas afirman que el alcoholismo es una predisposición genética mientras otras argumentan que es resultado del aprendizaje social.

- Algunos bebedores problema son renuentes a cooperar completamente con el proceso de evaluación, porque de alguna manera, no acuden a tratamiento por decisión propia, sino porque tienen problemas legales o con su pareja, causados por su consumo excesivo de alcohol o niegan tener problemas con su consumo.
- Aunque el uso o abuso de sustancias adictivas puede dañar la salud y el funcionamiento del individuo de muchas formas, las señales que sugieren la presencia y severidad de un problema son variadas y puede darse el caso que por sí solas no sean aparentes, como consecuencia de este abuso.
- Algunas consecuencias del abuso de sustancias, son: disfunciones cognitivas, gástricas, hepáticas, que probablemente no se manifiesten durante muchos años. Si el personal clínico limita sus observaciones tan sólo a síntomas de largo plazo, no podrá valorar adecuadamente a muchos individuos que pueden beneficiarse con una intervención temprana. Por esta razón, es necesario determinar qué tanto ha afectado el consumo (uso o abuso) de alcohol al funcionamiento de vida de una persona.
- La evidencia señala que los síntomas del abuso de alcohol varían con el tiempo y entre los individuos (Pattison, Sobell y Sobell, 1977); hay personas que con historia similar de consumo, no han experimentado el mismo conjunto u orden de consecuencias adversas. Asimismo, el uso de alcohol, es un problema clínico asociado con un alto índice de recaídas después del tratamiento, (Suton, 1979; Pechacek, 1979; Rounsaville y Kleber, 1985; Chaney, Roszell, y Cummings, 1982; Marlatt y Gordon, 1985; Miller y Hester, 1986); por tanto, la evaluación debe incluir una revisión de estrategias de tratamiento utilizadas previamente, así como la respuesta del usuario a esas intervenciones.

No obstante, a pesar de estas dificultades, la evaluación (si es acertada y oportuna) es de enorme relevancia para la atención del consumo de alcohol (McLellan, Woody, Luborsky, Brien y Druley, 1983).

La evaluación o diagnóstico debe instrumentarse como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después de la intervención (sea preventivo, de tratamiento o de rehabilitación). Permite cuantificar el problema que quiere modificarse y medir la respuesta o eficacia de la intervención; esta información proporciona una *línea base* que permite valorar la viabilidad de las estrategias iniciales, establecer los objetivos de la intervención y medir la precisión del diagnóstico.

Existen varios métodos de diagnóstico para obtener información sobre los problemas relacionados con el abuso de alcohol. Cada uno de estos métodos y técnicas han mostrado ventajas y desventajas; los más empleados son los métodos retrospectivos, los auto reportes, los informes de colaterales y los registros o medidas oficiales.

- Los *métodos retrospectivos* reúnen información sobre eventos ocurridos en el pasado. Mucha de esta información proviene de reportes del usuario, informantes colaterales, registros oficiales y escalas psicométricas aplicadas a diferentes personas. Ocasionalmente constituyen la única forma de obtener información antes del tratamiento. Los *auto reportes* tienen una validez aceptable sin dejar de reconocer que un porcentaje de la información puede no ser verdadera, por lo que se sugiere emplearlos cuando el entrevistado: a) esté libre del consumo (no intoxicados); b) en un ambiente clínico o de investigación; c) cuando se asegura la confidencialidad de la información proporcionada; d) si la terminología es comprendida por ambas partes, es decir, se debe evitar la terminología subjetiva o técnica; e) si la meta está relacionada con la obtención de información, en lugar de calificar socialmente o etiquetar al usuario; f) si los auto reportes son verificados contra otras fuentes. Los *reportes de colaterales* emplean informantes clave para verificar los autoreportes de los usuarios o para aportar datos si el usuario de alcohol no puede dar información confiable.
- Los *registros oficiales* constituyen un método para obtener información comparativa a nivel de países, regiones, localidades, contextos, etc., relacionados con arrestos, choques, hospitalizaciones, patologías alternas, etc.; estos registros no siempre son completos, veraces o precisos.

Para facilitar la planeación del tratamiento se recomienda que la valoración del consumo de alcohol incluya las siguientes variables:

- Cantidad y frecuencia de consumo de alcohol.
- Situaciones y estados de ánimo predominantes que anteceden y siguen el uso de alcohol.
- Circunstancias y patrones de consumo moderado y excesivo de bebidas.
- Historia de síntomas de abstinencia de alcohol.
- Problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de alcohol.
- Dificultades a las que se puede enfrentar el usuario cuando se abstiene de usar alcohol.
- Severidad y duración de abuso previo de alcohol.
- Duración del uso y abuso actual de alcohol.
- Reportes de necesidad o antojo frecuente, o pensamientos sobre el alcohol.
- Uso de otras sustancias tóxicas.
- Consecuencias positivas del abuso de sustancias.
- Otros problemas de vida.
- Indicativos de tolerancia y abstinencia.
- Indicadores pasados o presentes de disfunción hepática.
- Riesgos asociados al considerar una meta de control o tratamiento sobre el consumo.

La definición e identificación de la variable a medir es un punto central en la aplicación del modelo epidemiológico para estudiar cualquier trastorno. El consumo

de alcohol no es la excepción; el uso de diversificado de bebidas con potencial de abuso, propiedades farmacológicas diferentes y efectos que dependen de la interacción con las características del individuo que las consume y el entorno donde tienen lugar, lo convierte en un problema complejo. Para abarcar esta complejidad, debe medirse el consumo y los problemas asociados a esta conducta, sin dejar de lado la influencia de otras variables psicosociales y culturales. La aplicabilidad en situaciones interculturales de los criterios diagnósticos de trastornos por abuso de bebidas alcohólicas, como son definidos por los sistemas nosológicos CIE-10 y DSM-IV es fundamental en el modelo biomédico (Edwards, 1994).

Lo anterior plantea un reto para los profesionales que trabajan en este campo pues se debe realizar una valoración que comprenda además del punto de vista médico, información psico-socio-familiar. Este aspecto, junto con el carácter evolutivo y longitudinal, es trascendental y necesario para realizar un abordaje más integral del problema.

El procedimiento de evaluación o diagnóstico del consumo incluye la aplicación de diferentes instrumentos que permiten la recolección de información relacionada con el consumo, que será útil para la planeación de intervenciones y para la evaluación de los logros obtenidos con dichos programas (De La Fuente, *op. cit.*).

A la fecha, las herramientas e instrumentos que más se han utilizado en el marco de la biomedicina, para la evaluación del alcoholismo, los riesgos de consumo y sus daños se pueden clasificar en dos categorías: Cuestionarios de detección o tamizaje del consumo y cuestionarios de diagnóstico sobre riesgos y daños vinculados.

- A) Cuestionarios de detección o tamizaje. Su finalidad es la identificación precoz de casos. Son de gran utilidad en la práctica clínica y en la investigación. Entre los principales instrumentos de detección se encuentran:
 - CAGE; Cut Annoyance Guilt Eye-opener
 - AUDIT; Alcohol Use Disorders Identification Test
 - MAST; Michigan Alcoholism Screening Test
 - MALT; München Alkoholismus Test
 - CBA; Cuestionario breve para alcohólicos
 - Tweak; Adaptación del AUDIT para población femenina

- B) Cuestionarios de diagnóstico. Su objetivo es la confirmación de la enfermedad y la evaluación de la intensidad y afectación sobre el sujeto. Entre los más empleados están:
 - ACI; Alcohol clinical Index
 - ASI; Addiction Severity Index
 - CIWA; Clinical Institute Withdrawal Assesment
 - SAD-Q; Severity of Alcohol Dependence Questionnaire

Actualmente, en México, desde la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), se han homologado y establecido una serie de procedimientos médico-psiquiátricos que abarcan desde la detección hasta la evaluación de los tratamientos dirigidos a atender el consumo en los individuos que lo padecen (Cf. figura 7) (SSA, 2002).



Figura 7: Algoritmo de intervención médico-psiquiátrica en los trastornos relacionados con el alcohol (SSA, 2001b).

Además, en los últimos años se han desarrollado diversos instrumentos que facilitan la obtención de información de distintos aspectos del consumo y que ayudan a realizar evaluaciones más objetivas del diagnóstico, evolución y respuesta ante los riesgos, daños y efectos asociados. Una limitante es que la mayoría de estos instrumentos han sido creados en otros contextos, por lo que es necesario no sólo traducirlos, sino hacerlos confiables y cualitativamente válidos en el contexto sociocultural y en las condiciones particulares en que se presenta el fenómeno.

El reto es analizar la influencia de la cultura en la percepción y la vivencia de los síntomas, así como del lenguaje que denota y connota la experiencia subjetiva del consumo, analizando la aplicabilidad de los criterios de intoxicación, tolerancia, síndrome de abstinencia, uso y abuso, señalando cómo es que la cultura impacta en el significado y la evaluación de la salud física y mental y cómo puede contribuir a mejorar el sentido y utilidad de los criterios e instrumentos diagnósticos o de tamizaje.

Las evaluaciones válidas favorecen la detección temprana de riesgos y casos potenciales de consumo (sean individuales y poblacionales), la canalización oportuna y la prevención. Representan una de las tareas más importantes en los servicios médicos de atención primaria; permiten la identificación de riesgos y patrones perjudiciales de consumo y aportan una serie de dimensiones y aspectos básicos para la planeación de intervenciones más acordes a la realidad del problema.

2.3.3. Políticas y programas de atención

Tradicionalmente, los esfuerzos de la perspectiva médica se han centrado en atender (o *curar*) a los “alcohólicos”, dedicando escasa atención a la prevención o intervención temprana.

Mucha gente que bebe en forma riesgosa no busca tratamiento para sus problemas de consumo de alcohol. Más aún, este tipo de problemas casi no se detectan en la práctica médica, a pesar de que los pacientes que los presentan utilizan los servicios de salud con regularidad.

Algunas investigaciones han demostrado que la población más afectada, puede mejorar significativamente disminuyendo el número y severidad de los problemas asociados, a través de programas breves de reeducación o aprendizaje de nuevas conductas, hábitos y recursos; sin embargo, este tipo de intervenciones casi no se utilizan.

En cuanto a la prevención de los problemas relacionados con el alcohol, cabe mencionar que encierra una dificultad fundamental desde el punto de vista de la salud pública. En una colectividad, la suma de los problemas, es decir su coste, es el resultado de la multiplicación del riesgo individual por el número de sujetos de riesgo. Aunque los consumidores moderados corren un riesgo menor, el hecho de ser los más numerosos les hace estar presentes en la mayoría de los problemas. Esta es la razón por la que, a nivel colectivo, el costo social sea la consecuencia de los consumos medios. Este fenómeno ha sido denominado como “la paradoja de la prevención” (SSA, 2003a). Para ilustrarla, se puede tomar como ejemplo la promoción de la seguridad en carretera; durante mucho tiempo se ha hablado de la prevención del “alcohol al volante”; sin embargo, el bebedor moderado, ocasionalmente imprudente, es el responsable de la mayoría de los accidentes de tráfico provocados por el alcohol. A pesar de que las actividades de prevención primaria pueden tener un impacto en la reducción del consumo de alcohol en todo el espectro de bebedores, estos programas con frecuencia se dirigen a grupos

específicos de personas (mujeres embarazadas, jóvenes que se han iniciado en el consumo de alcohol, enfermos diabéticos, etc.).

El tratamiento especializado, generalmente se lleva a cabo mediante programas dirigidos a tratar la dependencia al alcohol que se ocupan principalmente de personas que cumplen con los criterios de dependencia.

La detección temprana e intervención breve en problemas de alcohol representó el objetivo central de muchas investigaciones realizadas durante la década de los años ochenta (De La Fuente, 1987). Los hallazgos de algunos de esos estudios señalaban que ciertas estrategias sencillas, tales como el consejo breve por parte del médico u otros profesionales de la salud, pueden ser efectivas para la reducción del consumo del alcohol entre la población que lo ingiere excesivamente, sin presentar síntomas de dependencia. Desde una perspectiva biomédica convencional, el alcoholismo es una enfermedad progresiva, excepto en algunos casos de remisión espontánea inexplicables (Hill, 1985; Pattison *et al.*, 1977). En su versión más simple, el modelo de enfermedad progresiva dicta que individuos con cualquier evidencia clara de problemas de alcohol desarrollarán dependencia severa si no dejan de beber (SSA, 2001b).

Este enfoque de las ciencias médicas, plantea como criterio de éxito y objetivo central de las estrategias y los programas, el tratamiento curativo dirigido a la abstinencia, mediante tres aproximaciones fundamentales de intervención que comprenden el uso de medicamentos o farmacoterapia, la terapia aversiva y/o los dispositivos de psicoterapia.

A) *Uso de medicamentos o farmacoterapia.* Los medicamentos empleados con más frecuencia para el tratamiento de los problemas de consumo de alcohol son:

- *Antabuse* (disulfiram). Bloquea la acción de la enzima aldehido-deshidrogenasa y genera acumulación de acetaldehído. Algunos de sus efectos pueden ser: enrojecimiento y calor en la cara, dolor en el pecho y taquicardia, náusea y vómito, sudoración, dolor de cabeza, vértigo, debilidad, dificultad para respirar y marcado descenso en la presión arterial.
- *Carbamide de calcio.* Produce efectos más rápidos y una reacción similar a la anterior, como enrojecimiento de la cara, dolor de cabeza y dificultad en respirar, sin embargo, es menos tóxico que el antabuse o disulfiram.
- *Metronidazol.* Esta sustancia también provoca respuestas antagónicas a la ingesta de alcohol, muy similares a las que se presentan con el antabuse.
- *Psicotrópicos.* En algunos estudios se ha reportado el uso de fármacos psicotrópicos. Su empleo se basa en la suposición de que, si ciertos síntomas psiquiátricos (como la ansiedad o la depresión) se alivian, el consumo excesivo de alcohol disminuirá. Algunas de las sustancias empleadas son. ansiolíticos, tranquilizantes, antidepresivos y antipsicóticos.

En los estudios controlados, estos fármacos no eliminaron el consumo de manera definitiva; hay escasa evidencia de que la eliminación de síntomas decremente las tasas de reincidencia. Sin embargo, a pesar de estos resultados, los psicotrópicos se han empleado con gran frecuencia como uno de los tratamientos comunes para tratar a los alcohólicos.

En los últimos años, ha habido mayor comprensión de los mecanismos moleculares que subyacen a las adicciones y en particular al alcoholismo crónico. Estos conocimientos se desarrollaron en principio, en estudios experimentales en animales y sólo recientemente, en humanos. Los cambios en diversos neurotransmisores y receptores del tejido cerebral ante la presencia continua de alcohol se han denominado neuroadaptación, que se desarrolla tras un período de ingestión crónica. El alcohol estimula los sistemas de recompensa; después de un período de presencia continua de etanol, los receptores de recompensa se autorregulan a la baja como respuesta a la estimulación repetitiva. Durante la fase de abstinencia, los neurotransmisores y receptores se autorregulan a la alta como consecuencia de la falta de estimulación. Varios medicamentos bloquean dichos neurotransmisores y receptores. Entre los fármacos más utilizados en la actualidad se encuentran el acamprosate, la naltrexona, el ondansetrón y la olanzapina. Su efectividad es variable y su uso no excluye otras alternativas de intervención, sino que requiere apoyo psicológico y social. Es necesario continuar la investigación en este campo para ofrecer nuevas alternativas. (Belsasso, 2002a).

B) Terapia aversiva

En estas intervenciones se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareada con la ingesta de alcohol, en situaciones controladas, como un esfuerzo por establecer una *respuesta condicionada negativa* a la ingesta de alcohol. El objetivo es proporcionar al alcohólico un *tiempo fuera* involuntario para el abuso en el consumo de alcohol y crear una aversión al sabor, olor y presencia del alcohol (Armor *et al.*, 1976).

Se asume que durante el periodo del tratamiento, el usuario tiene la posibilidad de reordenar su vida y desarrollar patrones de conducta que sean alternativos o incompatibles con el consumo de alcohol.

C) Psicoterapia

El uso de psicoterapias individuales y de grupo con énfasis en el *insight* como base del proceso terapéutico continúa siendo la estrategia de intervención más usual desde la medicina física y mental con los alcohólicos, a pesar de que no representan un tratamiento de elección efectivo para estos.

Algunas de las orientaciones psicoterapéuticas más empleadas son de corte psicoanalítico, psicoterapia grupal, sistémica, grupos de autoayuda (programas de alcohólicos anónimos o de doce pasos), entre otros. Debido a la carencia de investigaciones que puedan comprobar su efectividad, no se dispone aún de

estándares para intervenir con cualquier tipo de dependiente alcohólico; los tratamientos varían en función de la historia de consumo, las características sociodemográficas, el modelo teórico de intervención, etc. (Matakas, Koesler y Leidner, 1978).

En este marco, la creación de organizaciones a favor de la abstinencia alcohólica, se remonta a principios del siglo XIX en Estados Unidos, cuando surgieron las primeras ligas antialcohol en Nueva York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813). En Europa, este tipo de organizaciones se fundaron en las décadas de 1820 y 1830, siendo las más fuertes la de Gran Bretaña y los países escandinavos, donde surgieron y se popularizaron sobre todo las siguientes instancias:

- Alcohólicos Anónimos (AA). Es una comunidad de personas que se reúnen para alcanzar y mantener la abstinencia respecto al consumo de licores y bebidas alcohólicas. Sus actividades han alcanzado una gran difusión a escala mundial. Surgió en 1935 cuando Bill W., un agente de Bolsa de Nueva York, y el cirujano Bob S. entablaron amistad en Akron, Ohio, y decidieron ayudarse para dejar de beber. Desde este modesto comienzo, AA ha crecido hasta formar en torno a los 87.000 grupos en más de 130 países, con un total de más de 2 millones de socios. Todos los hombres y mujeres que tienen o creen tener problemas con la bebida son invitados a asistir a cualquier encuentro de AA. El único requisito para integrarse es el deseo de abandonar la dependencia de las bebidas alcohólicas. Los miembros son anónimos, y no se les exige ninguna cuota o aportación, pues las contribuciones son por entero voluntarias. El programa de AA preconiza la abstinencia total. Sus miembros mantienen la sobriedad compartiendo experiencias, fuerzas y esperanzas en sus reuniones de grupo, y siguiendo los doce pasos que se recogen en el estatuto para la recuperación. Incluso los alcohólicos aislados, confinados en sus casas o habitantes de regiones remotas, sin acceso a los grupos de AA, pueden buscar ayuda en el programa destinado a los Solitarios.
- Al-Anon. Es una comunidad mundial de personas cuyas vidas han sido afectadas por su relación con adictos al alcohol. Cuenta con dos programas distintos: Al-Anon y Alateen. El ingreso en el Al-Anon está abierto a familias, amigos y empleados de adictos al alcohol, mientras que Alateen es un programa diseñado para jóvenes menores de 21 años. El principio básico de ambos grupos es que el alcoholismo es una enfermedad familiar; las personas estrechamente relacionadas con alcoholadicto pueden sufrir psíquica, espiritual y, a menudo, físicamente. Ambos programas ofrecen comprensión a quienes han vivido en la confusión y la desesperanza. Al-Anon fue creada en Nueva York en 1952 por Lois W., esposa de uno de los fundadores de Alcohólicos Anónimos (AA), y Anne B. Los grupos Alateen se organizaron por primera vez en California en 1957. Aunque independientes de AA, ambos programas usan los "doce pasos" de AA para la recuperación y celebran sus

encuentros de modo similar. Las ayudas económicas proceden en su integridad de las contribuciones voluntarias de sus miembros.

Para el año de 1990 había cerca de 32,000 grupos Al-Anon y Alateen en más de 112 países. La sede central de los Grupos Familiares Al-Anon S.A. mantiene su Oficina de Servicio Mundial en Nueva York.

Sin embargo, la carencia de resultados totalmente positivos sobre la eficacia de estas modalidades ha destacado lo controversial que resulta emplear la *abstinencia* como indicador de efectividad o como la meta exclusiva de las intervenciones, aminorando los esfuerzos dirigidos hacia la prevención o atención alterna del problema, antes de que este se manifieste como un trastorno orgánico. Por ejemplo, el postulado de la aproximación socio-médica que afirma: "lograr la abstinencia disminuye los problemas que enfrenta el bebedor", no ha sido apoyada consistentemente por la investigación reciente en las ciencias sociales (Baekeland, 1977; Emrick, 1982; Hill y Blane, 1967; Miller y Hester, 1980; 1987). De la misma manera, asumir que recibir tratamiento de cualquier tipo o calidad es mejor que no recibir nada, tampoco ha sido validado por estudios con control experimental (Emrick, 1975; Armor *et al.*, 1976; Sánchez-Craig y Lei, 1986).

En los últimos años, el conocimiento de los cambios en los neurotransmisores relacionados con la ingesta aguda y crónica del alcohol se ha profundizado. Las manifestaciones del síndrome de abstinencia y de avidez que origina la supresión de su consumo hacen que los tratamientos encaminados a su alivio sean de vital importancia. El alcohol es una droga impura (estimula receptores múltiples), por lo que no existe un tratamiento único para su adicción, porque dependen del estado de salud (física y mental), peso, talla, nivel nutricional, aspectos congénitos y situacionales. Sin embargo, el bloqueo de receptores que participan en los mecanismos de recompensa es el procedimiento que más promete en la actualidad. No obstante, sobra mencionar que se requiere de estudios interdisciplinarios y nuevos enfoques para observar los cambios que presenta esta adicción tan antigua como la civilización.

Por otra parte, un número considerable de investigaciones sobre la *progresividad* del alcoholismo ha revelado que sólo una minoría de individuos que presenta problemas con su consumo en cierto momento, continuará teniéndolos con igual o mayor magnitud en el futuro si continúan bebiendo (Mandel, 1983; Pattison *et al.*, 1977). El patrón de consumo más típico en nuestra sociedad no es la dependencia alcohólica, sino aquél que se caracteriza por periodos de intoxicación de diferente severidad, seguidos por períodos de abstinencia o moderación.

Una respuesta a estos hallazgos, es la idea de que el "alcoholismo" es un síndrome específico que sólo es aplicable a una minoría de individuos que muestran progresión y otros signos de los "verdaderos" alcohólicos (Hill, 1985); y que un grupo más grande de personas muestra patrones de consumo variables, porque son un tipo cualitativamente diferente de bebedores, o sea "bebedores problema". Aún, si el

síndrome de dependencia se estableciera empíricamente, sólo tendría aplicación a una pequeña proporción de quienes se ven afectados por dichos problemas.

Bajo esta consideración, se estima que se ha puesto un énfasis en un segmento menor del problema (individuos con dependencia al alcohol), mientras que por largo tiempo se ha ignorado a una población más grande e importante, que representa a aquellos que, por ejemplo, los fines de semana o en las fiestas, abusan significativamente (en términos de dosis) del alcohol¹⁷.

El reconocimiento de otras necesidades de intervención tiene un historial muy corto, a pesar de que la investigación ha demostrado que la prevención o el tratamiento más adecuados difieren en forma importante a partir de la población objetivo y de su contexto (Babor, Ritson y Hodgson, 1986; Heather y Robertson, 1983; Hill, 1985; Miller y Hester, 1998; Orford, Oppenheimer y Edwards, 1976).

Considerar como prioridad el establecimiento de un sistema de intervención enfocado predominantemente al tratamiento de individuos con dependencia severa al alcohol, ha traído consigo una preocupación excesiva por un pequeño segmento de la población afectada, como un intento por salvar un modelo explicativo que ha carecido por mucho tiempo de bases empíricas sólidas. Esta incesante dedicación y defensa del conocimiento convencional sobre el alcoholismo ha aplazado el paso hacia la reducción de los riesgos, los daños y el impacto de los problemas de alcohol en la sociedad (De la Fuente, 1987).

Lo que se requiere es una nueva aproximación al estudio y la atención de los problemas de alcohol; una aproximación que sea completa, multidimensional y consistente con la evidencia empírica que ya está disponible y que se adapte a las formas de vida de los individuos y sectores mayoritarios de la población.

Recientemente se han desarrollado programas más sofisticados para abordar los problemas de abuso en el consumo de alcohol. Diversos factores han contribuido a ese cambio: *a)* La efectividad limitada de los tratamientos tradicionales, *b)* conceptualizaciones sobre el abuso en el consumo de alcohol cada vez más complejas y multivariadas (Marlatt y Gordon, 1985; Sobell y Sobell, 1987; Finney, Moos y Newborn, 1980); y *c)* la creciente influencia de variables sociales, culturales y situacionales en la intervención (Bandura, 1986; Beck, 1976; Marlatt y Gordon, 1985).

Estas nuevas aproximaciones se basan en la evidencia experimental y científica, así como en la búsqueda de opciones de tratamiento cada vez más efectivas.

¹⁷ El bebedor problema es aquella persona que tiene dificultades identificables cuando consume alcohol, pero no ha experimentado los síntomas mayores de abstinencia al alcohol. Este tipo de bebedores existe en número superior a los bebedores con dependencia severa (Calahan y Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Polich *et al.*, 1981; Vaillant, 1983).

2.3.4. Limitaciones del modelo biomédico

Con sus postulados, teorías, métodos y tecnología, la medicina dispone de una gran cantidad de información en torno a los signos, síntomas y daños ocasionados por el consumo, así como de los factores y grupos más vulnerables, sin especificar el entorno sociocultural de que se trata, como si los procesos sociales y las experiencias de los sujetos permanecieran estáticos a través del tiempo.

No hay duda que los avances de la medicina son primordiales para analizar este problema que innegablemente afecta a tantas personas y colectivos. Sin embargo, es necesario contar con otros modelos que aborden específicamente los componentes sociales y culturales del consumo de alcohol, y que logren concebir líneas de atención más acordes a las condiciones y formas de vida de los sujetos.

Las ciencias sociales y humanas ya han propuesto algunas observaciones y opciones que pueden retomarse de forma complementaria o alterna para la atención del consumo de alcohol, los riesgos, daños a la salud y las consecuencias sociales asociadas.

Cuando en el abordaje de un problema como el consumo de alcohol, se retoma la perspectiva sociocultural, sin dejar de lado los factores biológicos se hace referencia a un enfoque holístico o más integral que lleva a analizar los problemas globalmente, de manera contextualizada a distintos niveles y a través de múltiples articulaciones entre estos niveles. Dicho enfoque puede practicarse desde las grandes generalidades o bien, a partir de un trabajo de investigación muy específico. Como sea, el eje fundamental que debe tener todo enfoque integral es el de la dialéctica entre los niveles micro y macro social, que permite describir y atender de manera concreta los fenómenos en el marco de diferentes realidades, al tiempo que se pueden obtener hipótesis, reflexiones genéricas, verificar o contradecir teorías generales, etc., por poco que el trabajo esté inserto en un modelo teórico mínimamente pertinente (Romaní, 1993).

Por otro lado, se alude a una metodología de acercamiento a la realidad (etnografía o enfoque naturalístico) que implica una interacción continuada e intensa con la población en su ambiente natural, y que permite acceder de manera inmediata a los datos de la realidad a nivel micros social. Si está guiada por un buen marco teórico, permite además, contrastar los datos y explicaciones previas de los niveles progresivamente más macros al mismo tiempo que este ejercicio “de ida y vuelta” entre estos niveles explicativos posibilita otorgar ciertos significados a los datos que, de manera aislada pueden resultar insignificantes o engañosos para el investigador. Este tipo de estudios posibilita el enfoque holístico y, aunque puede haber una utilización de sus métodos a nivel descriptivo, es necesario tener en cuenta sus virtudes (*Ídem*). Con las intervenciones basadas en las ciencias sociales y humanas (sin excluir los postulados biomédicos) se pueden recuperar datos cualitativos que enriquecen las estrategias y programas.

En la atención de un fenómeno de salud es indispensable un replanteamiento teórico-metodológico permanente sobre el problema y sus dimensiones (al menos las más significativas), porque se sitúa en el intercambio de una relación humana con toda su carga de emotividad, afectividad, simbolismos, expectativas, etc. Por un lado, deberá plantearse el control de este tipo de variables, pero por otro, y en temas como el que nos ocupa en el que no sólo la cultura, sino los intereses, pueden ser ampliamente divergentes, debe disponerse de varios sistemas para describir y analizar desde distintos grados de generalidad, marcos y modelos alternos, que permitan incorporar estas alternancias, desde una posición científica, histórica, política y cultural en la sociedad.

A modo de síntesis, se hace un balance entre los postulados centrales que ambas aproximaciones proponen para explicar y atender el consumo de alcohol (Tabla 5).

Ciencias biomédicas	Ciencias humanas
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad • Clasifica individuos y grupos consumidores • Daños fisiológicos • Modelo de atención individual • Alternativas de tratamiento y rehabilitación • Perspectivas estandarizadas desde los especialistas • Servicios que distan de la realidad • ¿Qué, para qué? 	<ul style="list-style-type: none"> • Padecimiento • Comprende situaciones y prácticas de consumo • Contexto sociocultural • Modelo atención comunitario • Alternativas de organización-desarrollo de la comunidad • Perspectivas diversas desde los actores sociales • Servicios incluyentes y oportunos • ¿Quiénes, cómo?

Tabla 5: Balance de aproximaciones teóricas en torno al consumo de alcohol (Elaboración propia).

Después de esta interacción de saberes y poderes, posiblemente lo único claro es que hay cuestiones más pertinentes de indagar que otras, tanto desde la perspectiva de la practicidad social, como del interés científico.

La decisión, en definitiva, continuará dentro de la paradoja de complementación y oposición entre saber y poder, que marca también a las ciencias y a los grandes problemas contemporáneos.

CAPÍTULO 3. EL PAPEL DE LA SOCIEDAD Y LA CULTURA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

*“...El alcohol es astuto, ladino, desconcertante y poderoso;
... termina con la libertad y la voluntad del bebedor asiduo...
y con el ethos cultural indígena,
porque está dentro de los peligros del alma”
(Guiteras, 1965).*

El consumo de alcohol se ha vinculado con una serie de experiencias, prácticas y representaciones que han acompañado al ser humano en toda su vida y a través de la historia.

En la actualidad, la ingesta de alcohol ha adquirido dimensiones que lo han llevado a constituirse como uno de los problemas con mayores repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que afectan no sólo al individuo, sino que puede llegar a alterar las relaciones familiares, laborales, comunitarias y estructurales, con implicaciones en la salud, la economía y la interacción social.

El uso de alcohol puede analizarse desde ópticas muy generales; por ejemplo, como elemento motivador en reuniones de amigos, familias y hasta en el trabajo o estudio, lo que refleja patrones, costumbres y tradiciones; como respuesta ante la insuficiencia de opciones que “fácilmente” son reemplazadas por el consumo del alcohol, sea como estrategia individual de adaptación al medio o como “estado de evasión” ante situaciones conflictivas o por la no aceptación de situaciones emocionales o físicas donde el individuo busca en los efectos del alcohol, una solución a sus problemas, aún cuando se trate de un “remedio” pasajero, subjetivo y a veces contraproducente.

La sociedad contribuye al uso de bebidas alcohólicas: creando situaciones de tensión, tolerando el consumo como refugio o alivio y no suministrando alternativas válidas de prevención y solución ante estos problemas (Freixa, 1996: 42).

Las expectativas y representaciones de cada grupo ante el consumo se reflejan en sus normas sociales, que pueden variar por la cultura, por sector de la población (género, nivel socioeconómico, región, edad, etnia) y por situaciones específicas y etapas de vida (antes de manejar, en un bar, en la iglesia, con los hijos pequeños; en la adolescencia, en la vejez, etc.).

Con las aportaciones de diversos análisis epidemiológicos, sociológicos y antropológicos, se puede afirmar que en toda cultura existen reglas, creencias y prácticas que condicionan el consumo, así como formas particulares de control y castigo de la ingesta excesiva. Futura y eterna paradoja de convivencia con el alcohol, tan arraigado y cargado de atribuciones simbólicas en nuestra sociedad.

3.1. Epidemiología del consumo de alcohol

La transición epidemiológica que se experimenta en el perfil de salud, se caracteriza por un traslape entre dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes; entre estos últimos se observa que la presencia de las adicciones es cada vez mayor en la población.

Suele insistirse que las sustancias tóxicas, como el alcohol, han existido desde siempre, lo cual es cierto. También se afirma que actualmente su consumo es muy alto y se ha diversificado de modo considerable. De igual modo, es real que este consumo acarrea un número elevado de problemas a las personas que las consumen (o a una parte de ellas) y que ello repercute no sólo en la esfera individual, sino que se extiende al entorno familiar, comunitario, laboral, social; sanitario, de salud, etc.

Con el comienzo de la globalización económica, se registra un incremento del consumo de alcohol (y de otras drogas) en las sociedades contemporáneas, especialmente a partir de los años 60's y 70's; presentándose también un cambio en los perfiles demográficos y epidemiológicos, y un claro impacto en las condiciones y modos de vida de los sujetos individuales y colectivos. Hoy se sabe que el consumo de alcohol provoca una morbi-mortalidad significativa en muchos de sus consumidores, además de generar elevada prevalencia e incidencia para otros problemas de salud (enfermedades y discapacidades) y consecuencias sociales para la población en su conjunto (SSA, 2001a).

Como parte importante de las aportaciones que ha hecho el modelo biomédico, destaca la epidemiología: disciplina que se encarga de describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, investigar la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de la respuesta social organizada para atenderlas (Solís, 2006). Conocer con oportunidad y eficiencia los patrones del comportamiento de los principales problemas y necesidades de salud que aquejan a los diferentes grupos de población, así como identificar los factores de riesgo que inciden en su distribución y frecuencia, es una tarea fundamental de la vigilancia epidemiológica, que constituye una actividad estratégica sustancial en la búsqueda de medidas resolutivas y en la evaluación de la trascendencia e impacto de los programas de acción. En los últimos años, la epidemiología ha tomado fuerza como uno de los componentes indispensables para los sistemas de salud, ya que es la principal herramienta de la Salud Pública.

Desde este marco, se dispone de un conjunto de observatorios y registros internacionales, nacionales, regionales y locales que dan cuenta de las dimensiones, la distribución y las particularidades epidemiológicas del uso y abuso de bebidas alcohólicas (y otras drogas); además de proporcionar información que orienta oportunamente la toma de decisiones, delimitación de respuestas y la integración de políticas de salud. Por ejemplo:

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (www.undcpoorg 23 septiembre 2007).
- International Narcotics Control Board (INCB) (www.incb.org 23 septiembre 2007).
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (www.emcdda.org 23 septiembre 2007).
- Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (www.cicad.oas.org 23 septiembre 2007).
- National Institute on Drug Abuse; NIDA (www.nida.nih.gov 23 septiembre 2007).

En México, también se tienen diversos sistemas de vigilancia, registro y monitoreo del consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas. La Secretaría de Salud, cumpliendo sus funciones normativas y de coordinación en el Sistema Nacional de Salud, que integra a médicos particulares, instituciones públicas y privadas, que intervienen en la atención y prevención de los factores de riesgo y problemas de salud de los mexicanos, estableció en 1990 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), para conocer la conducta de la población hacia el consumo de drogas lícitas e ilícitas, identificar las características de las personas con adicción, el entorno en que ocurre, los patrones de consumo y su vinculación con áreas geográficas delimitadas, a fin de contribuir a la toma de decisiones e impulsar acciones de salud específicas hacia los grupos de mayor vulnerabilidad (SSA, 2001b).

La Dirección General de Epidemiología concretó al SISVEA, durante la primera Reunión Internacional realizada en 1991, con la participación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de Psiquiatría, los Centros de Integración Juvenil, la Procuraduría General de la República, el Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de Educación Pública y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Asimismo, participaron organismos internacionales como el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas en los Estados Unidos (NIDA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia para el Desarrollo Internacional (DIA), que con el aporte de sus experiencias en vigilancia epidemiológica enriquecieron las estrategias del SISVEA. En 1995 se creó el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), mismo que dispone de un órgano normativo de coordinación en el nivel nacional, que facilita, fomenta y orienta el quehacer epidemiológico en el país, denominado Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), que se conforma por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (*Ídem*).

Entre otros ordenamientos legales, que dan sustento al SISVEA, las adicciones y reformas a la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* destacan, en su Artículo Cuarto la propia Ley General de Salud, que establece en su Artículo 105, título sexto de información para la salud, que la SSA integrará la información para elaborar las estadísticas nacionales. El Reglamento Interior de la

SSA establece que el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Dirección General de Epidemiología tiene la obligación de operar, coordinar, supervisar y evaluar el SINAVE, el cual se rige por la *Norma Oficial Mexicana* NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica y la *Norma Oficial Mexicana* NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (*Ídem*).

La información del SISVEA permite identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas. El SISVEA inició sus actividades hace 13 años con sólo ocho ciudades (la mayoría de ellas localizadas en la frontera norte del país); actualmente cuenta con información de 53 ciudades, de las que el 38% están localizadas en dicha frontera y las restantes en áreas metropolitanas y de recreación del país. Estos sistemas han evolucionado hacia la recolección de información para el conocimiento de diversos indicadores desde diferentes fuentes, registros e indicadores que se incluyen a continuación:

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) (www.dgepi.salud.gob.mx/sis 23 septiembre 2007).
- Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) (www.inprf.org.mx/sociales/srid 23 septiembre 2007).
- Encuesta Nacional de Salud (ENSA)
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)
- Mediciones del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal o de otras ciudades y grupos
- Centros de tratamiento. Esta información contiene las características y patrones de consumo relacionadas con la droga de inicio y con la droga de impacto que es aquella por la cual los sujetos solicitan atención. La información proviene de centros de tratamiento gubernamentales (Centros de Integración Juvenil) y centros de tratamiento no gubernamentales (ONG's) que participan en las ciudades del SISVEA.
- Consejo tutelar para menores. Proporciona datos específicos sobre el grupo de individuos menores de edad que son detenidos por cometer infracciones.
- Servicios de urgencias hospitalarias. Se refiere a la información obtenida durante las semanas típicas (cada semestre), con base en las encuestas centinelas realizadas en los 51 servicios de urgencia de hospitales generales y servicios de atención como la Cruz Roja.
- Servicio Médico Forense. Registra información sobre las muertes que ocurrieron en *circunstancias no naturales* relacionadas con el abuso de drogas, que puede ser causa directa o factor contribuyente. de muerte.

3.1.1. Panorama mundial sobre el consumo

La información obtenida a partir de estudios, sistemas y compendios internacionales indica que el consumo de alcohol se está incrementando, sobre todo en aquellas sociedades en vías de desarrollo, tal como puede verse en la *tabla 6*. Además, la edad de inicio en el consumo se ha reducido, el tipo de bebidas y el patrón de ingesta ha variado: abuso de alcohol los fines de semana o en actos sociales, mezcla de diferentes bebidas, combinación con otras sustancias tóxicas, etc.

	1970-1972	1994-1996	% de cambio
Francia	21.37	14.02	-34.4
España	16.42	11.4	-30.6
Estados Unidos	9.92	8.98	-9.5
Chile	13.01	7.46	-42.7
Argentina	17.52	9.73	-44.5
Brasil	3.18	5.55	+74.5
Costa Rica	4.15	5.97	+43.9
Paraguay	4.72	8.83	+87.1
México	3.57	5.11	+39.2

Tabla 6: Variación del consumo per cápita de alcohol en población mayor de 15 años (OMS, 1999).

Durante los 80's, el crecimiento económico a nivel mundial fue de 1.9% y la población creció en un 2%. La evolución del consumo *per capita* de alcohol fue a la alza entre 1940 y 1980, cuando creció más del 6% anual, por encima del crecimiento de la población (*Tabla 7*).

	Crecimiento económico	Crecimiento poblacional	Crecimiento del consumo de alcohol
1970	2.3%	3%	3.82%
1980	1.9%	2%	6%
2000	2.1%	2%	4.93%
2004	2%	1.9%	4.3%

Tabla 7: Crecimiento económico, poblacional y del consumo de alcohol entre 1970 y 2004 (OMS, 2006).

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo más de dos mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas de modo regular. De estas, más de 76 millones son dependientes del alcohol (OMS, 2004) y el 44% muestran dependencia severa cumpliendo con los *síntomas físicos* que marca el *DSM-IV* (APA, 2002).

De las personas con algún grado de dependencia, tan sólo el 17.1% recibió tratamiento y el 3.9% recurrió a grupos de autoayuda. Sin embargo, solamente el 9.7% de quienes solicitaron ayuda recibieron un tratamiento adecuado.

Del año 1961 al 2000, los patrones de consumo de alcohol han tenido en general una tendencia al alza, que varía dependiendo del tipo de bebida, tal como puede observarse en la *figura 8*.

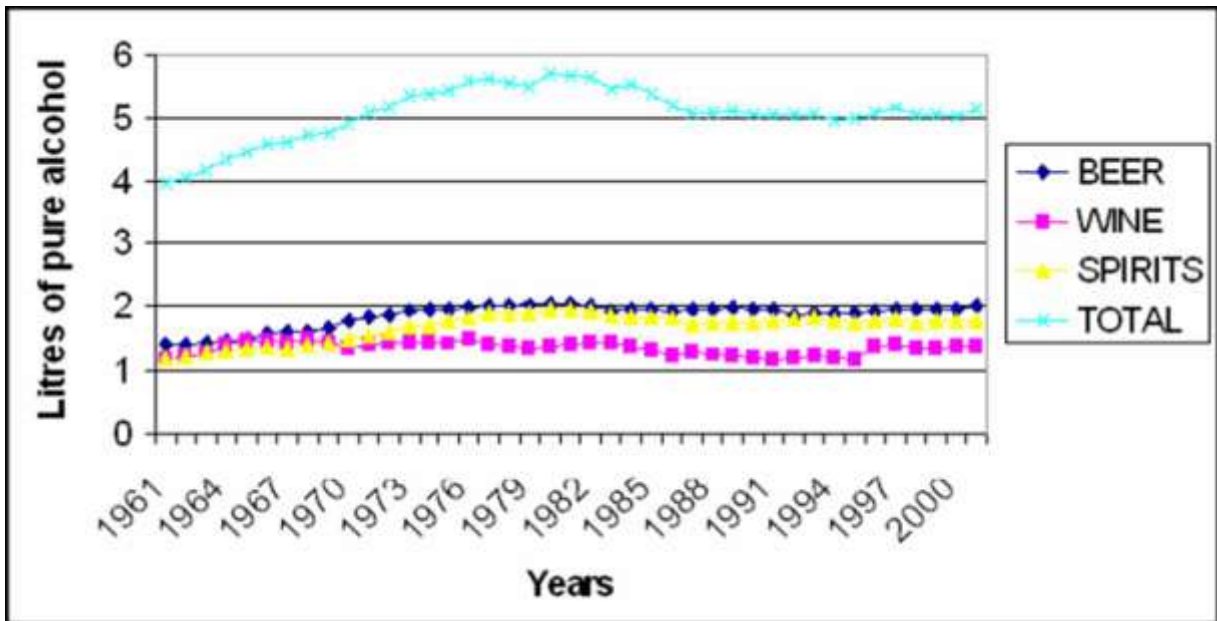


Figura 8: Consumo per cápita de alcohol en el mundo por tipo de bebida (OMS, 2004).

Algunas tendencias globales que pueden brindar un panorama epidemiológico mundial se incluyen a continuación (*Idem*):

- El consumo de alcohol y los problemas derivados están aumentando desde 1980 en todo occidente, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como los países en vías de desarrollo.
- En los últimos años, España ocupa el segundo lugar en el mundo en alcoholismo.
- El abuso y la dependencia del alcohol causan cerca de 2 millones de muertes (3.2% del total de muertes) anuales a nivel internacional y la pérdida de 58 millones de años de vida que las personas podrían vivir sanamente si no consumieran bebidas etílicas.
- El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes.
- Hace 10 años, de cada 7 hombres que pedían consulta por problemas relacionados con el alcohol, consultaban 3 mujeres. Hoy, la relación es de 6 hombres por 4 mujeres en promedio.
- Según la OMS, la cantidad de jóvenes que consumen alcohol a nivel mundial aumentó en 20%, en los últimos 10 años.
- En México, el grupo de edad que manifestó mayor incidencia fue de 18 a 29 años.
- A pesar de los resultados esperanzadores del tratamiento actual, se estima en más de 100,000 casos el número de muertos anuales a causa del alcohol, sólo en Estados Unidos.

Asimismo, la OMS (*op. cit.*) refiere que, 18 condicionantes de muerte son parcialmente atribuibles al consumo de alcohol, es decir, pueden considerarse “riesgos relativos” asociados con diferentes niveles de consumo. Entre estos padecimientos, a nivel mundial destacan: pancreatitis en el hombre, cáncer de mama en la mujer, lesiones por accidentes automovilísticos con presencia de alcohol, lesiones por otro tipo de accidentes bajo los influjos del alcohol (en la escuela, el trabajo, el hogar, etc.), lesiones por actos de violencia bajo los efectos del alcohol (riñas, golpes, agresiones con objetos punzocortantes, etc.), suicidio en estado alcohólico, envenenamiento por intoxicación etílica, cirrosis hepática, otro tipo de cáncer vinculado con hábitos alimentarios, enfermedad coronaria, infarto cerebral.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en sus informes de investigación más recientes (2004, 2005, 2006, 2007, 2008), también enfatiza que en las Américas, el alcohol pesa mucho en la carga de enfermedad, por lo que insta a tomar urgentes medidas para reducir el consumo.

El alcohol por sí mismo contribuye en las Américas a más enfermedades y muertes que cualquier otro factor de riesgo para la salud, incluyendo el tabaquismo y la obesidad. Cada dos minutos muere una persona por causa del alcohol en las Américas. Su consumo contribuye a más de 60 patologías sanitarias tales como síndrome de alcoholismo fetal, cáncer, enfermedades cardíacas y hepáticas, trastornos mentales, violencia doméstica y callejera, o lesiones y muertes en el tráfico vial. El alcohol es un problema de salud pública en todo el mundo, pero en las Américas es aún mayor que en otras regiones. El consumo promedio en América del Norte, Centroamérica, América del Sur y el Caribe es de 8,7 litros por persona por año, un 40% más que el promedio mundial de 6,2 litros. (OPS, 2007).

De acuerdo con los hallazgos de la OPS, contrario a lo que comúnmente se cree, el principal problema con el alcohol no es alcoholismo, sino el consumo explosivo y en condiciones de riesgo.

Señalar a unos cuantos bebedores problemáticos de las repercusiones sanitarias y sociales causadas por el alcohol conlleva profundas implicaciones políticas y conduce a estrategias de respuesta ineficaces. El problema más grave es cuando la gente bebe demasiado en poco tiempo y en los lugares erróneos. Esto sucede con mayor frecuencia entre personas que no son alcohólicas. En América es más común que la gente beba para emborracharse y que esté expuesta a peligrosos patrones de consumo que en otras regiones (OPS, *op. cit.*).

El mayor consumo que se presenta entre la población del continente, aunado a los patrones de bebida riesgosos, la gran cantidad de gente joven que bebe y la falta de políticas de control eficaces se suman a la carga de enfermedades por el

alcohol que es significativamente más alta en la región de la OPS comparada con la de otras partes del mundo.

En la mayoría de los países miembros de la OPS, el patrón de consumo promedio entre adultos cualifica como “peligroso”; esto significa que beben cuantiosamente, fuera de comidas y en lugares públicos. El problema es peor en los países menos desarrollados de la región y entre los jóvenes (*Ídem*).

El consumo de alcohol entre menores de edad y en las mujeres, es un problema especial en la región de la OPS, que tiene gran proporción de gente joven como usuarios problemáticos de bebidas alcohólicas.

Las encuestas muestran que los adolescentes en la región beben frecuentemente y sus hábitos de consumo ocasionan lesiones de tráfico, intentos de suicidio, homicidios, violencia y riesgosos comportamientos sexuales. Según datos de la OMS (2002), el alcohol fue un factor que, en las Américas, condujo a la muerte de al menos 69.000 jóvenes de 15 a 29 años. Mientras que las mujeres tienden a beber menos que los hombres, su consumo se ha incrementado en años recientes con consecuencias desproporcionadas, particularmente como víctimas de violencia doméstica. Las mujeres que beben son también más vulnerables al VIH y a las infecciones de transmisión sexual, así como al abuso sexual (*Ídem*).

Por lo general, las políticas de salud pública en los países miembros de la OPS no han tenido resultados contundentes ante estos problemas. Muchos países carecen de políticas basadas en evidencia científica y, los que las han adoptado, no las dan seguimiento o fallan en su cumplimiento. Para aminorar la carga social y sanitaria del consumo problemático de alcohol, su reducción debe convertirse en una de las más altas prioridades de la salud pública.

3.1.2. *El consumo de alcohol en México*

Con los registros provenientes de diferentes fuentes e indicadores, en nuestro país se han generado múltiples datos y reportes sobre el consumo de sustancias tóxicas, enfatizando para nuestro objetivo, el uso de bebidas alcohólicas y sus repercusiones biológicas, psicológicas, económicas y sociales. Por ejemplo:

- Los *Centros de Integración Juvenil* (2006) registraron 18,070 pacientes que acudieron a consulta en sus unidades ubicadas en 28 entidades federativas¹⁸. De ellos, 5,835 fueron por alcohol como droga de inicio: 86.2% hombres; el 32.1%

¹⁸ A excepción de Campeche, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala.

tenía entre 6 y 14 años y 26.5% entre 15 y 19 años de edad. Más de la mitad tenían escolaridad primaria (84.2%), 56.2% eran solteros y el 53.6% pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. Casi la mitad (47.6%) iniciaron el uso de alcohol entre los 15 y 19 años; 51.8% reportaron uso semanal y 26% entre 1 a 3 veces por mes. El alcohol fue la droga de inicio más común (32.4%), aunque quedó en el tercer sitio (14.7%) como droga de impacto. Cuando el alcohol fue la droga de inicio, 92% progresaron a una segunda droga, generalmente el tabaco (47.7%), seguido por la marihuana (21.8%) y la cocaína (17.9%).

- Los *centros de tratamiento no gubernamentales* (ONG's) en el 2007, reportaron un total de 31,819 demandas de tratamiento, de las cuales se atendieron 8,508 pacientes en 51 ciudades del país. La mayoría de los que iniciaron con alcohol fueron hombres (93.4%); 40.8% de 35 años de edad o mayores, 33.9% contaban sólo con educación primaria; 44.4% eran solteros y el 45.5% inició el consumo entre los 15 y 19 años; 48.2% reportaron uso diario y 38.9% una vez por semana. El alcohol quedó en segundo orden como droga de inicio (26.7%) y en tercero como droga de impacto (16.3%).
- La *Procuraduría General de Justicia* (PGJ) y la Procuraduría General de la República (PGR) informaron que en el año 2006, en 30 ciudades hubo 8,700 detenidos. De ellos, 59.6% mencionaron consumo habitual de drogas, 19% cometieron la infracción bajo los efectos del alcohol y 2.1% con alguna otra sustancia psicoactiva. La historia natural del abuso de sustancias muestra que 25.7% eran usuarios únicamente de alcohol, mientras que los restantes (74.3%) habían progresado a una segunda o tercera droga, generalmente marihuana (37.5%), cocaína (23.3%) y tabaco (17.3%).
- El *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), en el 2006, reportó como causas de mortalidad cien por ciento atribuibles al alcohol: psicosis alcohólica, síndrome de dependencia alcohólica, abuso de alcohol, polineuropatía alcohólica, cardiomeopatía alcohólica, gastritis alcohólica, hígado graso alcohólico, hepatitis alcohólica aguda, cirrosis hepática alcohólica, daño hepático alcohólico no especificado, nivel de alcohol excesivo en sangre y envenenamiento alcohólico.
- Durante el 2006, el *IMSS* otorgó un total de 61,527 consultas médicas por problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, sea en medicina familiar, especialidades y urgencias; donde las consultas originadas por consumo de alcohol ocuparon el primer lugar en todos los rangos de edad. En una muestra de 41,121 sujetos, se identificó que 30.1% de los hombres y 6% de las mujeres mayores de 18 años reportaron consumir más de cinco copas por ocasión de consumo. El 17.6% de los hombres menores de 18 años y el 6% de las mujeres se consideraban bebedores fuertes. En este sentido, se puede considerar bebedores en riesgo al 28.2% de los hombres y al 4.8% de las mujeres. Por otro lado, se reporta que 18.9% de las muertes en la población derechohabiente del Instituto fue por cirrosis hepática (Peña Corona, 2007).

- El *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE), entre 2000 y 2005, registró 980,000 pacientes con problemas de adicciones, de los cuales 39% se relacionaban directamente con el abuso en el consumo de alcohol. En el 2001 se registró un 38% de pacientes alcohólicos. El grupo que con mayor frecuencia solicitó consulta por esta razón fue el de 45 a 64 años.
- De las muertes registradas en el *Servicio Médico Forense* (SEMEFO, 2006), el abuso de alcohol se asoció con el 81.3%; la gran mayoría eran hombres (94%), de 40 o más años de edad (41.2%). Las principales causas de estas muertes fueron: contusiones (29.5%), caídas (25%), asfixias (17.7%) y accidentes de tránsito (16.8%). El sitio más frecuente donde ocurrió la defunción fue la calle (36.3%) o la casa (29.7%).
- Los *servicios de urgencias hospitalarias* informaron de 9086 defunciones en el 2007, de las cuales 15.6% ocurrieron bajo la influencia del alcohol o de alguna otra droga. Por otro lado, 1678 usuarios de estos servicios mencionaron haber bebido alcohol en los últimos 30 días, ocupando el primer sitio. En este grupo, las patologías frecuentes fueron: afección osteomuscular (14%) y cirrosis hepática (7%).
- Por su parte, el *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones* (SISVEA, 2007), destaca que en 125 servicios de urgencias hospitalarias se registraron 14,506 ingresos que solicitaron atención a causa del consumo abusivo de alcohol en el 2003. Para ese mismo año, los CIJ dieron 21,387 consultas de las cuales, el 16% se relacionaban directamente con el alcohol como droga de consumo y 32.9% como sustancia de inicio.
- El 21% de los ingresos hospitalarios por accidentes mostró niveles positivos de alcohol en sangre (NAS+); en uno de cada cinco casos, el accidentado había estado bebiendo en un establecimiento comercial. De los ingresos hospitalarios con NAS+, el 7% eran dependientes y 93% presentaban intoxicación aguda (Rosovsky *et al.*, 1998; Stephens, 2004; Borges, 2007).
- En la población de trabajadores, la ocurrencia de accidentes asociada al consumo de alcohol (previo o *in situ*) es del 21%, de los cuales, se calcula que el 98% podrían haberse evitado con programas de intervención sencillos (Borges *et al.*, 2004; Medina-Mora *et al.*, 2006).
- Una proporción importante de quienes desarrollan dependencia alcohólica, presentan otros problemas emocionales que anteceden en 5 años a los de adicciones; por ejemplo, el 18% de la población que llega a tener problemas de alcoholismo también presenta trastornos depresivos, mientras que el 15% muestra trastornos de ansiedad (Merikangas, 2004).

- Con una serie de estudios comparativos sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias (Edwards *et al.*, 2004; OMS, 1999; Stephens *et al.*, 2000; Borges, 2004; SHAMSA, 2005; ENA, 2002), se observó que el consumo *per capita* de alcohol en Estados Unidos es de 8.9 litros de alcohol mientras que en México es de 5.4 litros; sin embargo, el ingreso en salas de urgencias a consecuencia del consumo es de 10.9% *versus* 20.9% respectivamente.

De manera particular, la *Encuesta Nacional de Adicciones* (ENA) se ha aplicado sistemáticamente desde 1988 a la fecha (2008). Es dirigida por la Secretaría de Salud, coordinada por el CONADIC y aplicada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INP) en colaboración con otros organismos de salud, docencia e investigación científica sobre adicciones. Su objetivo es conocer las características del uso de diversas sustancias en la población de 12 a 65 años a nivel nacional. Esta información se analiza de frente a los datos obtenidos en materia de salud, demografía, educación, empleo, delincuencia y otros temas en diferentes contextos y sectores poblacionales. Los resultados son de suma utilidad para la detección de necesidades y el diseño de políticas, estrategias y programas de atención diferenciales. A continuación se describen algunas de las tendencias y los hallazgos centrales en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en la población mexicana, de acuerdo con los datos de este estudio.

De acuerdo con los resultados de la **ENA** efectuada en el año **2008**¹⁹ en México, más del 90% de la población mayor de edad mencionó haber bebido alcohol por lo menos alguna vez en su vida (SSA, 2009b).

Ocho de cada mil mexicanos informaron beber alcohol todos los días, en proporción de 7.5 hombres por cada mujer. La frecuencia de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años, que en aquellos que tienen entre 18 y 29.

El patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. Casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades.

Casi 4 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (uso consuetudinario). Este tipo de consumo es más frecuente en hombres que en mujeres: 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, entre ellas, esta forma de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la

¹⁹ Se toman como referencia los datos de esta encuesta, debido a que es la última reportada hasta el presente año (2010).

que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años).

Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. Estos resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta.

La proporción de la población que presenta abuso o dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4, 168,063) cumple con los criterios para este trastorno; de ellos, tres y medio millones son hombres y poco más de medio millón son mujeres.

Las dificultades más frecuentes derivadas del consumo son detenciones bajo los efectos del alcohol (41.3%), conflictos familiares (10.8%), peleas con compañeros y amigos (6%), problemas con la policía (3.7%) y problemas laborales (3.7%).

Los mayores índices de consumo alto de alcohol se ubican en el centro-occidente del país (Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Puebla y Querétaro). A éstos se suman Campeche y Quintana Roo, de la zona sur, y Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas, en el norte. En el caso de los hombres, se incluyen Chihuahua, San Luis Potosí y Guerrero.

Con respecto al Estado de México, se observan prevalencias de consumo muy cercanas o ligeramente superiores a la media nacional, tal como se muestra a continuación (*Tabla 8*).

	Uso diario	Consumo alto	Consuetudinario	Abuso/ Dependencia
Estado de México	0.5	26.8	4.5	5.8
Nacional	0.8 (0.2, 2.1)	26.6 (14, 35.6)	5.3 (2.6, 9.5)	5.5 (1.5, 9.9)

Tabla 8: Prevalencias de consumo de alcohol en el Estado de México, registradas en la ENA, 2008. Población de 12 a 65 años (Elaboración propia).

La cerveza es la bebida preferida de la población mexicana; seguida de los destilados y, en menor proporción, el vino de mesa y bebidas preparadas o cocteles. El pulque es consumido por menos población, aunque su uso prevalece sobre todo en la población masculina de entre 30 y 39 años de edad. El consumo de alcohol de 96° y de aguardiente se reporta bajo y predomina entre los hombres adultos mayores. La preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres, con excepción del aguardiente y de alcohol de 96° (8.5 hombres por cada mujer). Los adolescentes prefieren bebidas preparadas y cerveza. Como se enfatiza en la *figura 9*, la bebida de mayor consumo a nivel nacional es la cerveza. Aproximadamente la

mitad de la población bebedora consume destilados con 41% (principalmente tequila, brandy y ron). Bebidas de las que se sabe su elevado consumo, no se representaron en esta gráfica debido a que existe un subregistro al respecto: cooles (12.8%), pulque (5.4%) y alcohol de 96° (2.3%). Los menos consumidos son cognac y ginebra.

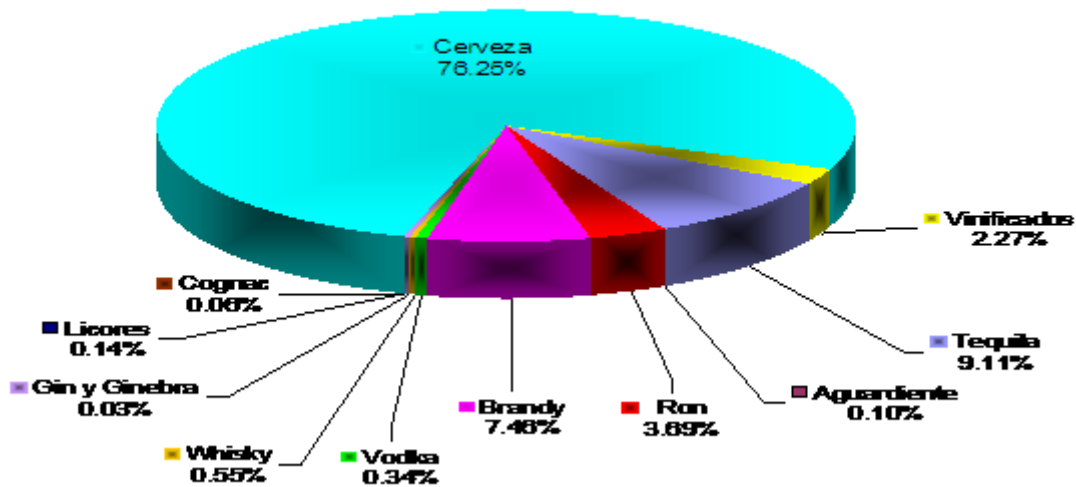


Figura 9: Distribución de bebidas alcohólicas que componen el consumo nacional aparente de alcohol en individuos mayores de 15 años (SSA-CONADIC, 2008).

Los datos sobre consumo de alcohol que se desprenden de esta encuesta nacional, indican que el consumo diario se mantiene como una práctica poco frecuente en el país. En cambio, beber grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo continúa siendo lo más común en la población, generando graves consecuencias en términos de intoxicaciones y congestiones alcohólicas, accidentes de tránsito, prácticas sexuales de riesgo, conductas violentas o delictivas, etc. También resulta evidente que los adolescentes están imitando los modelos de los adultos y que una proporción importante presenta problemas con su manera de beber. Sobresale el aumento del consumo entre las mujeres, sobre todo adolescentes. Una proporción significativa de la población requiere tratamiento y una aun mayor necesita educación para aprender a moderar su consumo y evitar la ingesta excesiva que se asocia con diversos problemas. Existen variaciones nacionales significativas que enfatizan la importancia de diferenciar los servicios para las poblaciones de acuerdo con sus necesidades, características y recursos.

En cuanto a los **daños y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas**, diversos estudios señalan que el *consumo crónico* de alcohol genera un elevado costo social.

Uno de cada 10 pesos que gasta el Gobierno Federal en salud, se destina a tratar padecimientos asociados al abuso del alcohol (SSA, 2006). De las 4,355 defunciones debidas al consumo de drogas, las debidas al uso de alcohol ocuparon el primer sitio con una tasa de

55.9 por millón de habitantes mayores de quince años de edad, abarcando 87.5% de las defunciones debidas al uso sustancias tóxicas.

La *intoxicación aguda* también se asocia con lesiones atendidas en salas de urgencias, costos para la familia derivados de problemas laborales, económicos, violencia, accidentes, etc. Por ejemplo, el Servicio Médico Forense del Distrito Federal da a conocer que en el año 2006, en la Ciudad de México, murieron diariamente tres personas en accidentes u homicidios, en cuya sangre se detectó la presencia de alcohol.

En una de cada tres muertes relacionadas con accidentes de tránsito (33.33%) la víctima había ingerido alcohol. En más de la mitad de las muertes por homicidio (56.74%), la víctima se encontraba intoxicada con alcohol. Del total de suicidios, 76.9% de las víctimas se había intoxicado con alcohol. De las víctimas de muerte por accidente en el trabajo, 10.6% había ingerido alcohol. Los accidentes en vía pública estuvieron relacionados con la ingestión de alcohol en un 45%; en el 23% de los accidentes de tránsito relacionados con consumo de alcohol, fallecen jóvenes de entre quince y veinticuatro años de edad. Según la ENA, 4.8% de las personas encuestadas informaron haber estado en choques de tránsito relacionados con el alcohol. El porcentaje de choques de automóviles que ocurrieron cuando el conductor estaba ebrio aumentó de 16% en 1983 a 36% en 2008.

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), a partir de 2002, y el IMSS (2006) señalan que en México el consumo excesivo de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en edad productiva, entre ellas: accidentes, patología cerebro vascular, cirrosis hepática, así como homicidios y lesiones en riñas.

La mortalidad por cirrosis hepática es cuatro veces mayor en México que en los Estados Unidos, ya que en nuestro país se registran, por esta causa, 48.6 fallecimientos por cada cien mil habitantes y en la Unión americana 11.6. Una de las razones de esta diferencia es que en los Estados Unidos el patrón de consumo de alcohol es tomar con más frecuencia pero menor cantidad (Maya, 2003). Los padecimientos asociados al abuso de alcohol que más pérdida de días de vida saludable provocan son: cirrosis hepática (39%), lesiones por accidentes de vehículo de motor (15%), dependencia (18%), homicidios (10%). Uno de cada 10 hombres reporta problemas laborales (incluyendo desempleo) debidos a su consumo de alcohol y el 44% de las personas que han intentado suicidarse lo ha hecho bajo los efectos del alcohol.

Entre otros efectos se destacó: el índice de suicidios se duplica y el 23% de ellos mantiene relaciones sexuales de alto riesgo en las que adquieren o transmiten

enfermedades como VIH-SIDA o hepatitis B; además de que “padecen” embarazos no deseados con sus casi inevitables consecuencias (conflictos con la familia de origen, casamientos forzados, vínculos de pareja disfuncionales, abortos, desempleo o abandono escolar, dificultades económicas, etc.). Entre 1994 y 2004, aproximadamente 28% de los crímenes registrados en México fueron cometidos bajo los efectos del alcohol.

Por otra parte, la asociación entre el consumo de alcohol y la violencia incluye agresiones, violaciones, abuso a menores, intentos de asesinato y otros delitos violentos. El principal motivo que genera violencia contra las mujeres es el consumo del alcohol de su pareja (24.8%): el alcoholismo se relaciona con el 26% de los casos de maltrato físico y/o psicológico y con el 52% de los casos de abuso sexual.

Los problemas más frecuentes entre varones rurales y urbanos, según manifestaron, son: haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en población rural y 11.6% en urbana); en segundo lugar, los conflictos con autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en zona rural); haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado alcohol (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son menos frecuentes en las mujeres (3%).

En una muestra al azar de 1,590 mujeres de zonas urbanas y rurales que habían recibido servicios de consejería en 2006, aproximadamente 25% de las mujeres de zonas urbanas asociaron maltrato con el estado de ebriedad del ofensor. Entre las mujeres que experimentaron violencia doméstica (56.7% en las zonas urbanas y 44.2% en las rurales), la proporción de aquellos agresores bajo la influencia del alcohol fue 8.81 en zonas rurales y 4.21 en urbanas.

En una encuesta efectuada en tres hospitales, se administró una prueba de aliento y se entrevistó a los pacientes involucrados en agresiones o peleas. Resultados positivos se asociaron con un riesgo relativo de 5.23, lo que aumentó a 14.49 en aquellos pacientes que consumieron más de 100 gramos de alcohol puro previo al incidente.

El abuso de alcohol es un problema que afecta a toda la familia y, por consiguiente, es una de las fuentes principales de inestabilidad familiar, manifestada de modo recurrente en agresiones contra las personas cercanas al dependiente alcohólico; esta situación, además del daño físico que provoca, deteriora las relaciones entre los integrantes de la familia (SSA, 2007).

3.1.3. El consumo en poblaciones rurales e indígenas

México, con un total de poco más de 100 millones de personas (INEGI, 2008), está formado por dos núcleos principales de población: la rural y la urbana.

A pesar del alto grado de industrialización alcanzado, en la actualidad existen centros de población de difícil acceso y no mayores de 2,000 habitantes. Estos sectores por lo general corresponden a las zonas rurales que, en su mayoría, son habitadas por grupos poblacionales indígenas, cuyas condiciones de vida son caracterizadas por la pobreza, la falta de oportunidades de desarrollo, la desinformación, la marginación social y un acceso limitado a los servicios básicos (vivienda, educación, salud, etc.). Desde el punto de vista cultural, esta población presenta un mosaico multivariado de estilos de vida, prácticas, creencias, costumbres, etc. que, en ocasiones los tornan vulnerables ante diversas problemáticas sociales y de salud, como es el caso del consumo de bebidas alcohólicas.

En un análisis de la relación entre ingresos y gasto mensual en bebidas alcohólicas se observó que, de los diez estratos en los que se dividen los hogares por niveles de ingresos, los deciles VIII, IX y X (que en un 80% corresponden a las zonas rurales de nuestro país) son responsables del 60% del gasto en bebidas alcohólicas (INEGI, 2008).

En las últimas décadas, el abuso del alcohol se ha convertido en un grave problema de salud pública en las poblaciones rurales e indígenas, como reflejo de lo que ocurre en toda la sociedad. Sin embargo, poco se ha estudiado con rigurosidad sobre el consumo y los hábitos, creencias, valores y problemas relacionados con estas conductas, en la especificidad de estos contextos interculturales (Berruecos, 1988a).

Pese a las escasas investigaciones realizadas en poblaciones rurales e indígenas de México, se puede afirmar que existe un consumo elevado de alcohol en la población adulta de ambos sexos (Berruecos y Velasco, 1977), sobre todo en las zonas rurales de Puebla (García Alcaraz, 1972), el Estado de México, Hidalgo (Lomnitz, 1983) y en áreas suburbanas de la Ciudad de México, Guadalajara, Aguascalientes, Morelos y Monterrey.

A nivel nacional, la bebida de mayor consumo como ya se observó, es la cerveza, aunque como puede corroborarse en las *figuras 10 y 11*, en las zonas rurales se conserva la ingesta de pulque, caña, aguardiente y una serie de “bebidas tradicionales”, principalmente entre la población de mayor edad, debido a que los jóvenes y aquellos adultos que han sido influenciados por procesos como la migración o imitación de otros patrones de consumo, han desplazado considerablemente el consumo de pulque por la cerveza y los *coolers*, sobre todo a partir de 1978.

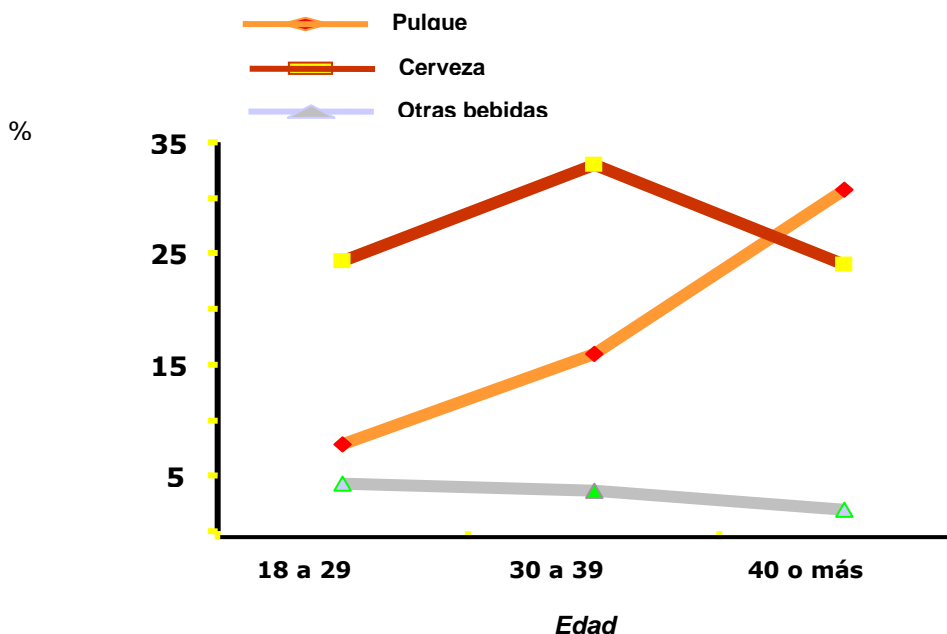


Figura 10: Bebidas consumidas por grupo de edad (Medina-Mora et al., 2007a)

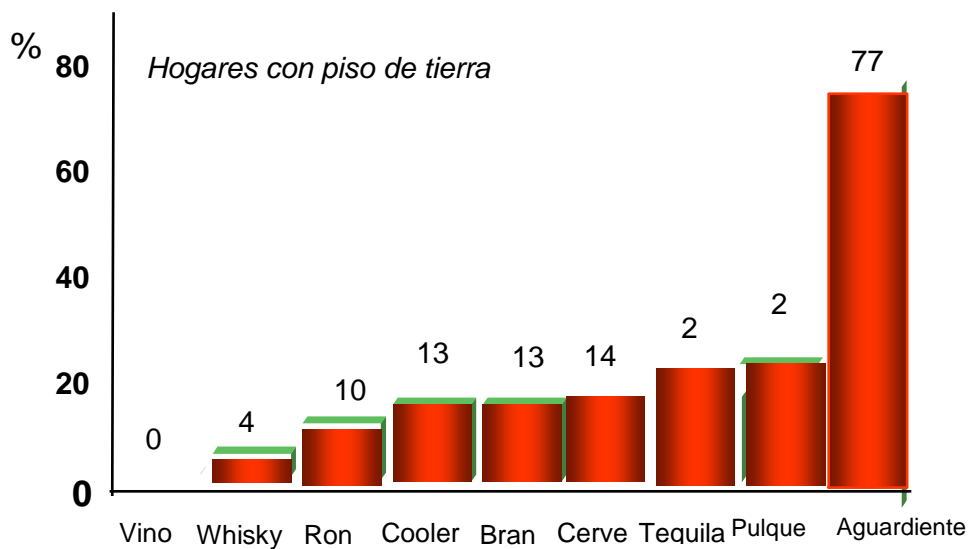


Figura 11: Tipo de bebidas consumidas (Consultores Internacionales, 1999).

Por otra parte, la producción y distribución clandestina de alcohol o bebidas “típicas” sin control sanitario resulta alarmante. El alcohol no registrado constituye el 40% del mercado de las bebidas destiladas, el 13.7% del alcohol de 96° y el 3.4% de las bebidas fermentadas que se consumen en zonas rurales, lo que constituye dos litros aproximadamente de las bebidas ingeridas a nivel *per capita* en estas

poblaciones. En un análisis que vinculó el consumo de alcohol con la capacidad económica de sujetos que habitan diferentes zonas del país, el 30% de la población con más ingresos consume 53% del alcohol comercial disponible, mientras que, el 40% del alcohol no registrado se consume por el 70% de la población con los ingresos más bajos (Medina-Mora, *op. cit.*).

Lo anterior se conjuga con la falta de oportunidades socioeconómicas y recreativas, fuerte crecimiento demográfico y escaso acceso a servicios de atención que conllevan a la configuración de un problema importante en estas zonas del país.

Cinco de las diez principales causas de defunción en estas zonas se asocian al consumo excesivo de alcohol, destacando: cirrosis hepática, lesiones, riñas, homicidios y suicidios. De las denuncias relacionadas con violencia que se cometen bajo los influjos del alcohol, el 38% se presentan en las grandes urbes, en contraste con el 58.3% que se registran en las zonas rurales (SSA, 2009b).

Los problemas de salud, económicos y sociales derivados del consumo de alcohol en estas zonas se complica por la escasa disponibilidad de servicios especializados en su atención y por las condiciones de desnutrición, desinformación, pobreza y marginación que aún mantienen un considerable número de grupos poblacionales que habitan las zonas rurales e indígenas de nuestro país. Así, estas poblaciones son consideradas de alto riesgo ante el consumo de alcohol.

Además, en estas comunidades, el uso de alcohol está fuertemente vinculado con aspectos de índole cultural: tradiciones, costumbres, rituales, cohesión social, identidad, etc. que, si no se consideran en los estudios e intervenciones, difícilmente se tendrán resultados favorables para mejorar la salud de la población. Ante este panorama resulta importante desarrollar programas de intervención que:

- Tengan amplio *alcance* para llegar a toda la población (urbana, rural e indígena) y apoyar a los jóvenes, las familias y a la comunidad en su conjunto.
- Estén basados en el *conocimiento científico*, es decir, fundamentados en información objetiva, empírica y de diversos enfoques.
- Incluyan *estrategias permanentes*, que abarquen la investigación, planeación, diseño, capacitación, instrumentación y evaluación de las acciones.
- Se desarrollen *acordes a las diferencias* geográficas, sociales, culturales, de edad, género, identidad, etcétera, para que resulten más oportunos y eficaces.

En este sentido, se destaca la necesidad de contar con investigaciones interdisciplinarias, que contribuyan al diseño de políticas de salud más equitativas y a la puesta en marcha de programas y servicios de atención integrales que resulten más acordes a las características y demandas de la población que padece los problemas generados por el uso y abuso de bebidas etílicas. El objetivo es mejorar sus condiciones de salud en un marco de reconocimiento y respeto a sus diferencias biológicas y culturales.

3.2. Panorama histórico sobre el uso y la regulación de bebidas alcohólicas

El uso de alcohol y otras sustancias tóxicas tiene una historia ancestral y ha tenido múltiples matices en una diversidad de contextos y periodos de la historia.

Los griegos y los romanos conocían aspectos benéficos de algunas sustancias, y recurrían sobre todo al alcohol, dado que el opio sólo se usaba con fines curativos. Los conceptos de dependencia y abuso aún no se acuñaban en esa época y el consumo de cannabis (mariguana) por ejemplo, sólo fue propiciado en Asia menor entre los asirios (García-Andrade *et al.*, 1996).

El desarrollo de técnicas modernas en la elaboración o en los procesos de refinamiento ha llevado a la industrialización de sus compuestos y a su consumo masivo. El abuso de sustancias adictivas no se hizo común sino hasta épocas más recientes; en gran medida, debido al tráfico intenso de este tipo de sustancias y a la publicidad de las consideradas “sustancias legales”, fomentando su uso generalizado en múltiples colectivos sociales.

Como atestigua la historia, el consumo del alcohol es un elemento cultural muy antiguo y de primer orden. Esta relación siempre ha sido muy ambivalente y se han sucedido y hasta superpuesto en un mismo grupo social, mensajes que incitan al consumo alcohol junto con otros que lo condenan. En la sociedad contemporánea se encuentra una representación de todas las posibilidades; desde los que lo prohíben sin paliativos -especialmente sectores de los países anglosajones y los escandinavos-, pasando por los que lo defienden como un hecho cultural, los que ven en su consumo moderado un beneficio para la salud, terminando por los que hacen una defensa de su uso a ultranza como dinamizador social y recreativo. En consecuencia, las respuestas a su uso y abuso son también muy ambivalentes: desde un extremo, políticas más o menos restrictivas del consumo (aumento de impuestos, control de edad de consumo, control de la alcoholemia en la conducción, etc.), hasta enfoques con una intervención mínima de los poderes públicos y que dejan en manos de cada individuo la decisión sobre su consumo (Calafat y Amengual, 2000).

3.2.1. El mundo Antiguo

Desde la antigüedad, ciertos grupos y personas consumían una variedad de productos que alteraban sus sentidos y su percepción de la realidad. Las drogas se consumen porque producen en el individuo una alteración de su estado físico y psíquico, que resulta agradable y recompensante de forma más o menos inmediata (Freixa, 1996). Sin embargo, la cultura establecía una estructura normativa que regulaba quién podía hacerlo y bajo qué circunstancias estaba permitido. Así, la mayor parte de las “drogas” se empleaban tanto para producir “efectos de bienestar” como para el “tratamiento” de algunas “enfermedades”.

Las sustancias psicoactivas se han consumido por dos razones fundamentales: para volver a la condición que se considera “normal” (para curar infecciones) y para eliminar el dolor o relajar (o evadir la realidad); en general, se usan para alterar los sentidos (Inglis, 1994).

Los descubrimientos arqueológicos (semillas de plantas tóxicas encontradas en recipientes de barro, pinturas halladas en cavernas, narrativas, etc.), el testimonio de exploradores, misioneros, comerciantes y funcionarios de la administración colonial y, en época más reciente, el relato de antropólogos que han realizado trabajos de campo muestran que el consumo de drogas data de hace miles de años y procede de las sociedades primitivas.

Casi todas las sociedades tenían hechiceros elegidos por su destreza para comunicarse con los espíritus. Para entrar en trance se ayudaba de drogas, tenía visiones y aportaba información útil para su tribu: cuáles eran los planes de los enemigos, cómo descubrir a una bruja o el tratamiento para un miembro enfermo de la tribu.

Las drogas formaron parte esencial del chamanismo. Pero en los lugares en que las religiones se establecieron con fuerza, y en especial donde la religión era monoteísta, desapareció su necesidad porque el tipo de adivinación que inspiraban se consideraba una amenaza.

Los gobernantes no deseaban la existencia de fuentes de información que no estuviesen a su servicio, porque podían volverse subversivas; y los sacerdotes veían con envidia a los chamanes, que obtenían su información directamente del mundo de los espíritus: Se llegó a considerar la adivinación como obra del diablo. Se le comparaba a la brujería y se imponía la pena de muerte a todo el que la practicara excepto cuando era el Estado el que necesitaba la predicción. Y las drogas que se habían tomado para producir el trance quedaron naturalmente bajo sospecha. Se podía, sin embargo, tomar una droga, que a este respecto era relativamente segura: el alcohol (Tylor, 1871).

En este sentido, una de las sustancias de abuso más antiguas es el alcohol. Los primeros datos que se conocen los registraron griegos y romanos, quienes verdaderamente sufrieron las consecuencias de su consumo exagerado.

Durante el primer milenio de esta era, no había técnicas de destilación que hicieran posible obtener un derivado más puro del alcohol. Hacia el año 1250 *d. C.* dichas técnicas comienzan a extenderse en Europa, con lo que se obtienen bebidas más puras y potentes en relación con su contenido de alcohol. Sin embargo, su alto costo hizo que sólo se utilizaran con fines medicinales, lo que contribuyó a darle el nombre de *aqua vitae* o agua de la vida (SSA-CONADIC, 2002b).

Lo que el alcohol liberaba (aunque a menudo fuese revelador: *in vino veritas*) resultaba trivial. Producía visiones cuando se tomaba en exceso, durante un largo periodo. Como sustancia embriagadora, la función del alcohol era “anular el entendimiento”. Aunque la conducta pudiera ser antisocial y peligrosa, no representaba ninguna amenaza para la iglesia o el Estado; porque incluso, en muchas regiones, era más sano que el agua y sabía mejor (Solís, 2005).

Los libros del *viejo testamento* demuestran que el alcohol, en aquella época, nunca estuvo considerado de forma sospechosa. La embriaguez era condenada como pecado, pero la bebida no era responsable, porque se le comparaba habitualmente con el pan como don divino concedido al hombre. Los reformadores que propugnaban la abstinencia señalarían más tarde la existencia de tribus o sectas que renunciaron al vino; pero esto no era debido a que desaprobaban sus cualidades embriagadoras, sino al hecho de que se oponían al cultivo de las uvas. Los nómadas, por ejemplo, tendían a despreciar a aquellos que se asentaban siguiendo la vida sedentaria del agricultor o de los habitantes de las ciudades; el mandamiento recabita de “no beberás vino” iba acompañado de “ni edificarás casa ni plantarás semilla”. Y en los lugares en donde surgieron las sectas ascéticas, su preocupación era que “el beber vino era una forma de cometer excesos” (*Ídem*).

El alcohol tuvo efectos que generaban discusión sobre si debía ser reclasificado como droga, por ejemplo, las consecuencias de la embriaguez para la sociedad, que incapacitaban a los individuos para realizar sus trabajos.

Quedaba a merced del individuo regular la cantidad de vino que tomaba, sostenía Platón en su obra *Leyes*; pero el Estado tenía el derecho y el deber de proteger a los ciudadanos de los efectos del alcohol en caso de que corrieran peligro.

A los griegos les preocupaba cómo evitar que el beber se convirtiera en un riesgo para la seguridad ciudadana. Algunas de las primeras sectas cristianas llevaron la discusión a otro nivel sugiriendo que el alcohol podía poner las almas en peligro. Los gnósticos, maniqueos y otras sectas sostenían que, puesto que el alcohol era un afrodisíaco que elevaba la oportunidad de pecar, beber debía ser considerado pecaminoso y el alcohol en sí mismo, nocivo (*Ídem*).

Así, se puede afirmar que desde los tiempos de griegos y romanos, el alcoholismo ha sido un conflicto. Sin embargo, hoy en día es uno de los problemas de salud pública con mayores repercusiones en el mundo. El uso indiscriminado de bebidas alcohólicas y su consumo desde edades tempranas, representa un fenómeno social preocupante. Por ello, es importante conocer la historia de las sustancias a las que más se recurre y los orígenes o contextos del consumo, por sus efectos en el organismo, en la sociedad y en las diversas culturas que lo conciben como parte de sus tradiciones.

3.2.2. América precolombina

El término Mesoamérica o América Precolombina, no es un concepto geográfico, sino que designa un área con una serie de rasgos biosocioculturales que compartieron diversos grupos poblacionales que ahí se establecieron, y en la cual se encuentran diferencias regionales patentes en el modo de vivir, sobre todo entre los olmecas, mayas y aztecas o mexicas. En el año 1.000 a.C. ya existía una base firme para la civilización que se extendía desde México hasta el Perú Meridional, en una longitud de más de 6.000 kilómetros (Norton, 1968).

El territorio que hoy es México, en la época prehispánica estuvo habitado por un mosaico de culturas diferentes pero parecidas en muchos sentidos. Los estudiosos del siglo XX agruparon a determinadas culturas en esa área que se denominó Mesoamérica y que aglutinaba sociedades indígenas y civilizaciones urbanas con algunos rasgos similares. A la vez, esta región se subdividió en cinco: zona del golfo, área maya, Oaxaca, Occidente y altiplano central (*Ídem*).

Las regiones mesoamericanas tuvieron sus características propias (social y culturalmente); que han podido permear en algunas de las costumbres más arraigadas de la época actual, tales como: a) la preparación, uso y representación de alimentos y bebidas de origen precolombino, b) la cosmogonía y la práctica de rituales o festividades colectivas con “insumos mágicos” y, c) el conocimiento y empleo de la herbolaria y los “recursos naturales” para dichos rituales o para la sanación de padecimientos varios. Hoy día, se puede observar que muchos de los productos alimenticios y bebidas de la época prehispánica aún se consumen. En las cocinas contemporáneas se agrupan, como en los hogares precolombinos, los mismos insumos tratados con métodos similares.

La actual cocina típica mexicana todavía tiene mucho de la vieja cocina prehispánica, y el mestizaje conserva las tradiciones culinarias, así como defiende sus orígenes nutricios. Así, para hablar de la alimentación, primero se deben identificar algunas de las características tradicionales de los pueblos prehispánicos, basándose, principalmente, en las del pueblo mexica, que dominaba militar y culturalmente toda Mesoamérica, antes de la llegada de los españoles (Aguilar, 2003).

Por otra parte, se puede hacer referencia a la cosmogonía prehispánica que giraba en torno a una multiplicidad de dioses, dedicados a las fuerzas naturales y a las acciones humanas. Dentro de esta cosmogonía existen dioses dedicados a la vegetación y varios más relacionados con la alimentación y la bebida. Para el tema que nos ocupa destaca: “Mayahuel era la diosa del maguey, se ilustraba como una mujer de múltiples senos, que simbolizaba la alimentación a sus cientos de hijos con pulque (una de las bebidas con mayor historia)” (*Ídem*: 60).

Asimismo, el ritual fue fundamental para los pueblos prehispánicos. En ocasiones era la representación de un mito o estaba relacionado con fiestas y ceremonias. Desde el nacimiento hasta la muerte, a lo largo del año o para celebrar un acontecimiento, el ritual era parte esencial de las ceremonias por medio de las cuales se rendía culto a los dioses (Norton, *op. cit.*).

Desde la época prehispánica se hacían ofrendas con comida y mantas, y con toda clase de seres vivientes: guajolotes, aves, maíz, chíca o flores, o lo que acababa de crecer; y se les ponían muchas y diferentes bebidas. El hombre debía colaborar con los dioses y era su deber hacerlos subsistir, debía alimentarlos; por ello, les daba ofrendas en forma de comidas y bebidas diversas, animales y flores (Aguilar, *op. cit.*). Hacían una alfombra, de polvo de colores o de flores, y un sacerdote vigilaba, pendiente de la hora en que según decían, se marcaba en ella la huella del pie del dios y entonces anunciaban a grandes voces su llegada, empezando todos a tocar sus instrumentos²⁰ (Evans, 1982).

Los templos, las grandes plazas y la casa eran espacios de mayor o menor sacralidad en los que el hombre expresaba, a través del ritual, su vínculo con lo sagrado y lo profano. Varios pueblos consideraban el dispendio en las fiestas como una virtud, se patrocinaban banquetes para obtener prestigio e incluso había cierta competencia por hacer la mejor fiesta, ya que se rivalizaba por demostrar la generosidad. Se hacían ceremonias a *Ome Acatl* (deidad de los convites) para asegurar el éxito del banquete. Los preparativos de las fiestas podían durar muchos días (Norton, *op. cit.*).

Las fiestas prehispánicas eran gran importancia y se celebraban cada mes del año o se hacían celebraciones especiales como el ascenso de un rey, la presentación de un heredero, una victoria guerrera o una boda real; fiestas de carácter privado o de grupo. Además, cada barrio festejaba a un dios, los comerciantes tenían sus fiestas, festejaban el sacrificio, los matrimonios, los nacimientos, presentación de hijos, etc. Algunas fiestas duraban varios días y se caracterizaban por el consumo de alimentos y bebidas fermentadas (algunas altamente embriagantes como el *balché*) en grandes cantidades (Aguilar, *op. cit.*).

Al finalizar los banquetes, se tomaban bebidas de cacao y se fumaba tabaco y otras hierbas. A diferencia de los mexicas, los mayas terminaban sus festejos con borracheras generalizadas, pues no era mal visto, como en el centro de México, que incluso la borrachera era castigada con la muerte.

²⁰ Parece ser que tanto los rituales como las ofrendas actuales del “día de muertos” mantienen correspondencia con estas que celebraban los pueblos prehispánicos.

Entre los pueblos indígenas prehispánicos, en fiestas y banquetes se ingerían sustancias que no podían considerarse alimentos y que se consumían por cuestiones ideológicas. Los mexicas acostumbraban comer tierra cuando se hacía una promesa o el uso ritual de bebidas y plantas alucinantes (peyote y hongos alucinógenos, principalmente) (Dick e Ibarra, 1982).

Cuando había fiestas o banquetes, se adornaba el camino hacia la fiesta con flores, a los invitados se les daban chiquihuites, y si no quedaban satisfechos regresaban al siguiente día. Eran amenizados por músicos, sirvientes y bailarinas; las vajillas siempre eran nuevas. Las personas importantes daban un discurso en honor al anfitrión y “bebían sustancias que los ponían en contacto con los dioses”.

Comían los hongos al tiempo que se dice toque de flautas. No habían comido nada más, sólo bebían un poco de cacao por la noche. En cuanto a los hongos, los comían con miel. Cuando les hace efecto el hongo, entonces se ponían a bailar o a llorar; las alucinaciones son variadas: morir en guerra, ser devorado por las fieras, hacerse ricos, ser adúltero, golpeado, ser ladrones... Y cuando el efecto ha pasado, se ponen a conversar y dicen lo que han visto. Estos datos son interesantes, estos hongos llamados *teonanacatl* en náhuatl, los siguen usando los zapotecas de la sierra de Oaxaca, en ceremonias que siguen los mismos rituales. Los hongos eran alimento sagrado. Eran venerados como dioses y sólo se usaban para consultas importantes. Sólo los consumían ciertos sectores de la sociedad como chamanes y sacerdotes (Norton, 1968).

Por sus efectos, el uso de sustancias psicoactivas ha formado parte de la experiencia humana por milenios, tanto por parte de pueblos antiguos como por culturas más avanzadas, ya que en los primeros estadios de su desarrollo necesitaron experimentar lo que la naturaleza les brindaba y, al comprobar los extraños efectos que provocaban en ellos, no pudieron más que pensar que les permitían comunicarse con el mundo espiritual y con sus dioses, por lo que les atribuyeron el carácter de “sagradas”. Sustancias como la coca (*Erythroxylon coca*), los hongos (*Psilocibes*), el peyote (*Lophophora williamsi*) y bebidas como la chicha, el balche, el pulque, etc; plasmadas en las pinturas, esculturas, relieves y otros enseres, han tenido un rol muy importante en los ritos mágico-religioso-curativos de antiguas civilizaciones y siguen siendo veneradas como “elementos sagrados” (Perkins, 1998).

El estimulante más usual entre las culturas precolombinas es la coca (*Erythroxylon coca*), que permitía trabajar sin sentir cansancio ni hambre, virtudes por la que se la consideraba “regalo de los Dioses” para bien de su pueblo. La coca, generalmente asociada a la civilización Inca, es en realidad preincaica y panandina. Prueba de ello es que los españoles la encuentran por primera vez en 1499 entre los indios Paria de Venezuela. En cuanto a su consumo, mezclaban las hojas con raíces calcinadas, entre ellas la de quinua, y formaban una bola llamada *mambe* o *acullico*

en el carrillo interior de la boca pasándolo de un lado a otro, práctica que aún continúa a la fecha. El recipiente que contenía la cal o cenizas que intuitivamente percibieron aumentaba la extracción del alcaloide recibía el nombre de *poporo*.

Se han encontrado piezas en formas muy variadas, como el *poporo* más valioso hasta la fecha hallado, confeccionado en oro, perteneciente a la cultura Quimbaya que habitó en la Cadena Central de los Andes colombianos y que se encuentra en el Museo del Oro de Bogotá, Colombia. También se encontró una botella que representa a una mujer con cuerpo desproporcionado, quizá imitando la forma de un alimento, peinada con trenzas y decoración facial de puntos en el rostro. En la parte derecha de su boca se aprecia una protuberancia producida por el “mambe o acullico” formado al mezclar las hojas de coca con la cal. La pieza se encuentra en el Museo de Arqueología y Antropología de Lima, Perú y pertenece a la cultura Tiahuanaco, un pueblo preincaico que habitó en los valles de Nazca. Se incluyen escenas de recolección de hojas de coca pintadas sobre diferentes enseres o extrayendo cal de los *poporos*, o mostrando la asociación guerrero-coca, muy significativa en la época precolombina ya que el consumo de este alcaloide servía para excitar a los guerreros antes del combate o como recompensa tras la victoria (McKenna, 1999).

El consumo de coca ofrecía otra modalidad no muy difundida por los historiadores como era el inhalado del polvo que se obtenía de la trituración de las hojas tal cual o calcinadas, incorporándoles las cenizas de carácter alcalino o “*llipta*”, que eran colocadas en bandejas desde donde el polvo se aspiraba con la ayuda de un canutillo. La costumbre de aspirar la droga se hallaba extendida entre los Muiscas, pueblo de la región de Boyacá, Colombia así como algunas culturas chilenas y tribus amazónicas que recurrían para esta práctica a la *Erythroxylon coca*, variedad *ipadú* que contiene menor concentración del alcaloide (*Ídem*).

Se han hallado varias bandejas, además de bolsas o “*chuspas*” donde se guardaban las hojas de coca para acullicar, que se llevaban colgando al cuerpo, aún en los entierros funerarios. Se acompañan de delicadas balanzas que servían para pesar oro y hojas de coca, elementos ambos sumamente valiosos y objeto de ofrendas y comercio, realizadas en algodón, hueso, concha, turquesa y plata, correspondiente al Período Intermedio Tardío o al Horizonte Tardío incaico (*Ídem*).

En cuanto al uso de alucinógenos por las antiguas culturas mexicanas destaca el peyote (*Lophophora williamsi*), que contiene como principio activo la mescalina. Esto quedó documentado desde los inicios de la conquista por los diferentes cronistas españoles:

Sahagún lo documentó en su “Historia general de las cosas de Nueva España”, remontando su uso entre 2000 y 3000 años, considerando a este cactus mexicano como el prototipo de los alucinógenos del Nuevo Mundo. Dice Sahún: “esta planta que se come o bebe, produce visiones espantosas, siendo manjar de los chichimecas, que los mantiene y da ánimo para pelear y no tener miedo, ni sed, ni hambre y guardándolos de todo peligro...”. Los pueblos mexicanos lo usaban tanto en forma medicinal como ceremonial curando con ellos muchos males, sin embargo, al llegar los españoles prohíben y penan incluso su uso medicinal, debido a “su relación con rituales paganos y supersticiones que conectaban a los hombres con espíritus malignos a través de fantasías diabólicas” (Roquet y Favreau, 1981).

El Dr. Hernández, siendo médico personal del Rey Felipe II de España, es enviado para estudiar la medicina azteca, haciendo la primera descripción del “cactus viviente”, mencionándolo como peyotl (lengua azteca/náhuatl), refiriendo “la capacidad de esta planta para preveer y predecir hechos”, según manifiestan los que lo ingieren (*Ídem*).

Durante cuatro siglos nada se supo sobre el uso de estas plantas sagradas, pero trabajos de campo realizados el siglo XIX demostraron que estas sustancias se siguen utilizando en ritos religiosos y oraculares entre los chinantecas, zapotecas, mixtecas de Oaxaca, nahuas y en mayor medida, los mazatecas, eligiendo las diferentes variedades según el propósito de su uso. Pero no solamente en las culturas maya y azteca se han utilizado estas plantas mágico-religiosas, ya que los hallazgos arqueológicos han permitido coleccionar una enorme cantidad de estatuillas y efigies que demuestran su uso por parte de pueblos ubicados en Guatemala, El Salvador, Honduras, Colombia y otras regiones (Norton, *op. cit.*).

El arte es una fuente que ha permitido conocer la cultura y la evolución de los pueblos en el tiempo permitiendo, a través de la observación de sus obras pictóricas, escultóricas y relieves, captar y entender el significado de “las plantas y bebidas de los dioses”, como los consideraban los pueblos de América (Perkins de Piacentino, 1989). Muchos fueron los que dejaron su historia en la riqueza de sus imágenes, por ejemplo, en algunas figuras Olmecas esculpidas, que sugieren un interés extremo por el rito y la religión. Muchas de esas representaciones, que refieren la percepción del mundo de estos pueblos, están relacionadas con el uso de plantas alucinógenas y bebidas; situación muy frecuente en los pueblos antiguos en general, dado que las consideraban “sagradas” y por ende eran muy usadas en sus rituales. Hongos, flores hierbas y bebidas fueron plasmados en sus esculturas, pinturas, códices y poemas, tal como se muestra a continuación:

Diversas vasijas y figurillas muestran la importancia que los amerindios atribuían a las bebidas alcohólicas en sus celebraciones rituales y festividades. La “chicha” fue la bebida más extendida en toda Sudamérica, para la cual se encomendaba su elaboración a las

ancianas que mascaban los granos principalmente de maíz verde (*Zea mais*), escupiéndolos luego en una vasija donde estos fermentaban por las enzimas salivales; la pasta obtenida se colocaba en un cántaro con agua al que enterraban, eligiendo el grado alcohólico según el efecto deseado. Otros pueblos la elaboraban con yuca, maní, semillas de algarrobo, quinua y otras plantas, así los mayas preparaban el "balche", aguamiel fermentada con corteza de árbol (*Lonchocarpus longistylis*) (Roquet y Favreau, *op. cit.*: 94).

Una figura azteca del siglo XVI, (actualmente se encuentra en el Museo Nacional de Antropología e Historia), fue encontrada en Tlamanalco al pie del volcán Popocatepetl, representa al dios Xochipilli: el príncipe de las flores y plantas. Se considera que fue tallada una generación antes de que llegaran los españoles. La expresión general así como la inclinación de la cabeza, la mirada hacia el cielo, la boca semiabierta, la contracción del dedo gordo del pie derecho, entre otros rasgos, manifiestan un estado de éxtasis, y parece no estar en el mundo terrenal. La máscara que lleva describe a un dios que no está mirando de manera común, sino con los ojos del espíritu, está absorto probablemente por Temicxoch como llamaban a las "flores del sueño". Xochipilli era además el dios de la juventud, de la luz, de la danza, la música, los juegos, la poesía y el arte, las mariposas, del árbol florido, de los hongos sagrados (las flores que embriagan). Según la creencia de los mesoamericanos, el paraíso o Tlalocán como lo llamaban, estaba en las estribaciones de una montaña siempre verde, hacia el oriente. Para los aztecas el macizo coronado por el Popocatepetl era el lugar de su Tlalocan, su jardín del edén (donde se encontró esta estatua), el corazón del lugar de los hongos sagrados. En la cadera derecha de Xochipilli hay una flor de cinco pétalos, según investigaciones botánicas que identificaron las especies, se trataría de la flor de nuestro tabaco común, una de las plantas sagradas de todas las culturas amerindias; quienes veneraban al tabaco como una planta de virtudes místicas. Esta estatua de Xochipilli es única porque en su cuerpo están talladas las plantas sagradas, aunque no es la única pieza donde se plasmó el estado de éxtasis (Leonard, 1968). No sólo representa al príncipe de las flores sino específicamente, al príncipe de las flores embriagantes; esto es de los hongos, llamados en la poesía náhuatl "flores" y "flores que intoxican" (Schultes *et al.*, 1993). Existen estatuillas talladas en piedra, que expresan un arrobamiento elocuente. Fueron encontradas en Colima, Sudoeste de México, y datan del siglo VII d.C. También hay una figurilla de Mezcala, que data de fines del preclásico, 600-100 a.C., tallada en piedra, que a diferencia de otras figuras, tiene los ojos cerrados, pero con toda la expresión característica de una alucinación psicotrópica. Tanto la estatua de Xochipilli como las primeras figuras parecen estar mostrando lo que el hombre primitivo sentía estar viviendo, en cambio en la figura de Mezcala, nos muestra cómo ese hombre era

visto por los demás. Otra serie de figurillas reclinadas, que datan del período preclásico medio o tardío, 1150-100 a.C., provenientes de Honduras, del centro de México y del Estado de Guerrero, también representan a gente ordinaria disfrutando de estas experiencias alucinógenas; son de barro o de jade, y parecen ser Olmecas (Gordon, 1983).

Para el hombre mesoamericano, la religión era todo lo que les inspiraba reverencia, adoración o miedo, hasta inventaban guerras con el solo hecho de conseguir prisioneros para sacrificar a sus dioses, los cuales eran preparados por medios alucinógenos, luego los hacían subir por las escalinatas altas u escarpadas de los templos, donde encontraban su fin por medio de un cuchillo tallado de obsidiana, sobre un altar de piedra, en la cúspide de las pirámides. Para sus batallas también utilizaban la metáfora “flor” como lo hacían para definir a los alucinógenos.

Los códices (textos pictográficos) constituyen la fuente documental de la historia prehispánica en Mesoamérica. En el código Vindobonense (mixteca), se da una visión mitológica del origen de las cosas. Su lectura obliga a un recorrido por la página en sentido inverso al que estamos acostumbrados, empezando en la esquina inferior derecha y avanzando hacia arriba por la columna derecha hasta el extremo superior, donde el celestial banquete de hongos ocupa ambas columnas. Se lee al dios Quetzalcóatl con todos sus atavíos y portando una máscara con pico de ave, quien escucha a otro dios mayor. En el nivel siguiente hacia arriba a la derecha, hay una mujer enmascarada y sentada junto a dos bolas de copal encendidas; ella es la reencarnación del espíritu de los hongos y lleva cuatro setas en el cabello. A su izquierda Quetzalcóatl lleva a esta mujer en la espalda, tal como acostumbraban los recién casados. En el nivel siguiente Quetzalcóatl vuelto hacia la derecha está cantando, mientras toca un instrumento musical (cráneo apoyado en un anillo de cuerda). Frente a él está Piltzintecuhtli, “el más noble señor”, sosteniendo en lo alto dos hongos. Como todos los dioses, se identificaba por un signo calendárico, representado mediante siete círculos y una flor (siete flor). Sus características lo emparentaban con Xochipilli, príncipe de las flores. Arriba y a la izquierda hay siete dioses y diosas, cada uno sosteniendo en su mano izquierda un par de hongos. Esta última escena no se asemeja a un banquete, sino a una ceremonia nocturna (Gordon, 1983).

Otros murales de Teotihuacan, representan procesiones de sacerdotes, dioses, animales alegóricos pintados en rojos, verdes, azules y amarillos, que aún conservan su brillantez. En todas las pinturas teotihuacanas, aparecen los “ojos desprendidos”, es decir, los adoradores de los hongos, que con sus ojos abiertos o cerrados, contemplan escenas sobrenaturales de otro mundo, como sucede a quien está bajo efecto de alucinógenos. En otro importante mural (Teopanxco), aparece el “glifo” del agua; es la etapa temprana de

su evolución pictográfica. En dicha pintura aparece un caracol marino y lo que parece ser el sombrero de un hongo, sus laminillas, el tallo que se une a una corriente de agua. Todo en el sagrado color verde. El hongo está siempre presente, a veces simplificado o reducido a dos círculos concéntricos o a un círculo en torno a un punto (*Idem*).

Los arquitectos prehispánicos utilizaron profusamente las grecas en la decoración de frentes de los edificios; franjas de diseños angulares que se repiten rítmicamente (muy similares a las grecas griegas). Pueden verse en las ruinas de Mitla y en Teotihuacan. Dado que no hay relación alguna entre estas dos civilizaciones, una interpretación respecto a la inspiración en el diseño de grecas, remite a efectos y alucinaciones producidos por el uso de hongos (*Idem*).

Variadas esculturas en piedra, antropomorfas y zoomorfas, y con remate superior en forma de hongo, aparecen en el área maya (Guatemala), en el sur de México y en El Salvador. Datan del 1000 a.C. al 500 d.C. Dicho remate es una representación muy realista del hongo, pero en lugar de tallo aparecen figuras humanas o animales vinculados con la mitología, como el jaguar, el pájaro, el mono y la liebre. Por la posición y expresión, las figuras humanas parecen estar en estado de contemplación. Aún no está claro cuál era la función en la práctica ritual, aunque una de las hipótesis es que estaban vinculadas al juego de pelota. El hecho de que las esculturas fueran talladas con esta forma, sugiere el conocimiento que podrían tener los mayas sobre los hongos, para utilizarlos en los rituales de este juego sagrado. Una talla de piedra hallada en el norte de Perú y perteneciente al período Chavín (años 1300 a.C) representa al cactus San Pedro, especie vegetal “mágica” por sus poderes alucinógenos. Asimismo piezas cerámicas peruanas de los años 1000 a 700 a.C. muestran imágenes del cactus junto a animales como el venado, y también de años 100 a.C a 500 d.C., urnas de cerámica negra con imágenes similares con jaguares y espirales estilizadas que mostraban los efectos alucinógenos que la planta provocaba (Leonard, 1968).

Hasta la fecha se han descubierto más de 200 figuras con forma de hongo en Mesoamérica. La más vieja data del primer milenio a.C. Algunas fuentes antiguas sugieren que la lengua maya usaba nombres de hongos para el inframundo. La prohibición cristiana del teonanácatl inició en 1656. De esa época data la siguiente descripción del culto por parte de un clérigo del Santo Oficio:

Para recogerlos, los sacerdotes y viejos, distinguidos como ministros para este engaño, van a las colinas y pasan casi toda la noche dando sermones y rezando supersticiosamente. Al amanecer, cuando empieza a soplar cierta brisa que ellos conocen, salen en su búsqueda, atribuyéndoles divinidad. Cuando se comen o beben, causan intoxicación, privan de sus sentidos a aquellos que los

ingieren y les hacen creer mil absurdos (Schultes *et al.*, 1993). Según la opinión de expertos: Su rostro está en estado de éxtasis, pareciera que contempla una intoxicación, tiene la cabeza ligeramente vuelta hacia arriba como si escuchara voces... El pedestal sobre el que está sentado tiene un diseño que representa cortes de sombreretes de *Psilocibe aztecorum*, hongo alucinógeno que únicamente crece en ese volcán (*Ídem*).

Estos ejemplos reflejan el significado que para el hombre primitivo tenía la experiencia con plantas y sustancias, su sentido netamente religioso y espiritual. No se sabía ni sospechaba del efecto real sobre el cuerpo y la mente como hoy se lo conoce, sino que era asignado a su don “divino”. Hoy día hay testimonio de esas civilizaciones y sus pensamientos, a través de los objetos, ruinas de edificaciones, o las diversas representaciones de índole pictórica, escultórica u ornamental, que han perdurado en el tiempo. En general se les evalúa, admira o juzga, con ciertos criterios más o menos artísticos, ó más o menos arqueológicos (Gordon, 1983). Quizá el hecho de que para el conquistador hispánico esas “plantas de los dioses” usadas en Amerindia fueron tema tabú, produjo un ocultamiento o dilución de todo lo relacionado con ellas. En particular, las obras mencionadas fueron reanalizadas y cambiaron el significado de muchos de sus símbolos.

El reino vegetal era de gran importancia en esta época, ya que superaba las ramas de la ciencia, la astronomía y las matemáticas. Los antiguos pobladores de Mesoamérica conocían sus propiedades medicinales y clasificaban las plantas según su color, sabor, tiempo, lugar de crecimiento, forma, tamaño, efectos sobre el cuerpo y la mente, etc. Creían que las plantas nativas de las distintas regiones estaban creadas por los espíritus de la naturaleza para satisfacer las necesidades específicas de las personas y animales nativos de cada área, por eso es que las diferentes tribus hacían uso de diferentes plantas, dependiendo de cuáles eran las que crecían en la localidad y del propósito de la ceremonia. Los chamanes eran quienes sabían cuáles usar en cada ocasión (Norton, *op. cit.*).

Del mundo de las plantas sagradas, adivinatorias y curativas, se sabe de diferentes especies y reacciones que provocan: alucinógenos (peyote y hongos), inductores de trance (*ololiuhqui*), cognodislépticos (mariguana, introducida en la Colonia) y delirógenos (toloache y tabaco). Los primeros producen alucinaciones y su recolección se realiza en elaborados rituales; en tanto que los segundos, difícilmente provocan alucinaciones pero generan un estado de letargo y languidez en el que los sujetos tienen una percepción incrementada y una estimulación de la imaginación; estas especies se usan de manera adivinatoria en contextos rituales. Los cognodislépticos estimulan la imaginación y alteran mecanismos de memoria, de tal manera que es difícil recuperar la información reciente; también avivan todas las sensaciones y fantasías; algunos de sus usos incluyen la adivinación del sueño. Los delirógenos nublan y disminuyen la conciencia; en dosis altas producen delirio e

intensas alucinaciones que se pueden confundir con la realidad externa; son plantas de tradición oscura y secreta, usadas en ritos de hechicería, en ocasiones para “hacer daño” o “someter al enemigo” (entre estas destaca el *toloache*) (Gordon, *op. cit.*: 23).

A partir de los años sesenta del siglo XX, bajo una visión científica, literaria y costumbrista, se ha hecho un esfuerzo por entender desde una perspectiva integral, la estructura química de estas especies, sus efectos mentales y sus usos tradicionales que parten de la época prehispánica:

Las plantas rituales en las culturas antiguas y contemporáneas del continente constituyen la etnomedicina mesoamericana. Se han caracterizado por ser un medio de comunicación entre el ser humano y lo sobrenatural, y la búsqueda de un dios dentro de uno mismo (*Ídem*).

Diferentes testimonios científicos, arqueológicos, históricos y etnográficos, respaldan el uso ancestral y actual de las plantas psicotrópicas, donde se destaca su uso por las culturas indígenas antiguas y contemporáneas, completamente ritual y curativo.

En los pueblos indios contemporáneos se siguen usando alucinógenos y estimulantes como elementos positivos, terapéuticos y enriquecedores, dentro de costumbres que conservan de sus antepasados. Mediante complejos sistemas rituales, algunas culturas han desarrollado un conjunto de estrategias para controlar el uso excesivo de psicotrópicos, a la vez que los han incorporado como elementos dinámicos para la consecución de las actividades cotidianas, tal como lo muestran fotografías antropológicas de ceremonias en las que intervienen plantas sagradas, así como expresiones culturales indígenas en las que se aprecian tapetes huicholes, piezas de cerámica y fragmentos de pinturas y relieves (Masferrer, 1979).

La salvia (de la cual hay por lo menos veinte variedades) era especialmente útil en los rituales de las mujeres. Otros ingredientes comunes eran lavanda, girasol, cortezas de distintos árboles y plantas secas pulverizadas con propiedades psicoactivas. Estas plantas eran recogidas con reverencia por los chamanes que sabían cuáles eran sus poderes, cuándo podían ser recolectadas y cómo secarlas al sol para absorber sus propiedades energéticas.

El tabaco, por ejemplo, era utilizado por sus propiedades para detener el pensamiento, enfocarse y centrarse en uno mismo, lo cual era una preparación previa para poder escuchar a los espíritus guías, a los espíritus de la naturaleza y a los seres que habitan en otras dimensiones o planos de conciencia. El tabaco servía como preparación, pero no abría las capacidades para escuchar a estos

guías; para esto se añadían otros ingredientes. El tabaco sólo constituía entre el 5 y 10% de la mezcla para fumar. En los rituales de preparación, las plantas eran alteradas, purificadas y “elevadas” con la ayuda de plegarias e invocaciones a los espíritus. Además, las piedras con las que tradicionalmente se manufacturaban las pipas eran en sí mismas transformadoras de la energía del tabaco y demás plantas. Esto era parte del ritual y de lo que las hacía efectivas, ya que actuaban químicamente como liberadoras de las sustancias psicoactivas de ciertas plantas (Elk, 1997). Otra parte importante de la sacralidad de fumar era que se realizaba en grupo, dentro de una ceremonia, para estrechar los lazos entre unos y otros. Esto se hacía para mezclar e integrar las energías al inhalar el mismo humo. Al término de una guerra tribal, “pasar la pipa de la paz” era una forma de cimentar la unión, de dejar ir las diferencias.

En su *Historia de los Indios de la Nueva España*, Fray Toribio de Benavente (Motolinía) (1954) describe una antigua ceremonia con teonanácatl:

Lo primero que se comía durante la fiesta eran unos honguillos negros a los que llaman nanacatl, que tienen la virtud de embriagar, de dar alucinaciones y aún de mover a la lujuria. Los comen antes de hacerse de día, y comían también cacao antes de salir la aurora. Comían los honguillos con miel, y cuando por su influjo se sentían enardecidos, se ponían a bailar. Algunos cantaban, otros lloraban porque estaban ebrios. Los había que estaban sin voz; se sentaban como absortos, en la pieza en que se reunían. Unos creían morir y lloraban en su alucinación; otros se veían comidos por una fiera; otros se figuraban que hacían preso a un enemigo en la pelea; este que sería rico; aquél que tendría muchos esclavos... Pasada la embriaguez platicaban entre sí de sus alucinaciones.

Se supone que la potente mezcla de psicoactivos provocaba algún tipo de catarsis. El bebedor relataba sus conflictos y confesaba todos sus delitos sintiéndose después muy aliviado. Jonathan Ott cita en su *Pharmacoteon* que Tezozómoc describió en 1598 la ingestión de hongos sagrados durante la coronación del emperador azteca *Moctezuma II* en 1502. "...les dieron de comer a los extranjeros hongos de montaña, con ellos se embriagaron y así entraron a la danza..." (Ott, 1996).

En su libro *El manjar de los Dioses*, McKena (1999) también explora la influencia de los hongos psilocibos en el origen de la humanidad y el desarrollo de la cultura. Desde su perspectiva, los alcaloides de estos hongos y otras plantas psicoactivas serían catalizadores de la evolución humana porque "lo que los psiquedélicos hacen es transformar a la gente que los usa en gente más lista e inteligente". Entre otras cosas, también sostiene la teoría de que es posible que los hongos psilocibos sean tecnología procedente del espacio exterior, tecnología de

otra civilización inteligente, ya que aunque el hongo aparezca en principio como parte de la biósfera, químicamente, su evolución natural es improbable.

Por otra parte, los antiguos pueblos americanos, como tantos otros pueblos ancestrales, consideraban como causa de enfermedades a los pecados, los maleficios, la entrada al cuerpo de “malos espíritus errantes” o por no cumplir con la norma que su cultura les imponía. Por tanto, su curación correspondía a los que tenían el poder de curar: los chamanes y los curanderos. Los chamanes u “hombres médico” (aunque en algunas civilizaciones podían ser “mujeres médico”) eran entrenados por un maestro desde muy pequeños y cuando este ya los consideraba preparados para ejercer su conocimiento mediante ayunos prolongados y bajo el efecto de sustancias alucinógenas se conectaban con los dioses que los inspiraban y guiaban en su práctica curativa (Norton, *op. cit.*).

Una vasija mochica ofrece una imagen perfecta del “médico curandero” auscultando a una paciente, lleva un tocado con la figura del animal de quien proceden sus poderes sobrenaturales y por encima de este una figura que recuerda, por su forma, un hongo que le ayuda a conectarse con sus Dioses. Esta pieza se encuentra en el Museo de Arqueología y Antropología de Lima, Perú. Si “chaman” significa “el que tiene el arte de curar” diagnosticando enfermedades y curándolas mediante el vasto conocimiento empírico de la farmacopea natural, es por lo tanto “el que tiene el poder” (De Piacentino, 1989).

Las culturas prehispánicas no manejaban el concepto de la muerte causada por enfermedades orgánicas o físicas; para ellos, todo era resultado de la interferencia con el mundo espiritual, por lo tanto, las bebidas embriagantes y los alucinógenos eran un elemento que les permitía conectarse con el mundo de sus dioses (<http://mexico.udg.mx/historia/precolombinas/azteca/index.html/> marzo, 2007).

Estas sociedades consideraban a las plantas alucinógenas como un regalo de los dioses, y a veces, como dioses mismos. Entre los aztecas, por ejemplo, los sacerdotes acostumbraban a beber pociones mágicas que les daban poderes. El consumo de alcohol fermentado en Cholula (Puebla) representa el contacto de los hombres con los dioses y constituye el único caso en el cual la comunicación se da a través del pulque (*Ídem*).

Lo anterior da idea del significado que tenía para el hombre precolombino la experiencia ritual con alimentos, bebidas y plantas, bajo una concepción espiritual, religiosa y mágica. No se sabía del efecto real sobre cuerpo y mente como hoy se lo conoce, sino que era asignado al don “divino” de las mismas (Cf. Wasson, 1983). Sin embargo, cabe destacar que en el México prehispánico, el consumo de estas sustancias parecía tener propósitos y controles específicos.

En los *Anales de Cuautitlán del siglo XVI* (citado en Romani, 1993), se confirma la postura del Estado Azteca en la exhortación que el emperador Moctezuma II hacía a su pueblo para evitar o restringir el uso de alcohol, imponiendo penas estrictas para los infractores.

Asimismo, en uno de sus escritos Fray Bernardino de Sahagún, acompañante de Hernán Cortés, hace referencia a la gran variedad de frutas con que contaba el pueblo indígena, como la guanábana, el zapote blanco y prieto. En las frutas ácidas destacaban el tejocote, la ciruela de hueso grande o mazaxócotl, y el nanche o atoyaxócotl, que se consumía fermentado. Por su parte, el vino del maguey era admirado y temido entre los aztecas. En la poesía alababan su efecto embriagador, comparándolo con la guerra y las flores, pero los discursos de los ancianos decían que era la fuente de todo mal, que su abuso conducía a la muerte y la deshonra de los familiares. El pulque se destaca como la raíz de todas las bebidas fermentadas en México, su origen es complejo y extenso. Según cuenta la leyenda, la diosa Mayahuel es destruida y devorada por las tzitzimime, mujeres monstruosas que bajan del cielo nocturno a comerse a los hombres el último día del mundo. Quetzalcóatl recoge sus restos y los siembra en la tierra; de ella nace la planta del maguey. Esta diosa enseñó a los hombres a agujerar los magueyes, y descubrió la raíz que fermenta al aguamiel.

Así crearon el pulque, junto con Tepoztécatl, en el Popozonaltéptl, el monte de las espumas A Patécatl y a Mayahuel los acompañaban los 400 conejos, los dioses del pulque que se vinculaban a la diosa lunar. El dios Ometochtli era la esencia de la embriaguez, pues se decía que si alguien se emborrachaba era porque los dioses del pulque entraban en su cuerpo, y las distintas conductas de los borrachos se atribuían a la naturaleza de cada uno de los dioses; así; algunos lloraban, otros se envalentonaban o se dormían (Durán, 2005).

Los aztecas se divertían con *octli* o pulque, que fabricaban dejando fermentar el jugo del maguey. La *embriaguez* se castigaba con severidad. Los únicos que tenían derecho a beber la cantidad de *octli* que quisieran eran los ancianos. Los nobles y altos funcionarios pagaban la *borrachera* con pena de muerte.

Los viejos bebían el vino sin emborracharse. Si aparecía un *borracho* públicamente, si lo topaban con el vino, lo veían caído en la calle o estaba acompañado de otros *borrachos*, si era *macegual* lo castigaban dándole de palos hasta matarlo delante de todos los *mancebos* para que tomaran ejemplo y miedo de no *emborracharse*; si era *noble*, *le daban garrote secretamente*” (Norton, *op. cit.*). En ocasiones, si era *plebeyo* lo trasquilaban la primera vez que caía en este delito, públicamente en la plaza y mercado, y su casa era saqueada y echada por el suelo, porque dice la ley que el que se priva de juicio no será digno de tener casa, sino que viva en el campo como bestia; la segunda vez era castigado con pena de muerte. El

noble, desde la primera vez era castigado con pena de muerte (Escalante, 1958: 61-62).

En esta época, no se permitía el consumo antes de los 52 años; la ingesta de alcohol estaba restringida a rituales y ceremonias, aunque en festividades especiales toda la población podía beber.

Si bien los aztecas preparaban el “octli”, brebaje a base del zumo del maguey, según Fray Bernardo de Sahagún, esta civilización consideraba a la “embriaguez” como un delito y poseían una legislación inflexible al respecto, ya que era considerada un “peligro social”. Esto ha quedado plasmado en la figurilla de un bebedor maya que con su brazo izquierdo sujeta una doble vasija que contiene la bebida y con el otro se sostiene la cara, la cual lleva una máscara que asemeja a un anciano. Esta extraordinaria pieza de cerámica procede de la isla de Jaina y pertenece al último Período Clásico Maya, encontrándose en el *Museum of Americans Indians* de New York. Este trabajo incluye platos ceremoniales, escenas costumbristas de hombres preparando chicha, el “Kero” o vaso Inca de madera usado para beberla y que solían tallar en forma de cabeza humana o animal, así como recipientes para guardar la chicha del tipo “Robles Mogo” de gran tamaño y otros vasos rituales donde se destaca un cuenco de oro, pieza muy original en su diseño ya que se le ha incorporado un tubo de succión fijo que serían utilizados en rituales donde se ingería coca y otros euforizantes o alucinógenos junto a la bebida alcohólica (Perkins de Piacentino, 1989).

Probablemente, los mecanismos de control sobre el consumo de alcohol, simultáneos a las convicciones de la mayoría de ciudadanos, hicieron que el uso de estas sustancias (concebidas como regalo de dioses y privilegio de unos cuantos), se restringiera a fines que no amenazaban la estabilidad social. Pero, ¿por qué con el tiempo fueron extraídas plantas y sustancias psicotrópicas fuera de su objetivo original para emplearse en sociedades con otra cultura?...

3.2.3. *La Conquista española*

A partir del siglo XVI, las conquistas de los europeos (principalmente, españoles, portugueses, ingleses y franceses), provocaron una especie de derrumbe político y militar de las civilizaciones indígenas. Algunas de ellas, como la de las Antillas, desaparecieron totalmente; otras más fuertes, como las de Mesoamérica y la región andina, sobrevivieron y lograron conservar muchos rasgos de su cultura, a pesar de la dominación a que fueron sometidas.

Históricamente el hombre siempre ha buscado, de manera natural o artificial, trascender su dimensión humana con el fin de encontrar otras dimensiones, generalmente de tipo espiritual, que le permitan comprender los fenómenos que normalmente le causan temor e inseguridad. Por ello ha procurado encontrar en la

naturaleza las sustancias que le faciliten esa trascendencia y, a la vez, le proporcionen bienestar físico, emocional y mental, disminuyan los estados de ansiedad, preocupación o frustración, incrementen su resistencia física, los estados de euforia y alegría, y le permitan experimentar nuevas sensaciones.

En los pueblos americanos, por ejemplo, el uso de la coca es una experiencia cultural vigente en Sudamérica desde el siglo V a. C. Antes aparecía ligada a los rituales sagrados ancestrales. Suponer que su mascado o acuyicado constituye una forma de drogadicción en los andes es desconocer el valor cultural que la coca ha tenido entre los pueblos prehispánicos. De la misma manera se puede hacer referencia al uso del peyote entre los mayas y los aztecas, el yage entre las tribus de la cuenca amazónica, el tabaco y la chicha (bebida alcohólica fermentada) entre los pueblos de los valles cálidos y de los altiplanos, la mariguana y el opio en los pueblos orientales, el vino en el medio oriente y el continente europeo, etc. (Dick e Ibarra, 1982).

Debido a las cualidades y efectos particulares de estas sustancias, inicialmente utilizadas en las ceremonias y todas las actividades religiosas, poco a poco su uso se fue generalizando entre los individuos y los pueblos, en la medida en que se iban agudizando las contradicciones sociales. Es evidente que la coca, como vicio, vino a extenderse como resultado de las difíciles condiciones de vida que para los nativos trajo la conquista. En Bolivia se demostró que en lugares donde existía el uso ritual y cotidiano de la coca, su presión llena de inmediato las cárceles pues frenar su consumo induce a la búsqueda de sustitutos como la chicha y el aguardiente; no es posible entonces suspender de la noche a la mañana un hábito común de la población transmitida de generación en generación durante más de 400 años.

A partir de que los españoles llegaron a México, en el siglo XVI, el uso reiterado de estas sustancias en el desarrollo histórico de las sociedades le han dado connotación costumbrista a su consumo que se traduce en lo que hoy llamamos “sustancias socialmente aceptadas” como es el caso de las bebidas alcohólicas y del cigarrillo, sobre todo entre los pueblos blancos, mestizos y negros y la coca entre los pueblos indígenas; por su parte, el yage y el peyote, tal vez por sus efectos alucinógenos, son sustancias restringidas aún entre los pueblos que la han usado tradicionalmente y que conservan el carácter ritual con que se usan (Norton, *op. cit.*).

Al llegar los españoles vieron con sorpresa que los nativos adoraban a sus dioses con la ayuda del peyotl, “ololiuqui o semilla maravilla” (turbina corymbosa), teonanácatl y otras plantas embriagantes que como con el cactus sagrado (peyote), trataron de erradicarlas de sus prácticas médico-religioso-advinatorias (Dick e Ibarra, *op. cit.*).

Sin embargo, el uso tradicional de estas sustancias que en principio fueron una práctica mágico-religiosa de los pueblos nativos, con la explotación y el dominio

español, se convirtió poco a poco en un consumo masivo y cotidiano con graves consecuencias.

El desarrollo social implica la reducción del ámbito individual del ser humano en todas sus esferas, de tal suerte que el ritmo de desarrollo se convierte en el motor castrante del desarrollo integral, en tanto no se ofrecen los espacios necesarios para desarrollarse en forma equilibrada, sino que, por el contrario, rompe ese equilibrio, sometiendo las situaciones permanentes de presión, ansiedad, preocupación y vulnerabilidad social que conllevan a estados de estrés que impiden encontrarse a sí mismo y tener su propia identidad (Wasson, 1983).

El intercambio de productos alimenticios entre los españoles colonizadores y los indígenas mexicanos, incrementó la producción, el comercio, cocina y cultura mestiza, es decir, la combinación de aportaciones americanas junto con las maneras españolas; y de las costumbres europeas (españolas) combinadas con las formas indígenas.

El consumo de alcohol y de otras sustancias (como la marihuana que fue introducida en América a partir de la Conquista española) no escapa a este mestizaje. Es el producto del encuentro de dos pueblos, dos culturas diferentes.

En la descripción del cronista Diego Durán (citado en Romani, 1993), ya se advierte la emergencia de casos de intoxicación por alcohol en la Nueva España. A partir de La Conquista, el consumo de alcohol se amplió debido a la adopción de múltiples festividades del calendario cristiano, a la inclusión de todos los grupos de la población en el mercado de consumo y a la comercialización del pulque. Este incremento vino acompañado de un aumento considerable de otros problemas, debido a la pérdida de poder de las autoridades indígenas que otrora ejercieran control, frente al *poderío* español. El discurso normativo regulaba el uso de alcohol, pero ya no existían mecanismos efectivos para limitar a los bebedores. La primera evidencia de preocupación pública por el consumo excesivo, aparece poco después de la Conquista hacia mediados del siglo XVI, aunque las medidas instrumentadas estaban orientadas sólo a la restricción de la venta y del desorden público (Berruecos, 2005).

En este contexto, surgen también legislaciones sobre la producción y comercialización del pulque en la Nueva España (Sánchez, 2003).

En 1529, la Real Corona emitió una Real Cédula que prohibía que los indios naturales usasen una raíz llamada cuapatle u ocpatli. Posteriormente, el marqués de Cerralvo, virrey de la Nueva España, ordena que no se haga, venda, ni trajine el aguardiente de maguey, y

revoca las licencias que se habían dado, para que sólo puedan hacerlo los boticarios.

A partir de lo anterior, se elaboraron una serie de legislaciones que regularon el panorama desde la Conquista hasta la época de la Colonia. Por ejemplo, el 6 de Julio de 1672, se aprobaron diferentes ordenanzas en el ramo:

- Se prohíben las bebidas de tepache, vingüi, guarapo y otras nocivas, las del pulque amarillo, corrupto y con la raíz que lo hace fuerte. "Pena de perdimiento de bienes, doscientos azotes y seis años de galeras, contra los que vendieren, usaren, tuvieren y contrataran cualquiera de estas bebidas"
- "Que los señores obispos procedan con censuras públicas, así contra los que bebieren, expendieren y trataran con esta bebida, así como contra las justicias que lo disimularen o fueren omisos en su castigo o corrección".
- "Que en los puestos públicos no pueda venderse más que el pulque blanco puro y limpio de toda confección, mixtura, raíz o corrupción. Y que cualquier justicia ordinaria pueda visitar y reconocer los puestos y derrame lo que no sea pulque blanco y a la persona que lo tuviese o vendiese le sean dados 50 azotes en el palo de la plaza y si incurriese por segunda vez, le den 200 por las calles y salga desterrado de la Ciudad, diez leguas en contorno por cuatro años. Y a los que se hallen bebiendo se les den 50 azotes en el palo de la plaza".
- Que los puestos estén apartados de las paredes y casas, de modo que no puedan verse ni registrarse desde afuera.
- Que no se halle concurso de hombres y mujeres juntos para beber en los puestos, ni se congreguen, ni se detengan después de haber bebido, ni haya arpas, guitarras ni otros instrumentos, bailes o músicas.
- Que al ponerse el sol, estén todos los puestos quitados, y recogida toda la gente y pulque de ellos, sin venderlo hasta el otro día.
- Que no vendan el pulque a crédito a los indios, o empeño de prendas, sino por el dinero efectivo, pena de perderlo con otro tanto, y de 50 azotes en dicho palo al que lo hiciere.
- Que cualquier indio o persona que se hallase embriagado en los puestos, plazas y calles, sea aprehendido y puesto en la cárcel, y vuelto de la embriaguez le sean dados 50 azotes en el palo de la plaza, y se le corte el cabello como está dispuesto por Ordenanza.

La prohibición de la venta del pulque se alargó hasta 1697. Reabierto el remate la principal objeción seguía siendo el uso del "palo llamado cuapatle", porque su uso alteraba la paz del reino. La queja de la Sala del Crimen de la Real Audiencia insistía en atribuir los desórdenes sociales a la ingestión y embriaguez en que se encontraban sumidos los indios y demás castas. Otra ordenanza publicada el 17 de Octubre de 1752 contenía 18 declaraciones que eran la suma de buenos deseos y repetían de algún modo lo declarado arriba (García, 1972).

El verdadero problema que alcanzó a percibir el asentista general, Juan Martín de Astis, era que los arrendatarios particulares y otras justicias se excedían en sus facultades y daban licencias a los naturales o vecinos para que, en determinados parajes, vendieran el pulque que cosechaban. También permitían a sus subalternos o inferiores visitar los puestos, sin ser castigados y corrompiéndose.

En 1768, el virrey Carlos Francisco de Croix, mediante Real Cédula, prohíbe el comercio del *pulque* y permite que se fabrique el aguardiente de caña llamado *chinguirito*, "para no afectar la venta de los caldos traídos de España". La medida tenía dos propósitos: regular el mercado interno de la Real Hacienda sobre el pulque, permitiendo la fabricación de otras bebidas cuyas materias primas llegaban del extranjero, y atraer de manera definitiva los impuestos que generaba la venta del pulque para frenar la autoridad de los asentistas, que se habían convertido en causa de corrupción y conflictos. Sin embargo, ninguna de estas medidas produjo el efecto deseado. Y en 1769, el virrey de Croix da marcha atrás a la suspensión de la venta de la bebida a cambio de un impuesto extra a las pulquerías de 2/3 de grano por cada arroba de pulque expendida (*Ídem*).

En 1771, el marqués de Croix indicó que las cuentas del ramo del pulque, se llevaran por separado, por un "contador peculiar". Pero en 1774, su sucesor, don Antonio María de Bucareli y Ursúa, resuelve prohibir por enésima ocasión el comercio del pulque, chinguirito, tepache y demás bebidas "hasta donde alcance prudente diligencia, a fin de que se logre la conservación pública de la salud, la minoración de las gentes relajadas y viciosas que subsisten en estos arbitrios, y aumente la renta lícita y digna de la primera atención" (*Ídem*: 29).

Las diversas leyes que emitió la Real Audiencia en el siglo XVIII buscaban restar poder a un sector de funcionarios que se habían enriquecido con las canonjías otorgadas por gobernantes corruptos. En esta circunstancia, los virreyes que gobernaron después de 1750 atrajeron para sí los rentables impuestos que generaba el comercio del pulque (*Ídem*).

El esquema recaudatorio estaba a punto de agotarse, así lo dejaba entrever una minoría indígena ilustrada que había aprendido poco a poco a defender sus derechos, apoyada por un grupo de criollos, mestizos y demás castas que buscaban emanciparse del tutelaje peninsular. Eran ya los albores del siglo XIX (*Ídem*).

El paulatino incremento de la población y el trabajo artesanal que se agrupaba en los gremios, permitió que los indígenas hallaran otra forma de subsistencia más allá de la producción agrícola, acaparada por los intereses de los grandes hacendados y de los medianos productores peninsulares.

La mortalidad indígena causaba a la Real Hacienda pérdidas considerables en la exacción de impuestos y en la necesidad de mano de obra barata. Esta fue una situación que perduró hasta el inicio del siglo XVIII (*Ídem*).

Como es posible advertir, la producción y comercialización del pulque estuvo, en los inicios de la vida colonial, sujeta a restricciones de tipo moral. La embriaguez era juzgada como una transgresión al poder religioso y civil. La ingestión de la bebida permitía a los indígenas proseguir con el culto a sus antiguas deidades, a través de la aculturación de los nuevos patronazgos. En este sentido las restricciones e imposiciones pretendían minarles ese sustento.

La grave escasez alimentaria exacerbó los ánimos de una muchedumbre agobiada por la miseria y el alcohol, “ocasionando el 8 de Junio de 1692 un tumulto de indios ante las puertas del palacio virreinal de la Ciudad (Sánchez, 2003).

No cabe duda de que *La Conquista* trajo consigo al *Nuevo Mundo* una etapa de confusión, destrucción y contradicciones. La fuerza del sincretismo conllevó a la modificación de la cosmovisión tradicional y a la incorporación de nuevas prácticas que provocaron entre otras cosas, un incremento significativo del consumo de alcohol. Aunque, de acuerdo con los indicios de diversos estudios, en cualquier sociedad existen dinámicas, valores y normas que regulan, condicionan, reprimen o favorecen el uso de bebidas alcohólicas culturalmente definidas. Además, el uso de alcohol y otras sustancias no deja de asociarse en muchos casos, a las costumbres más ancestrales de los pueblos.

3.2.4. *La Colonia en México*

La Conquista y la colonización provocaron gran destrucción material y humana. Sin embargo, también representan el origen de las sociedades modernas de América, porque fue en esos siglos cuando se ocupó el territorio, se crearon las bases de “la nueva cultura” y se formó una población en la que se combinaron las influencias europeas, indígenas americanas y africanas. Al paso del tiempo surgieron los países independientes que hoy existen en el continente americano.

La colonización de América no se desarrolló en una sola época, ni tuvo las mismas características en todas partes. En primer lugar se llevó a cabo la colonización española y la portuguesa, y posteriormente se dieron la colonización inglesa y la francesa. En México, la colonización por parte de españoles es, sin duda, la que más ha influido en la reorganización social, económica y cultural.

Mientras en América se resentían los efectos de numerosas colonizaciones, en Europa se presentaban hechos diversos que también impactaban a nivel de reestructuración social por el acceso a otras poblaciones y la consiguiente diseminación de nuevas tecnologías, bienes, servicios, costumbres, etc.

En América colonial operó una situación de segregación y exclusión abierta apoyada en el esclavismo (de la población africana y de indígenas rebeldes) y en el vasallaje (de la mayoritaria población indígena).

Bajo este marco, es importante apuntar que el alcohol tuvo influencia destructiva a partir de que, por las nuevas técnicas de destilación, se introdujeron

una variedad de bebidas en sociedades que sufrían desarticulación tras la pérdida de su estabilidad tradicional. Un ejemplo de ello, se presentó en Gran Bretaña a principios del siglo XVII con la popularización de la ginebra, porque además, se habían percatado del valor de las drogas y las bebidas como fuente de ingresos (Taylor, 1987).

El conflicto con Francia paralizó la importación de brandy, lo que proporcionó mayor incentivo a los destiladores británicos, aumentando rápidamente la producción de esta bebida. Incluso, al menos en Londres, empezó a sustituir a la cerveza como bebida de las clases pobres. En 1726 se vendía ginebra en una de cada diez casas en algunos distritos municipales de Londres que, como resultado de su bajo precio y de la facilidad para adquirirla, “los pobres se entregaban al vicio y al libertinaje”; inclusive “en los asilos de pobres, donde las criaturas embrutecidas por el alcohol terminaban sus días, se introducía ginebra”. Los reclusos “estaban dispuestos a sufrir cualquier castigo para no tener que vivir sin ella, aunque no podían dejar de ver sus fatales efectos en la muerte de aquellos que habían abusado de la bebida” (*Ídem*).

Que el alcohol podía tener los mismos efectos de una droga fue estipulado, por vez primera en 1695, por el economista Charles D' Avenant. Así, las primeras menciones referentes al alto consumo de alcohol considerado como un crimen, se atribuyen a Isabel de Inglaterra, de quien se cree que también abusaba de bebidas destiladas.

Pese a lo anterior, no existía preocupación por el hecho de que la ginebra emborrachara a hombres y mujeres; la embriaguez, en esa época, no se consideraba como un crimen nefando: “un tipo borracho honrado” había observado Defoe en 1702, “es un individuo que goza de aprecio”. Si los ciudadanos de Londres se hubiesen emborrachado de forma monumental con ginebra, de la misma forma que, se decía, lo hacían los irlandeses y los escoceses con whisky, no hubieran causado la preocupación de los magistrados; pero los londinenses tomaban ginebra como una forma rápida y barata de evasión: no como sustancia embriagadora, sino como narcótico (Inglis, 1994).

El consumo de ginebra se había extendido “con la rapidez y la violencia de una epidemia”, escribió el historiador Lecky: “pequeño como es el lugar que este hecho ocupa en la historia inglesa, fue probablemente el más trascendental del siglo XVIII, incomparablemente mayor que cualquier acontecimiento de los anales puramente políticos o militares de la nación”. Los delitos que tanto preocupaban no eran, por lo general, cometidos en estado de embriaguez, ni tan sólo debidos al alcohol, en el sentido de que una persona robaba para poder adquirirlo, aunque eso debió de suceder con frecuencia. Los peores delitos los cometían quienes trabajaban para los dueños de las destilerías legales y para los contrabandistas,

porque la demanda de sus artículos ilegales era suficiente para permitir pagarles lo bastante bien no sólo para que trabajaran para ellos sino también para que cometieran delitos de violencia e incluso de asesinato. Tampoco eran sólo los consumidores londinenses de ginebra los que constituían la demanda. Mucho tiempo antes de que hubieran empezado a preocupar a los magistrados, la clase gobernante británica había dejado claro que estaba decidida a seguir adquiriendo sus burdeos y su cognac, independientemente de si el gobierno deseaba prohibir su consumo.

De hecho, la lección que “la plaga de la ginebra” enseñó, no era tanto que la prohibición resultara inútil, sino que lo era a menos que el gobierno gozara de la confianza y apoyo públicos. Allí donde se sabía que los miembros de la clase gobernante creían que la prohibición no era para ellos, la ley no era respetada. Los esfuerzos para hacerla cumplir, por tanto, conducían simplemente a la exasperación de la gente; incluso, a menudo, de los ciudadanos que no eran consumidores de bebidas alcohólicas y que deseaban ver prohibido su consumo, pero que estaban más preocupados por la corrupción que conllevaba el intento de prohibirlo. Esa fue la razón por la que no dio resultado la prohibición (*Ídem*).

En concreto, fue la forma en que se introdujo la ginebra, unida al ambiente social y el disfrazado intento de prohibición, lo que hizo que sus efectos fueran graves. Este era el prototipo del futuro pánico producido por las drogas, que representa muchas de las características que iban a resultar tan conocidas; entre ellas, el primer debate parlamentario del que se levantaron actas sobre el problema de la prohibición (*Ídem*).

Por otra parte, es importante destacar que en la mayoría de los grupos étnicos de América, el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas se remonta también a la época de La Colonia, inscribiéndose en rituales que se mantienen hasta nuestros días como parte de una tradición mestiza (*Ídem*). Está muy arraigado a patrones culturales vigentes y se ha normalizado como una sustancia elaborada y usada desde hace miles de años, que adquiere un sin fin de connotaciones asociadas con actividades cotidianas; religiosas, de encuentro social, civiles, médicas, rituales, deportivas, etc.

Las bebidas alcohólicas formaron parte de la vida cotidiana, porque además, concentran los sabores de frutas y del jugo de maguey. En cada rincón se podía encontrar una especialidad, algunas extrañas y otras más conocidas, pero en todas se refleja tradición, culto, abundancia, tradición y mucho sabor. Desde la época colonial y hasta nuestros días se preparan: en Oaxaca, un brebaje de zumo de piñas y ciruelas de la tierra, llamado licor de frutas; en el norte del Estado de México se dejan fermentar tunas con el mismo fin y en San Luís Potosí el tradicional colonche, licor elaborado con tunas rojas (Durán, 2005).

Algunas investigaciones han aportado datos en torno al uso ritual y médico que, desde La Colonia, indígenas, españoles y mestizos han dado a ciertas sustancias como el tabaco, el peyote o el pulque.

Se sabe que los patrones más generalizados de consumo en estas poblaciones tienen un carácter eminentemente colectivo, donde el alcohol se ha convertido poco a poco en uno de los principales elementos en el desarrollo de eventos mágico-religiosos (santorales, patronales, sanación), naturales (lluvia, viento, cosecha), del ciclo vital (nacimientos, muertes), festejos sociales (mayordomías, adquisición de bienes, charreadas, romerías, ferias), laborales (caza, siembra, construcción de vivienda, faenas de trabajo), etcétera (Berruecos, 2002c).

Sin embargo, tan encarnizada fue la represión que desde los españoles hasta la época de la Colonia se ejerció sobre el culto de cualquier sustancia psicoactiva, que los esfuerzos por exterminarlas y la renuencia firme de los nativos logró que su culto se extendiera hacia las regiones montañosas del norte de México, perdurando este culto hasta la fecha.

Entre los habitantes de la Sierra Occidental, los huicholes y los tarahumaras conservan y practican la ancestral ceremonia, recorriendo cientos de kilómetros para llegar a Wirikuta, la tierra sagrada del peyote o “paraíso”, en el estado de San Luís Potosí, previamente han realizado la confesión y la purificación ritual, donde al llegar acompañados por el chaman realizan un baño y rezan a la fertilidad y la lluvia. Ir tras las huellas del pequeño venado significa encontrar la primera planta del cactus venerado y esto implica una serie de cantos y plegarias, siendo guiados en ese camino por el chaman hacia los “Umbrales Cósmicos” donde solo él puede ver. El pueblo huichol ha representado su arte sagrado plasmando su mitología en un colorido trabajo en estambre que corresponde a una crónica de la “Creación del Mundo”, teniendo como base el uso ceremonial del peyote; donde todos los personajes están conectados a una canasta medicinal que lo contiene y que los une como aliados del poder, en él el Sol se encuentra con el Espíritu del Alba en Wirikuta, la Tierra Sagrada del peyote (McKenna, 1999).

Respecto al uso de las plantas sagradas, el especialista en religiones, Elio Masferrer (1976), se refiere a los pueblos indios de *La Colonia* y el uso que hacen de alucinógenos y estimulantes como elementos positivos, dinámicos terapéuticos; como parte de las costumbres que los indígenas conservan de sus antepasados y como procesos enriquecedores del intercambio cultural.

Sin duda, la conquista española trajo consigo la modificación de los patrones tradicionales de consumo que pasaron de un uso ocasional, limitado a ciertas festividades, a otro profano e indiscriminado. Durante la Colonia, las bebidas

destiladas y la cantidad de personas que bebían y se intoxicaban se incrementó debido a la influencia de tres aspectos: a) La inclusión de una proporción mayor de aquellos que formaban parte del grupo social de estrato social menor, esto es, los más pobres, llamados “*macehuales*”, en el grupo de bebedores; b) el ajuste de la intoxicación ritual a las numerosas festividades del calendario cristiano y, c) la comercialización del pulque. Otras razones pudieron estar relacionadas con la ausencia de normas que restringían el uso con la disminución de la autoridad de los líderes indígenas, y de la ausencia de una normatividad efectiva de las nuevas autoridades (Berruecos, 2007).

Con la llegada de los españoles, se empezaron a cultivar-sobre todo por los franciscanos en las Californias-los primeros sarmientos para la producción de uva. Incluso en los albores de la Colonia, se intentó la producción de la cerveza con base en el trigo y la cebada, pero esto no prosperó comercialmente sino hasta fines del siglo pasado, en especial, en el norte del país y de manera más específica en Monterrey, ciudad que prosperó gracias a esta industria que incluye otras no menos importantes, como las del vidrio, de hojalata, de lámina, de corcho y de mercadotecnia y publicidad.

El tequila y el mezcal empezaron a elaborarse en épocas tempranas, aunque su producción en serie se remonta a mediados del siglo XVIII y hasta la fecha. También durante la Colonia se introdujeron en nuestro país los destilados producidos en alambiques, entre los que destaca el brandy, bebida que se ha popularizado por que se puede mezclar con bebidas gaseosas (los franceses consideran un “crimen” mezclar productos de uva con refrescos), lo que lo ha convertido en uno de los productos de mayor venta en algunas zonas del país, desplazando incluso a la cerveza. En Europa, a la fecha, se sigue considerando al brandy como un cognac de mala calidad; básicamente porque en su elaboración se usa uva menos seleccionada que la de la región que le dio el nombre (cognac); quizá por ello no tuvo el éxito que se esperaba en América.

Con este marco se puede afirmar que, mediante complejos sistemas rituales, las culturas indígenas desarrollaron un conjunto de estrategias para controlar el uso excesivo de psicotrópicos, a la vez que los incorporaron como elementos dinámicos para la consecución de sus actividades cotidianas, preferentemente, cuando se trata del ámbito colectivo y de convivencia social.

Es importante señalar que, aún cuando las leyes para el control y vigilancia del uso de sustancias psicotrópicas surgieron en algunas sociedades antiguas, llegaron a México muchos años más tarde y se afianzaron durante el periodo de La Colonia (Taylor, 1987).

3.2.5. Época Contemporánea

Las mejoras en las técnicas de destilación y de la industria alcoholera permitieron la diversificación de bebidas alcohólicas y, por consiguiente se observó un aumento considerable del consumo. Su empleo frecuente trajo consigo la proliferación de tabernas, bares, cantinas y otros expendios de bebidas, lo que repercutió considerablemente en los índices de morbilidad, mortalidad y violencia asociados a la ingesta de bebidas alcohólicas.

Como ya se refirió, la aparición de la ginebra tuvo gran repercusión en la sociedad. Debido a su alto contenido de alcohol, las borracheras eran más frecuentes y prolongadas, lo que ocasionaba serios problemas en las comunidades. La lucha en contra de esta bebida en especial, no fue exitosa. Para el siglo XVIII surgieron nuevos destilados, como el ron y el whisky. Estas bebidas obtenidas de fuentes diferentes a las del vino, generaron fuerte impacto entre los consumidores; su distribución por los gobiernos mercantes permitió su propagación en poco tiempo (Inglis, 1994).

Las leyes contra el uso de bebidas alcohólicas se emitieron en diversos países, como Finlandia, Estados Unidos e Inglaterra. La más importante, empero, fue la impuesta por el gobierno estadounidense durante el periodo de la ley seca, tiempo durante el cual el tráfico ilegal de alcohol se intensificó, la violencia social aumentó sus índices y el uso de otras sustancias, como los derivados opiáceos, se hizo más riesgoso aunque evidente (*Ídem*).

Desde hace más de 100 años, el gobierno de los Estados Unidos asumió como objetivo principal que se prohibiera la producción, comercio y consumo de ciertas sustancias en todo el planeta. La aparente causa tenía que ver con el cuidado de la salud pública; el verdadero interés era romper con los imperios coloniales europeos, basados, entre otros pilares, en el comercio de sustancias derivadas de la hoja de coca, el opio y el cannabis.

En Europa, durante los siglos XVI, XVII y XVIII, estaban prohibidos el tabaco y el café. Fue el fracaso de esta política lo que produjo un régimen de control de estas sustancias dentro de un marco legal. Ese régimen de control, que luego se fue extendiendo también al consumo del alcohol, se dirigía aparentemente a reducir los daños a los consumidores y a la vez, a generar impuestos para el Estado (<http://encod.org/informefmis.htm> 28 noviembre, 2007).

Por su parte, México participó y suscribió los acuerdos y compromisos de las *Convenciones de Shangai* de 1906 y de *la Haya* de 1912, situación que junto con la legislación incipientemente desarrollada en los Estados Unidos de Norteamérica, tuvo su efecto en la redacción de la *Constitución de 1917*, la cual señala que se deben establecer: “*medidas dirigidas a la atención de los problemas de las sustancias que envenenan al individuo y degradan la especie humana*”.

Entre otras cuestiones, este tipo de legislaciones proclamaban que era necesario reducir la disponibilidad y la ingesta de alcohol entre la población, aún por medio de la prohibición absoluta de su producción y venta. Dichos movimientos contaron con el apoyo de la iglesia católica, el movimiento de mujeres y los altos niveles de la política. En su fundamento, sin embargo, se encontraba una cruzada de la clase media, cuyas aspiraciones eran cambiar la “cultura consumidora de alcohol” de las clases obreras por las responsabilidades cívicas, las virtudes cristianas y la “higiene moral” (Solís, 2005).

Evidentemente, esta declaración resultó en una política social de avanzada para su época; los marcos legislativos dieron lugar al desarrollo de medidas orientadas a la destrucción de cultivos de amapola y mariguana, así como a la instrumentación de reglamentos sanitarios que restringían la disponibilidad y venta de productos derivados de la morfina y la cocaína en boticas y droguerías.

Desde otra perspectiva (sanitarista), después de la segunda Guerra Mundial, las organizaciones internacionales de salud se percataron de la importancia de los problemas mentales y de los graves efectos que estos generaban en la productividad y en el bienestar de los individuos.

Los grandes avances en esta materia ocurrieron a partir de los años cincuenta del siglo XX. Las contribuciones de Bowlby (1955) y Harlow (1962), en relación con el desarrollo emocional infantil y los procesos de maternaje, favorecieron el diseño de técnicas orientadas a la prevención de futuros problemas. Paulatinamente la deprivación, el maltrato, la psicopatología de los padres y el uso de drogas se reconocieron como factores que incidían negativamente en el desarrollo psicológico de los niños (Harlow, 1962).

Así, las primeras experiencias documentadas de prevención de problemas de salud mental en México, ocurrieron en la segunda década del siglo XX, durante la presidencia de Emilio Portes Gil, con el inicio de la campaña antialcohólica en todo el país, a través de comités estatales o subcomités municipales que fueron incluidos en la industria y el comercio. Estaban conformados por autoridades civiles y militares, ligas campesinas y obreras, sociedades femeniles, de padres de familia y maestros, así como logias masónicas e instancias públicas de carácter cultural. Bajo procedimientos específicos sustentados en la moral y la autoridad, los comités realizaban campañas en escuelas, cuarteles, centros carcelarios, agrupaciones obreras y campesinas, y hogares. El objetivo era desvincular a los individuos de las cantinas a través del deporte, la cultura y la labor persuasiva. Se sugería no atacar a la industria alcoholera, para no perjudicar sus derechos (Solís, *op. cit.*).

Fue en esa misma década que los médicos estadounidenses Laevell y Clark desarrollaron, en el marco de una perspectiva funcionalista, los denominados esquemas de la “historia natural de la enfermedad” los cuales, por estar centrados en

la perspectiva del análisis de la enfermedad en los individuos más que en las comunidades, se adecuaban a las intenciones de integración de la medicina preventiva con las disciplinas clínicas (Donas, 1988). El esquema fue aplicado con éxito prácticamente a todas las enfermedades, sin embargo, mostró cierta dificultad en la comprensión de problemas de salud mental (entre ellos el alcoholismo), sea por su propia naturaleza y dinámica, y por los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento²¹.

Mientras a nivel mundial se desarrollaban sistemas de atención que consideraban cada vez más, la prevención de enfermedades crónicas, en México la atención estaba puesta en enfermedades infecciosas debido a las altas tasas de mortalidad que se observaron entre 1930 y 1960 por paludismo, viruela y poliomielitis.

La nueva configuración geopolítica de las naciones producida por la segunda Guerra Mundial, también tuvo como consecuencia el surgimiento de las instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1946, durante la reunión del comité de expertos de dicha organización se estipuló la importancia del desarrollo de estudios e intervenciones preventivas en los ámbitos comunitarios. Resultaron de particular interés los problemas relacionados con el alcoholismo, las adicciones y las enfermedades psiquiátricas.

El comité estimó que: "el más importante principio a largo plazo sobre el cual habría de basarse el futuro trabajo de la OMS era fomentar la higiene mental en los servicios de salud, en función de fomentar la salud tanto mental como física de la colectividad" (www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm 24 febrero 2007).

En 1974 se realizó un estudio en el que participaron México, Escocia y Zambia, con el auspicio de la OMS, que tenía el objetivo de evaluar la respuesta de la comunidad ante el consumo excesivo de alcohol. Escocia recurrió al modelo de planeación social, México, por su parte, hizo énfasis en el desarrollo local y Zambia en la aproximación social. El proyecto permitió a México conocer la forma en la que las comunidades percibían el consumo de bebidas, además de las formas de responder ante el mismo. Este estudio representa un antecedente importante, puesto que también permitió el desarrollo de políticas públicas orientadas al desarrollo de programas nacionales y estudios de investigación subsecuentes (OMS, 1979).

En 1958, los estudios relacionados con la salud mental incluyeron investigaciones en el área del tabaquismo y del alcoholismo (Burak, 1998). Ese mismo año se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), actualmente Secretaría de Salud (SSA).

²¹ Cabe señalar que este esquema predominó en la escena de la salud pública hasta mediados de la década de los noventa.

En materia de prevención de adicciones, durante 1960 se instaló el Consejo Antialcohólico de la SSA, con la finalidad de investigar y desarrollar medidas para la prevención y el tratamiento de los alcohólicos. A finales de esa década se crearon los Centros de Integración Juvenil A. C., hecho que significó un punto de partida para el desarrollo de programas preventivos en México (SSA, 2000).

En ese tiempo, los organismos internacionales se percataron de la importancia de la promoción de la salud como una forma de evitar discapacidades y generar ahorros como consecuencia de los problemas asociados al consumo de sustancias.

Desde principios de los años sesenta se distinguían dos categorías de esfuerzos para controlar el uso de drogas (incluyendo alcohol) y los problemas asociados: *a)* programas de reducción de la oferta; narcotráfico, venta, distribución y producción, *b)* programas de reducción de la demanda; prevención, tratamiento y rehabilitación (*Ídem*).

A partir de los años 80, en el escenario internacional surgieron los programas de reducción de daños y riesgos que implicaban un nuevo enfoque para ampliar el campo de acción. Este proponía la necesidad de aceptar que, a pesar de mantener los esfuerzos en acciones preventivas, se seguirían presentando situaciones de abuso y dependencia a las drogas. Aceptar esta evidencia significaba intervenir anticipadamente a las personas que consumen, de manera que pudieran hacerlo bajo condiciones menos perjudiciales para su salud (CIJ, 2009b).

Por su parte, el Instituto Mexicano de Psiquiatría desarrolló, de forma conjunta con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo.

En México, la década de los noventa se caracterizó por la aparición de diversas asociaciones, institutos y programas para el tratamiento y la prevención de las adicciones.

Por lo que se refiere a las normas, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, destacó la importancia de la salud mental como elemento que determina cada una de las actividades de los seres humanos y, en consecuencia, la necesidad de superar los prejuicios relacionados con estos problemas. También subrayó como prioridad: mejorar y actualizar los servicios involucrando la participación de las familias, la comunidad y la sociedad.

Por su parte, los programas nacionales contra las adicciones 2000-2006 señalaron a la salud como elemento fundamental del desarrollo social, por lo que fueron reformulados de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo. En cada uno de estos: “Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas”, “Tabaquismo” y “Farmacodependencia”, se estipulan los retos y las estrategias que se deben seguir en cuanto a la prevención (SSA, 2001).

Hoy día, la promoción de la salud mental y la prevención de adicciones son parte del marco general de las intervenciones en salud, que disponen cada vez más de bases científicas provenientes de disciplinas diversas como la salud pública, la epidemiología, psicopatología del desarrollo, psicobiología y ciencias de la promoción de la salud (Desjarlais *et al.*, 1997). La evolución de estas ciencias se dirige también a la generación de ahorros económicos y de sufrimiento para los individuos y para la sociedad. aunque si bien es cierto, su práctica en ocasiones no se ubica en los estándares de calidad o bien, la infraestructura de atención aún se ubica centralizada en las grandes zonas urbanas del país dejando descubierta a la población rural e indígena.

Con la trascendencia de los cambios en las políticas sanitarias nacionales e internacionales y el amplio panorama de antecedentes históricos, en la actualidad se sabe que la prohibición de drogas casi siempre genera y multiplica los riesgos relacionados con la oferta y la demanda.

Cientos de millones de ciudadanos de todo el mundo se ven criminalizados, marginalizados, amenazados con perder su libertad, su estatus social y sus ingresos, por el simple hecho de haber elegido por sí mismos sus propias sustancias para desarrollarse, curarse, festejar o vivir. Otros millones de personas son considerados como criminales por el mero hecho de que ellos y sus familias sobreviven gracias al circuito de la producción y suministro de estas sustancias, aunque los riesgos que corren son infinitamente mayores que sus responsabilidades o sus ganancias (Oomen, 2006).

Mientras tanto, los empresarios del alcohol (junto con los del tabaco y de algunos fármacos) no encuentran ningún obstáculo para conquistar más mercados para sustancias que producen alto impacto en la salud pública.

La prohibición y el tráfico de drogas ilegales no son fuerzas que se oponen. Se mantienen mutuamente. Son dos instrumentos del mismo sistema económico y político dominante, de un imperio con dos accionistas principales: la industria criminal y la industria de represión, ambas con profundas raíces en los sectores público y privado. Por un lado, la industria de la represión garantiza las ganancias criminales. Según la agencia de la ONU encargada de controlar las drogas (2007), la facturación de este negocio asciende a cuatrocientos mil millones de euros por año. Si se toma en cuenta que alrededor del 1% de las ventas corresponde a los costes técnicos de producción y de transporte, las ganancias que se hacen mundialmente con esta actividad representan más de 12.500 millones de euros por segundo. Gran parte de este dinero sirve como motor de actividades ilegales, incluyendo las que algunos gobiernos, entre ellos los defensores más arduos de la prohibición de las drogas, consideran necesarias a pesar de ser completamente ilegítimas e inmorales, tales como la compra de armas. Otra parte se recicla en la

economía legal, sobre todo en los países donde las ventas son mayores, es decir, en Europa y Norteamérica. Como también los impuestos de estos países se benefician de este dinero, se puede mantener que son ellos los verdaderos narcoestados. Por otro lado, el estatus ilegal de las drogas justifica el control sobre millones de ciudadanos, la represión de sus derechos humanos, la militarización de sus sociedades, la dominación de su cultura y la extracción de sus recursos naturales. Todo ello sobre la base de argumentos, como la protección de la salud del individuo y la seguridad de la sociedad global, que a ojos de la opinión pública parecen bien intencionados (Oomen, 2006).

Diversas políticas que se planean a largo plazo, tales como la educación sobre el consumo en las escuelas, los anuncios sobre “beber con responsabilidad” o advertencias en el etiquetado de botellas, no han probado su eficacia. Esas medidas no van a cambiar el comportamiento de la gente mientras que el entorno sea permisivo y mientras las bebidas alcohólicas sean accesibles en cualquier lugar, para cualquier persona, en todo momento, a bajo precio o gratis, con la aprobación y hasta con la insistencia de los padres. Por el contrario, políticas más eficaces deben incluir el aumento de los impuestos sobre el alcohol, límites de edad para comprar bebidas alcohólicas, niveles de alcohol en sangre para conducir más bajos que los autorizados, y restricciones en los puntos y horas para la venta de alcohol. Además, deben promoverse puestos de control de sobriedad y pruebas aleatorias del aliento que han dado resultados positivos en varios países. Las licencias graduales de manejo para nuevos conductores y jóvenes se han utilizado con éxito en Estados Unidos y Canadá.

Para reducir la carga social y sanitaria del alcohol, se ha instado a los países miembros de la OPS a que construyan una respuesta política eficaz e integral sobre el alcohol basada en diez pilares para reducir sus nocivas consecuencias. Por ello, su reducción debe convertirse en una de las más altas prioridades de la salud pública. Estos pilares son:

- Mecanismos legislativos y regulatorios en la producción y venta de alcohol, unido a una estricta aplicación de su implementación.
- Incrementar los impuestos al alcohol para subir el precio de las bebidas alcohólicas en relación directa a su potencial para causar daños.
- Aplicar restricciones en mercadeo y publicidad, incluyendo prohibiciones al patrocinio de eventos deportivos y juveniles.
- Aplicación de las leyes sobre conducción de vehículos en estado de embriaguez, con reducidos límites de alcohol en sangre y mayor frecuencia en la suspensión de las licencias de conducir.
- Promover "intervenciones rápidas" de médicos en atención primaria para detectar problemas tempranos con alcohol y tratar a pacientes antes de que hagan dependientes.

- Programas de tratamiento integrados en los sistemas de salud y de fácil acceso.
- Sistemas de información capaces de monitorear el consumo de alcohol y sus consecuencias para poder evaluar la efectividad de las políticas.
- Incremento en la educación y concientización pública para apoyar políticas de control del alcohol.
- Apoyar iniciativas comunitarias para abordar problemas relacionados con el alcohol.
- Revisar acuerdos comerciales para asegurar que no entorpezcan controles especiales sobre el alcohol para proteger la salud pública.

Pese a tal contradicción entre lo permitido y lo prohibido, en la época actual, el alcohol se ha constituido como depositario de mitos y rituales compartidos por la colectividad; ha permeado en los actos más cotidianos de diferentes sociedades: como parte de la alimentación, “para entrar en calor”, para que los niños duerman y dejen de llorar, como vehículo de convivencia con familiares y amigos, en actividades recreativas y como “evasión” de una realidad compleja (Medina-Mora *et al.*, 2001).

En el estado de Oaxaca se realizan diversas fiestas populares: mayordomías, ferias patronales, la guelaguetza, conmemoración de todos los santos y fieles difuntos, romerías populares, etc. En las fiestas, el campesino se transforma en todo un personaje. Las fiestas generan una congregación alegre, en donde la población masculina refuerza sus afectos (o rencores) a través del ritual del alcohol. La tradición matiza la fiesta donde el alcohol es uno de los invitados principales. En los pueblos donde hay bajas temperaturas, hombres y mujeres acostumbran entrar en calor con bebidas alcohólicas, como mezcal y pulque. En lugares de extrema pobreza se ingiere alcohol de 96° no sólo en las fiestas populares, está en la vida cotidiana: los jóvenes se reúnen en tiendas; la madre da mezcal al niño para que se duerma y deje de llorar de hambre²². Entre los chamulas, el alcohol se integra en todas las esferas de la vida como el trabajo, la crianza de los niños, la alimentación, los paseos; mientras que en los tarahumaras, está restringido a ocasiones especiales como festejos religiosos y rituales de contacto con la naturaleza (Natera, s/f: 31). En Puebla, el alcohol siempre está presente en los ciclos de la vida: la gente bebe para celebrar el nacimiento de un hijo, su incorporación a la iglesia con el bautismo, para validar una relación de compadrazgo, al terminar los estudios o inaugurar una casa, al llegar la hija a los quince años, al celebrarse la fiesta del pueblo, al aceptar un cargo civil o religioso, en el casamiento, la primera comunión o en la muerte (Berruecos, 1996: 29).

²² Tomado de la ponencia titulada: “Oaxaca, presencia, ritual y realidad indígena, presentada en el seminario: alcohol y comunidades indígenas: ritual y patología, el 12 de noviembre de 2001, en la Fundación para Investigaciones Sociales A.C. (FISAC).

Para algunos grupos, las bebidas alcohólicas forman parte del proceso de alimentación tradicional y poseen un valor nutricional.

No solamente son fuente de agua, sino que aportan energía, se les utiliza como medicamentos, alimentos especiales para los niños o se les busca por el efecto que producen. Su papel en la alimentación y en las funciones sociales es múltiple y está ligado a costumbres, ritos y actividades bien delimitadas.

Desde tiempos inmemorables hasta la actualidad, es tradición que las fiestas y ferias regionales o religiosas de nuestra sociedad se vean impregnadas de mucho colorido, incluyendo a las bebidas alcohólicas que, más allá del severo tono de los tequilas y mezcales, se pueden encontrar las que presentan desde un verde brillante, un azul profundo, amarillo o hasta rosado. Tal es el caso de los toritos o mosquitos, que recorren toda la gama cromática; o de los pulques curados, que pueden ser de guanábana, piña, maracuyá, zapote, sandía, melón, o guayaba, que se identifican por su color, su especial sabor y “sus propiedades” (Durán, 2005; Berruecos, 1994a), por ejemplo:

- En el Estado de México, existe el *chumiate*; infusión de nanche en aguardiente de caña. Para su preparación se utilizan hierbas aromáticas y medicinales como el tabaquillo, la prodigiosa, té de limón, hierbabuena, pericón, anís de campo y manzanilla²³; es una bebida de consumo doméstico y ritual. También se prepara el *sendecho*; bebida de maíz amarillo germinado que se pone a secar al sol y se muele para hervir con piloncillo; cuando se enfría se añade pulque y se deja fermentar; su consumo cotidiano es propio entre los **mazahuas** del noroeste del estado.
- Existen algunas bebidas con maíz cocido y fermentado con enzimas como las de la saliva humana: el *tesgüino* de sabor ligeramente agrio, que se bebe todavía en las fiestas tarahumaras; y la *chicha*, de origen maya que se consume en los estados del sur.
- Algunas preparaciones requieren de plantas y cortezas para el proceso de fermentación; el *chi* que, desde tiempos prehispánicos, es un fermentado maya hecho con miel y árbol de balché; según Diego de Landa, en su libro *Relación de las Cosas de Yucatán*, era una bebida fuerte y de mal olor que emborrachaba rápidamente a los indígenas en sus fiestas.
- En las tierras altas del México central se cultiva el maguey, base de diversas bebidas conocidas genéricamente como *octli*. La más famosa de ellas es el *neuctli* o *pulque*, ejemplo proverbial de placer y perdición. *Según los mitos, Quetzalcóatl pierde su honor y el gobierno de la capital tolteca por el pulque; Tecpancaltzin, octavo rey de Tula, provoca el fin de los suyos seducido por el brebaje que le presenta la doncella Xóchitl*. Para la obtención del pulque se extrae el corazón del maguey, raspándose el centro de la planta hasta formar una cavidad en la que se acumula diariamente el jugo de la planta, durante cuatro meses hasta que muere. De este proceso y con la combinación de

²³ En Puebla, esta bebida se prepara con capulín.

frutas de temporada de la región, se elaboran los *curados*; entre los más famosos se encuentran el de tuna, apio, mamey, higo, papaya, avena, jitomate y fresa.

- El llamado *aguamiel* es base de distintas bebidas, por ejemplo, mezclado con maíz se hace un atole ligeramente fermentado y azucarado que se denomina *tlachique*; adicionado con frutas y semillas es un *curado*; y agriado al sol se hace *vinagre*. Para hacer el pulque fuerte es necesaria la hierba *ocpatli* o raíz de indio.
- En Michoacán se elabora *charanda*, un aguardiente que se produce con caña de azúcar y que goza de gran aceptación. Con aguardiente también se prepara *escamocha*, que se elabora con frutas frescas y es originario de Jalisco.
- Al igual que el *tequila* y el *mezcal*, el llamado *mosco* actualmente se conoce en toda la República y en el extranjero, pero fue en 1927, que en el Estado de México el señor Adolfo P. Almazán inventó esta bebida, licor dulce de frutas molidas o fermentadas.

Algunas sociedades hasta distinguen los lugares y momentos para comer de aquellos para beber. Hay comidas y bebidas que se consumen en ocasiones especiales: fiestas, ceremonias, viajes, en la calle, mercados y restaurantes o durante periodos cortos de abundancia en el año. Existen bebidas o alimentos propios de la cantina, velorios, santorales y festejos públicos.

También debe recordarse que la alimentación y la bebida se modifican con el ciclo de vida, los estados fisiológicos y la enfermedad; lo que justifica la existencia de alimentos y bebidas para el destete, la embarazada, la madre que amamanta, el anciano, el jefe de familia, el desnutrido, o bien, los que se consideran de forma simultánea como alimentos y medicamentos (Tapia *et al.*, s/f).

En general, el alcohol tiene muchos significados y cumple diversas funciones: psicotrópica, terapéutica, alimentaria, fuente de calorías para el esfuerzo laboral, elemento de cohesión e integración grupal; es una herramienta de control social y un instrumento de identificación y diferenciación cultural, mecanismo de transgresiones estructurales, medio de adaptación en situaciones de cambio, “solución al tiempo vacío”, símbolo casi irremplazable de sociabilidad.

El consumo de alcohol se estimula con mayor recurrencia vía la mercadotecnia masiva. De ahí que el alcohol se consuma frecuentemente a diario o esporádicamente, provocando a grandes sectores de la sociedad, desajustes que se manifiestan a nivel físico, psicológico y social.

Las industrias azucarera y alcoholera en México tienen una larga tradición histórica y han llegado a constituirse como una de las industrias más importantes del país (OMS, 1999).

Hasta el año de 1998 se cultivaban aproximadamente 650 mil hectáreas de caña de azúcar y el sector tenía posibilidades ilimitadas de uso, tanto energético como industrial. Uno de los principales usos industriales del azúcar es la producción de alcohol etílico, el que se obtiene a partir de la transformación de las mieles finales como materia prima, alcanzándose cifras anuales de producción superiores a los 50 millones de litros de alcohol de 96° GL, con rendimientos hasta de 250 litros de alcohol / toneladas de melaza (*Ídem*).

México es el séptimo mercado más grande de cerveza y tequila en el mundo, cuya popularidad está aumentando rápidamente. Tanto la importación como la exportación de cerveza aumentaron respectivamente, 6 y 44 veces más de 1980 a 1993 (*Ídem*).

El ron Bacardí es la marca de bebida más popular en México, seguida por las marcas de brandy Presidente y Don Pedro. Las dos posiciones que le siguen están ocupadas por Sauza y José Cuervo, de la bebida de exportación mexicana más conocida, el tequila (Sánchez, 2002).

El vino tiene aún una presencia insignificante en nuestra sociedad, tanto en producción como en consumo. Sin embargo, la exportación de vinos creció en 600%, mientras que la importación aumentó ligeramente.

Las ventas de bebidas alcohólicas alcanzaron los 2.3 billones en 1995, 74% de los cuales provenían de la venta de cerveza.

Los hogares con ingresos en los dos niveles económicos más bajos gastaron 1% más de sus ingresos en bebidas alcohólicas que aquellos que se ubican en los dos niveles más altos. A nivel nacional, en los hogares se gasta un promedio de 1% del ingreso en bebidas alcohólicas. Esta cifra aumenta al doble en las áreas rurales (Medina-Mora *et al.*, 2000).

Con dicho panorama, el control de los problemas relacionados con el alcohol se ha procurado principalmente por medio de la prohibición o regulación de la venta o consumo de alcohol a ciertos grupos poblacionales o en ciertos contextos (escuela, trabajo) o eventos (informes de gobierno) y, en menor medida con el diseño y seguimiento de políticas públicas dirigidas a la atención de los daños asociados y la prevención del consumo.

La base de cualquier política de drogas debe ser el derecho a gozar de todas las condiciones que ofrece la naturaleza para tener salud, condiciones humanas para vivir y para desarrollarse. Además, en la mayoría de las sociedades tradicionales persiste una sabiduría en cuanto al uso racional de las sustancias que hay que recuperar. Es importante delinear una política de drogas que tolere el consumo y reduzca sus riesgos desde una visión humanista, respetando la libertad de los individuos y las comunidades para elegir su propia forma de vivir (OMS, 2004).

Sin embargo, las estructuras generadas a lo largo de tantos años no han sido suficientes ni adecuadas. Las experiencias derivadas de la instrumentación de las políticas públicas han sido disímbricas, evidenciando escasos niveles de cobertura, acceso y calidad.

Para los próximos años, como consecuencia de la estructura demográfica y de los perfiles epidemiológicos de la población; así como de los procesos de urbanización y cambio, se espera que el consumo de sustancias se incremente. Por ende, el reto es fortalecer acciones tendientes a la reducción de la demanda y de los daños y riesgos asociados, que permitan dar cauce a los esfuerzos iniciados desde la época de la Colonia y continuados hasta hoy en día.

Ante esta realidad, es imprescindible avanzar en esquemas que articulen el dato, la base material y la dimensión sociocultural para contribuir a una investigación y acción que incluyan tanto a las enfermedades recogidas por el sistema de salud como a las llamadas “tradicionales”. Se han de recuperar, así, los mecanismos biológicos, la socialización y el curso de vida, las representaciones y prácticas sociales, la perspectiva del actor y el daño diferencial a la salud de los sujetos, para abordar las interrogantes planteadas en la materia, sobre todo en aquellos fenómenos que, como el consumo de alcohol (independientemente de su matiz cultural), pueden causar enfermedad y muerte alterando el bienestar de los individuos y los colectivos sociales.

Inscribirnos en el contexto cultural es el primer paso para entender que el abuso de bebidas alcohólicas no es una epidemia venida desde fuera, ajena a los individuos o a las sociedades.

En sentido general, al alcoholismo se le concibe como una enfermedad, pero a diferencia de las “enfermedades clínicamente conocidas”, esta no tiene una sintomatología claramente establecida, una afectación orgánica, física y sociológicamente determinadas ni tampoco causas perfectamente identificadas. No basta que se le quiera presentar como una simple enfermedad, con su historia natural que lo reduce a la perspectiva etiopatológica, cual si se tratara de una infección o de un proceso canceroso. El fenómeno de la adicción está ligado a carencias en las diversas dimensiones del desarrollo individual y social: carencias en el orden de lo físico (biológico), de lo valorativo, de lo afectivo, de lo cognitivo, de lo comunicativo, lo político y lo productivo-laboral.

Desde esta lógica, se hace necesario el análisis de la conformación de las representaciones, prácticas y transiciones relacionadas con el uso de alcohol y de los elementos materiales, biológicos, psicológicos, culturales y sociales que participan en su origen y en las consecuencias que se gestan a partir de dicho consumo.

3.3. Una visión alternativa: aproximación clínica versus aproximación sociocultural

La discusión sobre las implicaciones del uso de alcohol para el individuo y la sociedad, conlleva a reflexionar los modos de percibir, categorizar e interpretar el consumo, sus causas y sus efectos, esto es, comprender cómo se construye simbólicamente para entender las diferentes formas por las que este pensamiento ha cursado a través de la historia y en diferentes tipos de relaciones sociales, con el objeto de incidir en los procesos de diversas lógicas preventivas y curativas que, en ocasiones, se contraponen al estilo de la *medicina moderna*. Se trata de entender los significados para incidir en una resignificación del consumo que, innegablemente, está vinculado con la cultura y las estructuras sociales de cualquier grupo.

No cabe duda que las aportaciones de la biomedicina en la materia, hoy día sirven de base para estudiar este problema que visiblemente afecta a tantos individuos y grupos sociales. No obstante, es fundamental contar con otras perspectivas que partan de los aspectos sociales y culturales, que consideren la mirada de los actores sociales y los procesos históricos, que hagan factible la deconstrucción de una variedad de creencias, símbolos, mitos, ritos y atribuciones en torno al uso y abuso de bebidas alcohólicas en diferentes contextos, y que puedan generar respuestas más incluyentes y socialmente pertinentes.

Las aproximaciones basadas en la fe son un claro ejemplo de esta necesidad de contar con otras alternativas más cercanas a la gente. Como su nombre lo indica, se fundamentan en la fe como experiencia individual y pueden modificar la percepción de los problemas de salud e inducir un cambio de actitud y conducta que facilite el control del consumo. Tienen especial éxito en aquellos países con largas tradiciones religiosas que “institucionalizan” los rituales tendientes a controlar la conducta. En la práctica dentro de la religión católica “el juramento” ofrecido a un dios o a un santo, representa una forma de contrato en donde el sujeto se compromete a abandonar su ingesta, en un periodo específico de tiempo. No existen muchas evidencias científicas de su eficacia, pero los resultados sugieren que en personas con fuertes convicciones religiosas y con características específicas “el juramento” puede actuar como un *locus de control* externo (Solís, 2005).

Con este marco, se considera que la antropología es una de las vías para acceder al conocimiento y comprensión de los procesos y productos de la cultura de los pueblos. Por tanto, se considera su pertinencia para el estudio de este problema y para dar cuenta de sus especificidades en los grupos indígenas de nuestro país. La antropología tiene una serie de elementos teóricos y metodológicos capaces de sistematizar y complementar las aportaciones de otras disciplinas médicas y sociales para comprender los fenómenos desde sus dimensiones socioculturales, escasamente abordadas desde la medicina clínica.

La antropología en general y la antropología física en particular, se abocan al estudio de la variabilidad biológica y social. El sustento epistemológico y los recursos de las disciplinas antropológicas son altamente confiables para conocer y explicar los modos de vida. La antropología médica crítica plantea que tanto la concepción de la enfermedad como los patrones sociales para el cuidado de la salud, han estado determinados durante muchos años por ideologías hegemónicas de la biomedicina, por lo que se vuelve indispensable modificar esta percepción y entender los problemas de salud dentro del contexto de fuerzas políticas y económicas que las circundan y estructuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos, condicionan las experiencias, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales (Menéndez, 1997).

La antropología ha demostrado su validez y pertinencia en el estudio de la salud llevando un conjunto de conceptos de su teoría general a este campo, ayudando a explicar cómo los eventos y conductas del proceso salud-enfermedad-atención están influenciados por factores históricos, sociales y culturales. Se debe tener en cuenta que *salud y enfermedad*, son conceptos socialmente construidos y que, por tanto, la cultura tipifica lo que es *salud* y lo que es *enfermedad*, lo que es *normal* y lo que es *anormal* o *patológico*; el individuo, según su cultura, tendrá su visión de la enfermedad y la salud y se comporta en función de esta concepción.

Es un hecho incuestionable que la salud es un fenómeno integral determinado fundamentalmente por las condiciones en que viven las familias y las comunidades, y que las mismas están a su vez determinadas por complejos factores interactuantes de carácter social. Al crecer en un determinado grupo social, aprendemos a considerar la salud como una serie de estados o situaciones. Juzgamos ciertos comportamientos como saludables y vamos aprendiendo a calificar ciertas sensaciones como síntomas de enfermedad. Reconocer la importancia de la socialización en esta concepción nos ayuda a entender el proceso que forja patrones de conducta, en el plano del grupo social específico en estudio (Lucifora, 2004).

Específicamente, hacia los años cuarenta, cuando surge la antropología médica o etnomedicina, como campo disciplinar de la antropología social, se enfatiza el reconocimiento de la salud *intercultural* como un tema de dominio público. Con ello se buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población con el objeto de mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas sociosanitarios de bajo costo. A partir de esos años, se formularon un sinnúmero de experiencias con el enfoque intercultural, tanto en la formación de personal de salud como en la aplicación de programas en zonas indígenas. Estas experiencias fueron muy importantes en los años sesenta cuando, con todo y sus críticas, se realizaron las grandes acciones del estado indigenista, decayendo hacia los años ochenta cuando el apogeo neoliberal

impulsó estrategias selectivas, para “mejorar los niveles de salud de los menos favorecidos, y reorganizar el fuerte recorte del gasto en salud, impuesto por los órganos multilaterales” (Lerín, 2007), y que son vigentes más que nunca en el presente y evidentes ante la privatización de la salud pública.

Las ciencias sociales han contribuido al análisis teórico-metodológico de la salud, conjugando una serie de factores capaces de alcanzar una interpretación sistematizadora y generalizadora de los aportes de otras disciplinas.

En particular, el abordaje del alcoholismo como problema social, desde diferentes ópticas es una necesidad patente, dados sus efectos nocivos sobre la salud y la sociedad derivado de su grave repercusión biológica, psicológica y socioeconómica.

Bajo esta lógica, en el análisis del problema se debe partir de la consideración de factores sociales (sin dejar de lado los bipsicológicos), como todos aquellos elementos vinculados a la sociedad humana (independiente de su naturaleza) capaces de incidir en el estado de salud de la población en los distintos niveles de la organización social.

El impacto social del alcoholismo, cuyos orígenes históricos se encuentran en las condiciones de desigualdad que imprimen su huella en el estado de salud mental de las poblaciones, expresándose no solamente a través de la pobreza, sino también en los círculos económicamente altos, además de la tensión social que inducen a la búsqueda de conductas de escape mediante la alteración de la conciencia por medio de sustancias psicoactivas. A la luz de estos antecedentes se puede reflexionar sobre la evolución de tal fenómeno y los costos en términos de sufrimiento humano, erogaciones económicas, vidas prematuramente perdidas, y recursos empleados para la solución (Tapia *et al.*, 2003).

Bajo este contexto, es necesario reconsiderar los procesos y contradicciones por los que ha pasado el proyecto globalizador, el neoliberalismo económico, los movimientos sociales y su relación con la alcoholización. De esto deberá partir cualquier propuesta de atención de los servicios de salud para las personas con dependencia alcohólica.

Considerando los elementos socioculturales se pueden generar estrategias de intervención desde la participación comunitaria y la movilización social reduciendo los costos de la enfermedad, sin dejar de lado las nuevas alternativas de solución que cada región contemple, de acuerdo con sus recursos, sus necesidades y sus tradiciones.

3.4. Perspectiva antropológica: ¿alcoholismo, embriaguez o alcoholización?

A partir de los años 30's, algunos antropólogos han contribuido al análisis del consumo de alcohol desde sus dimensiones socioculturales²⁴. Se sabe hoy que existen grandes diferencias del proceso de alcoholización y de su acepción dentro de los también diversos grupos humanos, porque se ha mostrado que dicho proceso es socialmente complejo, resultado de una construcción cultural no sólo de los pueblos indígenas, sino de cualquier sociedad.

Los estudios antropológicos sobre el alcoholismo en los pueblos indígenas de México han permitido disponer de información importante que muestra las fuertes diferencias que asume el proceso de alcoholización en los también diferentes grupos étnicos y, sobre todo, mostrar que dicho proceso es socialmente muy complejo porque está arraigado a aspectos culturales, relaciones sociales y marcos estructurales que datan de años.

Con frecuencia se ha señalado la presencia constante del alcohol en las sociedades indígenas, desde tiempos remotos hasta el presente; información que se ha usado tanto para señalar una característica común a todas las sociedades, como para sugerir que la alcoholización es un rasgo inherente a la vida y a la "condición" indígena, esto es, en toda cultura existen reglas, creencias y prácticas que condicionan el consumo, así como formas particulares de control y castigo de la ingesta excesiva; futura y eterna paradoja de convivencia con el alcohol, tan arraigado y cargado de atribuciones simbólicas.

Las expectativas, representaciones y prácticas de cada grupo ante el consumo se reflejan en sus normas sociales, que pueden variar por la cultura, por sector poblacional (género, nivel socioeconómico, región, edad, etnia) y por situaciones específicas de vida: antes de manejar, en un bar, en la iglesia; con los hijos pequeños, los compadres, los amigos, cuando se es mujer, cuando uno es joven o anciano, etcétera.

Estos estudios tienen el mérito de haber mostrado la función de la ingesta de alcohol en las poblaciones indígenas, analizando cómo una dependencia es construida socialmente, pues ha sido establecida como un elemento integrador de las relaciones sociales. Los principales aportes de estos estudios se reconocen en dos sentidos:

- a) Permiten distinguir entre "consumo de alcohol", "alcoholismo", "embriaguez" y "proceso de alcoholización". El primero es una *definición operacional* del hecho de ingerir bebidas alcohólicas sin inscribirse en posturas teóricas o metodológicas, el segundo es "un *concepto biomédico* que se refiere a la

²⁴ Dentro de esta óptica, la cultura debe ser entendida en su dimensión científica, tanto en sus aspectos materiales (vivienda, utensilios, alimentos, vestido, etc.), como inmateriales o ethos (creencias, costumbres, formas de vida, lenguaje, religión, normas, etc.), y en relación con el uso y abuso de bebidas etílicas.

cantidad medible de alcohol que se consume y a las *consecuencias patológicas* generadas por dicho consumo". El concepto de embriaguez es "la *apropiación* y connotación social del término biomédico (alcoholismo) *cargado* de estigmas que aluden exclusivamente al abuso del consumo (borrachera); la embriaguez es "la perturbación pasajera de las condiciones psíquicas y somáticas debido a la ingesta de alcohol en exceso; es sinónimo de borrachera y es el resultado de la acción del alcohol sobre el organismo (Jellinek, 1990). La *alcoholización* es un término que coloca a la ingesta en el marco de un proceso que la instituye y le da funciones específicas (relajación, convivencia, diversión, culto, etc.) dentro de la interacción social en una época, una sociedad y una cultura determinadas (Menéndez, 1991); no sólo se refiere al abuso o dependencia; abarca desde el consumo experimental o inicial hasta el alcoholismo, con todas las cargas socioculturales que eso implica.

b) Contribuyen a comprender y explicar la diversidad de funciones que tiene el consumo de alcohol en diferentes grupos y contextos socioculturales.

En general, los antropólogos tienden a no reducir conceptualmente al alcoholismo y la alcoholización como enfermedad; inclusive varios científicos sociales han planteado que la definición del alcoholismo como enfermedad ha limitado una interpretación correcta del problema.

La producción antropológica, ha tratado sobre todo de describir la funcionalidad colectiva de la alcoholización más que las consecuencias negativas individuales, de allí que inclusive muchos no lo planteen como "problema" sino que recuperen la funcionalidad positiva de dicho proceso. Debe subrayarse que esta interpretación surge del material antropológico elaborado por profesionales, que en su mayoría son de origen norteamericano, y en los cuales no sólo apenas se refieren las consecuencias negativas, sino que ni siquiera el proceso en su conjunto es leído en términos de control negativo, sino de control integrativo.

Algunos antropólogos latinoamericanos (De La Fuente, Pozas, Arciniega, Berruecos) han planteado al abuso en el consumo de alcohol en términos de problema social y económico, inclusive vinculado a un control ocupacional. Si bien en la producción antropológica domina una percepción "positiva", existen descripciones en términos de "conducta riesgosa", la cual no obstante, no es percibida como patología aislada, sino que está inserta siempre en marcos socio-estructurales.

Con mayor énfasis que otras áreas disciplinarias, la producción antropológica considera la alcoholización y el alcoholismo como un "instrumento", como un medio social y cultural a través del cual los conjuntos sociales implementan determinadas funciones. Esto se hace evidente en el primer trabajo antropológico de importancia teórica para América Latina, el de R. Bunzel (1960) sobre Chamula y Chichicastenango. Como lo reconoce la autora en un análisis de su trabajo en 1976, lo que destacó en su investigación no fue el estudio del alcoholismo "per se", sino la función y mecanismos sociales y culturales que la ingesta de alcohol implican.

Con respecto a la etiología del proceso de alcoholización está referida por un gran número de autores a la situación colonial y a los procesos de aculturación recientes, pero debe subrayarse que la relación situación colonial-alcoholización, casi no se ha sometido a investigación. Se la enuncia como parte de un proceso de estigmatización étnico y se centra en el análisis de las consecuencias funcionales. No es la etiología lo que constituye el problema teórico, sino la funcionalidad del fenómeno.

Desde esta perspectiva la alcoholización se interpreta como parte de una estructura económica y sobre todo ideológica o cultural, dentro de la que desempeña diferentes funciones, casi siempre referidas a integraciones aculturativas o de un nivel que se asocia con la supervivencia. Tanto las aculturaciones económico-sociales, como las analizadas sólo en términos ideológicos, se perciben en términos de la funcionalización y refuncionalización de la alcoholización, ya sea por una situación de dominación político-ideológica, por la incorporación a una economía de mercado o por la migración forzosa a medios de mayor urbanización o directamente urbanos.

Los antropólogos no se han preocupado mucho por los indicadores y variables inmersos en el fenómeno del consumo de alcohol en general. En un nivel no explícito pueden enumerarse los mismos que para la producción histórica y sociológica. No obstante, una característica de esta disciplina es la de abordar las variables globalizadoras, que implican una especie de explicación del fenómeno: nivel de participación y de integración social; patrones de alcoholización; secularización; machismo, violencia. Todos éstos, salvo tal vez el de secularización, se caracterizan por la dificultad de ser conceptual y operacionalmente precisos.

La práctica antropológica, probablemente ha sido la que más funciones del uso del alcohol ha destacado en dos niveles: el de los estudios de comunidad y de la encuesta etnográfica general, y el de las investigaciones específicas sobre el problema.

El primer tipo de estudios ha registrado una casi total generalización de la ingesta de alcohol en Latinoamérica; además de detectar las funciones de este fenómeno sin mayor análisis: Alimentaria, digestiva, curativa, psicotrópica, afrodisiaca, de sociabilidad, euforizante, de homogeneizador social y de opción frente al tiempo libre. Junto a este tipo de funciones, se han identificado otras que han sido descritas y analizadas extensamente en estudios específicos: Favorece la interacción social y los valores asociados; refuerza la seguridad individual frente a situaciones amenazantes y la seguridad colectiva frente a un mundo "vacío"; fortalece la integración en los procesos de aculturación y/o de pauperización; permite la afirmación de la hegemonía masculina frente a situaciones de deterioro de la misma (situación colonial, campesina, obrera, etc.); funciones de evasión y creación de espacios propios de acción; restablecimiento de la cohesión en procesos de cambios y/o de inseguridad social; funciones de reducción de la ansiedad, entre otras.

Algunos trabajos antropológicos han centrado su análisis en la “fiesta” y en los “rituales de posesión”. Desde esta perspectiva, la fiesta es el lugar de la alcoholización ritual colectiva, donde operan las transformaciones en un nivel imaginario, donde se niega la escisión entre lo individual-privado y que provisoriamente trata de colocar entre paréntesis la situación dominante que aparece como amenazadora, insegura u opresora. Los cultos de posesión en los casos americanos (amerindios, afroamericanos), donde está presente el uso del alcohol, procesan funciones similares a las de las “fiesta”. De manera instantánea, el deseo en la obtención efímera, pero real de unos instantes de goce profundo, que se sitúan, antes que con relación a la sociedad dominante, en un proyecto de alternativa, en un estado de alternación...” (Laplantine 1974: 44). La degradación de la “fiesta” y de los “rituales de posesión” convierte en mera borrachera microgrupal y/o individual lo que constituyó una respuesta organizada y normativa frente a procesos históricos de dominación. No obstante esta “degradación”, algunos antropólogos siguen ponderando la funcionalidad del alcohol en el nivel grupal, sea del grupo de esquina, del grupo de cantina o del grupo subcultural (étnico, etéreo, de género, etc.).

Parte de la producción antropológica ha subrayado las funciones ambivalentes y a veces conflictivas de la alcoholización; en general, no se ha descrito la funcionalidad contradictoria. No obstante, lo dominante ha sido el análisis de las funciones positivas, una serie de antropólogos latinoamericanos han señalado la doble funcionalidad de la alcoholización. Por una parte, una funcionalidad negativa que permite la utilización del indígena en determinadas relaciones de trabajo y facilita el control y la estigmatización; por otra, la facilidad que conduciría a este sector a una suerte de actividad antidominatoria basada en la construcción de comunidades “corporadas”, donde el alcohol aparece como medio integrativo y diferenciador.

Las consecuencias negativas del consumo de alcohol son consideradas por gran parte de la investigación antropológica, como secundarias, aún cuando algunos antropólogos latinoamericanos hayan ponderado las repercusiones en la criminalidad, desnutrición y pauperización en general, así como en la facilitación del control social. No obstante, debe subrayarse que durante la década de los setenta han disminuido comparativamente los trabajos antropológicos que tendían a describir las consecuencias negativas que, en su mayoría, se produjeron entre fines de los treinta y mediados de los cincuenta.

Los grupos y estratos sociales investigados con mayor frecuencia en el consumo de alcohol han sido los “indígenas” y el campesinado. Últimamente algunos autores hacen referencias a “subculturas alcohólicas” en las cuales se integran estratos sociales “bajos”, en particular los denominados “marginales”. Algunos conceptos utilizados por estos autores como el concepto de “mestizo”, pueden referir étnica y/o socialmente a sectores reconocidos como “medios”, pero esto debe ser resuelto en cada caso específico. Justamente una característica de estos trabajos es que suelen usar categorías como “mestizo” o “indio”, que han sido fuertemente cuestionadas en cuanto a su real significación por parte de otras ramas y corrientes tanto antropológicas, como sociológicas (Foster *et al.*, 1978). Esto puede ser producto de que gran parte de estas investigaciones fueron desarrolladas durante las

décadas de los cincuenta y sesenta, periodo en que esta conceptualización era dominante y recién comenzaba a ser realmente crítica. En la actualidad dicha conceptualización sigue utilizándose por algunas disciplinas sociales.

Entre otras cuestiones, cabe destacar que la mayoría de los trabajos antropológicos no buscan explícitamente halazgos o soluciones generalizables para la alcoholización. Del enfoque teórico dominante surge una fuerte tendencia a considerar la refuncionalización de la ingesta y de los patrones de consumo, más que una erradicación o reducción de los mismos, en la medida que potencialmente sólo los propios grupos podrían establecer una alternativa social ante su alcoholización. Esta concepción es congruente con algunos trabajos antropológicos que ponderan que las “soluciones” radican en la organización y participación de los propios conjuntos sociales.

La antropología ha generado una serie de enfoques y conceptos, en gran medida dominantes en relación con otras disciplinas sociales, que han ejercido cierta influencia sobre la práctica de la salud pública. Entre los principales enfoques utilizados en Latinoamérica se encuentran:

- 1) Funcionalismo, relativismo cultural, tendencias de cultura y personalidad. Todos pueden ser resumidos en el término de “culturalismo integrativo”, que ha sido la corriente dominante en los estudios sobre alcoholización. Estos enfoques han insistido en la función integrativa y han detectado la positividad de algunas funciones frente a un modelo médico que sólo afirmaba las consecuencias negativas y manejaba la dimensión epidemiológica a través de correlaciones simples y aisladas. Pero el conjunto de estos enfoques funcionó negando generalmente a la sociedad global estratificada y ponderando consciente o inconscientemente un modelo de aislamiento en el cual la alcoholización aparece como funcional. Generada la ruptura, la alcoholización puede devenir potencialmente negativa, o refuncionalizando su papel a través de pequeños grupos de pertenencia.

El material etnográfico y antropológico compilado por el programa de Yale (1992) fue procesado por Bacon, Barry y Child, con el objeto de hallar las variables y/o dimensiones independientes que emergieran como determinantes del proceso de alcoholización. El factor más importante detectado en las culturas comparadas, fue justamente la “integración alcohólica “. Este trabajo intercultural que sigue siendo hasta la fecha el de mayor extensión comparativa, constituye la mayor evidencia de la concepción antropológica dominante respecto de la función de la alcoholización, más allá de las hipótesis que los antropólogos han formulado. Si bien esta integración funcional se pondera, con frecuencia no se explica la necesidad de esta integración normativa, ni tampoco se explican ni se evidencian las funciones conservativas que esta funcionalidad cumple y que potencialmente favorecen a la sociedad dominante. Esta concepción ha influido notablemente en el modelo médico, ya que en parte este ha asumido los postulados del relativismo cultural, sin interrogarse demasiado sobre lo que dicho concepto explica respecto del proceso de alcoholización.

- 2) Por otra parte, las tendencias estructuralistas proponen los conceptos de anomia y de don. El primero ha tenido un notable desarrollo a través del funcionalismo crítico y el segundo a través de algunas variantes del estructuralismo. Estos conceptos, sobre todo el de anomia, ha sido utilizados con relativa frecuencia en Latinoamérica, pero más a nivel de interpretación, que de investigaciones específicas.
- 3) La producción antropológica en y/o sobre Latinoamérica ha utilizado con cierta frecuencia los conceptos de aculturación, privación cultural, ambivalencia cultural, pero sin profundizarlos en las investigaciones sobre alcoholismo. Las teorías de mayor desarrollo, salvo la de la integración, prácticamente no han sido aplicadas. Así, tanto la teoría del poder (Mac Clelland, 1980), como la de la dependencia (Bacon, Barry y Child, 1990), y la del control (Lemert, 1994) no han sido aplicadas a nuestras sociedades. Inclusive la corriente del interaccionismo simbólico sólo está representada por un trabajo que aplica el modelo gofmaniano a una comunidad oaxaqueña (Bacon, 1991)). Tampoco existen investigaciones que utilicen las concepciones de la teoría de la desviación ni otras variantes de la perspectiva marxista.

Algunos conceptos y enfoques propuestos en gran parte por la antropología, han tenido cierta verificación empírica a través del desarrollo de redes sociales, de la participación ideológica activa en grupos primarios, de la concepción del alcohol como un don en una cadena estructural, de la autoposesión social como posible vía de eliminación de la dependencia psicológica. Sin embargo, el hecho de enumerarlas, no significa que sean aceptadas, sólo se señala su posible incidencia. En última instancia, la concepción tipo Alcohólicos Anónimos, verifica en la práctica algunas de las posibilidades enumeradas.

Debe destacarse que una serie de conceptos propuestos o apropiados por los antropólogos, han tenido una extensa utilización como si realmente establecieran principios explicativos respecto del proceso de alcoholización, cuando lo que en realidad constituyen son evidencias empíricas o formalizaciones que no explican demasiado. Así, formulaciones como "machismo", "sanción positiva de la subcultura", "relación con el contexto cultural", "patrones de embriaguez", "tradicionalidad de la ingesta", etc. frecuentemente son aplicadas como si explicaran parcial o totalmente el fenómeno, cuando en realidad lo que hacen es referir el problema a otras instancias que, por otra parte, estas formulaciones no precisan, sino que opacan.

Es tal vez en la dimensión metodológica y técnica, donde reside la mayor importancia de la aproximación antropológica al estudio de la alcoholización. En casi todos los casos, esta aproximación supo analizar no sólo el alcoholismo sino la estructura global en la que opera la alcoholización y articular este proceso con la estructura global. Se busca no aislar el problema para situarlo funcional y/o estructuralmente. La mayor deficiencia de este enfoque fue reducir el conflicto y la contradicción de los procesos a simples ambivalencias y frecuentemente ignorar el conflicto o reducirlo a las dimensiones comunitarias, sin tomar en cuenta la

dimensión económico-política reduciendo su nivel de análisis a los procesos sociales y sobre todo ideológicos o culturales.

La segunda aportación sustancial refiere la aplicación de técnicas directas, profundas y de larga duración. Para un fenómeno conceptualizado como “desviado”, los materiales oficiales, tanto de tipo jurídico-policial como médico están influidos potencialmente por las concepciones dominantes (Natera, s.f.). Existe toda una gama de problemas planteados por la alcoholización, a los que sólo es posible acceder a través de este tipo de técnicas etnográficas: problemas como la producción y consumo clandestinos, utilización jurídica de la alcoholización, la alcoholización de los sectores empresariales y ejecutivos y de determinados grupos políticos y el uso conflictivo del alcohol por los trabajadores, no pueden ser detectados a través de encuestas o de registros estadísticos. En consecuencia sólo el trabajo directo, constante y la participación con los actores pueden dar cuenta, por lo menos parcial de estos hechos.

La aproximación antropológica supone casi necesariamente que sea el propio investigador el que trabaje directamente en campo, y no que obtenga la información a través de encuestadores u otros intermediarios, que se constituyen en buscadores de datos desconectados de la significación teórica y procesal de la información obtenida (Lerín, 2004). El estudio directo, donde el informante es sólo parte de un conjunto y de un contexto, constituye la clave de su trabajo. Obtenidos los datos más generales (que son los más fáciles de obtener, como el sexo, edad, tamaño familiar, ocupación, nivel de alfabetización, etc.), el trabajo recién empieza y supone técnicas cualitativas. El uso de estas técnicas en los estudios sobre alcoholización desnaturalizó el sentido de la misma y su potencialidad de aportar información estratégica. Actualmente suele aplicarse la técnica del informante clave, como si fuera una entrevista estructurada de mediana duración, y frecuentemente se aplica sin la participación directa de los que “trabajan teóricamente” el problema. Para una concepción antropológica, esto no constituye una comprensión del significado de sus técnicas de trabajo de campo.

Desde la perspectiva metodológica, otros dos aportes antropológicos son significativos. El primero refiere a la relativización de los conceptos sobre alcoholización, que si bien puede ser cuestionada, ha servido para cuestionar la hegemonía del modelo biomédico en cuanto a la medicalización del proceso de alcoholización. El segundo aporte se refiere a la tendencia de no reducir las hipótesis explícitas o no, a meras hipótesis descriptivas, sino a tratar de producir interpretaciones de tipo explicativo y/o comprensivo. Esta aproximación contrasta con la dominante en los trabajos sociológicos y epidemiológicos sobre alcoholización.

La antropología ha centrado su trabajo en dos áreas problemáticas básicas. En la dimensión etnohistórica, con trabajos enfocados a discutir la existencia o no del alcoholismo precolombino. Los antropólogos sociales y culturales, como ya se señaló, se han abocado a la descripción y análisis de las funciones de integración que tiene el consumo de alcohol. La mayoría de la investigación antropológica sobre el proceso de alcoholización fue generada desde mediados de la década de los

cincuenta hasta finales de los sesenta, y si bien, dicha producción se ha mantenido en la década de los setenta, en términos comparativos ha disminuido.

La problemática no estudiada o que se ha dejado en segundo término desde los antropólogos es en parte similar a la referida para la práctica histórica, no obstante, pueden hacerse algunas acotaciones especiales. Así, como ya se apuntó, desde la perspectiva etnohistórica aparece cierta cantidad de trabajos sobre la existencia o no de alcoholización precolombina, pero son inexistentes aquellos que analicen la funcionalidad cotidiana de la ingesta de alcohol en dicho periodo. Desde la perspectiva de la antropología social resulta significativa la lectura dominante de la alcoholización en términos de integración y la casi inexistencia de estudios en términos de control social. Como dice Lemert (1981): "Si bien varios trabajos antropológicos han tratado de investigar el significado social y cultural de la ingesta de alcohol, lo han hecho en términos de un código abstracto y no como un proceso social de control simbólico concreto".

En sus trabajos actuales, tanto la información epidemiológica, como la referida a la producción y consumo de alcohol es muy escasa, o directamente dichos tipos de datos no se han tomado en cuenta. Esto no resulta extraño, pues constituye una limitación ideológica del modelo antropológico dominante (Menéndez, 1981).

Un hecho notable es la escasa producción de trabajos realizados por latinoamericanos. Esta constante se ha mantenido hasta la actualidad. En el caso mexicano resulta particularmente destacado, dado que el problema fue reconocido muy tempranamente y a nivel de investigación directa de campo. Así, en 1939 informa Mendieta (1939: 88-89) que, cuando desempeñó el cargo de Consejero del Departamento de Asuntos Indígenas para obtener datos sobre alcoholismo:

....Dirigimos una investigación por medio de cuestionarios enviados a los Procuradores que tiene el Departamento citado en las distintas regiones del país. Los procuradores a su vez llevaron a cabo una investigación directa entre los grupos indígenas que habitan en los lugares de su jurisdicción. De esas investigaciones se desprende lo siguiente: a) El 60% de los indígenas adultos toma bebidas embriagantes; b) el vicio de la embriaguez es más común en el hombre que en la mujer indígena; c) entre los indígenas es costumbre dar bebidas embriagantes a los niños; d) las numerosas festividades religiosas favorecen al alcoholismo; e) favorecen también al alcoholismo la fabricación familiar de bebidas embriagantes, los expendios clandestinos, la miseria, la incultura, la falta de diversiones y de actividades hacia las cuales sea posible derivar energías, fuera de las horas de trabajo; f) el gasto en bebidas alcohólicas ocupa más del 50% del presupuesto familiar; g) el alcoholismo provoca entre los indígenas la comisión de delitos de

sangre, desde simples riñas hasta homicidios que son frecuentes; *h*) tomando en cuenta el salario realmente pagado a los indígenas en relación con el costo de las bebidas embriagantes en las regiones que habitan, con la cantidad que ingieren de ellas por término medio se llega a la conclusión de que les queda margen tan corto, que apenas bastará para cubrir los gastos de una alimentación defectuosa, de tal modo que para adquirir vestidos, únicamente los indispensables y otros artículos de uso personal, necesitan contraer deudas y pagarlas con un recargo del ciento por ciento; *i*) los políticos hacen sus propagandas para las elecciones y se ganan votos repartiendo bebidas embriagantes; *j*) las autoridades locales agravan la situación económica de los indígenas imponiendo multas a quienes se embriagan; *k*) aún tienen por costumbre algunos patrones, pagar parte del salario de los indígenas en bebidas embriagantes a pesar de todas las leyes que lo prohíben.

Como se observa, aparecen enumerados gran parte de los problemas de la alcoholización, inclusive algunos que no fueron casi tratados ulteriormente (ingesta infantil, desnutrición, manejo político, manejo laboral), sin embargo, la producción de origen mexicano y latinoamericano no se desarrolló.

Es de llamar la atención que tanto la producción culturalista, como la radical marxista y no marxista, no hayan descrito ni analizado la función de la alcoholización en los procesos denominados de “etnocidio”; máxime cuando dicha área de problemas ha sido desarrollada por la antropología norteamericana y canadiense para sus grupos indígenas y dada la notable cantidad de informes sobre el etnocidio producido sobre Latinoamérica durante los sesenta y primeros años de los setenta.

Asimismo, la información estratégica que debiera generar la antropología es la obtención de datos reales sobre las frecuencias, cantidades y patrones de ingestión; datos que no han podido ser detectados por la técnica de encuesta, la cual, evidencia un continuo fracaso al respecto debido a que trata de mantener estrategias, técnicas e instrumentos sin validación transcultural o se interpretan los datos fuera del contexto sociohistórico de las comunidades de interés. Esta información no tendría demasiado valor si no se establece su vinculación funcional y estructural; de allí que la práctica antropológica debería concentrarse en dos objetivos básicos: la descripción de la funcionalidad de la alcoholización, pero en un nivel conflictivo y contradictorio y no en el mero acentuamiento de la integración “cultural”, y la descripción y análisis de la significación y continua resignificación social que la ingesta de alcohol tiene para los conjuntos sociales estratificados.

Un último objetivo práctico debiera orientarse a la construcción de estrategias autogestionarias, que pueden desarrollarse a partir de los sectores con los cuales se trabaja y hacia la aplicación del modelo médico a los alcohólicos. La inexistencia de este último tipo de investigaciones contrasta con la notable producción de monografías antropológicas sobre la relación médico-paciente, por ejemplo.

Son varios los trabajos en torno a los inicios de la investigación social y cultural del alcoholismo. Destacan los de Horton (1943), quien analizó la personalidad y la cultura como partes de un mismo fenómeno, destacando el alcohol y su función en diversas sociedades, donde el grado de ingestión varía en función de la cultura: hay excesos donde se produce ansiedad por la inseguridad en la subsistencia, aunque también en sociedades desarrolladas el alto grado de urbanización provoca desorganización, estrés y ansiedad. Otros autores, como Field (1962), afirman que el exceso debe analizarse en función de una organización social débil y difusa más que en relación con las ansiedades derivadas socialmente.

Honigmann (1967) afirma que las diferencias en la ingesta se deben a que las formas de beber se convierten en patrones sociales y que las expectativas en torno al alcohol también varían por la cultura. Otros autores, como Westermeyer (1971), argumentan que el alcohol es empleado dentro de un contexto social rígido, mientras que Pawlak (1973) manifiesta que el alcohol es un depresor con potencial de sobredosis y es causa de graves conflictos sociales. Chafetz y Demone (1962) enfatizan las actitudes autodestructivas de los que ingieren en exceso, mientras que Snyder y Landman (1951) comparan los patrones de ingesta entre las culturas judía e irlandesa. Bales (1942) señalaba que existen diferentes tipos de estructura social como factores curativos en la adicción al alcohol. En la discusión en torno a las características socioculturales de la ingesta de bebidas alcohólicas, destacan los trabajos de Devereux (1940) y Bunzel (1940) en cuanto al rol y funcionamiento del alcohol en culturas centroamericanas; Pittman y Snyder (1962) en los aspectos comparativos culturales y Graves (1966, 1967 y 1970) en el análisis de conductas desadaptadas como la alcohólica, que implica estrés psicológico. Lomnitz (1973) analiza las formas de vida en un barrio y demuestra cómo las redes de intercambio constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la comunidad, donde alcohol juega un papel trascendente.

Es importante considerar tanto las variables socioculturales como la necesidad de investigar estos aspectos (Berruecos, 1974). A partir de estos estudios se dispone de información para explicar cómo este hecho se construye socialmente y se ha establecido como elemento cultural integrador de las relaciones sociales, positivas o negativas. El proceso de alcoholización muestra que el alcohol puede estar más o menos jerarquizado y puede ser percibido por distintos sectores y actores como elemento generador de patologías y conflictos o bien, como factor de funcionalidad social.

La ingesta de alcohol puede analizarse desde dos tipos de funciones, ya que el alcohol es admitido dentro de las sociedades; es aceptado como elemento motivador en reuniones de amigos, familias, de trabajo o estudio, lo que tiene que ver con patrones, costumbres y tradiciones. Pero también se debe a veces a causas evasivas o de otro tipo, a insuficientes opciones recreativas que son fácilmente remplazadas por el consumo del alcohol (Bacon, 1991).

La función primaria del alcohol en la sociedad es reducir la ansiedad, unas veces de forma manifiesta como en el caso de las sociedades

primitivas y otras de modo latente. Sólo cuando el individuo cae en un estado dependiente..., se reconoce la función latente, ya que en este caso es rechazado y marginado por la sociedad al presentar una conducta desviada. Así el alcohol cumplirá su papel de ansiolítico social en un doble sentido: de solucionador neurótico de las tensiones y mecanismo tolerado en el medio en que actúa. Podemos decir entonces que el consumo del tóxico es querido por la sociedad que acepta de ese modo la evasión de sus problemas, sancionando como mecanismo alternativo de relajación el uso de una droga. El uso del tóxico para librar tensiones viene también determinado por la falta de otros mecanismos alternativos de idéntica finalidad, la cultura influencia el alcoholismo de tres modos: creando la tensión, tolerando el consumo para aliviar y no suministrando alternativas validas de solución. Es claro que si el mecanismo ofrecido no es el alcohol sino otro tóxico, la dependencia será otra (Tapia *et al.*, 2003).

Hoy se sabe también que varias de estas funciones del alcohol han sido impuestas en un proceso histórico de dominación e intereses externos a los sujetos sociales: el uso del alcohol como factor de enganche laboral y la obligación de costear las bebidas en muchos de los sistemas de mayordomías, son claros ejemplos de esto. La concepción histórica del proceso de alcoholización resulta esencial para comprender muchos de los comportamientos de consumo de los indígenas de nuestras sociedades.

La producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas entre los mayas, fueron actos de naturaleza curativa, sacra y ceremonial, aún cuando existiese también un consumo secular. Esas prácticas persisten aunque cada vez están más secularizadas. La secularización puede ser atribuida a la introducción del aguardiente, que se producía y consumía en la región desde el siglo XVII y cuyos efectos destructivos fueron tempranamente reconocidos tanto por los indios como por los españoles. Pese a sus efectos negativos, su uso se integró rápidamente en las culturas indígenas. El carácter sagrado del consumo, su notable aceptación, su función en la integración del grupo y al mismo tiempo, sus efectos negativos, constituyen una guía para explicar las dificultades que se oponen a su eliminación o al cambio de las pautas de consumo" (De La Fuente citado en: Menéndez, 1991: 176).

El alcohol desempeña un papel esencial en la sociabilidad de los individuos y de los pueblos, en las ceremonias agrícolas, en numerosos ritos de paso, en curaciones de medicina tradicional y en la adquisición de bienes materiales. Pero junto a estas funciones "armonizadoras de la sociabilidad", no es posible disimular sus repercusiones negativas: gasto en bebidas que contribuye a aumentar o perpetrar la pobreza, consumo de alcoholes adulterados que afecta drásticamente al organismo, vinculación del consumo con el delito y las conductas violentas con su consiguiente estigmatización o marginación social; relaciones de dominación por

dependencia alcohólica; daño físico y psicológico en el organismo; predominio de una patología que se traduce en altas tasas de cirrosis, padecimientos cardiovasculares, diabetes, homicidios, suicidios, riñas, etcétera.

La alcoholización es un proceso con múltiples significados, atribuciones, funcionalidades y consecuencias (positivas y negativas) en la interacción de los sujetos sociales (individuales y colectivos), en un contexto histórico y en una cultura determinados (Menéndez, 1988). Este proceso puede abarcar al alcoholismo como enfermedad pero no se circunscribe al problema concebido como patología, es decir, referir el proceso de alcoholización no implica que todos los usuarios de bebidas alcohólicas lleguen al estado de dependencia alcohólica o alcoholismo. Se refiere a todo el proceso donde se inscriben múltiples funciones y consecuencias (negativas y positivas) que la ingesta de bebidas alcohólicas cumple en los conjuntos sociales y que abarca al consumo moderado, excesivo, dependiente y hasta la abstinencia.

Esta perspectiva antropológica pretende evitar la reducción del problema a términos exclusivos del proceso salud/enfermedad; es decir, si bien la problemática de la alcoholización es común a diferentes disciplinas, el objeto y objetivos de trabajo están diferenciados: “para la producción antropológica, la alcoholización no constituye exclusivamente un problema de enfermedad, si bien la enfermedad puede ser parte de dicho proceso, mientras que para la perspectiva biomédica conforma unilateralmente un problema patológico” (*Ídem*: 15).

3.5. Miradas antropológicas sobre el uso de alcohol en México

Existen reportes de estudios médicos enfocados a los efectos del consumo en el organismo humano y que datan de finales del siglo XIX, aunque la investigación psicosocial y cultural sobre este problema en México se remonta apenas a los años setenta (Berruecos, 2005). Sin embargo, en México, la investigación científica sobre los patrones de consumo y el alcoholismo es en realidad muy reciente, aun cuando el exceso en el consumo y la propia enfermedad constituyen, sin duda alguna, graves problemas de salud pública.

Pese a la falta de investigaciones profundas a este respecto, México es, probablemente, uno de los países que dispone de los mejores estudios sobre el problema del alcoholismo y del proceso de alcoholización como un complejo socio-cultural en las poblaciones indígenas. Obra de antropólogos nacionales y extranjeros (e, incluso, de psicólogos como Erich Fromm), el interés por el tema ha producido una extensa bibliografía y ha forjado una notable tradición de investigaciones. Estas investigaciones establecen un parentesco con otros trabajos históricos, etnohistóricos (incluidos estudios de historia económica sobre la producción alcoholera en México), que nos ayudan a comprender mejor el complejo proceso de la alcoholización.

En el ámbito científico prevalece dominante el enfoque biomédico en detrimento de los estudios de corte social, psicológico y cultural, a lo que habría que agregar que existen innumerables estudios en zonas urbanas y no en el campo, a pesar de que la población rural en México aún es considerable. Esto afecta particularmente el conocimiento que se tiene de las comunidades indígenas, donde la pobreza y la marginación acentúan los efectos del consumo (Berruecos, 1989).

Muchos son los problemas que aquejan desde hace siglos a los indígenas mexicanos: relacionados con salud, educación, vivienda, alimentación, empleo, comunicaciones, entre otros. A esto hay que añadir el alto consumo de alcohol en estas comunidades, reportado por no muchos estudios al respecto, por lo cual, resulta paradójico que, habiendo fundado un gran país, en la actualidad sus descendientes vivan tan mal, dentro de la estructura social y económica de México, a pesar de los diversos movimientos que luchan por reivindicar sus derechos (Berruecos, 2007).

En las investigaciones antropológicas sobre el uso de alcohol en indígenas hay diferencias de enfoque. Algunos autores subrayan la función social positiva del consumo de alcohol y conceden poca importancia a los daños. Otros, especialmente autores mexicanos como Ricardo Pozas, Julio De La Fuente, Luis Berruecos, Eduardo Meléndez, Guillermina Natera y Sergio Lerín, han producido estudios que equilibran la visión entre la “capacidad integradora e identitaria” del proceso de alcoholización y el análisis de los riesgos, el control social, la pobreza, el delito, la enfermedad y la muerte. A finales de la década de los sesenta, aparecen por primera vez los estudios sociales y culturales acerca del consumo del alcohol (Medina-Mora, 1998a; Berruecos, 1988a).

Esta conformación histórica del proceso de alcoholización, resulta esencial para comprender muchos de los comportamientos de los grupos indígenas de hoy. Por ejemplo, en su estudio sobre el alcoholismo en Chamula, Chiapas, De La Fuente (1998) señalaba:

La producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas fueron entre los mayas actos de naturaleza curativa, sacra y ceremonial, aun cuando existiese también consumo de tipo secular. En considerable medida, estas características persisten entre estos grupos, pero cada vez más secularizadas. La secularización puede ser atribuida a la introducción del aguardiente; éste se producía y consumía en la región desde el siglo XVII, y sus efectos destructivos fueron tempranamente reconocidos tanto por los indios como por los españoles.

Pese a los efectos negativos, el uso del aguardiente se integró rápidamente en las culturas indígenas. El carácter sagrado del consumo de alcohol, la notable integración cultural del mismo, su función en la integración del grupo y al mismo tiempo sus efectos negativos constituirán una guía para analizar el rol del consumo del alcohol en estas culturas, así como para poder explicar las dificultades que se oponen a su eliminación o a la modificación de las pautas de consumo.

La idea de que la irresponsabilidad bajo los efectos de la alcoholización, es decir, la aceptación social de que la conducta del “borracho” no es una conducta punible, es característico de muchos estratos sociales y, entre ellos, de diversos grupos indígenas.

Bajo los efectos del alcohol “se dicen verdades” contra la autoridad, se revelan comportamientos que en otras ocasiones son objeto incluso de severo control. Bajo los efectos del alcohol, se muestran tanto las patologías sociales como las patologías orgánicas (Pozas, 1992).

Así, diversos investigadores afirman que el alcohol juega un papel esencial en la sociabilidad de las fiestas “del santo patrono”, en la concertación de matrimonios, en la reciprocidad del compadrazgo, en las ceremonias agrícolas, en numerosos ritos de paso, en curaciones tradicionales y en el pago de diferentes productos. Aunque, de forma simultánea a estas funciones de sociabilidad, no es posible disimular sus repercusiones negativas:

1. El gasto en alcohol (que en ciertos grupos supera al invertido en alimentos) contribuye a perpetuar la pobreza.
2. El consumo de alcoholes adulterados o de pésima calidad que afectan drásticamente al organismo.

3. La vinculación de la alcoholización al delito (y no sólo como motor de la violencia, sino por la asociación delictuosa ligada a la producción clandestina, al contrabando o a la venta de productos adulterados).
4. El daño físico en organismos que han sufrido procesos crónicos de desnutrición y parasitosis, provocando un proceso diferencial de mortalidad superior a la de otros sectores sociales mejor nutridos que, incluso, pueden consumir mayores cantidades de alcohol absoluto o de mejores calidades.
5. Las relaciones de dominación por dependencia alcohólica (por ejemplo, por deudas o “favores” de reciprocidad).
6. El predominio de una patología individual y grupal que se traduce en altas tasas de homicidios, suicidios, cirrosis, síndrome de dependencia del alcohol, padecimientos cardiovasculares, etcétera.

Un elemento que sólo en los últimos años ha sido subrayado es la función del alcoholismo en las relaciones hombre-mujer, y las formas sutiles o brutales que esa relación adquiere. Al mismo tiempo, y como resultado de mecanismos complejos poco conocidos, es notable el incremento del consumo femenino de bebidas alcohólicas, tanto en las sociedades indígenas como en el conjunto de la población mexicana. Este incremento en muchos casos no ha hecho sino aumentar la dominación masculina.

En este sentido, la antropología, por su propia naturaleza, se enfoca en el estudio de este fenómeno desde el punto de vista social y cultural, resaltando los factores que motivan al individuo para usar las drogas, y la diferenciación en cuanto a las formas y maneras de uso y abuso de las mismas (Berruecos, 1974). Para la Antropología, el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas es un problema que debe abordarse desde la perspectiva cultural, entendiéndola como los patrones y creencias, costumbres y formas de vida de un grupo social. Así, cada sociedad define qué, cuándo, cómo, a qué hora, con quién, por qué y para qué de dicho consumo.

Como se señaló previamente, las drogas siempre han estado presentes en mayor o menor medida en la historia del hombre y cumplen funciones diversas: para cohesionar a los individuos o para separarlos; solidifican una relación social o sellan un pacto financiero; para evadirse de la realidad, para acercarse a dios o para permitirle a un individuo aproximarse a otro. Las funciones que las drogas tienen son múltiples, pero no hay que confundir las drogas de abuso con las que el hombre ha inventado para mitigar el dolor o curar una enfermedad, de las cuales, por cierto, también se puede abusar. Así, se habla de drogas legales e ilegales, de drogas que paradójicamente curan y de otras que dañan y pueden matar, de drogas tradicionales y de drogas comerciales. Si volvemos al alcohol, por ejemplo, son múltiples las bebidas destiladas y fermentadas que se encuentran en el mercado, pero, por ejemplo, poca gente sabe que los grupos indígenas que hay en México, preparan para sí y de maneras muy rudimentarias más de 150 bebidas tradicionales

fermentadas, para su propio consumo, por lo que no se encuentran comercialmente; son muy sofisticadas en cuanto a su diseño y producción, y logran su cometido de provocar efectos en el organismo, y son preparadas a base de raíces, frutos, comestibles e incluso otros productos de la naturaleza (Berruecos, 1994a).

El consumo de estas sustancias no es igual en las zonas urbanas que en las rurales, por diferentes razones. Se ha visto que en las últimas, las relaciones son más estrechas, cara a cara, todo mundo se conoce; hay más solidaridad y, por tanto, los mecanismos para incrementar dicha solidaridad son múltiples: el compadrazgo, las fiestas religiosas, las ceremonias asociadas a los ritos de iniciación ligadas a la religiosidad y a la religión, como por ejemplo, el nacimiento, el matrimonio, la muerte, la presentación en sociedad, etcétera. Hay una relación estrecha entre la economía y la religión; por citar un simple caso, tenemos las fiestas asociadas al cultivo de ciertos productos. Hay una explicación lógica del porqué del uso de ciertas sustancias, así como también la hay del abuso o del consumo excesivo; en el caso del alcohol, la droga más consumida en el mundo, éste *favorece* la interacción social cuando los individuos, al ingerirlo, se desinhiben y pueden relacionarse de *mejor* manera; por eso se dice que el alcohol es un perfecto lubricante social y se utiliza en todo tipo de acontecimientos, ceremonias, tratos comerciales, incluso, en el duelo y para aliviar el dolor que produce la ausencia física de un ser querido. El alcohol se convierte también en símbolo de estatus. Una fiesta es buena si circula suficiente alcohol en ella y mejor si es de buena calidad. En las ciudades se consumen los productos que se anuncian, legales e ilegales, los que se ponen de moda, los que son accesibles, los que no involucran un peligro en cuanto a su adquisición, pero sí en cuanto a su producción, circulación o distribución. La publicidad (por cierto, poco sancionada por las autoridades) tiene un papel fundamental al moldear las preferencias del consumidor (Berruecos, 2002c, 2003b, 2004b).

El alcohol regula las prácticas sociales, pero a veces algunas sustancias pueden facilitar el instinto gregario o favorecer la cohesión del grupo o incluso, servir como válvula de escape para las tensiones sociales generadas. Un ejemplo: en la Sierra Norte de Puebla, en algunas comunidades nahuas que hemos estudiado, se les permite a las mujeres emborracharse pero sólo una vez al año; en ese día y sólo en ese ellas mandan, incluso meten a sus esposos a la cárcel para desinhibirse con libertad. A veces, a los niños se les permite beber en algunas celebraciones religiosas del santo patrón del pueblo (Berruecos, 1996). Recientemente, se dijo que en México 60% de las bebidas alcohólicas que se venden en el mercado, están adulteradas, contienen metanol y pueden incluso provocar ceguera. La producción clandestina en el campo y en la ciudad es enorme y representa muchos miles de millones de pesos que evaden el fisco.

Cabe destacar que todos estos estudios coinciden en retomar una serie de planteamientos teóricos y metodológicos que recuperan la perspectiva del actor y el entorno social. Por un lado, el enfoque holístico de la antropología conlleva a analizar

los problemas globalmente, de manera contextualizada a distintos niveles de la realidad y a través de articulaciones dialécticas diversas, a fin de conocer, comprender y explicar de manera concreta un problema, al tiempo que se formulan reflexiones genéricas, se verifican teorías y se integran nociones alternas. Por otro lado, sus métodos etnográficos, implican una interacción continuada con el grupo de estudio en su ambiente natural, lo que permite acceder de manera casi inmediata a la realidad microsocia, bajo un marco teórico oportuno, al contraste de los datos y explicaciones previas de los niveles progresivamente más macros, integrando los significados en ambos niveles.

La práctica antropológica incorpora las técnicas cualitativas (observación directa, entrevistas en profundidad, grupos de discusión, construcción de biografías o redes sociales) que facilitan la identificación de elementos sustantivos para la construcción y deconstrucción de un objeto de estudio, con mayor control de las variables contextuales, la posibilidad de elección sobre los informantes y el establecimiento de relaciones más empáticas y equitativas con los actores sociales (Romani, 1997).

Con estas bases se pretende contribuir a profundizar en la concepción antropológica del consumo de alcohol como manifestación de la socialización y significación cultural del curso de vida y del proceso salud-enfermedad-atención. El análisis parte de la consideración de los aspectos vinculados a la sociedad humana capaces de incidir en el estado de salud de la población en distintos niveles de organización social. La antropología debe estudiar los factores socioculturales que acompañan al proceso de alcoholización.

No se puede referir el consumo de alcohol o de cualquier otra droga, sin tener en cuenta la cultura, pues de ese modo de vivir que aprehendemos al nacer, crecer, reproducirnos y morir en un grupo humano, aprendemos también a explicarnos la realidad y afrontar cualquiera de los fenómenos implícitos en la salud y la enfermedad (*Ídem*).

La cosmovisión de la salud y las explicaciones de la enfermedad o padecimiento forman parte de las creencias, representaciones y prácticas de los colectivos y, por tanto, varían entre los grupos sociales (López y Peña, 2007). Para algunos, el padecimiento puede ser causado por seres humanos con poderes, fuerzas sobrenaturales, accidentes, excesos, castigos o deficiencias. Estas creencias y simbolismos en ocasiones pueden crear reticencia para acudir a los servicios basados en la biomedicina. En contraparte, los sistemas tradicionales de medicina desempeñan un rol importante en la prevención y curación porque se adaptan mejor a las concepciones y experiencias de los grupos étnicos.

Los curanderos, yerberos, parteras y chamanes, curan mediante rituales, experiencias adivinatorias, limpiezas y rezos, con el uso de

plantas medicinales, purgas y masajes. Por eso, no rompen con la naturaleza de los pueblos, forman parte de esta (OPS, 2001).

En la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, no hay que olvidar que la ingesta de alcohol es casi inherente a la vida del ser humano y lo acompaña desde el nacimiento hasta la muerte, a través de rituales, festejos, tradiciones e intercambios sociales. Por esta razón, el consumo moderado nunca ha sido considerado un problema social o de salud, hasta que se convierte en una situación de abuso que se identifica como conflicto y conforma un cuadro clínico identificado desde la medicina hegemónica como alcoholismo y desde el estigma derivado de los postulados biomédicos como embriaguez.

El alcohol sirve tanto para convalidar una situación social, como para provocar una relación problemática entre las personas. El alcohol cohesiona, pero también puede ser causa de violencia y crimen; permite una interacción más abierta entre los que lo ingieren durante una reunión, pero puede causar sospecha, revancha y castigo. El que invita a una fiesta y no ofrece alcohol es criticado; el que ofrece bebidas caras y abundantes es reconocido y respetado. El alcohol es factor de cohesión y movilidad pero puede convertirse en un medio de ruptura, desintegración y desprestigio (Berruecos, 1996).

Hasta ahora, son pocas las investigaciones que sobre el tema se han realizado en México desde el enfoque antropológico. Sin embargo, sus aportaciones son fundamentales para comprender y atender este problema:

1. Desde sus *objetivos* como disciplina social y humanista, la antropología en este campo, ha llegado a comprender los modos de vida, prácticas, creencias, representaciones, significados, discursos y relaciones sociales que se encuentran implícitas en el uso y abuso de bebidas alcohólicas en el contexto específico y la vida cotidiana.
2. Desde sus *paradigmas* holísticos, ha aportado propuestas teóricas y conceptos que distinguen a la alcoholización del alcoholismo y la embriaguez, desmitificando el consumo al quitarle la *carga de enfermedad* y desestigmatizando a los usuarios (quitando etiquetas de delincuente, desviado, vicioso, pobre, enfermo, indio).
3. Desde sus *métodos* etnográficos y sus técnicas cualitativas, ha contribuido a otorgarle voz, rostro, nombre, historia e identidad a los sujetos sociales, desde que los busca, los *trae del anonimato* de las "poblaciones ocultas" y los conduce en la reconstrucción del objeto, considerando y respetando sus opiniones, ideas, valores y *sentires*.
4. Desde sus *resultados*, ha conseguido su inclusión en el diseño de políticas y servicios de atención a la salud más incluyentes y que, al menos desde su planeación, consideran la necesidad de proporcionar respuestas más acordes a las demandas específicas de las poblaciones a que se dirigen.
5. Desde sus *metas*, reconoce, respeta y genera conciencia sobre la diversidad biológica, cultural y social de los individuos y los colectivos.

Se desprende así la necesidad de dar continuidad a investigaciones que permitan identificar, describir y explicar desde esta perspectiva, los aspectos biológicos, culturales y sociales que se trastocan con las prácticas de consumo de alcohol y que son particulares de las etnias mexicanas para avanzar en una comprensión más integral de esta problemática.

A los investigadores sociales interesa en particular la demanda más que el de la oferta para analizar: qué consume la gente, por qué, cómo, cuándo, dónde, con qué fines, a fin de diseñar programas más efectivos para la prevención, tratamiento, rehabilitación y movilización comunitaria.

El consumo debe ser comprendido en un contexto amplio, como una de las manifestaciones de la estructura social y del encuentro y desencuentro de procesos culturales entre diversos actores y momentos sociales (Rocabado, 1995: 13).

El alcohol forma parte importante de los ciclos de vida que se inician con el pedimento de la novia hasta el nacimiento del hijo y su paso por los diferentes procesos (Rivera Cruces, 2001 y García Salgado, 2001) y momentos sociales; es parte de las tradiciones y costumbres de los pueblos desde tiempos ancestrales (Vargas Guadarrama, 1999; Medina-Mora, 1999) y también es uno de los negocios más importantes que existen en México como en muchos países.

Es importante tener en cuenta que la atención de este tipo de problemas debe ser congruente con las formas de sentir, pensar, actuar del individuo y de la cultura a que pertenece, que sólo tendrá éxito si está en armonía con su entorno cultural. Con ello, será factible proponer diferentes vías de abordaje en función de las características y necesidades particulares de los sujetos. Así, para el abordaje del consumo de alcohol es prioritario retomar la cosmovisión y participación de estos grupos, la historicidad del pensamiento y las prácticas tradicionales relacionadas con el empleo de bebidas alcohólicas en diferentes etapas de la vida, distintas poblaciones y condiciones sociales alternas.

Evitar el desencuentro cultural en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, depende en gran parte de la incorporación de un enfoque intercultural²⁵, como la complementariedad entre dos sistemas (denominados “institucional” y “tradicional”), teniendo como objetivo común, hacer frente al padecimiento y mejorar la salud y el bienestar en las regiones indígenas.

²⁵ Para la OPS (2001), el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales, étnicas, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. Implica la valoración y el respeto de las personas y de los pueblos indios. Pretende modificaciones importantes, convocando a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, geográficos, económicos y culturales de los pueblos indígenas y del problema.

Estas dimensiones constituyen un campo de trabajo dinámico porque confrontan e interactúan distintos sectores y factores que participan en ambas actividades, pero se encuentran sujetas a los cambios y modificaciones que dichas actividades, en su nueva estructuración puedan presentar. Se debe transitar de un modelo basado en la información y en la transmisión a un modelo que valore la reflexión, la participación y el cambio.

Se pueden explicar las causalidades desde la aprehensión de los condicionantes estructurales o ubicar la explicación en las diferencias moldeadas desde la cultura. Encontrar la causalidad de un problema implica cierta reflexión sobre él, a través de lo que antropológicamente se denomina un proceso de extrañamiento, un distanciamiento y cierta objetivación. Una condición de esta postura supone el tratamiento del relativismo, central en el desarrollo de la antropología, que implica el respeto de toda manifestación sociocultural ejerciendo una descentración de los valores propios al momento de emitir un juicio valorativo.

La importancia de recuperar lo obvio radica en que puede emerger como evidencia relevante de procesos estructurales y que los sujetos, en su cotidianidad, lo apropian como hecho individual y natural (Menéndez, 2002). Para ello, se torna necesaria una actitud indagatoria que implica retomar los procesos propios de la población para construir su cotidianidad; requiere de instancias de trabajo comunes sobre problemáticas comunes; “conocer” del propio grupo sus representaciones, sus acciones, sus prácticas a partir de la apropiación de sus saberes sobre “su realidad”.

La reflexión de estos aspectos se inscribe en el proceso de seguir construyendo un marco bioantropológico para reconocer y atender las condiciones de salud y vida de los grupos étnicos mexicanos.

3.6. El enfoque del “curso de vida”

Entre la variedad de orientaciones teóricas que desde las ciencias sociales se han propuesto y han dirigido la investigación empírica, el “enfoque del curso de vida” constituye una plataforma desde la cual es posible analizar la vinculación entre las vidas individuales y el cambio social.

Este enfoque surgió como una propuesta de convergencia de diversas aportaciones interdisciplinarias, sobre todo, de la sociología, historia, psicología y demografía (O’Rand, 1998). En 1970, esta perspectiva comenzó a desarrollarse plenamente. Desde entonces a la fecha, han destacado las contribuciones de uno de sus principales exponentes, el sociólogo estadounidense Glen Elder (1974, 1999).

En términos generales, el enfoque del curso de vida pretende analizar la manera en que las fuerzas sociales más amplias moldean el desarrollo de los cursos de vida de los sujetos (individuales y colectivos).

La vertiente del curso de vida privilegia, entre otros elementos, el entrelazamiento de las trayectorias vitales (Blanco y Pacheco, 2003). Operativamente puede definirse: "... el curso de vida se refiere a una secuencia de eventos y roles sociales graduados por la edad, que están incrustados (*embedded*) en la estructura social y el cambio histórico" (Elder, 2001: 17).

Se sustenta en cinco principios fundamentales: desarrollo a lo largo del tiempo, tiempo y lugar, *timing*, vidas interconectadas, libre albedrío.

1) *El principio del desarrollo a lo largo del tiempo*

Este primer principio básico se refiere a la necesidad de tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis, ya que el desarrollo humano es un proceso que abarca desde el nacimiento a la muerte. De esta manera, "estudiando las vidas a lo largo de periodos substanciales de tiempo incrementamos el potencial del interjuego entre cambio social y desarrollo individual" (Elder *et al.*, 2003: 11).

2) *El principio de tiempo y lugar*

Este principio destaca la importancia de tomar en cuenta el marco contextual. Se considera que el curso de vida de los individuos está "incrustado" (*embedded*) y es moldeado por los tiempos históricos y los lugares que le toca experimentar a cada persona (Elder, *op. cit.*: 12).

3) *El principio del timing*

Si bien resulta complejo traducir con precisión al español el término *timing*, es evidente que se refiere al momento de vida de una persona en el cual sucede un evento significativo. Por ejemplo, un hecho como la muerte de los padres repercutirá en la vida de un individuo, según la edad y circunstancias en las que le ocurra. Este principio postula que el impacto de una transición (o sucesión de transiciones) o de un evento contingente en el desarrollo humano está asociado al momento en que ocurre en la vida de una persona (Elder, 2002).

4) *El principio de vidas interconectadas*

Sostiene que las vidas humanas siempre se viven en interdependencia, es decir, en redes de relaciones compartidas. Es precisamente en estas redes donde se expresan las influencias histórico-sociales (*Ídem*). Precisamente porque las vidas se viven en interdependencia, las transiciones individuales frecuentemente implican transiciones en las vidas de otras personas.

5) *El principio del libre albedrío*

Los individuos no son entes pasivos a los que solamente se les imponen influencias y constreñimientos estructurales. Los individuos hacen elecciones y llevan a cabo acciones para “construir” su propio curso de vida; sin embargo, ejercen su libre albedrío o libertad de acción dentro de una estructura de oportunidades que también implica limitaciones y que proviene de las circunstancias históricas y sociales (Elder, 2001). Esto es, el libre albedrío individual o libertad de acción inevitablemente se vincula con las fuerzas históricas y sociales. “Las personas pueden moldear sus vidas, pero lo hacen dentro de límites socialmente estructurados, como se refleja en las oportunidades y las limitaciones que a su vez van cambiando históricamente” (Sanan y Elder, 2002: 176).

Estos principios guían la investigación desde el enfoque teórico-metodológico del curso de vida. Sin embargo, para la operacionalización de los postulados generales, es necesario incorporar tres conceptos o herramientas fundamentales: trayectoria, transición y *turning point*. A continuación se describen estas nociones:

a) *Trayectoria*

Se refiere a “una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción” (Elder, 1991: 63). Para este enfoque, la trayectoria no supone una secuencia en particular ni velocidad en el proceso del propio tránsito. Las trayectorias abarcan una variedad de ámbitos o dominios (trabajo, escolaridad, vida reproductiva, migración, etc.) que son interdependientes. Así, esta perspectiva enfatiza el análisis del entrelazamiento de las trayectorias vitales, tanto en un mismo individuo como en la relación de éste con otros individuos o colectivos (de manera importante con la familia de origen y procreación).

b) *Transición*

Hace alusión a eventos específicos en ciertos momentos de la vida, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles (entre otros, entradas y salidas del mercado de trabajo, matrimonio, divorcio, etc.). Las transiciones siempre están contenidas en las trayectorias, que son las que les dan forma y sentido. Suponen movimientos dentro, al interior o entre dominios institucionales específicos, la separación de o la integración a esferas particulares de actividad y alguna medida de rechazo, adaptación o aceptación de una nueva configuración de roles y estatus. Las transiciones marcan cambios de estado, posición o situación. Pueden presentarse en cualquier momento (dependiendo del dominio de que se trate, esto será más o menos probable) sin tener que estar predeterminadas. Aunque también es cierto que sigue prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad, el cual también varía por ámbitos, sociedades y grupos.

c) *Turning point*

Hace referencia a momentos especialmente significativos de cambio; eventos o transiciones que provocan fuertes modificaciones que a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida; por ejemplo, la muerte de un familiar muy cercano y significativo, aunque no necesariamente tienen que ser eventos negativos (Elder *et al.*, 2003).

Estos tres conceptos representan las herramientas analíticas básicas del enfoque del curso de vida y, entre otras cosas, "... reflejan la naturaleza temporal de las vidas y captan la idea del movimiento a lo largo de los tiempos históricos y biográficos" (*Ídem*: 8).

También, es necesario destacar otro concepto fundamental para el enfoque del curso de vida: *cohorte* (Ryder, 1964).

En la investigación demográfica, el término "cohorte" alude a un grupo de personas que comparten simultáneamente una experiencia demográfica. La cohorte más clásica retoma como elemento definitorio la edad, es decir, se trata de un conjunto de personas que comparten el evento origen de nacer en el mismo año-calendario. Uno de los supuestos más importantes del término cohorte, es que ese conjunto de personas es un grupo que se mueve o transita a lo largo de la historia; es decir, el año o periodo de nacimiento sitúa a las personas en un contexto histórico y, por tanto, las relaciona con una diversidad de fuerzas que operan en ese momento y que van cambiando a lo largo del tiempo (Ryder, 1965, 1985; Elder y Pellerin, 1998).

Las cohortes no son homogéneas, por lo tanto, los integrantes de una cohorte no están expuestos de manera uniforme a los cambios; por ello, es necesario identificar subgrupos dentro de una cohorte, en principio, a través de los cortes ya clásicos de género, clase social, raza y etnia (O'Rand y Henretta, 1999). Este concepto es útil para examinar los cambios en las trayectorias o patrones del curso de vida de los individuos nacidos en épocas históricas distintas; sugiere que los individuos nacidos en una misma época se mueven a lo largo de sus vidas en un contexto histórico determinado y que sus integrantes, conforme envejecen, tienen una variedad de experiencias en común que los puede llevar a elecciones comportamentales similares. La sucesión de cohortes brinda un mecanismo que vincula el comportamiento sociodemográfico con el cambio social. Como se sabe, las cohortes más recientes tienden a diferir de las anteriores en formas variadas y diversas. La magnitud, composición y características de las cohortes tienden a promover el cambio social y éste a su vez abre nuevas oportunidades que dejan huella en la trayectoria seguida por los individuos. Diversos autores han prestado atención a una variedad de transiciones por su importancia en el funcionamiento ordenado y rutinizado de la sociedad. En este sentido, puede decirse que las

transiciones del curso de vida representan sucesivos marcadores biográficos en el camino que los individuos transitan desde su nacimiento hasta su muerte.

Asimismo, las nociones de rol social, dominios institucionales, género e identidad de género son herramientas analíticas rectoras.

- El dominio, en el curso de vida, remite a una esfera institucional o campo de actividad. Ejemplos de dominios institucionales del curso de vida incluyen a la escuela, el trabajo, la familia, el hogar, entre otros.
- El rol social es definido como un patrón de comportamiento asociado con la posición que los individuos guardan en un determinado dominio institucional de la sociedad, lo que implica obligaciones y derechos personales y un flujo de relaciones entre el sujeto y los miembros del círculo social o institucional de pertenencia.
- Los conceptos de género e identidad de género son útiles para comprender la asignación de roles entre hombres y mujeres, toda vez que las relaciones de género están basadas en una división sexual del trabajo que mantiene la predominancia del varón y de lo masculino sobre la mujer y lo femenino. Su observancia modela identidades, autoestimas y la manera en la cual las mujeres experimentan e interpretan sus propias vidas. Los movimientos sociales han enfatizado la importancia creciente del involucramiento de las mujeres y el compromiso con el desempeño de roles distintos al tradicional: esposa-madre-ama de casa.

De los principios y conceptos fundamentales se desprende la relevancia que se le concede a la dimensión temporal, sea a nivel individual (como la edad y el proceso de envejecimiento), colectivo (grupo de personas que se mueven a lo largo del tiempo, o sea, las referidas cohortes) o macroestructural (contextos histórico-sociales cambiantes).

Con este marco, en el curso de vida existen cuatro modos de interdependencia temporal (Elder, 1987): *a*) la intersección entre trayectorias y transiciones dentro del curso de vida individual, *b*) la interdependencia entre diferentes trayectorias de los miembros de la familia (por ejemplo, la de los cónyuges, la de los hijos, padres y abuelos, etc.), *c*) el vínculo entre la trayectoria individual y el desarrollo del colectivo familiar, *d*) la compleja interacción entre los tres aspectos anteriores y el cambio sociohistórico.

Como señala Tamara Hareven (1977), la perspectiva del curso de vida explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico, buscando integrar los polos de las dicotomías clásicas (por ejemplo, estructura y acción, biografía e historia y procesos del nivel micro y macro). Este enfoque ofrece el potencial para conectar el desarrollo individual y familiar con las grandes estructuras y procesos macrosociales, operando cada uno con su propio marco temporal.

Cuando la persona entra o sale de un dominio institucional específico y sufre un cambio de estatus (convertirse en estudiante o dejar de serlo, contraer matrimonio o divorciarse, obtener un empleo de tiempo completo o retirarse del mercado), experimenta una transición del curso de vida. Esta puede relacionarse estrechamente con las transiciones que tiene el individuo en otros dominios institucionales, o bien vincularse secuencialmente con transiciones previas; esto es, las transiciones en cualquier dominio pueden tener consecuencias inmediatas en las trayectorias seguidas por las personas en otros dominios o efectos acumulativos en sus vidas. Dichas transiciones pueden modificar, redirigir o reforzar trayectorias de vida, ya sea generando tensiones en las rutinas cotidianas o afectando importantes dimensiones de la vida. Las consecuencias de largo plazo no pueden ser evaluadas sin tomar en cuenta la naturaleza, calendario y orden de las transiciones y las resultantes líneas de adaptación.

Desde el punto de vista individual y familiar, las transiciones son importantes porque involucran, entre otros aspectos, la ocurrencia de eventos cruciales en la vida de las personas. Pero las transiciones son más que asuntos meramente personales o familiares, ya que reflejan también movimientos socialmente creados, socialmente reconocidos y socialmente sancionados (Modell y Hareven, 1978; Hagestad y Neugarten, 1985). En este sentido, el tiempo biográfico se ve constreñido por las estructuras y procesos históricos, culturales, económicos y sociales que influyen en el momento o "timing" en el cual los varios roles, posiciones e identidades definidas por las estructuras convencionales de la vida social están "disponibles" para los individuos. Como sugieren Glaser y Straus (1967:85), el concepto de transiciones entre estatus denota "el tiempo en términos de la estructura social".

La dinámica del curso de vida emerge en parte del interjuego entre trayectorias y transiciones. Estos dos conceptos, dice Elder (1985: 31), "...representan la visión de largo y corto plazo de alcance analítico. La dinámica del curso de vida tiene lugar en un extenso lapso [una trayectoria de trabajo, de matrimonio, etc.] y evoluciona dentro de un intervalo corto marcado por la transición de eventos específicos [contraer matrimonio o divorcio, entrar o salir de un hogar, etc.]. Las transiciones siempre están articuladas a trayectorias que les dan significado y forma distintiva". Cabe hacer destacar que la noción de trayectoria no prejuzga necesariamente la secuencia o velocidad con que se realizan las transiciones. En consecuencia, la perspectiva del curso de vida reconoce que los individuos pueden evitar algunos estados (como el de la paternidad); de hecho, alteran o modifican la inserción de los individuos y las familias en la vida social e institucional.

Las trayectorias están marcadas por la ocurrencia, calendario y secuencia de las transiciones del curso de vida. El concepto de trayectoria obliga al analista a moverse entre sincronía y diacronía, estructura y proceso, y entre scripts y acciones

estratégicas, recobrando la vieja idea del interjuego dinámico entre trayectorias individuales y proyectos institucionales.

En cualquier etapa de la vida, una persona puede estar envuelta en "clusters" o conjuntos de roles sociales que son cambiantes en tiempo histórico. Estos "clusters" pueden ser analizados en dos formas distintas: como espacio social y como sistema jerárquico desarrollado por la persona. El primero se refiere al número de dominios institucionales contenidos en un "cluster" y/o al número de roles en cada dominio institucional. El sistema jerárquico alude a la importancia que cada persona asigna al desempeño de cada role dentro del "cluster", el cual puede ser modificado a lo largo de la vida, conforme ella (o él) entre (n) [o salga (n)] de roles determinados (Lopata, 1992).

La vida de las personas y sus trayectorias son influidas no sólo por el número y contenido de los roles familiares que desempeña, sino también por el calendario, secuencia y tiempo en que se asumen. La variedad de transiciones que los individuos experimentan durante su curso de vida ofrece un "locus ideal" para examinar la interacción de los diferentes procesos que gobiernan el movimiento de los individuos y sus familias en el contexto de una sociedad en cambio constante.

En nuestra sociedad, la familia ejerce una poderosa influencia en la estructura del curso de vida. Este dominio institucional parece ser uno de los más críticos y el que tiene mayor influencia para moldear los patrones del curso de vida. Eventos como el matrimonio y el nacimiento del primer hijo, así como de los hijos subsecuentes, tienen un impacto considerable en las vidas. Como señalan Goldani y Pullum (1989:129), muchos eventos del curso de vida y de las relaciones familiares resultan de la intersección de sus vidas con la de otros miembros de la familia.

De igual modo, la representación más elemental de una trayectoria remite a la dimensión diacrónica, ya que se trata de dar seguimiento a lo largo del tiempo a una variedad de procesos (Blanco, 2002). Por lo anterior, es prácticamente indispensable contar con información longitudinal para cualquier proyecto o problema de investigación, que busque abordarse desde la perspectiva del curso de vida (Scott y Alwin, 1998). Esta información puede provenir de una variedad de fuentes, ya sean de carácter retrospectivo, por ejemplo, historias de vida, o prospectivo, como las encuestas llamadas "panel", que dan seguimiento a los mismos individuos durante décadas (Scott y Alwin, *op. cit.*), así como cuantitativas o cualitativas (Giele y Elder, 1998; Laub y Sampson, 1998).

Cabe señalar que el enfoque del curso de vida propone y promueve el empleo combinado y simultáneo de esta variedad de fuentes de información (siempre y cuando se conserve como eje la dimensión diacrónica), de tal manera que actualmente puede relacionarse con aquella vertiente a la que algunos autores denominan "metodología mixta" (Tashakkori y Teddlie, 1998). La investigación guiada por el enfoque del curso de vida, "colectivamente y a través de las disciplinas,

implica múltiples niveles, de las macro estructuras e instituciones sociales, a la micro experiencia de los individuos, y se sustenta en información tanto cuantitativa como cualitativa en un acercamiento de métodos mixtos” (Elder *et al.*, 2003: 7). La estructura del curso de vida está cambiando rápidamente y, con ello, los roles y responsabilidades que asumen las personas en sus trayectorias de vida.

El conjunto de reglas vigentes en la organización de la escuela, el mercado laboral y el sistema de retiro constituye uno de los principales determinantes de la estructuración del curso de vida con una marcada estructuración tripartita del mismo: una fase de socialización, educación y entrenamiento como preparación para el trabajo, una fase de empleo activo y una de retiro. Este patrón de reglas sociales define el acceso a (y por tanto la participación en) esos dominios institucionales; regula las transiciones entre (y dentro) de esas esferas de actividad; y transforma las transiciones del curso de vida en un proyecto integral, tanto en términos de su secuencia lógica, como en términos de sus horizontes simbólicos y las perspectivas del “mundo de la vida”, a partir de las cuales los individuos orientan sus vidas (Blanco y Pacheco, 2003: 73).

La dinámica del curso de vida está condicionada en buena medida por la estructura de oportunidades que brinda el contexto histórico-social. Los sujetos están expuestos a diferentes vulnerabilidades, propensiones y riesgos de origen distinto durante su vida. Algunas de estas pueden afectar las capacidades y calidad de vida de los sujetos (individuales y colectivos), porque pueden inmovilizar sus activos.

La transición demográfica, en interacción con otros procesos, también ha generado cambios en el contenido, organización y estructura del curso de vida de las poblaciones mexicanas, así como la multiplicación de los eventos, acontecimientos, dependencias y relaciones individuales y sociales vinculadas con el ciclo de vida familiar, impactando en todos los grupos sociales, aunque con mayor énfasis en quienes viven en situación de pobreza y marginación. Esto es, ha conducido a la conformación de nuevos patrones del curso de vida individual, así como a la multiplicación de eventos, acontecimientos, dependencias y relaciones vinculadas con el ciclo de vida familiar (Tuirán, 1996). Por ejemplo, como resultado de la declinación de la mortalidad, las personas viven más y, en consecuencia, pueden dedicar más tiempo a la condición de hijo/hija, esposo/esposa, padre/madre, abuelo/abuela y a desempeñar múltiples roles sociales, sea de manera simultánea o sucesiva. La cada vez mayor esperanza de vida y la creciente longevidad han devenido causas directas o indirectas de profundos cambios en el tamaño de la familia o en su estructura y organización, así como en las actividades e interrelaciones de diadas, triadas o redes sociales y familiares de tipo y complejidad variada. Por tanto, la extensión de los papeles familiares basados en el aumento del tiempo de sobrevivencia en común tiende a demandar una reestructuración de los mismos: padres e hijos viven más y pueden dedicar más tiempo a desempeñarlos en sus años de vida adulta, lo que a su vez influye en la redefinición de sus contenidos.

CAPÍTULO 4. LOS MAZAHUAS MEXIQUENSES

México está conformado por una gran diversidad de colectivos sociales con condiciones, modos de vida y culturas particulares, entre los que destacan los grupos étnicos. En gran medida, el reconocimiento de la condición pluriétnica de los países latinoamericanos, así como de sus expresiones particulares en el ámbito de la salud, han sido consecuencia de diferentes estudios realizados por la medicina social, la antropología y la antropología médica. Como consecuencia, en México, desde 1992, el artículo cuarto constitucional consigna que “La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas”.

Específicamente, con el inicio del movimiento zapatista en enero de 1994 en nuestro país, los indígenas se han reubicado en el debate sobre la identidad pluriétnica de diferentes sociedades. Con ello, los temas de diversidad cultural, educación, salud y convivencia entre grupos cultural, lingüística y étnicamente diferenciados han logrado un posicionamiento significativo en los debates sobre procesos sociales, económicos y políticos (Cf. INI-PNUD, 2000).

Esta reubicación de la diversidad étnica ha conducido a valorar el lugar que los indígenas ocupan en múltiples fenómenos que atañen a las sociedades humanas, a fin de recuperar su importancia en los procesos de desarrollo y avanzar en la comprensión de sus significados, vínculos e implicaciones históricas, coyunturales y cotidianas. Si bien los temas de la diversidad social, étnica, lingüística y cultural se articulan con los procesos que, “a través de las diferentes historias han determinado las características socialmente distintivas, los pueblos indígenas mantienen un lugar preponderante en aquellos que han dado paso a la construcción de nuestro Estado-Nación” (*Ídem*: 16).

Con esta base, los principales objetivos de este apartado son: a) sistematizar información representativa sobre los indígenas mexicanos en general y los pueblos mazahuas en particular, para ilustrar cuántos y quiénes son, dónde están y cuáles son los principales rasgos, rezagos y problemas de salud que prevalecen entre ellos y en los lugares que habitan, y que los distinguen tanto al interior de sus grupos como con el resto de los mexicanos y, b) promover la discusión sobre el lugar que ocupan y han ocupado como individuos y colectividades en la forma de pensar de la mayoría de los mexicanos, así como algunos factores que han incidido en la construcción de estas representaciones y prácticas sociales.

En este sentido, resulta fundamental entender las dinámicas de la construcción social de la identidad, membresía y pertenencia a un “colectivo indígena” y analizar la capacidad que estos individuos y grupos tienen para participar en la producción y reproducción de lo que ellos reconocen como “su cultura”, como un sistema amplio y flexible que coadyuva a interpretar y comprender sus estilos de vida, experiencias y formas de afrontar los eventos más significativos de su vida, donde la salud y la enfermedad tienen una importancia reveladora.

4.1. Los pueblos indígenas en México

La multiculturalidad que caracteriza a nuestro país y que se inserta en diferentes contextos de mayor o menor implicación respecto a la población “no indígena” mayoritaria, dificulta la delimitación de “lo indígena” debido a que, identificadores como la *lengua* (que resultan claros en ámbitos como las regiones tradicionales) son imprecisos para otros, como en el caso de las zonas urbanas, donde muchos indígenas dejan de hablarla y de transmitirla a sus hijos.

La definición de las regiones indígenas de México ha implicado el análisis de diferentes aspectos que abarcan más allá de las cuestiones sociodemográficas y etnolingüísticas. Este último aspecto resulta ser uno de los elementos que revisten mayor trascendencia, ya que se puede asociar con la identificación de procesos de contracción-dispersión de la población indígena a lo largo del territorio nacional.

Para la delimitación de las regiones indígenas, se han agrupado los núcleos más importantes de los diferentes grupos etnolingüísticos, sin embargo, a la condición de grupo social (y su interacción con otros grupos) pueden sumarse aspectos de carácter geográfico y de comunicación, lo que propicia una diferenciación al interior de un mismo grupo etnolingüístico. Así, los criterios para la definición “formal” de las regiones indígenas se pueden sintetizar de la siguiente manera (*Ídem*):

- a) *Demográficos*. Implican la identificación de municipios con más del 40% de población indígena y de los municipios con presencia de población indígena y de lenguas minoritarias -esto es, aquellos municipios que cuentan con menos del 40% de población indígena, pero superan al 10% de esta representatividad, incluso los que tienen más de 5,000 indígenas en números absolutos o con presencia de lenguas minoritarias-. Se descartan aquellos municipios no indígenas o con presencia de población indígena donde la población indígena es mayor en la cabecera que en el resto del municipio.
- b) *Económicos*. Se consideran las rutas comerciales establecidas históricamente, determinando los centros de interacción social e intercambio económico, y como resultado de los nuevos centros de desarrollo al interior de las zonas indígenas, que funcionan como polos de atracción migratoria.
- c) *Histórico-culturales*. Se tomó como base la comprensión de los “espacios tradicionales”; es decir, los lugares que históricamente han sido ocupados por indígenas, compartiendo rasgos lingüísticos, culturales, cosmogónicas y de relaciones de parentesco; incluidas la revisión de características etnolingüísticas, la convivencia social e histórica entre grupos etnolingüísticos diferentes y la contigüidad geográfica y de afinidad cultural.
- d) *Geográficos*. Para la delimitación de los territorios regionales se consideran los límites políticos municipales, las características de tipo morfológico, del medio físico y la comunicación interregional; que marcan la contigüidad geográfica y la continuidad medioambiental.
- e) *Inclusión de localidades*. Se incluyen localidades indígenas y de interés que tienen contigüidad con la región, en función de la lengua predominante y el

volumen de su población indígena. Se consideró que el total de población en estas áreas fuera mayor al resto de las localidades que conforman el municipio.

Asimismo, la delimitación de quiénes pertenecen a los distintos pueblos indígenas depende en gran parte de los sistemas de identidad, que forman parte de procesos subjetivos, tanto a nivel de los individuos como de las colectividades de donde provienen o donde habitan. Precisamente, de aquí parte la dificultad de establecer con exactitud quiénes y cuántos son, dado que las identidades son construcciones socioculturales que con frecuencia dan pauta a mecanismos culturales, económicos y sociales de exclusión o dominación. Cabe destacar que las distinciones biológicas vinculadas a genotipos y fenotipos han dejado de ser identificadores funcionales para la población indígena del México actual, dado el evidente mestizaje que surgió desde la Conquista. Sin embargo, al igual que el género, la “etnicidad” o “indianidad” basada en rasgos raciales, durante mucho tiempo fue el fundamento para la construcción de imágenes, estereotipos y representaciones, cuya influencia aún se puede observar, muchas veces como mecanismo de desvalorización, exclusión y discriminación.

La identidad es parte del ejercicio de las libertades fundamentales (Sen, 2006). No es unidimensional; tiene un carácter situacional y plástico, producto de las transformaciones individuales y sociales; varía en función de los contextos de vida, de las percepciones y las autovaloraciones (Wade, 1997). Esto no significa que las identidades son inestables o precarias; tienen la capacidad de reflejar las permanencias y los cambios culturales, así como la movilidad de las personas en el continuo de su vida. Si se define al ser humano como un ser activo con la capacidad de decidir y transformar sus creencias y su auto percepción, que puede dirigir, bajo ciertas restricciones y limitaciones, su curso de vida, la identidad étnica de un individuo o de una colectividad se constituye mediante la interacción social entre personas, familias, comunidades y contextos, dentro de un sistema de normas, valores y relaciones socioculturales, económicas y políticas concretas (Bello y Rangel, 2000).

La manera en que permanentemente se construyen y recrean las identidades se refleja en la dificultad para detectar en su totalidad, las diferencias entre la “población indígena” y la “no indígena”, así como entre los distintos pueblos y comunidades que van conformando las poblaciones. Aunque a la población indígena se le sigue asociando con los territorios en los que predominan las características de los ancestros y los ámbitos rurales, es una realidad que su dinámica ha reconfigurado sus procesos de poblamiento y migración hacia otras zonas rurales, urbanas y metropolitanas.

Por lo anterior, resulta indispensable identificar a la población indígena, conocer la distribución de sus asentamientos y las condiciones de vida que

prevalecen en sus comunidades y entre las personas que pertenecen a los distintos grupos étnicos.

En la actualidad cerca de 10% de la población mexicana es indígena, quienes podrían oscilar entre los diez millones de personas y los 16 millones, todo depende de cómo se clasifique a dicha población y los criterios y parámetros que para tal efecto se utilicen. Esto nos remite a la añeja discusión de qué es ser indio y qué no o por qué el censo solamente considera a los mayores de cinco años hablantes de lenguas indígenas cuando sabemos que después de los dos, cualquiera puede hablar articuladamente, aunque quizá con un vocabulario escaso, y así sea en lengua indígena. Los que cuentan con tres y cuatro años, son eliminados indiscriminadamente, lo cual constituye un importante porcentaje de habitantes. Otros errores también pueden atribuirse al hecho de que, muchas veces, al levantar los censos, la población no está en su lugar de origen, sino que emigra dentro o fuera del territorio nacional, donde los indígenas acuden a trabajar. Las anteriores y muy marcadas diferencias históricas, culturales e incluso biológicas entre los indígenas y lo que no lo es, han cambiado radicalmente en el presente, ahora la palabra se usa denigrantemente para insultar al otro. Los vocablos indio, indígena, etnia o grupo étnico, en México, se refieren a lo mismo, esto es, a los grupos que han heredado por siglos la cultura que crearon y desarrollaron los fundadores de este país (Berruecos, 2007).

Diversos estudios han mostrado sistemáticamente marcadas diferencias en el desarrollo de las regiones indígenas, con respecto del resto de la población mexicana, lo cual requiere de analizar las causas de estos rezagos y actuar mediante programas concretos.

De inicio, es conveniente reflexionar si las inequidades remiten a las características del individuo, a su pertenencia a un grupo étnico cultural y lingüísticamente diferenciado o si están relacionadas con el contexto socioeconómico regional y local de residencia. Así, se puede observar que gran parte del acceso a servicios de salud, educación y empleo pueden estar mayormente influenciados por el lugar de residencia y trascienden la pertenencia étnica, aunque también, es preciso ubicar las situaciones donde la identidad étnica se traduce en pérdidas de oportunidades personales y colectivas.

Analizar las condiciones de desarrollo de las poblaciones indígenas y sus diferencias respecto de la población “no indígena” requiere que las primeras sean representadas en su diversidad y en cada uno de sus contextos (originarios y reconfigurados), tomando en consideración todos los matices posibles de la diversidad étnica.

4.1.1. La identidad de los indígenas mexicanos

Como punto de partida para esta delimitación, es importante distinguir entre “los indígenas” y “lo indígena”.

Para definir “lo indígena”, se ubican tres dimensiones: *a)* la herencia indígena que es la que mayor orgullo general (patrimonio arqueológico, naturaleza, cultura, tradiciones alimentarias, etc., *b)* los consumibles indígenas actuales valorados por la clase media, tales como el turismo arqueológico o la compra de artesanías y, *c)* la influencia indígena en modas y consumos como son algunas prácticas “naturistas”, de medicina tradicional, etcétera. Los indígenas, por su parte, son reconocidos como la población que tiende a identificarse como la que no ha sufrido mestizaje o que ha mantenido su perfil genético y/o cultural original. Esto implica que “los indígenas” puedan identificarse por sus rasgos fenotípicos, así como por pautas de su lengua, indumentaria, cosmovisión, alimentación, etcétera. Con esta lógica, regularmente se identifican tres estereotipos de indígenas: *a)* los indígenas históricos, quienes representan a los “originales”, los “mexicanos” que fueron conquistados, sometidos/exterminados, no todos asimilados; por ejemplo, los aztecas, mayas, etc., *b)* los indígenas actuales, quienes viven en un entorno distinto, que ponen barreras a la civilización y mantienen sus costumbres, pero, sobre todo, su lengua o dialecto, *c)* los indígenas en las ciudades, quienes abandonan sus comunidades para buscar oportunidades en las zonas urbanas (INI-PNUD, 2000).

A partir de lo anterior, cabe reconocer que en nuestra sociedad aún persisten una serie de mitos, estereotipos y concepciones parciales que van configurando una visión subjetiva o fragmentada sobre lo indígena y los indígenas (“pobres”, “atrasados”, “diferentes”, “autóctonos”, “incultos”, “ignorantes”, “primitivos”, etc.), que casi siempre conducen a la marginación y discriminación o a la ambivalencia (paternalismo *versus* desapego).

En general se percibe gran ignorancia sobre el tema, y los indígenas se vuelven invisibles para la sociedad. Son muchas las deficiencias de conocimiento sobre la realidad de sus características, problemáticas y dinámicas, y aún más, sobre el papel de la diversidad étnica, cultural y lingüística en el comportamiento y las características que los distinguen como realidades socio- históricas.

Precisamente, debido a que las identidades étnicas, lingüísticas y culturales, así como las redes de pertenencia, se transmiten con base en las relaciones genealógicas de padres a hijos, para los objetivos del presente estudio, se define a la “población indígena” en un sentido concreto:

Los indígenas son aquellos sujetos sociales que viven en algún hogar en donde al menos el jefe, el cónyuge o algún ascendente declaró ser hablante de lengua indígena (*Ídem*)²⁶.

Los indígenas comparten características similares, ya que provienen de un proceso civilizatorio y una historia comunes, pero también pertenecen a culturas diversas, con lenguas, tradiciones, costumbres, creencias e identidades que en ocasiones se tornan totalmente heterogéneas. Han hecho múltiples aportaciones a la construcción nacional, en términos de territorios, recursos naturales y configuraciones socioculturales, pero se siguen ubicando entre los sectores sociales más pobres y vulnerables.

En este sentido, se puede afirmar que los pueblos indígenas han definido en gran parte la diversidad de la sociedad mexicana.

Los indígenas fueron un grupo frecuentemente estudiado en los albores del siglo XX, ejércitos de antropólogos, sociólogos, economistas, agrónomos, especialistas en el área de salud y demás disciplinas invadieron el campo mexicano en busca de las raíces perdidas durante la conquista y la colonia. Sus estudios ofrecieron una diversa gama de conocimientos acerca de sus formas de vida y sus culturas. Después, los habitantes urbanos los desplazaron como centro de interés con lo que los indígenas parecían sucumbir en el olvido académico. Unos cuantos investigadores continúan empeñados en documentar ya no sólo sus formas de vida, sino particularmente los cambios y adaptaciones que han llevado a cabo los indígenas en un mundo globalizado que pareciera no darles espacio ni vida (Robles, 2006).

El reto consiste en transitar de una visión de la sociedad y la cultura mexicana como homogénea, excluyente, deseable y detentadora de la razón, a otra que reconozca el valor que representa la diversidad étnica, lingüística y cultural del país.

²⁶ Esta definición permite incorporar a la población indígena, tanto a los mayores de 5 años que reportaron hablar alguna lengua indígena y a los niños de 0 a 4 años, como a aquellos descendientes de indígenas que ya no se las enseñaron, no la utilizan o que se negaron a hablar la lengua de sus padres dada la constante discriminación de la que pueden ser objeto por el solo hecho de hablar una lengua socialmente estigmatizada.

4.1.2. Sociodemografía indígena

La población indígena se define como el conjunto de habitantes de los hogares catalogados como indígenas. Está conformada tanto por hablantes de lengua indígena (HLI) como por no hablantes de lengua indígena (No HLI); sin embargo esta composición del hogar casi siempre difiere por región sociodemográfica (CONAPO, 1995).

De acuerdo con censos poblacionales levantados en México (CONAPO, 2000; INEGI, 2000, 2002, 2006, 2008), los indígenas representan aproximadamente el 16% del total de la población mexicana, esto es, existen más de 11 millones de indígenas en el país, que se distribuyen en 2,445 municipios (*Cf. tabla 9*).

En las regiones indígenas se concentran poco menos de 8 millones de indígenas, esto equivale al 77% del total de la población indígena del país, que a su vez representa más del 43% de la población total en los territorios.

Total de población indígena ²⁷	10,253,627
Porcentaje respecto a la población total de México	10.5%
Total de municipios	2,443
Total de municipios indígenas con más del 40% de población indígena (PI)	655
Población indígena en municipios con más del 40% de PI	6,012,380
Total de municipios con 5 mil indígenas o más	190
Población indígena en municipios con 5 mil indígenas o más	3,235,949
Total de municipios de interés (con indígenas de lenguas minoritarias)	26
Población indígena en municipios de interés	48,186
Total de municipios indígenas	871
Población indígena en municipios indígenas	9,296,515
Total de municipios con población indígena dispersa	1,542
Población indígena en municipios con población indígena dispersa	924,347
Total de municipios sin población indígena	30
Grupos etnolingüísticos	62
Hablantes de lengua indígena	6,044,547
Porcentaje de monolingüismo	16.7%
Analfabetismo 15 años o más	27.3%
Inasistencia escolar de 6 a 14 años	13.0%
Tasa de actividad económica ²⁸	47.6%
Población indígena ocupada en el sector primario	42.5%
Población indígena ocupada sin ingresos	23.4%
Población indígena ocupada con menos de 2 salarios mínimos (SM)	53.5%
Viviendas particulares habitadas	2,008,168
Viviendas sin agua entubada	36.1%
Viviendas sin drenaje	59.5%
Viviendas sin electricidad	17.0%
Viviendas con piso de tierra	43.7%
Viviendas donde cocinan con leña, carbón o petróleo	62.2%

Tabla 9: Población indígena en México (INEGI, 2008).

²⁷ Incluye a 32,765 hablantes de lengua indígena (HLI) que habitan en viviendas colectivas.

²⁸ Se refiere al porcentaje de población indígena de 12 años o más que trabajó o buscó trabajo en el periodo referencial del estudio con relación al total con información especificada al respecto.

Una proporción considerable de estos indígenas mexicanos (59%), se caracterizan por hablar alguna de las 62²⁹ lenguas indígenas y por tener costumbres y tradiciones específicas. Con respecto a la población de 5 años y más que habla una de estas lenguas, los indígenas representan el 67.1%³⁰.

La diversidad etnolingüística de México, en ocasiones dificulta la identificación de regiones precisas para cada uno de los grupos, ya que los diez grupos con mayores volúmenes de personas concentran al 77% de la población indígena, mientras que el 23% restante pertenece a 52 grupos etnolingüísticos distintos, con volúmenes que van de poco más de 226 mil individuos (como los huastecos o tenek) a otros que cuentan con algunas decenas (aguacatecos con 59 personas o kiliwa con 107 personas).

En el conjunto de las 25 regiones indígenas conviven 5 millones de hablantes de lengua indígena, de los cuales 982,500 son monolingües (19.5%).

En la mayoría de las regiones indígenas, la proporción de HLI es mayor que la de No HLI. Las regiones con mayor cantidad de hablantes de lengua indígena son: la región Maya, Huasteca, de Cuicatlán-Mazateca-Tehuacán-Zongolica, las regiones de la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan y la región Selva Lacandona. Sin embargo, en otras regiones, se observa que la composición de la población indígena es de mayoría No HLI, como las regiones Mayo-Yaqui, **Mazahua**-Otomí, frontera sur y el conjunto de municipios que no pertenecen a una región indígena específica.

Por otra parte, cabe destacar que el volumen de la población indígena por edad y sexo refleja considerablemente los comportamientos de la fecundidad, mortalidad y migración pasada y reciente.

Al observar la composición de la población por sexo y región, se tiene que en 18 regiones, los volúmenes de HLI son iguales para ambos sexos o reflejan significativamente más mujeres que hombres, como en el caso de las regiones **Mazahua**-Otomí, Montaña de Guerrero y zona Mixteca. En el resto de las regiones, la población HLI tiene mayor proporción de hombres que de mujeres.

Además, se observa un incremento de la población joven (aún entre los niños de 5 a 9 años), lo que refleja una *fecundidad* relativamente elevada en un pasado reciente, mientras que la disminución del grupo de 0 a 4 señala que el número de hijos por mujer ha iniciado su descenso.

También, se puede apreciar un descenso de la *mortalidad* en las variaciones graduales de población entre grupos sucesivos de edad, especialmente en los

²⁹ Algunas fuentes afirman que son 64 lenguas, aunque en el INEGI están registradas 62.

³⁰ Los indicadores sobre conservación de la lengua materna entre las generaciones más jóvenes son relevantes debido a que la continuidad en el uso de estas lenguas es una condición básica para mantener viva la lengua y gran parte de la cultura que va unida a ella. En el caso de las lenguas indígenas esto es aun más importante dado que en su mayoría, no cuentan con una tradición escrita y la transmisión “de generación en generación” ocurre mediante el uso cotidiano.

extremos de la vida que por sus características son más vulnerables ante tasas elevadas de mortalidad.

El efecto de la *migración* se aprecia en las disminuciones significativas de la población joven, especialmente en los grupos de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años, condición que afecta particularmente a los hombres.

En la actualidad se debe hacer referencia a los territorios compartidos o regiones interétnicas, ya que además del crecimiento y dispersión de la población indígena en el territorio nacional, también hay un crecimiento de la población; aunado a esto están los procesos históricos que a lo largo de los últimos cinco siglos se han presentado, motivando el desplazamiento de la población indígena, ya sea que esta sea desalojada por la fuerza o porque la convivencia y conveniencia influyan en procesos de aculturación y aparente pérdida de la raíz cultural (INI-PNUD, 2000).

Uno de los principales factores que influyen en el proceso de migración es la oportunidad de empleo (independientemente de si este es bien o mal remunerado), del que en muchas ocasiones se carece en el lugar de origen. Otro elemento es la necesidad de obtener capital “líquido”, para lo cual se emplean en labores que requieren de mano de obra barata y no del todo calificada durante un tiempo determinado, la zafra o la cosecha de cultivos comerciales como el café.

Otro tipo de migración se convierte en definitiva y se asienta en espacios urbanos medios o grandes. En el caso de la población indígena, funciona a través de ramas de parentesco que operan creando “barrios”.

Un ejemplo claro de este tipo de migración familiar se puede observar en el municipio de Nezahualcóyotl o en el de Tijuana, en donde grupos de mixtecos, **mazahuas** y zapotecos han establecido su residencia y han conservado y extendido su cultura más allá de sus espacios tradicionales.

La dinámica demográfica de la población indígena se ve influida significativamente por las “salidas y entradas” a la condición de hablar alguna lengua indígena. Esta condición implica una pérdida intergeneracional e histórica importante de la lengua materna donde 90% de la población de 65 años y más, habla alguna lengua indígena, pero esta proporción disminuye con la edad: 76.4% entre los de 35 a 39 años, 60.6% entre los de 20 a 24 y 50.6% de 5 a 9 años³¹.

³¹ Cabe aclarar que las estimaciones de la población indígena que se realizan a partir de la condición de hablar lengua indígena son válidas por entidad federativa, municipio, localidad y aún en niveles geográficos más desagregados, por estar dirigidas a toda la población residente en México. Mientras tanto, el cuestionamiento sobre pertenencia indígena sólo se realizó a una muestra de la población del país, por lo que tiene restricciones de representatividad, principalmente por municipio y localidad.

Se pueden identificar otros factores relacionados con la dispersión de la población indígena en el territorio nacional, entre los cuales destacan cuestiones como la discriminación y la falta de oportunidades para el desarrollo. La migración a las ciudades también influye en la pérdida de la identidad indígena. Relacionado con esto, la falta de transmisión de elementos culturales tan importantes como la lengua y la ausencia de otras herramientas que permiten la identificación de la población indígena más allá del criterio lingüístico complejizan la tarea de ubicar a un individuo como miembro de un grupo indígena. En contraparte, la identidad se sostiene en algunas otras zonas de la geografía nacional, y puede considerarse determinante pese a las difíciles condiciones en que vive la población.

Los datos censales consideran también las *características de la familia* que cohabita en un mismo hogar y el lugar de residencia; amplían el análisis de la población indígena tomando en consideración no sólo los rasgos individuales sino variables que delimitan posibles fronteras étnicas con relación al transcurso de la vida cotidiana (hogar, localidad o municipio) y las prácticas de diferenciación “frente a los otros”, que muchas ocasiones son base de las acciones indígenas colectivas.

La reconstrucción y reinención de la identidad permite en muchos casos dar continuidad a las relaciones culturales y de parentesco, incluso más allá de los lugares de origen, al tiempo que permiten sobrevivir en un entorno de modernidad y globalización³². Las regiones indígenas de México son reflejo de la riqueza cultural, etnolingüística y social que caracteriza a la población indígena, una sociedad en constante transformación, con enorme capacidad de adaptación sin perder la esencia propia de cada uno de sus pueblos (Turok, 1988).

En este sentido, la aproximación utilizada para delimitar a la población indígena tiene un efecto más amplio que la simple estimación del volumen, a fin de obtener indicadores socioculturales que permiten conocer comportamientos, trayectorias de vida, condiciones de desarrollo y desigualdades con respecto al resto de la población mexicana o de otra nacionalidad.

No se excluye la posibilidad de calcular indicadores restringidos sólo para la población hablante de lengua indígena, los cuales frecuentemente están correlacionados con mayores condiciones de rezago. En este caso, es claro que la mayor educación y contacto (por ejemplo, a través del empleo) con población *no indígena* se asocia con una pérdida de la lengua (lo cual se puede atribuir a las prácticas dominantes de la población *no indígena*), aunque es difícil distinguir en qué medida la pérdida de la lengua responde a la decisión de los individuos en el ejercicio de su libertad.

³² Un caso así podemos encontrarlo actualmente entre la población de origen mixteco que habita en los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa, casos en los que aún teniendo 30 años o más de residencia permanente, siguen reconociéndose como mixtecos y sostienen vínculos con sus lugares de origen, extendiendo sus redes de colaboración y ayuda hacia los que se quedaron en ellos. Esto no significa que no exista pérdida de algunos elementos culturales o adquisición de nuevos ni que las nuevas generaciones se sientan menos vinculadas con el lugar de origen de sus padres y que sin embargo no se sigan reconociendo como pertenecientes a un lugar.

Así, la inclusión de generaciones sucesivas, con características étnicas probablemente diferentes, se revela como una ventaja que puede mostrar un desarrollo intergeneracional a través de la construcción de tantos indicadores como la fuente informativa lo permita, como serían los relativos a la dinámica de los hogares, incorporación laboral y educativa, acceso a bienes y servicios, etcétera. Por otra parte, la migración de y entre los pueblos indígenas constituye uno de los fenómenos que en gran medida está definiendo el carácter pluriétnico de México.

El deterioro de las economías campesinas, la pérdida y disminución de tierras comunitarias, la carencia general de recursos y actividades productivas, el crecimiento de la población, la pobreza y la “atracción cultural” de las zonas urbanas son algunas de las causas de este tránsito y redistribución demográfica.

A partir de estas movilidades y de las condiciones y estilos de vida que de ellas se desprenden, la materia prima de esta “nueva cartografía” debe ser descubierta precisamente en los procesos de la vida cotidiana y las experiencias de vida de los individuos y colectivos.

Nacer en un ambiente cultural determinado no implica el ejercicio de una libertad a menos que se tenga la posibilidad de optar por otras alternativas entre las cuales también está la posibilidad de seguir viviendo en el núcleo de la cultura materna...El reto es romper con la idea dominante de que la migración es, en esencia, el desplazamiento desde un conjunto de relaciones sociales hacia otro, para identificar en cambio, las oportunidades y opciones que se abren a las personas, a partir de su búsqueda de una mejor calidad de vida y de mayores alternativas para su desarrollo (Cifuentes, 2004: 89).

4.1.3. Desarrollo de los pueblos indígenas en el contexto nacional

En diferentes investigaciones se ha evidenciado la elevada correlación entre los menores niveles de desarrollo (o los mayores rezagos), con las regiones y los municipios que tienen las concentraciones más altas de población indígena.

En el informe sobre desarrollo humano presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2005, se enfatizó el carácter predominante indígena de los 50 municipios con menores niveles de desarrollo. De modo posterior a la presentación de dicho informe se impulsó un programa específico para que, de manera coordinada, las instituciones de los diferentes sectores llevaran a cabo una serie de acciones para atender cuestiones estructurales que permitieran generar las condiciones mínimas indispensables para asegurar el acceso a los servicios de comunicación, salud, educación e infraestructura social en sus viviendas y localidades.

Sin embargo, en la medida en que los grupos indígenas no sólo están presentes en sus territorios originarios sino que se distribuyen en todo el país y conviven cotidianamente con otros grupos sociales y otros pueblos indígenas, uno de los aspectos que no han podido reflejarse es el del balance de las condiciones que prevalecen entre los grupos cultural, lingüística y étnicamente diferenciados que conviven en una misma entidad, región, municipio o localidad.

En los últimos años, la noción de *desarrollo* ha estado asociada al progreso material, aplicable en el terreno político, económico y social, definiéndose como la “consecución progresiva de mayores niveles de bienestar material, superioridad y prosperidad” (INI-PNUD, 2000: 23).

En su momento, esta noción permitía establecer diferencias entre países desarrollados y países subdesarrollados, entre lo moderno y lo tradicional (o atrasado). Sin embargo, cada vez más, la relación entre desarrollo y progreso se ha cuestionado, debido a que el bienestar material no da cuenta de la diversidad de cosmovisiones y necesidades que posee cada cultura para alcanzar un nivel óptimo de prosperidad. En el ámbito internacional, el concepto de desarrollo se ha reformulado hacia una perspectiva que concibe al ser humano en sus dimensiones: biológica, psicológica, cultural, económica, social y política; y que pretende un bienestar integral.

En este orden de ideas, el desarrollo humano debe articularse con el fortalecimiento de las capacidades personales en contextos socioculturales y el acceso a las oportunidades de salud, educación, empleo y otros aspectos básicos de la vida. Como condición indispensable para que estas capacidades puedan fortalecerse y materializarse, es necesario hacer efectivo el ejercicio de los derechos culturales, sociales y económicos de todos los ciudadanos de un país; por tanto, cada Estado está obligado a procurar en la medida de lo posible la igualdad de oportunidades (*Ídem*).

El concepto de “desarrollo humano”, promovido desde la década de los ochentas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo define a este como la “generación de capacidades y oportunidades para que las personas puedan lograr el tipo de vida que más valoran y ansían” (*Ídem*: 91).

Desde esta propuesta se subraya la relevancia de los progresos sociales, las libertades políticas y los vínculos sociales como pilares del bienestar de la población y, por ende, como factores determinantes del desarrollo. En este sentido, para valorar el desarrollo humano son determinantes las interacciones entre cuatro elementos fundamentales: equidad social, competitividad económica, institucionalidad democrática y sostenibilidad ambiental (Cifuentes, 2004).

Así, las políticas encaminadas a mejorar el desarrollo humano deben partir de la complejidad de estas interacciones, dado que en el núcleo están las personas, los actores sociales y la sociedad. Por tanto, la única forma de garantizar que estas propicien procesos para alcanzar niveles aceptables de desarrollo humano es potencializando y fortaleciendo la capacidad de acción de las personas.

El desarrollo humano tiene dos aspectos importantes interrelacionados: el aumento de capacidades de las personas para ejercer su libertad y la creación de un entorno social que haga factible este incremento de capacidades y asegure la libertad de elección. Puede decirse, que el concepto de desarrollo humano es una propuesta para el despliegue práctico de la autonomía personal y social donde destacan el derecho a una cultura y el derecho a la identidad propia, incluyendo memorias, tradiciones, lenguas y aspiraciones.

En el desarrollo de los pueblos indígenas se observan grandes contrastes que muestran que los indígenas han sido partícipes de importantes logros sociales alcanzados por la sociedad mexicana pero, al mismo tiempo, muestran importantes rezagos en indicadores que son fundamentales para el bienestar humano.

Un rasgo llamativo dentro del desarrollo humano de los pueblos indígenas en México es la marcada diferencia vigente entre los indicadores de salud y educación y el indicador económico de índice de desarrollo humano. Mientras que los logros en materia de educación y salud han ido en aumento (a pesar de las inequidades que existen en los ámbitos regional y municipal), se encuentran por debajo de los países desarrollados y es similar al registrado en África subsahariana, la única región del mundo considerada de desarrollo humano bajo (*Ídem*).

Estos datos sintetizan los grandes promedios nacionales sin embargo, el Índice de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas (IDHPI) permite ver conjuntamente dos de los grandes contrastes en el desarrollo de México: las diferencias regionales y las brechas interétnicas. La estimación del IDHPI muestra significativas desigualdades económicas y sociales entre las entidades federativas, regiones, grupos de población (indígenas y no indígenas) y municipios (*Ídem*).

A nivel nacional, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la población indígena se ubica en 0.7057, a diferencia del IDH de la población no indígena que es de 0.8304, es decir una brecha de casi 15%, que se origina en gran parte por la desigualdad en los ingresos, con una diferencia de 14.6%.

El índice de **salud** alcanza un índice de 0.7380 para los pueblos indígenas y 0.8491 para los no indígenas, con diferencia de 13.1% entre ambas poblaciones.

- En algunas regiones se observa un modelo de exclusión marginal: la mayoría tienen acceso a las redes de servicios, aunque quedan excluidos grupos importantes. En otras, generalmente en las regiones más pobres, predomina una privación masiva: sólo una pequeña minoría, conformada por población urbana, disfruta de opciones de salud razonables, mientras que la mayoría de la población queda excluida. En estas últimas, también existen condiciones de vida desfavorables para la salud: falta de agua potable en la vivienda, deficiencias sanitarias en el lugar para preparar alimentos, condiciones económicas insuficientes para garantizar la alimentación, etc.
- En prácticamente todas las entidades federativas de México la sobrevivencia infantil de los indígenas es significativamente menor que la de los no indígenas. La brecha es de 13.1%. Las posibilidades de sobrevivir de los niños indígenas de la entidad con el menor índice son 30.4% menores que las de sus pares indígenas que viven en los Estados con mayor sobrevivencia.
- Asimismo, tanto los niveles más bajos de sobrevivencia indígena como las mayores diferencias interétnicas no necesariamente ocurren en los Estados con mayor población indígena, sino en aquellos con regiones indígenas tradicionales o receptoras de población indígena migrante.

Por otra parte, la **educación** alcanza un índice de 0.7319 para los pueblos indígenas y 0.8841 para los no indígenas que, con 17.2% muestra la mayor diferencia de los tres componentes entre indígenas y no indígenas.

- La escolarización ha alcanzado a prácticamente todos los niños indígenas pero no ha logrado superar el rezago de analfabetismo de las generaciones pasadas.
- El índice de asistencia escolar es de 0.7392 entre los indígenas y 0.8029 entre los no indígenas. El índice de alfabetismo es de 0.7283 entre los indígenas y 0.9247 entre los no indígenas, con diferencia de 21.2%.

La desigualdad social se define como la distribución inequitativa de oportunidades o de la riqueza generada en una sociedad o bien, como la imposibilidad de acceder a la distribución equitativa de los recursos. Es la distribución asimétrica entre los hogares, clases sociales, género y grupos étnicos de una sociedad, dando como resultado grandes diferencias entre quienes tienen más y quienes tienen menos. Se manifiesta en problemas como el deterioro del ingreso, la depreciación del trabajo, la escasa cobertura de los servicios sociales básicos y la desigual distribución del gasto, propiedad, bienes, poder político, derecho al trabajo y

estatus (inequidad); aunque, el ingreso siga siendo el eje de la desigualdad social por ser uno de los parámetros más importantes para medir la distribución y concentración de la riqueza.

El desarrollo humano busca ampliar las opciones de la población, brindándoles oportunidades y herramientas para que elijan el tipo de vida que quieren llevar. La naturaleza y aspiraciones de la población indígena son comunes al resto de la población en sus demandas de acceso a recursos y servicios, pero también exigen el reconocimiento de sus valores, sus instituciones y estilos de vida que no les nieguen el acceso a otras opciones que les resultan importantes.

Por lo anterior, las estrategias de desarrollo que consideren la diversidad étnica de la población deben basarse en mayor reconocimiento público, espacio y apoyo a las culturas de estos grupos. Así, las políticas de inclusión cultural permitirán la diversificación de visiones y procesos de desarrollo ampliando las oportunidades para elegir modos de vida más satisfactorios.

4.1.4. La salud de las poblaciones indígenas

Existe una larga tradición de programas dirigidos a la población indígena con importantes logros. No obstante, se debe anotar que este grupo aún presenta graves rezagos frente al resto de la población.

La desigualdad social influye de manera determinante en las desigualdades en salud, lo que se pone de manifiesto cuando se analiza el proceso de transición epidemiológica. Al respecto, algunos autores han señalado el riesgo de que en los grupos pobres se intensifique el rezago epidemiológico existente, lo que podría conducir a una polarización epidemiológica (Frenk *et al.*, 1989; Frenk, 1994). Tales desigualdades en salud se han mantenido en distintos extremos de los grupos sociales del país (Gómez Dantés, 2001).

Diversos organismos internacionales han llamado la atención sobre la agudización de esta situación. La OMS, por ejemplo, ha destacado la presencia de distintas e inaceptables brechas en salud, en diferentes condiciones y grupos sociales; una de ellas: la existente en los grupos raciales o étnicos (OMS, 1996). Esta preocupación se expresó también durante la Reunión de Pueblos Indígenas y Salud, realizada en 1993 en Winnipeg, Canadá, donde los participantes reconocieron que "... las deficientes condiciones de vida y salud de los cerca de 43 millones de indígenas de la región de las Américas, se reflejan en una mortalidad excesiva debida a causas prevenibles y en una disminución de la esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia e incluso la profundización de las desigualdades que tiene la población indígena, en relación con otros grupos sociales". Por ello, en esa ocasión los participantes recomendaron a sus gobiernos la promoción de políticas que permitieran: a) facilitar la participación de representantes indígenas en la formulación de políticas y estrategias de promoción de la salud, y b) fortalecer la

capacidad nacional y de las instituciones locales responsables de la atención de la salud de los indígenas para lograr un mejor acceso a una atención de calidad, lo cual contribuirá a alcanzar un mayor grado de equidad (OPS, 1993).

Una forma tradicional de examinar las desigualdades en salud ha sido revisar la relación entre los grupos socioeconómicos y el estado de salud. Por lo general se acepta que las condiciones socioeconómicas, tales como los ingresos, la educación, la dieta, el tipo de vivienda y el acceso a los servicios de salud, pueden influir en el estado de salud (Jones y Cameron, 1984; Davey Smith *et al.*, 1990). Estos factores determinan gran parte de los riesgos de los individuos y los grupos sociales. Sin embargo, pocos estudios han analizado la influencia de la característica grupo étnico en el estado de salud.

Según Diderichsen (1998), el estado de salud está influido por la posición social de los individuos y el contexto que los rodea, a través de diferentes formas; si se considera al grupo étnico como uno de los factores que influyen y mantienen la ubicación de los individuos en la escala social, entonces las políticas que incidan de manera favorable en él pueden tener un efecto indirecto en mejorar el contexto social, modificar los factores de riesgo específicos a los que la población indígena está expuesta y así influir en su estado de salud.

Existen marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en México corresponden a enfermedades no transmisibles, en las zonas indígenas dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: infecciones intestinales y la influenza y neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%). Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, y las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que a nivel nacional.

La mayor mortalidad de la población indígena se registra en los primeros años de la vida. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad (3.8 hijos en mujeres indígenas *versus* 2.8 hijos en el resto de las mujeres); inicio temprano de la vida sexual activa y períodos intergenésicos cortos; madres de baja escolaridad y malas condiciones de vivienda; difícil acceso o nulo a los servicios de salud y deficiente infraestructura sanitaria.

Asimismo, los indicadores de los hablantes de lengua indígena en México son muy inferiores a los de la población no hablante de lengua indígena. Por ejemplo, la esperanza de vida en los municipios con menos de 5% de hablantes de lengua indígena es de 68 años, mientras que en los municipios con más del 76% de hablantes de lengua indígenas es de 64 años. Además se estima que un 80% de los indígenas en México vive por debajo de la línea de pobreza.

Aunado a esto, en los municipios indígenas los recursos en salud son escasos si se comparan con el nivel nacional debido a la inequidad y falta de claridad en los criterios de asignación, que va en detrimento de las zonas más alejadas, donde viven la mayor parte de los indígenas.

En las comunidades indígenas, en donde existen pocos hospitales de segundo nivel, y se atiende a la población en mayor medida con unidades móviles de salud y unidades fijas que cuentan algunas con un médico (otras no), y pocos insumos, se presenta una prevalencia elevada de las llamadas enfermedades del rezago, entre las que destacan el cólera, la tuberculosis, el paludismo, el dengue, la lepra, etc. El alcoholismo sigue siendo también un grave problema social que afecta a las familias indígenas (OMS, 2002). Uno de los más graves problemas que afectan a la población indígena actual, es el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo (Berruecos, 2005).

Además, a consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado subregistro.

Los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no. Los servicios de salud relevan y reportan las enfermedades diagnosticadas, pero no capturan la percepción indígena del proceso salud-enfermedad-atención, ni tampoco se ocupan de dar cuenta de los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud (OPS, 2002).

Se debe mencionar también que la población indígena tiene y utiliza recursos propios para atender su salud, aunque en México, la medicina indígena no está oficialmente reconocida; sin embargo, es un recurso local que puede ser utilizado por el sistema oficial de salud debido a su gran aceptación entre la población.

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, el 100% de los nacimientos son atendidos por parteras (*Ídem*).

Se ha buscado lograr mayor integración de los indígenas a la sociedad nacional; en la actualidad existe un interés especial por apoyar el desarrollo de las poblaciones indígenas; la atención a sus necesidades de salud es un elemento crucial para cumplir este propósito. Sin embargo, esta estrategia ha variado durante los últimos cincuenta años, periodo en el cual ha habido fases en las que la política hacia los indígenas ha sido incluso paternalista y clientelista. En la década de los noventa, por ejemplo, el gobierno comenzó a implementar una serie de programas de lucha contra la pobreza. Estos programas, si bien no se dirigen específicamente a indígenas, terminan atendiéndolos por encontrarse dentro de los niveles de mayor

pobreza en el país. Un problema que se observa en estos programas es que poco han tomado en cuenta, o incluso ignorado, las características sociales y de identidad cultural de su población objetivo, en detrimento del buen desempeño de estas políticas.

Así, las enfermedades no pueden ser concebidas en términos locales o regionales, sino como problemas globales vinculados con la pobreza y la marginalidad que se presenta en muchos lugares del mundo. En este sentido, resulta conceptual y técnicamente ineficaz considerar la enfermedad como una irregularidad fisiológica cuando en realidad se trata de un hecho social y cultural; por lo que se propone reflexionar sobre la salud en términos contextuales.

La enfermedad y la salud son conceptos complejos y estrechamente articulados con las condiciones estructurales; cada sociedad construye los propios de acuerdo a aspectos tan diversos como el espacio geográfico, social, cultural, histórico y económico; por lo tanto, enfermarse o estar sano va a tener significados diferentes para cada grupo humano. Para algunas sociedades, la enfermedad se relaciona con una distribución desigual de la riqueza o del calor; o con el quebrantamiento de alguna prescripción religiosa o social; inclusive con algunas experiencias emotivas como el susto, la cólera y la envidia.

Enfermedad y pobreza (falta de recursos e información, además de marginación) son inseparables y se retroalimentan. Al igual que las enfermedades infecciosas siguen incrementando la mortalidad infantil y disminuyen la esperanza de vida, las desigualdades de origen étnico, género y “estrato social”, junto con la exclusión social favorecen la existencia de grupos vulnerados o de riesgo. Este es el caso de los indígenas del país que por sus condiciones de pobreza y sus estilos de vida son considerados como sectores vulnerables ante los problemas de salud y los padecimientos más comunes, debido a que se encuentran en un estado de mayor indefensión ante las adversidades. El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y sus consecuencias no son la excepción. A partir de una serie de investigaciones, la Organización Mundial de la Salud ubica a los indígenas como un grupo de alto riesgo ante dicho consumo (OMS, 2000), documentando que el uso de alcohol es uno de los principales problemas que los grupos indígenas padecen y que se complica por factores de marginación cultural, económica, médica, psicológica y social.

Con base en lo anterior, las acciones y programas desarrollados para atender a las poblaciones indígenas deben orientarse a: promover políticas que reconozcan y respeten sus derechos; impulsar reformas institucionales que atiendan la diversidad cultural, la equidad y el desarrollo de los indígenas; dotar de servicios básicos como vivienda, salud, educación, empleos; fortalecer sistemas de trabajo comunitario, de ayuda mutua y relaciones de reciprocidad, etcétera. Sin embargo, la economía neoliberal y el individualismo son los factores que siguen fomentando las distancias económicas, el incremento de la deuda externa y la indiferencia social que deja un margen estrecho para el apoyo humanitario. Esto hace que la brecha entre ricos y

pobres sea cada vez mayor, obstruye el desarrollo real al no inscribirse en el rubro del desarrollo sostenible e impide que millones de personas tengan acceso a la salud.

La consideración de la salud desde un enfoque más global e integral obliga, por un lado, a detectar los impedimentos que dificultan crear condiciones de salud mundial y, por otro, a buscar vías y diseñar estrategias más oportunas para superar los obstáculos y alcanzar las cotas de salud mínimas para garantizar la calidad de vida básica.

El proceso de salud/enfermedad/atención es uno de los campos de la vida cotidiana donde se organizan y desarrollan en mayor número de simbolizaciones y técnicas de la vida a nivel colectivo, respecto de procesos que son decisivos, no sólo para la producción sociocultural, sino para la reproducción biológica de los sujetos sociales; dicho proceso es intrínseco de la constitución de la subjetividad, se va dando e instituyendo a través de la experiencia del padecimiento. Es parte sustantiva de las formas de estar en el mundo que no se reduce a la situación del sujeto, sino que, a través de la muerte, la enfermedad y la curación, refiere a las condiciones de asimetría, desigualdad y hegemonía/subalternidad dentro de la cual los sujetos viven y mueren (Romaní, 2004).

Desde el marco de la salud intercultural, por ejemplo, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y a veces, de síntesis con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud. Ubicar la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas, conduce a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención. Las acciones para construir una salud intercultural transitan de forma ambigua entre una clara descalificación y una forzada incorporación de los recursos populares en salud en la aplicación de los programas institucionales.

En el campo antropológico, Aguirre Beltrán (1986) define la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas indígenas. Por sobre las diferencias existe la complementariedad entre los sistemas de salud para enfrentar los padecimientos que afectan a los grupos indígenas. Para la OPS-OMS (2001), el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. La interculturalidad en salud, se constituye por

las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos (Lerín, 2006).

En este sentido, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud para mejorar los perfiles negativos que presenta la población indígena pasa básicamente por la modificación de creencias, conductas y trato del personal institucional; informando y formando sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad tiene la población indígena, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. De igual manera, es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas que ayuden a mejorar la relación médico-paciente generalmente estigmatizado, rechazado y descalificado por el personal de salud, con claros tintes racistas. También es necesario estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, mediante estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones sociosanitarias y el saber local a través de la epidemiología sociocultural.

La salud de los individuos es producto de un proceso donde intervienen factores tales como la calidad de vida, el tipo de trabajo, y el medio ambiente, que siempre permea las relaciones de poder entre los grupos humanos. Las estadísticas cuando están disponibles ponen de manifiesto que todavía persisten diferenciales en la situación de salud de los individuos en detrimento de los pueblos originarios y una situación de desbalance en las posibilidades de acceso a la atención de salud y a la información sobre estilos de vida saludables.

Cualquier análisis y cualquier acción que pretenda dar cuenta de la diversidad cultural de nuestro país, debe partir de las relaciones que se establecen entre el desarrollo socioeconómico, los derechos humanos y la libertad cultural, teniendo como referentes el marco jurídico nacional y el marco de acción internacional, y como eje transversal “la cultura” como elemento indivisible del conjunto de los derechos humanos, en una perspectiva integral y dinámica.

México se reconoce formalmente como una sociedad pluricultural, en el Artículo 2º de la *Constitución* donde se apunta: “La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas” (www.juridicas.unam.mx 8 diciembre 2007). Este rasgo también se hace presente en el discurso político, económico y social en el que se expresan las demandas de los diferentes grupos étnicos y la sociedad no indígena que integran el país. El reconocimiento constitucional de la pluriculturalidad se establece bajo el principio de igualdad jurídica de todas las personas, y se refuerza con la prohibición de “toda discriminación motivada por origen étnico”, entre otras causas de discriminación (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1º.). Sin embargo, el

reconocimiento de la igualdad jurídica, que se dicta desde 1917, así como la posterior prohibición de la discriminación y el reconocimiento de la composición pluriétnica de la Nación, aún no se han traducido del todo en un ejercicio equitativo y pleno de estos derechos, ni en la aceptación de la expresión de las múltiples identidades étnicas.

Con estos antecedentes, en mayo de 2003, se creó la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Un año más tarde se instaló su Consejo Consultivo, como órgano plural de consulta y vinculación con los pueblos y comunidades indígenas, cuyo objetivo era analizar, opinar y proponer políticas, programas y acciones públicas de desarrollo. Por primera vez en México, se integró una instancia de amplia representatividad en el Estado, delimitando, promoviendo y observando el cumplimiento los derechos humanos de los pueblos indígenas de México³³.

Pese a estos esfuerzos, el reconocimiento formal de una nación pluricultural no ha alcanzado a traducirse en políticas de estado transversales. De hecho, la historia de múltiples exclusiones en la participación social, económica y política basada en el modo de vida de gran parte de los pueblos indígenas, ha generado desigualdades evidentes en el desarrollo y en las posibilidades de acceso a los beneficios sociales y económicos básicos, como es el caso de la salud.

Para revertir los rezagos históricos, se ha requerido una nueva forma de vincular el Estado, la sociedad y los pueblos indígenas, a fin de abrir espacios de participación e interlocución con los pueblos y comunidades indígenas, y diseñar coordinadamente las medidas más apremiantes para responder a sus diversas y complejas problemáticas; para el caso, aquellos riesgos y daños asociados al consumo perjudicial de bebidas alcohólicas.

³³ Cf. Anexo 11.

4.2. Los pueblos mazahuas

De la gran variedad de pueblos indígenas que viven en nuestro país, los mazahuas se han delimitado como población de interés para el presente estudio y para el problema que nos ocupa (proceso de alcoholización) por razones diversas, entre las que destacan las siguientes:

- Sus asentamientos residenciales (sean rurales y urbanos) se ubican de manera muy cercana y con diferentes accesos a la ciudad de Toluca y su zona metropolitana, incluyendo los diversos parques industriales donde se emplearon y se emplean mazahuas. También, se ubican como residencias mazahuas la ciudad de México, Guadalajara y Ciudad Juárez.
- Por esta cercanía, han recibido gran influencia de las condiciones y estilos de vida que hasta hace tiempo eran propios de las zonas urbanas.
- Asimismo, estas influencias han permeado en la población debido a las elevadas tasas de migración temporal que los caracterizan.
- En contraparte, algunos de ellos han luchado de manera consistente por la conservación de sus tradiciones y costumbres, pese a la pérdida de hablantes de su lengua tradicional.
- Los indicadores de fecundidad, natalidad y mortalidad han variado significativamente en los últimos años, transformando el panorama demográfico que les era característico.
- El consumo de alcohol forma parte de diversas prácticas culturales incidiendo negativamente en la morbi-mortalidad de gran proporción de la población y repercutiendo (aunado a otros factores) en su panorama epidemiológico (cambio de enfermedades agudas a enfermedades crónicas y complicaciones de salud).
- El acceso a los servicios médicos institucionales aún mantiene al margen a gran parte de la población mazahua.
- Las inequidades se hacen evidentes dado que el desarrollo se ha logrado sólo en algunas regiones y/o sectores de la población, mientras que en otros, se han acentuado más las carencias.

Los mazahuas han estado sujetos a un proceso histórico de larga duración, que puede concebirse como una continuidad o fenómeno estructural, de acuerdo con la definición de Braudel (1986: 70). *Estructural* porque entraña organización, coherencia y relaciones sociales, suficientemente estables en el tiempo y para numerosas generaciones. Dicha estructura se deriva de un largo proceso de “etnicización” al que han estado sometidos los mazahuas desde el siglo XVI cuando, al igual que los otros pueblos americanos, sufrieron una primera fase de expansión colonialista. Dicho proceso se prolongó con la constitución de los estados nacionales y continúa hasta nuestros días con la globalización neoliberal (Oehmichen, 2005).

En este sentido, se presentan a continuación las particularidades de la población mazahua, a fin de enmarcar sus condiciones y experiencias de vida asociadas al consumo de alcohol, siempre dentro de su contexto sociocultural.

4.2.1. Antecedentes históricos

Se han realizado diversos estudios sobre las poblaciones y la cultura mazahua; sin embargo, aún no existe consenso sobre el origen histórico, la procedencia ni la época en que los mazahuas llegaron al Valle de México. Lo que sí se sabe es que esta población es descendiente de la familia Otomí-Pame.

Por un lado, se afirma que fue una de las cinco tribus chichimecas comandadas por Xólotl que migraron en el *siglo XIII* por el año 1224 (Jiménez Moreno, 1949). Una de ellas estuvo encabezada por Mazahuatl, jefe de este grupo, al que se considera como el más antiguo de los integrantes de las tribus fundadoras de las ciudades de Culhuacán, Otompan y Tula, compuestas por mazahuas, matlatzincas, tlahuicas y toltecas (Mendieta y Nuñez, 1945). Por otro lado, se dice que los mazahuas provienen de los acolhuas, quienes dieron origen a la provincia de Mazahuacán, actualmente Jocotitlán, Atlacomulco e Ixtlahuaca; al parecer, este grupo venía de Chicomoztoc, -lugar de las Siete Cuevas-, por lo que se agrega que los mazahuas surgieron en el escenario del Valle de México como componentes de los acolhuas que llegaron poco tiempo después que los chichimecas. La historia de este último grupo tiene una estrecha relación con la de los matlatzincas que dominaron el Valle de Toluca y llegaron hasta Michoacán.

Con la consolidación del poderío azteca, la provincia de Mazahuacán quedó bajo el reino de Tlacopan. Durante la expansión del imperio azteca, estando en el gobierno Moctezuma Ilhuicamina, los mazahuas participaron en la conquista de las tierras del sur. El rey azteca Axayácatl fue quien sometió definitivamente al grupo mazahua (*Ídem*). Los mazahuas fueron dominados principalmente por los acolhuas, después por los tecpanecas y posteriormente por los mexicas quienes consolidaron su hegemonía en Temascalcingo, Atlacomulco, San Felipe del Progreso, Jocotitlán, Malacatepec e Ixtlahuaca, lugares actualmente poblados por los mazahuas.

En la época de la Conquista, con la llegada de Gonzalo de Sandoval al territorio mazahua, ellos quedaron sometidos al nuevo régimen. Parte de su territorio quedó sujeto a encomienda como sucedió con Atlacomulco, Almoloya de Juárez y Jocotitlán (*Ídem*).

Los primeros pobladores, que se asentaron en el territorio que hoy ocupa el municipio de San Felipe del Progreso eran de origen mazahua y se establecieron en el *siglo XIII*. Se sabe también que en 1379, el pueblo fue sometido por la Triple Alianza (México-Tenochtitlan, Tezcoco y Tlacopan), quedando en ese tiempo como tributarios de los mexicas y que a la llegada de los conquistadores, en 1521, el pueblo pasó al dominio de los españoles (Jiménez Moreno, *op. cit.*). En la mayor parte de la región, los franciscanos tuvieron a su cargo el proceso de evangelización; los jesuitas, sin embargo, se establecieron en Almoloya de Juárez.

En esa misma época se conformaron grandes haciendas como la de Solís en Temascalcingo, la de Tultenango en El Oro, La Villegre en Jocotitlán y la Gavia en Almoloya de Juárez. Más tarde, los virreyes repartieron el territorio fundando varios

poblados, es así como se instituyó el pueblo con el nombre de San Felipe Ixtlahuaca en el año de 1552.

Después, por petición de los indígenas a la Real Audiencia durante 1711, se fundaron las repúblicas de indios de Ixtlahuacca y la de San Felipe, las que tuvieron su propio ayuntamiento donde residía la máxima autoridad: el gobernador. En esa época el gobierno español instaló varios telares, por este motivo el pueblo se llamó San Felipe del Obraje (Mendieta y Nuñez, *op. cit.*).

Posteriormente, Miguel Hidalgo llegó a San Felipe proclamando la independencia de México. El 13 de Octubre de 1877 la legislatura local eleva al pueblo a la categoría de Villa con el nombre de San Felipe del Progreso, nombre con el que actualmente se le conoce (Archivo Municipal, 1900). Durante el movimiento de Independencia, las indígenas mazahuas participaron en distintas batallas, por ejemplo, la del Cerro de las Cruces. De igual modo, participaron en la Revolución Mexicana de 1910 (Jiménez Moreno, *op. cit.*).

Tras la Conquista, los indígenas de la región fueron congregados en los llamados “pueblos de indios” e inició una lucha entre hacendados e indígenas por el control de la tierra; lucha que se prolongó a lo largo del periodo colonial, y cuyo resultado fue el despojo completo de sus tierras en las cuales se establecieron minas, con lo que se dio origen a la organización sociopolítica llamada Real de minas. Dicho proceso de industrialización prevaleció hasta el siglo XX, ocasionado importantes transformaciones en la conformación económica de la región. Así, durante las décadas de 1940-1950, se establecieron corredores industriales como el Lerma-Toluca y el de Pastejé. De allí que la actividad económica tradicional de la región cambió de la subsistencia a la provisión de mano de obra en el área industrial (Mendieta y Nuñez, *op. cit.*).

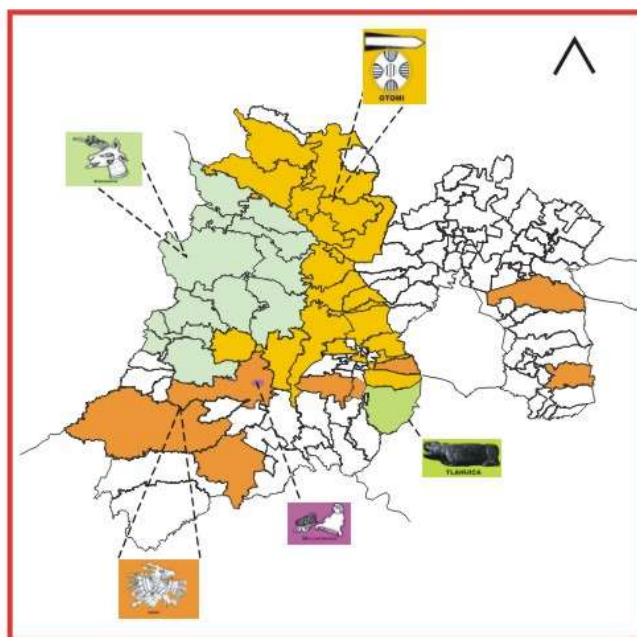
Por otra parte, cabe mencionar que tampoco se conoce con precisión el origen de la palabra “mazahua”. Se hipotetiza que proviene del nombre del primer jefe de una de las cinco tribus de la migración chichimeca que dominó a este pueblo y que se llamó “Mazatlí-Tecutli” o “Mazáhuatl” (Mendieta, 1958); aunque también coexiste la idea de que “mazahua” deriva del náhuatl mázatl, "venado", o bien de Mazahuacán "donde hay venado" o “gente de venado”, que se traduce como el nombre azteca del lugar de origen de este pueblo (Carrasco, 1950).

En la actualidad, la población mazahua presenta condiciones híbridas en su cultura material, organización social, religión y relaciones sociales, donde se mezclan elementos prehispánicos como la lengua con los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales del sistema (Oehmichen, *op. cit.*).

4.2.2. Características geográficas

La región mazahua se sitúa principalmente en la zona noroeste del estado de México y en un área del oriente del estado de Michoacán. Colinda al norte con el estado de Querétaro y con los municipios de Acambay y Timilpan del Estado de México; al sur con los municipios de Zinacantepec, Toluca, Amanalco de Becerra, Valle de Bravo e Ixtapan del Oro; al oriente con los municipios de Temoaya, Jiquipilco y Morelos; y al poniente con el municipio de Morelos en el Estado de Michoacán (Mendieta y Nuñez, *op. cit.*).

Cabe señalar que, en términos de caracterización étnico-demográfica, a los mazahuas se les analiza casi siempre de manera vinculada con los otomíes. En este sentido, la región que este grupo étnico (mazahua-otomí) ocupa, traspasa los límites que delimitan el Estado de México, Michoacán y Querétaro y está conformada por 18 municipios con presencia indígena y sólo 3 predominantemente indígena. Como su nombre lo indica, los grupos mayoritarios Mazahua y Otomí comparten el territorio, pero bajo patrones de residencia diferentes: el primero ubicado en su mayoría en los 3 municipios indígenas del estado de México (60%) y en los municipios vecinos hacia el estado de Michoacán, mientras que los otomíes muestran mayor dispersión en su residencia. En esta área también habita el grupo Matlazinca, grupo cuya lengua es considerada como minoritaria; sólo representa 0.3% del total de indígenas de la región, aunque concentra 42.3% del total de indígenas del grupo (*Ídem*).



La región, en su conjunto, posee un sistema montañoso constituido por pequeñas cordilleras y lomas de mediana altura, cubierto por bosques de árboles maderables; se encuentran también algunos contrastes de áreas boscosas con zonas semidesérticas o con alto grado de erosión. Forma parte de la Sierra Madre Occidental y ramificaciones de la Cordillera Neovolcánica, que dan origen al sistema

montañoso de San Andrés, abarcando los municipios de Jocotitlán, San Felipe del Progreso, Atlacomulco y El Oro. También se encuentran valles y planicies escalonadas importantes para la agricultura. El río Lerma constituye el principal caudal de esa zona; aunque no dejan de ser trascendentes el río de La Gavia, el río Las Lajas, el Malacotepec y La Ciénega.

Los suelos característicos son tierras negras de poca profundidad y textura caliza-arcillosa y arenosa, que fácilmente son erosionables. La caza furtiva y la deforestación de la región, han originado que muchas de las especies de flora y fauna se encuentren en peligro de extinción.



Los municipios que componen la región mazahua son doce, de los cuales once se localizan en el Estado de México: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, El Oro, Jiquipilco, Ixtlahuaca, Jocotitlán, San Felipe del Progreso, Temascalcingo, Villa de Allende y Villa Victoria. Un municipio más, Zitácuaro, se ubica en el Estado de Michoacán (INEGI, 2008).

En la mayor parte de la zona predomina el clima frío, a excepción de Donato Guerra, Ixtapan del Oro, Valle de Bravo y Temascalcingo, que son lugares semicálidos.

4.2.3. Infraestructura y servicios

Debido a su cercanía con la capital del país, esta región se encuentra comunicada con una serie de carreteras pavimentadas y de terracería, que unen a los distintos poblados con las cabeceras municipales centrales.

Por consiguiente, la zona cuenta con presas de agua importantes como son: Villa Victoria, la Presa Browkman, El Salto y Tepetitlán, que benefician sobre todo a los municipios de San Felipe del Progreso, Villa Victoria y El Oro.

En las cabeceras municipales se dispone de casetas telefónicas y de oficinas de correos. El servicio de radiocomunicación lo ofrecen algunas oficinas de gobierno. La radio comercial está completamente extendida en toda la región.

El transporte público para los centros de población es suficiente, complementándose con servicios de taxis colectivos y líneas de autobuses locales y estatales.

Sin embargo, datos del censo de población y vivienda (INEGI, 2008) indican que la región mazahua presenta un déficit hasta del 33% en drenaje, 4% en energía eléctrica y 13% en agua potable, cuyo suministro falla con frecuencia porque, para obtenerla, es necesario acudir a los manantiales u ojos de agua que están a varios kilómetros de distancia.



La vivienda mazahua ha mostrado ciertos cambios; se han dejado de utilizar el adobe y la teja y en la actualidad están construidas con cemento, tabique o tabicón y con algunos diseños de arquitectura es moderna. Es pertinente señalar que el 93% de las viviendas mazahuas son propias y auto construidas, debido a que gran parte de la población mazahua (hombres, sobre todo) se dedican a la construcción.

4.2.4. Composición y distribución sociodemográfica

Para el año 2000, a nivel nacional, los hablantes mazahuas mayores de cinco años sumaban 127,826, de los cuales 89.41%, se localizaban en el Estado de México, siendo el grupo étnico mayoritario en el territorio mexiquense.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2007 del INEGI (2008), el pueblo mazahua o jñatjo es el más numeroso de la entidad; cuenta con una población aproximada de 102 mil habitantes; que se ubican en la región noroccidental y centro-occidental del Estado, mayoritariamente en 427 comunidades de los municipios de: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, Ixtapan del Oro, Ixtlahuaca, Jocotitlán, El Oro, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Temascalcingo, Valle de Bravo, Villa de Allende y Villa Victoria.

4.2.5. Reproducción socioeconómica

La región mazahua se caracteriza por una condición de pobreza y marginación manifiestas en sus formas de vida, atraso social y económico, así como una dinámica demográfica que denota las profundas desigualdades del contexto nacional y sus efectos sobre el desarrollo de los grupos domésticos en el ámbito municipal y regional.



El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2002), registró un índice de marginalidad para el Estado de México de 0.6042, calificado como bajo grado. No así para los municipios de la región mazahua, en donde ocho de los trece municipios que la constituyen mantienen un alto grado de marginalidad, siendo San Felipe del Progreso el más elevado con 0.9188; teniendo un grado medio Jiquipilco, Jocotitlán y El Oro; los dos restantes, Atlacomulco y Valle de Bravo, presentan un índice bajo de

marginalidad. De acuerdo con estos datos, más de la mitad del total de la población nacional ocupada, percibe hasta dos salarios mínimos, un porcentaje de 63.22. La remuneración de la población económicamente activa en el Estado de México es baja, ya que 19.19% de esta gana menos de un salario mínimo, 62.63% hasta dos salarios mínimos y sólo 8.1% percibe ingresos superiores a cinco salarios mínimos. Dichos indicadores socioeconómicos son elocuentes en cuanto a la magnitud de la insatisfacción de las necesidades básicas en que se debaten los grupos domésticos mazahuas del Estado de México. Sin duda, reflejan la condición de pobreza como un modo de vida que ha sido impuesto por el sistema occidental dominante; siendo evidente la desigualdad y excluyendo total o parcialmente a estos indígenas, del acceso al consumo de bienes y servicios y de la participación social.

La mayoría de las familias, que por el simple hecho de no contar con ingresos suficientes para su manutención se ubican por debajo de la línea de pobreza, se manifiestan como unidades productivas de rendimientos bajos, debido no sólo a la minifundización, sino a una serie de circunstancias tales como la insuficiente infraestructura, acceso a los mercados en situación de desventaja, imposibilidad de utilización amplia de los factores de producción, mayor vulnerabilidad al impacto externo.

El censo de 2007 (INEGI, 2008) proporcionó los siguientes datos: la población económicamente activa (PEA) alcanza el 39.3%; de esta, el 40% se ocupa en el sector primario, es decir, en actividades relacionadas con la agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca; el 32% en el secundario que se relaciona con la manufactura de artesanías y el empleo en la industria de la construcción y el 28% en actividades vinculadas al comercio y servicios.



La actividad económica tradicional de los mazahuas se ubica en el campo de la agricultura. Producen principalmente maíz y, en menor cantidad, frijol, trigo, cebada, maguey, calabaza, haba, avena y papa; en algunos municipios cultivan chícharo, hortalizas, flores y algunos frutales. Se utilizan herramientas tradicionales como mulas y bueyes en las labores agrícolas; en las mesetas y valles se recurre al tractor para la roturación, barbecho, rastra y apertura de surcos; en algunos casos se utiliza también la sembradora. La producción es básicamente para el autoconsumo. La actividad pecuaria es de baja escala, no obstante constituye un apoyo importante para la economía familiar, principalmente la cría de ganado ovino y bovino; algunos crían cabras, aves de corral y borregos. Otros elaboran artesanías de lana, hechas en telares de cintura, alfarería y trabajos en madera. En algunos municipios se produce madera en rollo, raja para leña y carbón de encino. La propiedad de la tierra puede ser ejidal, comunal y privada.

Las actividades productivas se realizan en forma familiar y en la época de mayor trabajo en los cultivos, se recurre a los parientes más cercanos. Al aceptar que la tierra constituye el factor fundamental de producción en la actividad de los indígenas mazahuas, el carácter de las unidades productivas condiciona que las familias representen la fuente primaria de obtención y reproducción de la fuerza de trabajo (*ídem*). De esta forma, la magnitud disponible de trabajo obedecerá, en alto grado, a la dinámica poblacional que afecta directamente a los núcleos familiares; por tanto, las estrategias de las que depende el bienestar de sus miembros, son condicionadas y modificadas en la medida que las prácticas productivas se adaptan a situaciones de mayor o menor disponibilidad de fuerza de trabajo y, en consecuencia, de rangos diferentes de capacidad productiva. Las prácticas productivas se consolidan a medida que todos los miembros del núcleo familiar, o por lo menos la mayoría de ellos, comienzan a participar activamente en el cumplimiento de tareas.

En la práctica, los procesos de constitución, crecimiento y desintegración familiar inciden en el ciclo de acumulación de riqueza, determinando indistintamente el ciclo de desarrollo familiar y el ciclo productivo de la unidad. Las aportaciones de riqueza se observan fundamentalmente a través de dos vertientes: 1) Incorporación directa de los hijos a la vida productiva familiar, con la consiguiente elevación de los rendimientos y/o del incremento de medios de producción; es decir, consolidación y ampliación del capital familiar y, 2) aportaciones al ingreso total de la familia, como resultado de la venta de fuerza de trabajo fuera de la unidad productiva de origen.

El ciclo familiar, entonces, se advierte como condicionante y determinante de las actividades y estrategias productivas de los indígenas mazahuas. Especifica, en parte, el bienestar y la disponibilidad de recursos de las familias, por un lado, y por otro la rentabilidad y ventajas comparativas de las unidades productivas. En este proceso intervienen primordialmente dos variables: la demográfica (fuerza de trabajo) y la de consumo-gasto (acumulación).

Independientemente de la desaparición física de las cabezas de familia, en cierto momento el agotamiento y la imposibilidad natural de continuar con las tareas productivas habituales, obligan a estas a transferir responsabilidades a los miembros más jóvenes y, definitivamente, a desmembrar el patrimonio con el casamiento de los hijos y el fallecimiento de los padres (Oehmichen, 2002).

La conclusión de la vida productiva de los padres frecuentemente concluye en un proceso de empobrecimiento de los indígenas viejos, cuyos ingresos se ven considerablemente mermados, y aún en los casos en los que se mantiene cierta capacidad productiva, la fuerza de trabajo no es suficiente (a veces inexistente) para garantizar la continuidad de una actividad productiva rentable. En esta fase, distinción hecha de las familias particularmente exitosas y privilegiadas, los padres dependen de la ayuda que les puedan proporcionar los hijos; de esta forma, los niveles de pobreza están influidos no sólo por factores externos sino también endógeno-familiares; claramente el ciclo familiar afecta el flujo de ingresos, el total de riqueza y, por tanto, el grado de bienestar de los individuos.

El ciclo familiar a menudo concluye con la desintegración de la unidad productiva por tres razones substanciales: a) Caída de la disponibilidad de medios de producción, producto de la distribución de tierras y bienes de capital entre los hijos que forman nuevas familias o deciden emprender su actividad productiva por cuenta propia; b) disminución de la fuerza de trabajo como resultado de la formación de nuevas familias por parte de los miembros jóvenes, conclusión de la vida productiva y/o fallecimiento de los padres, eventual migración definitiva del núcleo familiar o de parte de él; c) desarticulación de la organización de la producción, en el entendido de que la estrategia diseñada para las prácticas productivas en etapas anteriores deja de ser efectiva al momento que los recursos se alteran; la naturaleza de las estrategias cambia hacia marcos de riesgo más estrechos y se orienta a eventos dirigidos a evitar contingencias (*Ídem*).

Las familias indígenas mazahuas divergen de acuerdo con el tipo de actividad que realizan y sus estrategias, las condiciones de las comunidades, la fase en el ciclo familiar, la estructura del ingreso-gasto y otros factores endógenos y exógenos (*Ídem*). Estos factores, sin duda, tienen relación directa con que también es múltiple, compleja y variada, dependiendo del contexto y de los periodos de mayor o menor éxito en los que prosperan las unidades productivas tradicionales. Ciertamente el nivel de ingresos constituye no sólo un determinante de la continuidad de las prácticas y estrategias productivas de las familias y comunidades; sino, que, incluso puede actuar como agente catalizador para decidir sobre distintos aspectos cuando los campesinos se enfrentan al problema de la elección. Si la estructura del ingreso está condicionada por factores de contexto y actividad productiva, la estructura del gasto se ajusta al monto de los ingresos familiares e individuales, así como las prioridades en su composición. Los miembros de estos núcleos son propensos a adoptar conductas, que conducen a la disposición de realizar prácticas muy variadas de trabajo simple con el único fin de incrementar los ingresos y su patrimonio de acuerdo con las condiciones del entorno.

La heterogeneidad de la vida económica mazahua redonda en diferencias sociales entre familias; al interior de las comunidades están claramente definidos los roles y funciones por estratos, que los mismos habitantes simplifican en una división entre “ricos” y “pobres”. Esta división elemental, no sólo se refiere a la acostumbrada diferenciación en torno al nivel de ingresos (que por sí mismo y de maneras distintas desempeña un papel importante), sino que el concepto de riqueza se reafirma en la posesión y posicionamiento sobre la tierra y los medios de producción (*ídem*).

El impacto de factores extraeconómicos en la producción, como la posición y movilidad social de las familias que, en diverso grado, pueden influir sobre las decisiones y estrategias de los campesinos indígenas. Los vínculos con el poder legalmente constituido, en la región consiguen ejercer presión sobre las tendencias de distribución de riqueza entre las unidades elementales. El prestigio suele ser, en estas situaciones, impulsor de proyectos más o menos ambiciosos según el margen de seguridad que otorga la jerarquía del jefe de familia. Tal jerarquía procede de dos fuentes que se encuentran imbricadas: la riqueza relativa y el ascendente político de los individuos que por sí mismos o a través de parentesco y/o afinidad detentan y ejercen. La movilidad social predispone a ciertas condiciones que, con frecuencia, derivan en espirales ascendentes o descendentes, tanto en los montos de acumulación de riqueza como en jerarquía y prestigio (Oehmichen, 2005).

En comunidades campesinas tradicionales, como la mazahua, donde las instituciones formalmente constituidas (financieras, de crédito, gubernamentales, etc.) tienen en la producción una injerencia ocasional, las redes interpersonales y parentales asumen ese rol. De esta forma, la confianza y el apego a las normas de la comunidad son la única garantía de pulcritud en las transacciones. Por otra parte, estas mismas redes determinan la capacidad de respuesta del individuo, es decir, de la misma forma que los ingresos, las propiedades y avales de una persona la hacen sujeto a un monto de crédito ante una institución bancaria; en las comunidades tradicionales la jerarquía, el prestigio y las relaciones interpersonales especifican estas y otras magnitudes en las relaciones de intercambio. Si bien una familia económicamente exitosa obtiene prestigio, *de facto*, al pasar a considerarse ‘rica’, este también puede adquirirse a través del establecimiento de vínculos familiares o de amistad, el emparentar con familias ricas (un matrimonio conveniente, por ejemplo), indudablemente traerá beneficios de movilidad social ascendente (Oehmichen, 2002).

Las condiciones socioeconómicas y culturales en la que cotidianamente viven los pueblos mazahuas, ha impulsado políticas gubernamentales de carácter asistencial que en la práctica han resultado poco efectivos, ya que son descoordinados y no resuelven los problemas de fondo. Aunado a lo anterior, se considera que es una equivocación tratar de imponer esquemas estatales y gubernamentales con la intención de elevar la calidad de vida de los mazahuas, ya que todos están condenados al fracaso. Por tanto, se recomienda la creación de programas integrales, específicos y coordinados que no se desarrollen por separado.

En tales condiciones de improductividad que no garantizan el autoconsumo, con niveles serios de desnutrición, enfermedades, analfabetismo, hacinamiento, carencia de agua potable, pésimas condiciones de vivienda y ausencia de servicios básicos para la sobrevivencia, los grupos domésticos mazahuas se ven obligados a enfrentar necesidades de reproducción vía la migración a grandes ciudades, combinando el trabajo agrícola, artesanal, industrial y como ayudantes de albañilería, cargadores en los mercados y vendedores ambulantes.



4.2.5.1. Migración

El bajo nivel de vida, el alto crecimiento demográfico y la ausencia de opciones de empleo son factores que obligan al pueblo mazahua a dejar sus poblaciones de origen y migrar en busca de un trabajo que les permita mejorar sus ingresos.

La migración temporal funge como una alternativa en momentos muy difíciles, pero es raro encontrar familias que se decidan por esta opción de forma periódica. De ordinario, estas actividades se refieren a cultivos alternativos no tradicionales, trabajos artesanales eventuales, ejercicio de oficios varios dentro de la comunidad o comunidades aledañas y comercio informal tanto temporal como permanente.

Muchos de los pueblos mazahuas funcionan como "pueblos-dormitorio", ya que sus habitantes acuden diariamente a laborar a otros lugares cercanos. Muchas mujeres y ancianos se quedan en sus comunidades, cuidando el hogar y la parcela mientras que el esposo o los hijos mayores salen a desempeñar trabajos estacionales o por temporadas.



La población migrante está formada tanto por hombres como por mujeres. La información estadística demuestra un porcentaje significativamente mayor de migración en los grupos de edad núbil, explicable por la necesidad de las nuevas familias para acumular un capital inicial; en este caso en forma dineraria. Hay quienes migran en forma definitiva y otros que lo hacen por temporadas: “Expulsados de su tierra por la pobreza, los mazahuas llegan a las ciudades para convertirse en “Marías” o “Josés”, que sobreviven reducidos a la marginalidad de una sociedad y una cultura que les es ajena”.

Los hombres que acuden a las grandes ciudades generalmente se emplean en trabajos de albañilería, como veladores o ayudantes en alguna casa comercial o taller; las mujeres, como trabajadoras domésticas y otras en la venta de fruta.

Muchos mazahuas se concentran en la capital de la República Mexicana, emigrantes del Estado de México que trabajan como albañiles, macheteros, estibadores y cargadores en la Central de Abastos, vendedores de chicles, refrescos o limpiadores de coches; las mujeres son empleadas del servicio doméstico, vendedoras ambulantes de semillas, plantas, golosinas, productos artesanales y refrescos.

En este sentido, los lugares más importantes de atracción migratoria para la población mazahua son las ciudades de México y Toluca. Otros migrantes van a trabajar en labores agrícolas a distintos Estados del país como: Veracruz, Sonora, Querétaro y Jalisco.

Se considera que las causas principales de esta movilidad poblacional son: la falta de empleo en su lugar de origen y el hecho de que los ingresos obtenidos en la agricultura resultan insuficientes para la manutención de la familia.

4.2.5.2. Mazahuas en la Ciudad

El perfil laboral de la población mazahua se ha transformado. Desde la década de los cincuenta hasta los setenta donde la incorporación de los mazahuas se dio principalmente en el sector secundario y terciario de la economía, hasta la actualidad en que se orientan cada vez más al sector informal. En términos generales se puede decir que:

- En los años cincuenta y sesenta la tendencia ocupacional se orientó hacia las fábricas, la burocracia, la industria de la construcción y el comercio establecido. La ciudad se encontraba en un contexto de crecimiento donde se requería abundante mano de obra.
- En los años setenta, los mazahuas en su condición de migrantes se incorporan al trabajo doméstico como macheteros, estibadores, diableros, etc.; la presencia de tanto de mazahuas como de otomíes en el comercio informal se hace notoria. Las “redes de paisanos” determinan la integración ocupacional de los recién llegados.
- En la década de los ochentas como efecto del modelo económico implantado, tanto los indígenas migrantes, como gran cantidad de la población de la ciudad, ven reducidas las oportunidades de un empleo formal. Las migraciones indígenas que llegan a la ciudad se insertan al comercio informal con diferentes giros y comienzan a ser visibles en la vía pública, ya no sólo como vendedores ambulantes sino como limpiaparabrisas y limosneros en los camellones de las calles. Lo que antes se veía como normal, ahora toma dimensiones mayores.
- En los noventa se agudiza la crisis económica, por lo que, la movilidad de los indígenas hacia sus diferentes destinos en busca de alternativas para sobrevivir los sigue conduciendo a la zona metropolitana de la ciudad de México y, como buenos productos del neoliberalismo, sólo tienen la calle como oportunidad para trabajar.

Según datos del Centro de Atención al Indígena Migrante (CATIM, 2006), actualmente son once las organizaciones mazahuas de vendedores ambulantes; casi un tercio de las 35 de todas las etnias que habitan en la ciudad.

Las mujeres mazahuas, llamadas despectivamente -al igual que las mujeres otomíes- “marías”, tienen una presencia muy añeja en la ciudad, víctimas predilectas en el pasado de las camionetas de la policía de vía pública (las popularmente llamadas “julias”), han ejercido el comercio informal desde hace varias décadas. Sólo hace falta recordar los puestos de perones con chile en polvo, las semillas de chilacayote, las palanquetas. Muchos puestos de dulces a la salida de las estaciones del metro son también de estas mujeres mazahuas originarias de San Antonio Pueblo Nuevo, municipio de San Felipe del Progreso, Estado de México. También de allá son las pocas mujeres que aún conforman la cooperativa “Flor de Mazahua”, descendientes directas de aquello que fue el “Centro Mazahua”, creado en 1972 por el gobierno del presidente Luís Echeverría con la intención de que las “marías” se

capacitaran en la elaboración de muñecas y textiles artesanales, para que así con un trabajo formal se alejaran del comercio en la calle (Oehmichen, 2005).

La condición laboral de estos grupos indígenas los margina del acceso a los servicios de salud, educación y vivienda. Los lugares en donde viven se encuentran principalmente en predios, edificios y vecindades deterioradas de las delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza, así como en algunos municipios conurbados. Si en la década de los cincuenta hasta los setenta las zonas receptoras fueron Naucalpan y Ciudad Nezahualcóyotl, hoy en día, los municipios de Ecatepec, Chalco y Chimalhuacán, son el destino de numerosos grupos indígenas que son más pobres y con menos posibilidades de vivir mejor, a diferencia de aquéllos que llegaron en las décadas precedentes.

La actividad comercial de los indígenas en la vía pública (con todas las desventajas que implica), ha significado su sobrevivencia en la ciudad; han huido de su lugar de origen que no les ofrece alternativas de desarrollo, sólo para encontrar condiciones similares a las de los demás pobres de esta ciudad, la ciudad de México.

En términos generales, se puede afirmar que los sistemas de producción tradicional y la tecnología más moderna se refrendan cotidianamente entre los mazahuas, por el simple hecho de convocar prácticas sociales que, de una u otra forma, persisten y se desarrollan validando su efectividad en el hecho y la posibilidad de subsistir en los últimos años, aún en condiciones francamente adversas como las que viven los pueblos indígenas (*Ídem*). Se da un proceso de transmutación de la estructura socio-económica, entre la tradición productiva (fundamentada en la agricultura) de las comunidades con los inevitables efectos que produce el desarrollo del sistema dominante (mercado capitalista neoliberal).



Si bien las comunidades y unidades productivas familiares dan cierta apariencia de homogeneidad en sus tareas productivas, un análisis más profundo y en particular un abordaje a partir de las prácticas y estrategias campesinas señalan importantes diferencias entre ellas. Sitúan su origen en la detentación, uso y acceso a los factores de producción, así como a los resultados de ello obtenidos. La tipología adoptada a partir de la orientación productiva de las unidades familiares destaca más aún las grandes diferencias que existen entre ellas y la inequidad en la distribución de la riqueza. El ciclo familiar, como condicionante de las actividades y estrategias productivas de los indígenas mazahuas, juega un rol importante en las aspiraciones de bienestar de las familias (Sandoval, 1997).

La elasticidad o inflexibilidad de estas relaciones, en la toma de decisiones está condicionada por la disponibilidad de recursos y la magnitud de riqueza de las familias. Tanto el monocultivo como la diversificación no son suficientes para caracterizar la unidad productiva ni determinar su condición. En cualquier caso, el acceso a los recursos, al mercado y la orientación productiva son factores que, en última instancia, perfilan la naturaleza de la unidad familiar. Los mecanismos redistributivos, los criterios de prioridad y el sentido de oportunidad definen las prácticas y estrategias campesinas de las familias y comunidades mazahuas, así como determinan las posibilidades de movilidad social. Todas las estrategias y prácticas de los indígenas mazahuas se caracterizan por su racionalidad en la toma de decisiones; dicha racionalidad difiere en tiempo y forma, con respecto a lo diverso de la situación particular de cada unidad productiva, comunidad y del entorno.



Pese a la aparente estaticidad de las comunidades rural-indígenas y la persistente marginalidad y situación de pobreza durante décadas, la variedad y la lógica interna de las prácticas indígena-campesinas demuestran el dinamismo de un sistema que aún persiste, otorgándose a sí mismo un rol permanente en el desarrollo de las comunidades de la región y el estado. Este dinamismo ha demostrado la

capacidad de las estrategias indígenas para adaptarse a nuevas circunstancias y a participar activamente en los procesos de cambio, obligándolos a diversificar sus formas de subsistencia y ampliar sus actividades; obviamente “lo moderno”, paradójicamente ha contribuido a la amplitud de las nuevas estrategias: mercados de trabajo, prevención de riesgos y emergencias del mercado, ahorro, planes de inversión, crédito, etc. (Patiño, 2000). En todo caso, el motor de la transformación e innovación de las prácticas y estrategias indígena-campesinas ha sido la dinámica del cambio.

4.2.6. Organización social

Los mazahuas ocupan un territorio común; su sistema de relaciones se irradia de manera directa como proceso cultural, social y político que construye su identidad.

La etnoregión mazahua presenta tres características: es heterogénea en la conformación de sus barrios, comunidades, política y religión; no es autónoma, depende del Ayuntamiento local; la unidad socio-política es el *municipio* por encima de la comunidad y del barrio. Las autoridades políticas de los mazahuas son las derivadas del ayuntamiento constitucional, que está establecido en la Constitución Mexicana y en la Constitución Estatal. El régimen municipal se apega a los lineamientos constitucionales, pero las autoridades locales son designadas por los miembros de la comunidad. Cada comunidad se encuentra representada por los delegados municipales, así como por las autoridades del consejo de colaboración municipal, el comité de bienes comunales, el consejo de vigilancia y el comisariato ejidal, todos ellos encargados de tareas específicas en favor de la comunidad.

En 1976, se creó el Consejo Supremo Mazahua como organización tradicional indígena encargada de promover la cultura mazahua en sus diferentes expresiones.



La organización religiosa está constituida por fiscales, mayordomos y topiles, mismos que se encargan de la preparación, financiamiento y celebración de las festividades locales y peregrinaciones (Sandoval, 1997).

En cuanto a su organización social, la familia nuclear formada por padres e hijos, constituye la base fundamental del grupo mazahua. Cada miembro de la familia tiene bien definidas sus funciones que dependen del sexo, edad y lugar que ocupan en el núcleo familiar. La madre se encarga de preparar los alimentos, del lavado de la ropa, de la limpieza del hogar y de acarrear la leña y el agua; también se ocupan del cuidado de los animales del traspatio. El padre se dedica a las labores agrícolas; los niños cooperan en algunas actividades del campo, en la recolección de la leña y el pastoreo de los animales; las niñas ayudan a la madre en los quehaceres domésticos. La máxima autoridad dentro de la familia la ejerce el padre.

El matrimonio predominante es endogámico, efectuándose mediante el pedimento de la novia, sin embargo muchas veces para evitar los costos del pedimento, los hombres se roban a su novia, posteriormente se "arreglan" con sus padres para realizar la respectiva ceremonia (*Ídem*).



Actualmente, en la reproducción socioeconómica participa todo el grupo doméstico. La migración de los "jefes del hogar" o de los hijos mayores modifica la dinámica y afectividad del grupo doméstico; las mujeres asumen las responsabilidades familiares, correspondiéndole tomar decisiones respecto a la diversidad de situaciones adversas de sobrevivencia cotidiana; sin embargo, esta condición de "jefa del hogar" no le reporta un estatus social ni siquiera igual al de los hombres frente a la comunidad y la sociedad en general (www.criterios.com/sem/oct/03/1004.htm 24 mayo 2007). Ante esta inequidad, últimamente las mujeres se han organizado para conformar comunidades femeninas ("matrifocales") que les permiten sobrevivir con productos que ellas mismas siembran

o elaboran, hacerse visibles ante la sociedad y exigir sus derechos desde su condición sociocultural y de género. En ciertos casos, las mujeres junto con sus niños, también migran y recorren las calles ofertando artesanías, vendiendo frutas, dulces, chicles y pepitas o también pidiendo limosna. Los adolescentes trabajan como chalanos en la construcción, cuidando carros o limpiando sus vidrios en las esquinas. Los niños, a edades tempranas, se incorporan en la producción.

El poder se socializa, las relaciones horizontales se intensifican y la dinámica del grupo doméstico se transforma, constituyendo de esta manera “familias extensas” pero dispersas, en donde los factores sociales, económicos y culturales determinan su existencia, organización y reproducción (Sandoval, 1994).

La migración, la combinación de diversos trabajos, la participación de todos los integrantes en las actividades económicas, sociales y religiosas son los elementos determinantes de la reproducción de los grupos domésticos, es decir, son las estrategias de sobrevivencia de los mazahuas (Sandoval, 1997). En este sentido, el grupo doméstico mazahua cumple con funciones de socialización a través del padre y de la madre en la transmisión de conductas sociales, culturales y económicas que establecen la asignación de roles sociales a los hombres y a las mujeres. Sin embargo, el núcleo familiar tiende a disgregarse y la propensión a la migración de los jóvenes es alta. Esto se explica por la posibilidad de movilidad social ascendente en el afán por adquirir otro *status*, alcanzable solamente en los centros urbanos a los que acuden con el fin obtener educación media y/o superior, o en algunos casos de establecer un negocio propio.

Fuera del grupo familiar, el grupo mazahua realiza el trabajo colectivo llamado “faena”, que consiste en la cooperación de los miembros de la comunidad para la realización de obras o trabajos de beneficio colectivo como son escuelas, mercados y caminos.



Los pueblos mazahuas tienen como vecinos a los *otomíes* con los que mantienen vínculos sobre todo de tipo comercial, pues intercambian los productos de sus respectivas regiones.



La relación que se establece entre los mazahuas y los mestizos es asimétrica, pues se caracteriza porque estos últimos consideran inferiores a los indígenas; ya que los mestizos tienen el control del mercado local, son los intermediarios y los que pueden dar empleo al indígena. Entre estos dos grupos se establecen ocasionalmente relaciones de compadrazgo, generalmente porque un mestizo apadrina a un niño indígena; no es común que un mazahua apadrine a un niño mestizo (Sandoval, 1994).

El aspecto normativo del género, sobre todo en lo que atañe al control de la sexualidad femenina, constituye un elemento que sanciona la conducta de las mujeres y les impide o les limita la posibilidad de emigrar solas.

Entre los factores objetivos de tipo genérico, la migración de las mujeres también se presenta en situaciones de desamparo a causa de la viudez, del fracaso "matrimonial" o por abandono por parte del cónyuge, la poliginia, la violencia intrafamiliar y social, la soltería después de cierta edad y los problemas asociados con el alcoholismo de la pareja. Todos estos factores se encuentran ligados de manera particular a la situación del grupo doméstico y pueden ser más frecuentes en unas comunidades que en otras, también se pueden ampliar o reducir, dependiendo de las condiciones particulares de cada caso al interior de la misma comunidad. También, la condición de viudez en las mujeres se agudiza con la muerte prematura de su cónyuge a causa del alcoholismo, las riñas, los accidentes de trabajo y los conflictos violentos, causales de la emigración femenina (Oehmichen, 2005).

Entre las mazahuas hay quienes atribuyen el abandono paterno al hecho de que las mujeres no pueden atenderlos debido a que trabajan todo el día en la calle. Vinculado con este fenómeno, entre los mazahuas se encuentra la poliginia. Esta práctica ha sido definida como "un sistema en el que a un hombre se le autoriza tener varias mujeres " (Lévi Strauss, 1976: 13). En un estudio realizado a fines de la década de 1930, Rojas González observó que los mazahuas de Atlacomulco habían incorporado las costumbres de la sociedad mexicana: "Estos se mostraban respetuosos de las leyes y de las disposiciones que rigen en el país, se han olvidado de posibles costumbres poligámicas; sin embargo, es frecuente que entre los indígenas acomodados se acostumbre mantener a una o dos amantes. Cabe señalar que en ninguna sociedad la poliginia se presenta como una práctica generalizada. La tendencia hacia la poliginia entre los mazahuas se presenta como un factor objetivo que obliga a las esposas y /o a las madres solas, a emigrar en busca de su sustento y el de sus hijos, sobre todo cuando carecen del apoyo económico del cónyuge o de sus parientes.

La poliginia es una tendencia extendida en las comunidades mazahuas, tanto en el medio rural como en el urbano, aunque no en todos los casos.

Diversos testimonios de los mazahuas refieren las relaciones que sus cónyuges sostienen con las otras mujeres. Los matrimonios pueden durar mucho en éstas condiciones. Otras manifiestan no ser celosas, pero reprueban la conducta de su marido cuando llega borracho o de mal humor. Repudian la violencia, así como el maltrato físico y verbal que les infringe el cónyuge cuando supuestamente lo hicieron "enojar" en su otro hogar (*Ídem*).

Las relaciones de los varones con otras mujeres, no son motivo para deshacer el vínculo conyugal y hay cierta condescendencia con quienes lo practican. La tendencia hacia la poliginia es una práctica que se corresponde con la construcción de las masculinidades socialmente valoradas como positivas. Por ejemplo, en San Felipe del Progreso se ha visto que:

Respecto a las relaciones sexuales, los hombres opinan que tienen derecho a tenerlas con varias mujeres al mismo tiempo. Los jóvenes expresan el deseo de tener relaciones con el máximo de mujeres, pues lo consideran signo de masculinidad, tener muchos hijos varones es interpretado como un hecho de poseer potencia sexual, expresión de masculinidad (Sandoval, 1997 -71).

Un cuarto factor de la emigración femenina está asociado con el consumo de alcohol por el cónyuge. En este caso el hombre no abandona a su mujer y a sus hijos, pero si se desentiende de sus deberes como proveedor del sustento familiar. El alcoholismo se presenta como un problema que merma los recursos económicos para el sostenimiento familiar, además de que conlleva toda una secuela de violencia intrafamiliar.

El quinto factor de gran importancia consiste en que en las comunidades de origen existen reducidas posibilidades para que las mujeres puedan encontrar un empleo o actividad remunerados. En sus comunidades y en las zonas circunvecinas no existe un mercado de trabajo femenino por fuera del comercio local y regional, el cual por cierto, suele estar acaparado. La pobreza ha llevado en algunos casos, a que las familias hayan decidido expulsar a sus hijas porque, a diferencia de los varones, no hay trabajo para ellas en el campo.



La soltería femenina se ubica como un factor adicional que propicia la emigración de las mujeres cuando han sobrepasado la edad socialmente aceptable para contraer nupcias y a quienes la comunidad rural no ofrece oportunidades de empleo ni una posición social aceptable (Arizpe, 1978: 319). Los factores de expulsión de las mujeres no serían tales si no existiesen factores objetivos de atracción, donde la existencia previa de redes familiares y espacios laborales hacen posible o facilitan su salida de la comunidad. Los factores subjetivos de expulsión y atracción se amplían al introducir en el análisis la dimensión de género. Entre ellos está la percepción que tienen las mujeres sobre la carencia de derechos y las alternativas que tienen en su comunidad. En el pueblo, las mujeres hacen una evaluación a veces muy positiva de lo que será su vida en la ciudad, a lo cual contribuyen las hermanas, las tías, las primas, las cuñadas y los hombres que han emigrado, así como la propaganda que realizan los medios de comunicación.

La carencia de derechos de las mujeres es percibida por ellas mismas desde la manera en que se dan los matrimonios hasta lo que sucede en la vida conyugal.

El rapto ha sido un mecanismo frecuente con el que se han iniciado muchas uniones conyugales, las cuales se formalizan y se ritualizan con el tiempo. Sobre todo, se posponen para cuando haya dinero, ya que una boda implica un enorme

gasto. Esta modalidad con la que inician las uniones conyugales, se convierte en un elemento subjetivo que conlleva a las mujeres a emigrar (Oehmichen, 2002).

El género constituye un sistema de signos relacionados que tienden a la coherencia simbólica y a eliminar la ambigüedad. Es fortalecido por la religión que traza el destino de las mujeres a través de la imagen del sufrimiento, que transforma en virtud todo aquello que va modelando su "deber ser".

El abuso sexual es un hecho adicional que es puesto de relieve por las mujeres para explicar su falta de derechos en el pueblo. La violación puede ser considerada como un poderoso mecanismo de control social que "gira en torno al atemorizamiento y a la humillación de la víctima, recalca las diferencias jerárquicas entre los géneros y simboliza el sometimiento de la mujer al poder (físico) político del hombre (Lagarde, 1990: 261). Consiste en "meter en cintura" a las mujeres que salen de sus casas sin motivo alguno, que andan solas por el monte o que se alejan de los espacios necesarios para el desempeño de sus actividades cotidianas. Una mujer no puede ir sola hacia sitios distantes y, cuando lo hace debe ser acompañada. La violación ha sido un hecho frecuente, pero también se dice que ha ido disminuyendo en los últimos años.

La comparación de las mujeres con animales (gallinas y zorras) en la cultura mazahua contemporánea puede ser entendida como un ejemplo más de los simbolismos que connotan significados sexuales. Como han señalado Ortner y Whitehead (1991), el simbolismo en las relaciones de género puede variar de una cultura a la otra, pero con frecuencia destaca la diferencia entre los sexos. Las metáforas animales marcan una relación de distancia con respecto a lo humano (Leach, 1978), que es masculinizado en este caso. Las asimetrías de género se convierten también en factores que inciden en la emigración femenina. Dichas desigualdades se observan en los diversos ámbitos de la vida comunitaria: en los sistemas de herencia y filiación; en el usufructo de la tierra y los derechos agrarios; en la carencia de apellidos para las mujeres (al menos durante las primeras décadas del siglo XX), así como en la ausencia de otros derechos.

La carencia de derechos y la violencia ejercida contra las mujeres como causa objetiva y la percepción que ellas mismas tienen sobre su destino, constituye un factor subjetivo que impulsa a las jóvenes a buscar su futuro fuera de su pueblo. Esto lo pueden hacer porque existen otras mujeres de su comunidad (las hermanas, las tías y otros parientes) que radican en la ciudad. Por otra parte, la expectativa de ganar dinero, de satisfacer sus necesidades y de encontrar una movilidad ascendente a través de un buen matrimonio, las impulsa a dejar el pueblo y dirigirse a la ciudad (Oehmichen, 2002).

El género, por ende, resulta de un proceso de construcción cultural, y como todo lo que es cultura, no es algo que se produzca de una vez y para siempre, sino que se instituye a través de un proceso continuo y cotidiano. También puede ser pensado como sistema de significados que se encuentran arraigados en el *habitus*

En torno a la diferencia sexual se conforma todo un sistema simbólico que tiende hacia la coherencia, a la eliminación de la ambigüedad y a dar consistencia a las representaciones sobre el dimorfismo sexual. El cuerpo humano aparece como el analogante principal de una amplia gama de símbolos en la medida en que se presenta como una forma de infraestructura sobre la cual se monta todo un sistema de significados que lo trascienden. Esto se da en virtud de que una de las características ontológicas del ser humano.

La división de las cosas y de las actividades según la oposición entre lo masculino y lo femenino, encarna la necesidad objetiva y subjetiva de su inserción dentro de un sistema de oposiciones homólogas, tales como: arriba/abajo, superior/inferior, adelante/atrás, derecho/izquierdo, seco/húmedo, duro/blando, claro/oscuro; por ciertas correspondencias a los movimientos de los cuerpos.



4.2.7. Información sociocultural

La cultura es parte del conjunto de capacidades de los individuos que condicionan su toma de decisiones e interacción con otros actores sociales.

No existe ninguna valoración sobre la “ventaja” o “desventaja” de este proceso cultural para el desarrollo económico y social; puede reproducir las inequidades y la discriminación, pero también puede dar lugar a una transformación positiva de las aspiraciones, de la acción colectiva y de la forma en la que el poder y la capacidad de acción trabajan en la sociedad (Sen, 1989).

Actualmente, los rasgos identitarios de los pueblos de esta región se diluyen, debido a la constante migración hacia los espacios urbanos. Sin embargo, aún es

posible apreciar, en los espacios indígenas tradicionales, aspectos como el trabajo comunal (denominado “faena”), así como la división del trabajo por sexo y edad (Sandoval, 1997).

4.2.7.1 Lengua

El idioma con el cual se comunican las personas es uno de los agentes más activos en la transmisión de una cultura y la definición de la identidad frente a “los otros”. De igual forma, es uno de los sustentos fundamentales en los que se basa la participación en una identidad colectiva. Por ello, en los censos mexicanos se incluyen preguntas sobre la condición de habla de una lengua de origen prehispánico y el nombre de la lengua.

Además, la estimación de la población indígena recupera por un lado el papel de la lengua como uno de los vehículos principales para la transmisión de normas y valores compartidos, símbolos y tradiciones que en conjunto, han construido su propia memoria histórica y permiten reconocer a aquellos con quienes se comparten estos elementos culturales.



En este sentido, la lengua es uno de los principales elementos definitorios de las identidades étnicas; aunque cabe destacar que no es el único: existen muchos indígenas que ya no hablan la lengua de sus ancestros, pero aún son portadores activos de sus culturas.

La lengua mazahua, jñatjo o jñatrjo es una de las más de 62 que coexisten con el español en la nación mexicana.

Según los investigadores, esta lengua es considerada como parte de la familia otopame del grupo otomangue en el que se encuentra el hñahñu (otomí), jñatjo (mazahua), matlatzinca y tlahuica, que desde tiempos prehispánicos han coexistido en el Valle de México (Soustelle, 1993).

Se encuentra vinculada con las lenguas: otomí, pame, matlatzinca, pirinda, ocuilteca y chichimeca. Por tanto, sólo presenta diferencias dialectales leves, lo cual facilita la comunicación entre estos grupos étnicos.

Esta lengua ha sido transmitida oralmente de generación en generación y no se conoce escrito alguno, salvo los jeroglíficos representados en las artesanías, donde se puede apreciar figuras como el árbol de la vida y el sol, que representan parte de la cosmovisión del mundo mazahua.

Por las características de la lengua jñatjo, su escritura es muy compleja por ser tonal; desde la época colonial, los frailes empezaron a escribir la lengua mazahua con fines de evangelización. A través del tiempo y por diferentes razones, la comunicación ha cambiado; por consiguiente, la representación gráfica de algunos sonidos de la lengua jñatjo ha variado significativamente.

Como cualquier otro idioma, el mazahua es un sistema de comunicación que posee una estructura y gramática específica, que permite a los pueblos construir su conocimiento, expresar y transmitir su cultura y forjar su identidad.

4.2.7.2. Cosmogonía y religión

Las características actuales de la religión de este pueblo son una combinación de elementos católicos y prehispánicos, sincretismo que guía algunas concepciones del grupo, como son el culto a los muertos, la creencia en ciertas enfermedades, la vida cotidiana y la importancia de los sueños que prevalecen en la vida mazahua.



En la actualidad algunas familias conservan sus *nitsimi* o adoratorios, lugares destinados al culto religioso del santo de la devoción familiar.

La cosmovisión mazahua y el simbolismo del sacrificio opera sobre un registro oculto, porque está asociado más a la vida nocturna que a la diurna. "Si las claves del sistema cosmológico mazahua aparecen tan secretas es porque ellos sitúan al demonio en su justo lugar, y nos muestran cómo pensar el universo a través del idioma de los sexos "(Galinier, 1990: 266).

Por otra parte, la ceremonia del día de muertos de los mazahuas no parece diferir mucho de las que practican pueblos de otras culturas de origen mesoamericano: consiste en colocar ofrendas en las tumbas donde se encuentran sepultados los difuntos, para que estos tomen la "sustancia" de los alimentos que los vivos les ofrendan. Sin embargo, entre los mazahuas no es el ritual en sí mismo, lo que explica el vínculo con los muertos, sino toda la construcción simbólica que existe en torno a la muerte. Los mazahuas realizan ofrendas a sus muertos y la ceremonia de esos días parece ser tan importante como la fiesta del Santo Patrón, debido a la cantidad de emigrantes que regresan ese día a sus pueblos y el monto de recursos económicos que gastan con ese propósito; hacen enormes gastos para celebrar el día de muertos en sus comunidades, así como para sepultar a los parientes cuando fallecen en algún lugar lejano (Oehmichen, 2005). Es común enterrar a los difuntos en su lugar de origen donde acuden los parientes y conocidos; al término del novenario se acostumbra celebrar el levantamiento de la cruz. Esta ceremonia se realiza 30 días después de la defunción y se repite en dos ocasiones en los siguientes dos años.

Para los mazahuas, la muerte significa pasar a otro plano de la existencia que no implica la pérdida irreparable de la vida, ni que los muertos abandonen definitivamente a los vivos.

Los mazahuas confieren a sus sueños una importancia vital, toda vez que por medio de ellos sus muertos se comunican con los vivos. Los mazahuas no cuentan con especialistas para interpretar los sueños, ya que es la persona que sueña y sus familiares quienes los interpretan.

A través de los sueños, los muertos se comunican con los vivos y muchas veces son portadores de malas noticias. Una persona puede saber que pronto va a morir, porque los muertos regresan en sus sueños para comunicárselo. La importancia atribuida a los sueños es un hecho cotidiano que los vincula con sus muertos. Los espíritus de los difuntos tienen el don de la ubicuidad, pueden viajar a gran distancia y seguir a sus parientes hacia cualquier lugar. Es común que se aparezcan en los sueños y eso provoca el temor de la gente, por lo que no les gusta platicar de ello. Aunque los muertos se manifiestan en los sueños, actividad generalmente nocturna, también llegan a aparecerse en la vigilia. Los muertos no sólo anuncian desgracias, sino que a veces también ayudan, dan consejos, se anticipan a los acontecimientos, para prevenirlos y aconsejarlos. Al parecer los

muertos no se van definitivamente, sino que pasan a otro plano de la vida y adquieren una nueva cualidad de existencia. Entre los mazahuas la idea del sacrificio "no significa verdaderamente la pérdida del objeto" porque sufre una metamorfosis que lo convierte en algo diferente de lo que era. Buena parte de la cosmovisión mazahua se ubica en la capacidad compartida de interpretar los símbolos que se presentan en sus sueños. El sueño es generalmente una actividad nocturna en la que se expresa la capacidad de comunicarse con quienes han pasado al otro plano de la existencia. La importancia que tienen los sueños se encuentra en el núcleo duro de su cultura, pues aún fuera del territorio ancestral y en contextos sociales muy distintos, logran mantener un complejo proceso interpretativo de esta actividad nocturna. Los sueños pueden funcionar como representaciones sociales paralelas a los mitos o al ritual, pues si bien "...los sueños se han descrito como experiencias privadas y muy flexibles, y los mitos son públicos y con formas lingüísticas más bien fijas, en muchas sociedades los sueños y los mitos se consideran estrechamente emparentados" (Tedlock, 1995: 49).

La interpretación de los sueños se vincula implícitamente al reconocimiento de diversos planos de la existencia en que los vivos y los muertos se comunican. Pero éstos planos suelen traslaparse, como en el caso de la muchacha que dijo haber visto -no soñado- a su difunto padre (Oehmichen, 2005). Los sueños y la relación con los muertos remiten a los mazahuas una y otra vez al territorio ancestral, donde se encuentran sepultados sus antepasados.

La interpretación de los sueños era una práctica común entre los mesoamericanos a tal punto que en la víspera de la invasión europea los sacerdotes interpretaron los sueños de la llegada de los españoles con el regreso de Quetzalcóatl. A esta confusión se atribuye el buen recibimiento ofrecido por los mexicas a los españoles (*Ídem*).



Los mazahuas han transformado diferentes elementos de su cultura, pero no de una manera absoluta ni todos sus aspectos. Pueden cambiar diferentes componentes de su cultura, sin que ello comprometa sus valores más profundos, entre ellos, el apego al territorio y sus paradigmas tradicionales. Las relaciones de parentesco son uno de los elementos culturales que muestran la mayor persistencia, aún cuando algunos de sus miembros han abandonado la lengua y cambiado de religión (Oehmichen, 2002).

4.2.7.3. Vestido

El vestido de la mujer mazahua se conforma con una blusa y una falda hechas generalmente de manta de vivos colores y adornadas con holanes, que pueden ser lisas o bordadas con diferentes motivos zoomórficos o florales. Llevan sobre la falda otra más, confeccionada en satín y de colores muy fuertes y vistosos. El ajuar femenino cuenta además con una falda interior muy amplia y muy larga confeccionada en tela de manta con un bordado en el contorno inferior, a la que se le superpone otra, conformada por un lienzo rectangular que se enrolla a manera de falda, dejando descubiertos los bordados que adornan a las interiores. Como sostén de las faldas se utiliza una faja de lana muy larga, de tal suerte que pueda dar varias vueltas a la cintura. Estas prendas por lo general son confeccionadas en un telar de cintura.



La indumentaria del hombre no cuenta con tanta pompa. Consta de la camisa, un pantalón de manta y huaraches. En algunos lugares se amarran una faja en la cintura semejante a la de la mujer.

4.2.7.4. Artesanías

Los municipios que cuentan con una mayor actividad artesanal son: San Felipe del Progreso, Temascalcingo, Ixtlahuaca y Atlacomulco. En distintas localidades de la región se confeccionan cobijas, fajas, tapetes, cojines, manteles, morrales y quexquémilt de lana.



En San Felipe del Progreso y Villa Victoria hay pequeños talleres en los que se fabrican productos con la raíz de zacatón, como por ejemplo, escobas, escobetas y cepillos (Romeu, 1994). En Temascalcingo se producen piezas de alfarería de barro rojo y loza de alto fuego, como cazuelas, ollas, macetas y crisoles.



En Ixtlahuaca las familias tejen, a mano o en máquina, con hilo de acrilán o lana, guantes, bufandas, pasamontañas y suéteres.

En Atlacomulco hacen sombreros de paja de trigo (Romeu, 1994). En San Felipe del Progreso hay personas que se dedican a la elaboración de piezas de plata como arracadas, anillos, collares y pulseras; en distintas ocasiones han recibido premios por la técnica y belleza de sus productos.

4.2.7.5. Festividades

Para los indígenas mazahuas, más allá de su condición social, son en suma relevantes los eventos de involucramiento social e integración de la comunidad, así como la asistencia a acontecimientos importantes para la región. La activa participación de los individuos eleva el prestigio y fortalece los lazos de parentesco y afinidad que, como se menciona en otra parte, actúan como determinantes en la movilidad social al interior de las comunidades (Patiño, 2000).



Las fiestas que celebran los mazahuas pertenecen en su mayoría, al calendario religioso católico.

El evento más importante suele ser la fiesta patronal que varía de acuerdo a la comunidad; sin embargo, resaltan también el 12 de diciembre -fiesta de la Virgen de Guadalupe (en todas las comunidades), localmente (en un grupo de comunidades) la fiesta de san Isidro Labrador- y el 24 de junio día de san Juan.

En estas fiestas, las comunidades colocan en sus parcelas ramos de flores y adornan a los bueyes, mulas y burros con collares de flores. Otras festividades que son comunes a toda la región son la de la Santa Cruz y la celebración del Día de Muertos.

En la actualidad, los cargos religiosos tradicionales como el de la mayordomía se practican cada vez menos, sobre todo entre los jóvenes (Sandoval, 2007).



Las danzas que realizan tradicionalmente en sus festividades son: las Pastoras, Santiagueros y Concheros (*Ídem*). En los últimos cinco años, se han conformado grupos de danzantes conocidos como “arrieros”; principalmente del Municipio de Ocoyoacac, donde diversos grupos mazahuas han estado trabajando como “chalanés” de albañilería y se han integrado a las cuadrillas de danza de arrieros o han ofrecido a sus santos y vírgenes, crear danzas en sus comunidades por las plegarias o “favores” religiosos concedidos. En cumplimiento de ello, la danza de los “arrieros” se encuentra en expansión en la etnorregión mazahua.



4.3. La salud de los mazahuas

Para los mazahuas, el individuo es importante como parte integral del todo. Ellos consideran que su vida no está separada de la existencia de las plantas, de los ríos, de los animales y demás elementos naturales, sino que depende de la armonía con cada uno de ellos. Es una visión integral del mundo donde se entrelazan aspectos biológicos, sociales, religiosos y culturales.



Esta misma concepción de integralidad se traslada al ámbito de la salud, por lo que la enfermedad no constituye un dominio autónomo, independiente de la vida social y cultural del grupo. La enfermedad va más allá de las causas meramente biológicas; aspectos como el coraje, la ansiedad, la tristeza, la envidia, el susto o bien, el rompimiento con alguna regla social o religiosa, son también causas de enfermedad.

El concepto de salud lleva consigo un conjunto de significados que incluyen no sólo no estar enfermo, sino la capacidad de poder trabajar, comer, estar contento y tener buen humor.

La salud es estar “bueno y sano”, es estar bien, con buena cara y buena fuerza, poder cumplir con la obligación, puesto que el que está sano, se siente bien, está bien con su familia y con su comunidad. La salud para los mazahuas es reír, tener buen humor, alimentarse bien, no hacer corajes, no tener envidia ni malos sentimientos en los demás (Oehmichen, 2005).

La salud y la enfermedad también tienen que ver con el bienestar espiritual; existe toda una serie de ritos que se llevan a cabo con la finalidad de armonizar las relaciones entre los individuos y el mundo divino. Estos ritos toman la forma de una

medicina preventiva, que se practica con la finalidad de pedir por lluvias y buena cosecha. Por tanto, una comunidad que puede trabajar y alimentarse es una comunidad sana. Las fiestas religiosas representan un espacio esencial en la vida y están estrechamente relacionadas con la salud y la enfermedad, pues la mayoría de ellas se lleva a cabo con la finalidad de conseguir el alivio a algún padecimiento. En este sentido, es importante recalcar que tanto la salud como la enfermedad se perciben como hechos colectivos que involucran numerosos factores, comprometiendo la búsqueda del equilibrio entre el individuo, su comunidad, su entorno natural y espiritual (Sandoval, 2007).



Los conceptos de salud y enfermedad también, tienen que ver con el equilibrio térmico a lo que se le conoce como la “dualidad frío-calor”. Esta concepción, según algunos estudiosos se encuentra muy arraigada entre poblaciones indígenas y mestizas de nuestro país. Se refiere a conferir cualidades de frío o calor a todo lo que les rodea: hombre, elementos naturales (aire, sol, viento, agua, plantas, animales, alimentos, enfermedades).

Analizando las nosologías de las enfermedades, es posible argumentar que dentro de la medicina tradicional mazahua existe una clasificación dual de plantas, animales, alimentos y enfermedades. Por tanto, las enfermedades también provienen cuando ocurre un desequilibrio térmico corporal; por ejemplo, cuando se exponen en exceso al sol, al frío o cuando ingieren algún alimento que provoque este tipo de alteraciones. Para recuperar el equilibrio térmico, aplican o ingieren algún remedio de naturaleza contraria al mal. En la concepción nosológica, las alteraciones en la dualidad frío calor son una de las causas más importantes de enfermedades.

En este sentido, la salud es una forma equilibrada y armónica de vivir con todo lo que les rodea; es decir, es un estado de armonía con la naturaleza y la sociedad.

Los mazahuas consideran que cada persona tiene un ser material y un ser espiritual; también piensan que hay enfermedades "buenas" y "malas"; las primeras son enviadas por Dios y, las segundas, son provocadas por la maldad de alguna persona o por causas sobrenaturales. Entre las enfermedades "buenas" más comunes encontramos la diarrea, la neumonía, la bronquitis, la amigdalitis y la parasitosis intestinal; dentro de las "malas" están el "mal de ojo", el espanto y el "mal de aire", entre otras.

La enfermedad y la salud, son conceptos que se perciben como un hecho colectivo y no como un fenómeno meramente individual o biológico; es una concepción más real que se relaciona con su cultura, con su organización social y religiosa que al final de cuentas integran la vida de una sociedad. A este respecto, Lozoya (1981) argumenta:

Algunos de los padecimientos que hoy se reconocen en el marco de la medicina tradicional como de aparente origen indígena prehispánico, son en realidad herencia española de los siglos pasados. El mal de ojo, los empachos, algunos aires son nosologías de origen europeo. Sin embargo, entre los médicos y la población en general, es muy frecuente que este tipo de enfermedades se etiqueten como provenientes de culturas primitivas o bien, como producto de la ignorancia (Oehmichen, 2005).



En este sentido, resulta imprescindible para el personal médico y los investigadores, informarse sobre estos y otros aspectos que permitan tener un mejor entendimiento de las culturas indígenas donde prestan sus servicios; a fin de evitar una serie de conflictos institucionales, profesionales, terapéuticos y humanos.

4.3.1. Principales problemas de salud

Como ya se señaló en apartados previos, las condiciones de salud de los doce millones de indígenas presentan un rezago importante respecto al resto de la población. Existen marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Los mazahuas no son la excepción, por lo que, a continuación se presentan algunos datos representativos que coadyuven a ilustrar el panorama general de salud de estas poblaciones.

Mientras que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, entre los indígenas en general y entre los mazahuas en particular, dos enfermedades infecciosas aún se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: las infecciones intestinales y la influenza-neumonía.

El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%). Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, y las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que a nivel nacional (SSA, 2006a).

Entre las mujeres mazahuas se concentra uno de los más grandes rezagos en materia de salud, hecho que tiene su origen en la triple marginación que enfrentan por su condición de género, clase y etnicidad.

Tienen mayor probabilidad de complicaciones del embarazo, tener hijos con bajo peso al nacer o prematuros. El riesgo de morir de una mujer mazahua durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena (ISSEMYM, 2006).



La mayor mortalidad de la población mazahua se registra en los primeros años de la vida. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad (cuatro hijos); inicio temprano de la vida sexual activa (13 años) y períodos intergenésicos cortos (un año); madres de baja escolaridad, deficiencias nutricionales y malas condiciones de vivienda; difícil o nulo acceso a los servicios de salud y escasa infraestructura sanitaria (INEGI, 2008).

En las comunidades mazahuas, se presenta una prevalencia elevada de las llamadas enfermedades del rezago, entre las que destacan el cólera, la tuberculosis, el paludismo, el dengue y las enfermedades dermatológicas agudas. El alcoholismo también sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas (ISSEMYM, 2006).

Existen factores directos y factores indirectos que inciden en el estado de salud de los mazahuas, tal como ocurre en otras poblaciones indígenas:

- a) Los factores más relevantes que están bajo el control del sector salud son:
 - Restricciones en el acceso a los servicios de salud.
 - Calidad de los servicios.
 - Oportunidad del acceso.
 - Segregación y discriminación realizadas por los propios servicios.

- b) Los factores condicionantes de naturaleza socioeconómica. Están relacionados con las condiciones de vida, (producto del desarrollo histórico, cultural y macrosocioeconómico), que introducen sesgos en las oportunidades de los individuos provenientes de los grupos minoritarios (Thomas, 1992; Navarro, 1990). Estas oportunidades restringidas se producen por:
 - El nivel de ingresos y el tipo de ocupación.
 - El lugar de residencia.
 - Estilos de vida.
 - La calidad y el acceso a la educación.

Con este contexto, las enfermedades más relevantes entre la población indígena mazahua responden a situaciones carenciales: enfermedades infecciosas (respiratorias, diarreas e infecciones perinatales) y causadas por la desnutrición.

Con respecto a este último rubro, en los mazahuas menores de 5 años. Se presenta una desnutrición crónica (talla por edad) de 67,8%, en comparación con la nacional que es de 36,7%. La desnutrición aguda (peso por edad) es de 34,6% en mazahuas y 20,9% en general (*Ídem*).

Por otra parte, 53.4% de mujeres mazahuas en edad fértil no tiene estudios, en comparación con el 16% de las mujeres de zonas urbanas. El porcentaje de bajo peso al nacer es de 9.94 en niños mazahuas *versus* 8.94 en la población que nace en todo el país (Valladares y Barilla, 1998; ISSEMYM, 2006; INEGI, 2008).

Los mazahuas se han desenvuelto en una sociedad compleja cuyas relaciones entrañan diversos niveles de integración y de conflicto. De estos niveles se ponen de relieve las relaciones que se estructuran en torno al trabajo, la vivienda y los vínculos comunitarios, por ser los que mejor explican la dinámica sociocultural y las relaciones interétnicas.



4.3.2. Respuesta social: organización familiar, sentido común y medicina tradicional

La expansión global del capital ha dejado inermes a miles de personas que, como los mazahuas, no tienen acceso a los mínimos de bienestar para una vida digna, o peor aún, los ha convertido en una de sus principales víctimas.

Sin embargo, a través de sus redes parentales los mazahuas conforman grupos eficaces para la acción social que se opone a las fuerzas destructivas; las comunidades han estado sujetas a una serie de presiones aculturativas y desagregativas frente a las cuales han tenido que adaptarse. Han transformado algunos elementos de su cultura que operan como indicios de identificación para evitar la discriminación que experimentan de manera más aguda que en su lugar natal (Patiño, 2000).

Los mazahuas cuentan con un conjunto de agentes transformadores que presionan hacia la reagrupación comunitaria. Entre ellos destacan los líderes

agrarios así como los y las dirigentes de organizaciones comunitarias. A estos se suma el esfuerzo de quienes no han emigrado y permanecen en el lugar de origen. Estos intermediarios culturales han constituido un primer nivel de agentes transformadores que, sin llegar a ser los únicos, han ejercido presión reagrupando a las comunidades con diferentes fines prácticos para el acceso a la educación, vivienda o salud como derechos humanos básicos.

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas mazahuas, el 40% de los nacimientos aún son atendidos por parteras.

Para ser atendidas durante el parto, las mujeres acuden con las parteras o "comadres". Los mazahuas utilizan distintas plantas para curar sus males, entre otras, hierbabuena, orégano, boldo, pirúl, romero, pericón, ruda, borraja y ajeno (Oehmichen, 2005).

Asimismo, los remedios de la enfermedad implican desde alternativas tradicionales, que incluyen limpias con yerbas y veladoras, rituales, rezos, sobadas, bebidas preparadas con plantas, ofrecimientos o sacrificios a deidades religiosas; y, en caso de emergencia, también asisten a los servicios médicos ubicados en comunidades cercanas, ya que aún no cubren a toda la población.

Se entiende por *tradicional*, al conjunto de elementos particulares, características y atributos indígenas presentes en las actividades de organización y práctica económico-productivas de esta etnia (en el caso, mazahuas). Se presentan como producto del desarrollo histórico, social, político y económico de estas comunidades en particular; y que de origen reconocen y refieren la identidad del grupo, al no ser compartidos por la así llamada "sociedad mayor" o por la forma dominante de producción (SSA, 2002).



De acuerdo con el diagnóstico (que se hace de manera doméstica, a partir de saberes que se transmiten de una generación a otra, o bien, desde los curanderos, parteras, yerberos, sobadores, etc.), se inicia un tratamiento en el hogar que puede consistir en infusiones de té de hierbas, masajes en la espalda, pecho o estómago. Cuando el tratamiento aplicado en casa no funciona, el paciente es llevado con un médico profesional. En caso de que desde un principio se diagnostique una enfermedad "mala", se acude con "hierberos" o "hueseros".

Con ese marco, también es importante destacar que, pese a la carencia de servicios y dificultades de aceptación que han tenido los servicios médicos institucionales, los mazahuas han incrementado poco a poco su asistencia a las instancias oficiales de salud.

4.3.3. Respuesta institucional: salud-enfermedad-atención

Actualmente, en las comunidades mazahuas existen pocos hospitales de segundo nivel, y se atiende a la población en mayor medida con unidades móviles de salud y unidades fijas (a manera de consultorios o dispensarios médicos) que cuentan con un médico (algunas no), y pocos insumos para concretar satisfactoriamente su labor. La región cuenta con unidades médicas que se ubican exclusivamente en las cabeceras municipales.



A nivel nacional, se han decretado una serie de políticas, se han destinado presupuestos específicos y se han diseñado un conjunto de programas para atender a la población indígena (*Tabla 10*) que, sin embargo, aún contrastan con la realidad de diferentes municipios indígenas. Para avanzar en el proceso de mejorar las condiciones de salud, se proponen como tareas inmediatas:

- a) Mejorar la información disponible a través de nuevos estudios de casos.
- b) Colaborar con las instituciones nacionales a fin de mejorar los instrumentos de recolección de información, para hacerlos más sensibles a las variables de etnia y raza.
- c) Profundizar en el conocimiento de los desarrollos de la interculturalidad en materia de salud, a nivel mundial.
- d) Desarrollar y seleccionar instrumentos para una focalización positiva de las políticas de salud en beneficio de las poblaciones descendientes de indígenas.
- e) Desarrollar capacidades en el ámbito de las comunidades socialmente vulneradas, para participar en el diseño y la evaluación de programas y políticas de salud.
- f) Identificar las mejores prácticas que hayan promovido programas de salud en grupos étnicos con el apoyo intersectorial y el concurso de la comunidad, para que sirvan de ejemplo positivo a emular.



<i>Programa</i>	<i>Inicio</i>	<i>Población</i>	<i>Áreas</i>	<i>Servicios</i>
Instituto Nacional Indigenista	1948	Grupos indígenas	Salud, educación, cultura, agricultura, derecho	-Atención Primaria. Complemento nutricional. -Apoyo a la medicina tradicional
IMSS - Solidaridad	1979	Pobres en 17 estados. Se define la población objetivo por un proceso histórico más que por criterios específicos	Salud, educación en salud, saneamiento básico y agricultura (Seguridad alimentaria)	-Atención de nivel primario y secundario. -Apoyo a la medicina tradicional
Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)	1996	Pobres con dificultades de acceso a los servicios de salud	Salud: Paquete básico de atención con 13 intervenciones costo efectivas (prevención, promoción y acciones curativas básicas)	No considera la participación de terapeutas indígenas en la oferta de servicios
Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa)	1997	Pobres a partir de criterios técnicos específicos con acceso a servicios de salud y educación	Salud, nutrición y Educación	No presta servicios sino que es un programa que induce la demanda. La Secretaria de Salud y el IMSS Solidaridad son los prestadores de los servicios de salud
Coordinación de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas	2001	Indígenas que viven en municipios de más de 40% de población de Hablantes de Lenguas Indígenas	Salud y nutrición. Este programa busca fortalecer las áreas en donde ya existen acciones: educación, saneamiento básico, entrenamiento de personal de salud con enfoque multicultural, micronutrientes y apoyo de la medicina tradicional	No considera la prestación de servicios por parte de terapeutas indígenas

Tabla 10: Principales programas de salud que atienden a la población indígena (Elaboración propia).

Sin embargo, a consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado subregistro en la información. Además, los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no. Esto es, los servicios de salud relevan y reportan las enfermedades diagnosticadas, pero no capturan la percepción indígena del proceso salud-

enfermedad-atención, ni tampoco se ocupan por dar cuenta de los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud.

De acuerdo con la opinión de Pérez Tamayo (1998), una de las actividades indispensables y absolutamente necesarias es contribuir a aumentar los conocimientos que sirvan para diagnosticar y tratar a los enfermos. La salud no es patrimonio de los médicos; se requieren modificaciones reales en las condiciones de vida de las poblaciones marginadas de nuestro país.

Ciertamente, en los últimos años, los esfuerzos del sector salud para alcanzar una mayor cobertura de servicios médicos son importantes. Sin embargo, aún prevalecen algunos problemas que provocan que la salud siga siendo una situación desigual entre los grupos indígenas. Precisamente, un aspecto esencial es conocer la concepción sobre salud y enfermedad que prevalece entre los indígenas mexicanos, para establecer relaciones más humanas en la práctica médica.

El establecimiento de estrategias de intervención para la prevención y tratamiento de los problemas de salud requiere, no sólo contar con la infraestructura necesaria para poder incidir en sectores, contextos y grupos específicos de la población sino, tener un panorama más integral sobre las características psicosociales y socioculturales de los individuos con los que se desea incidir, en tanto poseedores de valores, creencias, costumbres, tradiciones y estilos de interacción que conllevan inherentemente a las formas de percibir, asumir, participar y afrontar una determinada problemática.



Se enfatiza así, la necesidad de lograr que la presencia indígena (para el caso, mazahuas) no se circunscriba a los espacios que ocupan los llamados “grupos vulnerables”, “minorías”, “los pobres” o las regiones rurales, sino que se asegure la inclusión de criterios suficientes para conocer, comprender y atender a esta

población mediante marcos de investigación-acción más oportunos a sus condiciones y estilos de vida. Algunas reflexiones para aproximarse a la búsqueda de la equidad en salud desde una perspectiva de etnia son las siguientes (OPS, 2006):

1. Las diferencias en la situación de salud de los grupos minoritarios se relacionan a factores estructurales como la pobreza y a factores directamente derivados de la organización de los servicios, la calidad de los mismos y del nivel de información de que dispone la población sobre cómo cuidar su salud. Es prioritario, desde el sector salud, atender los factores socioeconómicos por estar directamente bajo su responsabilidad.
2. Los sesgos en el tratamiento de pacientes de minorías pueden corregirse, trabajando sistemáticamente en las instituciones, porque las causas están ocultas y se amparan en facetas poco explícitas del orden social establecido.
3. Las brechas en los indicadores de salud de los grupos étnicos serán corregidas si se trabaja de forma focalizada y con sensibilidad ante las creencias, saberes y el lenguaje de los beneficiarios. Sólo a través de una focalización participativa se podrá otorgar progresivamente ciudadanía a los más desposeídos.
4. Lo novedoso del enfoque de etnia es que permite definir mejor el problema pero también la solución; se orienta a desarrollar lazos de solidaridad y reciprocidad familiar y comunitaria, lo que permitirá reconstruir las identidades fracturadas y las potencialidades de los mismos grupos para superar la vulnerabilidad. Sin la participación social no podrá fortalecerse la etnicidad de los grupos postergados.
5. Es todo un desafío trabajar en el ámbito de la salud con estos nuevos conceptos que exigen focalización para evitar una distribución regresiva de los recursos.

En términos generales, la forma de vivir sano, de enfermarse, o de morir no es independiente del grupo de pertenencia, ya que, para el caso, en la etnicidad se incorporan elementos como las creencias, las tradiciones, el capital social, la ubicación geográfica, la definición y el ejercicio de los derechos (López y Peña, 2007).

El conocimiento de las dimensiones locales y colectivas de un sector o comunidad particular, constituyen los referentes para la fundamentación de planes de trabajo, que incrementen la posibilidad de obtener resultados favorables, tanto desde la perspectiva institucional como individual. La investigación representa una línea básica para entender la heterogeneidad regional de las condiciones de salud de los pueblos indígenas de México.

Es necesario reconocer que ellos poseen sus propios estilos de vida, características culturales y maneras tradicionales de concebir la salud y curar sus enfermedades.

Conocer cómo conciben la salud y la enfermedad al igual que sus recursos y prácticas debería ser una prioridad para aquellos que se dedican a curar. Mientras más informado esté un médico mejor será su capacidad de curar.



Si bien es importante avanzar en la provisión de los servicios de salud en las comunidades marginadas de nuestro país, es decir, aumentar el número de médicos y enfermeras, clínicas, hospitales y mejorar la dotación de medicamentos; paralelamente resulta esencial que el sector salud oriente planes de salud especiales que integren las concepciones, conocimientos y prácticas curativas de estas sociedades.

Reconocer y comprender la diversidad biosociocultural y sus implicaciones para el diseño institucional y la política pública requiere un esfuerzo técnicamente complejo y políticamente comprometido. La reducción de la desigualdad debe contemplar entre sus prioridades a los millones de ciudadanos mexicanos miembros de los pueblos indígenas, cuyas condiciones sociales son, hoy día, similares a las que tenía el mexicano promedio hace varias décadas (OPS, *op. cit.*).

El ejercicio de la libertad real, la ampliación de opciones de vida y la capacidad para evaluarlas y elegir con responsabilidad, debe ser garantía para todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen o elección de identidad, a fin de disponer de una visión integral y comprensiva de la salud.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS: UNA APROXIMACIÓN BIOSOCIOCULTURAL PARA EL ANÁLISIS DE LA ALCOHOLIZACIÓN EN ESCENARIOS INTERCULTURALES

Cabe recordar que los datos que se describen a continuación, son resultado del proceso de investigación que se desarrolló con la población indígena mazahua del Estado de México, con estudios y fuentes que abarcan del año 2000 al 2008, aunque en lo específico, el trabajo de campo implicó dos años: 2006 y 2007.

Para la aproximación al consumo de alcohol desde un enfoque biosociocultural se propuso la combinación de fases y procedimientos multimetódicos sucesivos:

- a) *Investigación documental*, a fin de contar con un panorama del consumo de alcohol y su impacto en la salud de la población a través del tiempo.
- b) *Etnografía del consumo de alcohol entre los y las mazahuas*, para dar cuenta de los usos, costumbres, creencias, simbolismos y representaciones sociales.
- c) *Investigación cuantitativa de campo*, para analizar las formas, situaciones, prácticas y condiciones actuales del consumo en las poblaciones mazahuas, a partir de estándares e instrumentos validados desde el modelo biomédico.
- d) *Investigación cualitativa en campo*, para deconstruir las categorías de análisis que coadyuvan a la integración de un modelo biosociocultural para el estudio y la atención de la alcoholización en contextos indígenas.

El levantamiento de datos se realizó de manera progresiva conforme a las fases de investigación, tomando como base el diseño muestral y recurriendo a escenarios específicos (centro ceremonial mazahua, escuelas, centros de salud, iglesias, etc.) para facilitar el ingreso a la comunidad, mediante los recursos y procedimientos que se especifican a continuación (*Tabla 11*):

- Las fuentes de información de la investigación documental fueron indirectas o secundarias: Censos de Población y Vivienda (2000-2007), Encuesta Nacional de Salud (1990-2006), Anuarios de Información Epidemiológica de Morbilidad (1990-2006), Encuesta Nacional de Adicciones (1993, 1998, 2002, 2008), Sistema de Reporte de Información en Drogas (1995-2005), Censos de Salud locales y aquellos textos de consulta que aluden al consumo de alcohol en contextos étnicos mexicanos.
- La fuente de información de la etnografía directamente fue la población mazahua en su conjunto como unidad sociocultural, histórica y geográfica. Además se seleccionaron diez informantes clave que, por su rol estratégico en la comunidad, aportaron datos relevantes para el problema de análisis: Antropólogo que ha estudiado y trabajado en la zona, jefe supremo mazahua, mujer representante de otras mujeres ante derechos humanos, mujer responsable del centro ceremonial

mazahua, profesor de primaria originario del Distrito Federal que trabaja desde hace 10 años en la región, médico responsable de uno de los dispensarios principales, mujer líder de artesanas mazahuas, sacerdote, oriundo escritor de diccionarios de lengua mazahua, anciana que desempeña un rol de pastora (consejera) mazahua. Estos datos también se complementaron con fuentes indirectas: libros, revistas científicas, periódicos, etc.

- Para la investigación cuantitativa de campo (encuesta) se retomó el resto de la muestra poblacional que resultó seleccionada con la estratificación.
- Para la investigación cualitativa de campo (grupos focales y entrevistas) se consideró también esta última muestra poblacional, aunque se eliminaron aquellos sujetos que registraron dependencia alcohólica.

<i>Fase</i>	<i>Técnica</i>	<i>Población</i>
I. Etnografía del consumo de alcohol	1) Observación <i>in situ</i>	1) Población general en contextos estratégicos: Centro ceremonial mazahua, escuelas, centros de salud, parroquia, fiestas populares y privadas, actividades familiares.
	2) Entrevista individual a profundidad	2) Informantes clave: 10 sujetos.
II. Investigación cuantitativa	1) Encuesta	1) Mitad de la muestra poblacional seleccionada: 100 sujetos.
III. Investigación cualitativa	1) Grupos focales	1) Médicos, profesores, niños escolarizados, amas de casa: 90 sujetos.
	2) Entrevistas semiestructuradas	2) Muestra poblacional encuestada, excluyendo a dependientes de alcohol: 81 sujetos.

Tabla 11: Procedimientos y grupos poblacionales de investigación (Elaboración propia).

Para el acopio de información cuantitativa se consideraron 200 sujetos: hombres y mujeres de 20 a 60 años de edad, originarios y residentes de la zona (habitantes de seis de los trece municipios que componen la región: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, Ixtlahuaca, San Felipe del Progreso y Villa Victoria), que se consideran mazahuas y que voluntariamente aceptaron participar en los procedimientos metodológicos correspondientes: 100 sujetos en la encuesta, 90 en los grupos focales y 10 en las entrevistas a profundidad.

La composición de la población de análisis se ilustra en la *tabla 12*, donde se observa que, de **200 sujetos** en total (n), el 41% corresponde al sexo masculino y el 59% al sexo femenino. La *edad* se distribuyó de los 20 a los 60 años, con un promedio de 41 años (\bar{X}).

Con respecto al *estado civil*, el 9% es soltero, 3% divorciado, 19% viudo, 28% vive en unión libre y 41% es casado. Con estos datos se confirma que la mayoría de los sujetos de estudio (69%) están en condición de unión conyugal.



En cuanto a su *ocupación*, la mayoría se dedican al hogar³⁴ (46%), después a la agricultura (18%), al comercio (15%), a brindar servicios de transporte³⁵ (13%), a la construcción³⁶ (13%) y a la elaboración de artesanías (13%); con menor porcentaje aparecen la enseñanza³⁷ (2%), la ganadería y los servicios de salud³⁸ (1%).

La *escolaridad* se distribuyó desde el analfabetismo hasta la licenciatura completa (que se registró sobre todo entre los jóvenes). Sin instrucción y sin alfabetización: 4% de la población, sin instrucción alfabetizado: 5%, primaria incompleta: 22%, primaria completa: 27%, secundaria incompleta: 14%, secundaria completa: 12%, técnica o comercial incompleta: 5%, técnica o comercial completa: 4%, licenciatura incompleta: 4% y licenciatura completa: 3%. La mayor concentración se ubica entre la educación primaria y la secundaria.

³⁴ Tal vez esta concentración porcentual se debe a que la mayor parte de los sujetos de estudio corresponde al sexo femenino.

³⁵ Muchos de los sujetos que fueron entrevistados o encuestados son choferes de taxis que han adquirido a crédito y que dan servicio colectivo para transportar a los habitantes de una comunidad mazahua a otra.

³⁶ También, gran parte de la población masculina de esta región se dedica a trabajos de albañilería donde, como se verá más adelante, el consumo de alcohol es evidente o funciona como pago de la fuerza productiva.

³⁷ Como profesores de primaria, en su totalidad.

³⁸ Aquí se consideró a las enfermeras y a los médicos tradicionales o curanderos y parteras.

El lugar de origen de los sujetos (93%) se concentró en los municipios elegidos como muestra (Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, Ixtlahuaca, San Felipe del Progreso, Villa Victoria,); el 6% procedían de aquellos municipios mazahuas que no son parte de la muestra (El Oro, Jiquipilco, Jocotitlán, Temascalcingo y Villa de Allende) y el 1% de municipios cercanos que no conforman la región mazahua. En tanto, el lugar de residencia se situó en los municipios mazahuas muestreados: Almoloya de Juárez 8%, Atlacomulco 13%, Donato Guerra 21%, Ixtlahuaca 15%, San Felipe del Progreso 21% y Villa Victoria 15%.

El dato de la posición que ocupa el sujeto dentro de la familia se obtuvo de preguntar, de acuerdo a las actividades que desempeñan cotidianamente dentro de su sistema de parentesco, en qué rol se ubican mejor, resultando: Padre de familia 26%, madre 30%, pareja 7%, abuelo 3%, abuela 12%, hijo 2%, hija 7%, yerno 3%, nuera 4%, invitado de la familia 2%, vive solo 2%, otro 4%.



Con respecto al padecimiento de enfermedades: el 49% de los sujetos mencionó que padecen alguna alteración o trastorno de la salud, el 48% dijo no padecer enfermedades, mientras que el 3% manifestó no estar enterados de padecerlos. El número de comidas que realiza la población al día varió desde una sola (6%), dos (69%) o tres comidas (25%). La práctica de algún deporte o ejercicio físico como parte de la rutina diaria se observó en tan sólo el 4% de la población.

<i>Variables</i>	<i>Distribución</i>		
Sexo	Hombres 41%	Mujeres 59%	
Edad	De 20 a 60 años con una media poblacional de 41 años		
Estado civil	Solteros: 9%	Divorciados: 3%	Unión libre: 28%
	Casados: 41%	Viudos: 19%	
Ocupación ³⁹	Hogar: 46%	Agricultura: 18%	Ganadería: 1%
	Artesanía: 13%	Comercio: 15%	Construcción: 13%
	Enseñanza: 2%	Salud: 1%	Transporte: 13%
Escolaridad	Sin instrucción, no alfabetizado: 4%		
	Sin instrucción, alfabetizado: 5%		
	Primaria incompleta: 22%		
	Primaria completa: 27%		
	Secundaria incompleta: 14%		
	Secundaria completa: 12%		
	Técnica/comercial incompleta: 5%		
	Técnica/comercial completa: 4%		
	Licenciatura incompleta: 4%		
	Licenciatura completa: 3%		
Lugar de origen	Municipios de la muestra: 93%		
	Municipios que no son muestra, pero son mazahuas: 6%		
	Otros municipios: 1%		
Lugar de residencia	Almoleya de Juárez: 8%		
	Atlacomulco: 13%		
	Donato Guerra: 21%		
	Ixtlahuaca: 15%		
	San Felipe del Progreso: 21%		
	Villa Victoria: 15%		
Posición en sistema familiar	Padre: 26%	Yerno: 3%	
	Madre: 30%	Nuera: 4%	
	Abuelo: 3%	Pareja: 7%	
	Abuela: 12%	Invitado: 2%	
	Hijo: 2%	Otro: 4%	
	Hija: 7%	Solo: 2%	
Enfermedades	Sí: 49%	No: 48%	No sabe: 3%
Comidas al día	Una: 6%	Dos: 69%	Tres: 25%
Practica deporte	Sí: 4%	No: 96%	

Tabla 12: Composición y distribución de la población de estudio (Elaboración propia).

Cabe señalar que la información se analizó en función de su procedencia metodológica y tomando como base las dimensiones del problema de estudio y las categorías de análisis (equipamiento biológico, sistema de parentesco, curso de vida). Además, los datos se contrastaron a partir de las variables intermedias.

³⁹ En este rubro se supera el 100% debido a que la población desempeña dos o tres actividades a la vez, como forma de subsistencia; por ejemplo, las mujeres, además de dedicarse al hogar, realizan actividades artesanales y de comercio; los hombres, además de dedicarse a la construcción, realizan actividades como taxistas y/o comerciantes.

5.1. La alcoholización en comunidades mazahuas del Estado de México: Principales hallazgos

En nuestra sociedad, como ya se mencionó, existe una tradición cultural asociada a la ingesta de alcohol. Sin embargo, los patrones de consumo de alcohol han ido cambiando en las últimas décadas: se ha transitado de un uso doméstico y cotidiano o ritual, al consumo excesivo e intensivo durante los fines de semana. Además, al tratarse de una droga legal y socialmente aceptada, existe gran tolerancia social y amplia disponibilidad y acceso a las bebidas alcohólicas, con lo que la conciencia sobre el problema se aminora, porque el consumo de bebidas alcohólicas se percibe “normal” y como parte de las costumbres de un grupo social.



Particularmente, en los pueblos indígenas mexicanos, el uso de bebidas alcohólicas está profundamente vinculado a sus prácticas tradicionales, sus costumbres religiosas, modos de subsistencia y a la marginación de la que históricamente han sido objeto. En estos contextos, se sabe que el consumo de alcohol es distinto; aunque es un hecho que a la fecha no existen datos precisos que informen sobre las características del consumo de alcohol en las comunidades étnicas del país.

El abuso en el consumo de alcohol se convierte así en una problemática que afecta al desarrollo del individuo y se relaciona con el aumento de problemas sociales, que van involucrando una gama muy amplia de personas incluyendo la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad. De todos es sabido que el alcoholismo es la última fase de un proceso que inicia con el uso ocasional o experimental pasando por el consumo moderado o habitual de bebidas alcohólicas, que puede derivar en el consumo excesivo (López, 2000).

Esta realidad no distó de los grupos mazahuas que fueron objeto del presente estudio, tal como se esquematiza en la *tabla 13*. Se preguntó a los sujetos si alguna vez en su vida habían consumido bebidas alcohólicas, a lo que el 79% respondió afirmativamente. A estos últimos se les cuestionó si el consumo se había presentado en el último año, a lo que el 62% aceptó este hecho. A estos sujetos se les volvió a interrogar si la ingesta de alcohol se había presentado en el último mes, a lo que el 53% contestó que sí. Quienes bebieron en los últimos 30 días se distribuyen en dos grupos:

- a) El 33.9% consumió alcohol los días laborables, mayoritariamente hombres de edades intermedias, aunque se registra una importante presencia de mujeres (19.7%) y de jóvenes de 18 a 24 años (23.5%) y de 25 a 29 (29.2%).
- b) El 51% lo hizo los fines de semana, lo que supone que la práctica totalidad de las personas que beben los días laborables lo hace también los fines de semana.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en los 13 años para quienes han consumido alcohol en los últimos 12 meses, y en los 16 años para quienes lo han hecho alguna vez en su vida. El consumo se inicia de manera más temprana en los hombres (con más de tres años de antelación que en las mujeres) y entre las personas más jóvenes.



Asimismo se encontró que, de acuerdo a las clasificaciones establecidas tradicionalmente (CONADIC, 2006), el consumo de alcohol es de tipo experimental en el 19% de los casos, ocasional en 48%, social en el 72%, abuso en 16% y dependencia en el 10%.

Los estudios transculturales que han compartido metodologías similares en México y Estados Unidos, reportan que en México se tienen tasas más bajas de dependencia (8% en comparación con

18% en la población norteamericana) (Vega *et al.*, 1998), tasas más altas de consumo poco frecuente y de grandes cantidades (24% y 6%) y tasas menores de consumo frecuente de bajas cantidades (3% y 12%) (Caetano *et al.*, 1998); se observan también tasas más altas de ingreso a salas de urgencia con niveles positivos de alcohol en sangre (21% y 11%) (Cherpitel *et al.*, 1993), sugiriendo que en México una proporción importante de los problemas que se derivan del abuso de alcohol son resultado de prácticas inadecuadas en personas no dependientes (Borges *et al.*, 1999).

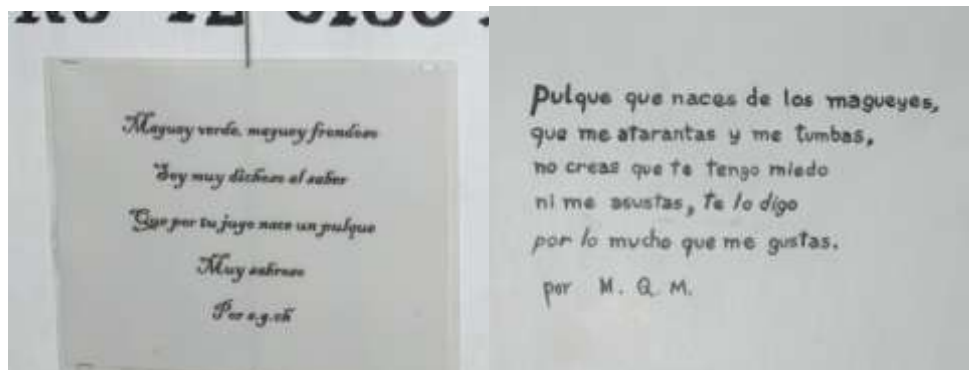
Por otra parte, casi uno de cada cinco encuestados (21,5%) consumió alcohol de forma asidua o habitual (diariamente o entre 5-6 días a la semana) a lo largo del último año. En lo que se refiere al consumo abusivo de alcohol destaca lo siguiente:

- Una de cada tres personas (29.9%) consumió alcohol de forma abusiva al menos un día en los últimos doce meses.
- El conjunto de estos bebedores consumió un promedio de 3 litros de alcohol el día que más bebió.
- El consumo abusivo de alcohol es cada vez más un fenómeno marcadamente juvenil, puesto que los jóvenes de 18 a 24 años (31%) y los de 25 a 29 años (25%) son quienes mayoritariamente mantienen este patrón de consumo abusivo.
- El abuso de alcohol durante la semana (consumo promedio de últimos tres días), se reportó en 15.4% de la población, porcentaje que para el fin de semana se elevó al 24%.
- Continúa siendo mayoritaria la presencia de hombres entre los consumidores abusivos de alcohol, constatándose entre los hombres la presencia de un 19% de bebedores abusivos habituales en el último año, frente a un 11% entre las mujeres. De igual modo, las prevalencias de bebedores abusivos regulares en el conjunto de la semana alcanzan el 9% entre los hombres y el 3% entre las mujeres. A pesar de ello, las diferencias en el consumo abusivo de alcohol en función del género siguen reduciéndose. De hecho, entre los jóvenes, la proporción de mujeres que bebe abusivamente supera ya a la de los hombres: en mujeres de 18 a 24 años un 32% bebió abusivamente de manera habitual a lo largo de los últimos 12 meses, frente a un 29% de hombres, y un 12% bebió abusivamente de manera regular en el conjunto semanal en los últimos 30 días, frente al 10% de hombres.

Las bebidas alcohólicas que se prefieren, dentro del grupo de estudio, son diversas, aunque cabe anotar que es el policonsumo (ingesta de varios tipos de bebidas o mezclas, en una sola ocasión de consumo) lo que impera en estas comunidades: cerveza 71%, tequila 42%, ron o brandy 40%, pulque 34%, cocteles 34%, shende⁴⁰ 23%, coolers 23%, alcohol de caña 17%⁴¹. Como puede observarse y

⁴⁰ Bebida originaria de la región mazahua que se obtiene de fermentar el maíz con azúcar y, en ocasiones, se le puede agregar una fruta.

como se registra a nivel nacional, el consumo de cerveza se ha incrementado significativamente entre la población. Los cocteles se beben sobre todo entre los más jóvenes y el pulque entre la población de adultos mayores y, de acuerdo a la opinión de estos últimos, “el pulque es parte de la dieta”, “es nutritivo y alimenta”.



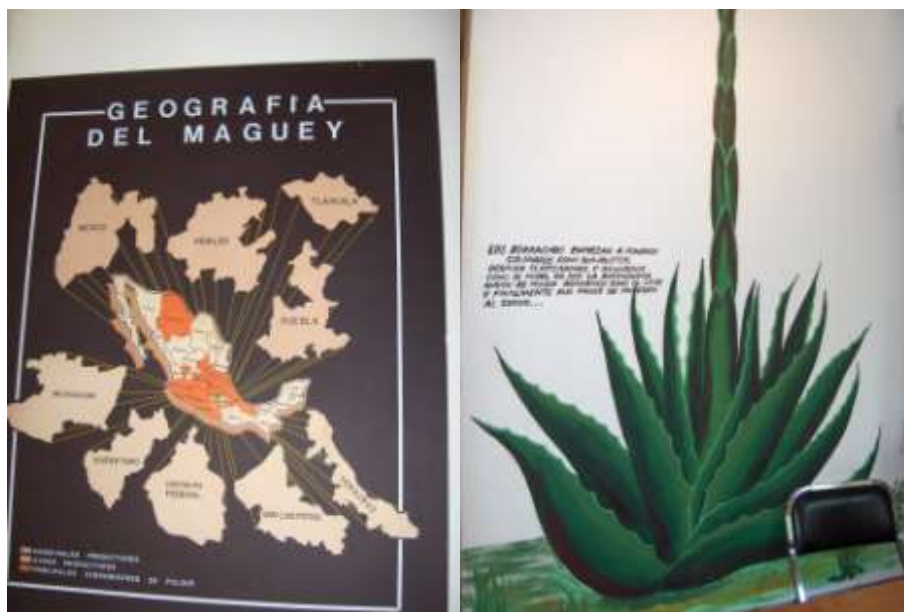
En cuanto a las etnias, estamos ante un panorama complejo por su pluralidad y por la situación social, económica y política que viven y que, entre otros males, tienen el grave problema del consumo de alcohol y la falta de atención gubernamental, lo cual complica el estado de cosas, sobre todo si tomamos en cuenta que, además de las bebidas comerciales, las etnias mexicanas producen al menos 172 fermentadas de las cuales el 87% lo constituyen bebidas con contenido alcohólico (Berruecos, 2003b).

En esta región [del Estado de México], al igual que en Hidalgo, todavía se producen altas cantidades de pulque, y es lo que se consume como parte de la dieta; sobre todo la gente mayor que lo trae desde sus antepasados y en las comunidades donde hay magueyales y expendios de pulque, que son casas de tlachiqueros; mucha gente aún se dedica a raspar los magueyes y a vender el pulque y aguamiel... No, aquí no se usa eso de los curados, aquí se toma como la naturaleza nos lo da (Líder comunitario, Ixtlahuaca).

La bebida fermentada de bajo contenido alcohólico por excelencia, sobre todo entre los adultos mayores, sigue siendo el pulque. Proveniente de la fermentación de la savia del maguey (aguamiel), hasta hace no mucho tiempo representaba una manera de sobrevivir en las regiones áridas del centro del país en donde hay escasez de agua y por tanto el pulque fue considerado como líquido esencial. Entre las comunidades consumidoras de pulque, los mazahuas, junto con otros grupos étnicos, presentan elevados índices de morbilidad y mortalidad por cirrosis: entre 100 y 120 por 100,000 habitantes cuando el promedio nacional es de 25 por 100,000. El alto índice de mortalidad por cirrosis en estas comunidades, ha llevado a la hipótesis de que el consumo de esta bebida puede constituir un factor que combinado con

⁴¹ Estos porcentajes no suman 100% debido a que los sujetos podían elegir más de una opción para responder esta pregunta.

otras situaciones, pudieran explicar la elevada mortalidad de la población de zonas productoras (Narro *et al.*, 1992; SSA, 2002, 2006).



Cuando se exploró la opinión de la población con respecto al alcoholismo, los sujetos lo definieron como un vicio en el 62% de los casos y como una enfermedad en el 52%; también se hizo alusión a un daño o maldición⁴² con 15% cada rubro⁴³. En general, el 78% de los sujetos opinó que “*el consumo excesivo, explosivo o riesgoso de alcohol no es un problema que se presente en sus comunidades*”; cuestión que contrasta con los elevados índices de accidentes o riñas que se presentan bajo la influencia del alcohol en el contexto, por ejemplo, el responsable de un dispensario médico de una de las localidades de estudio, mencionó:

Los sábados y domingos yo no estoy en la comunidad, pero el lunes que llego al dispensario, siempre me encuentro con casos de descalabrados, fracturados, mujeres o niños golpeados, alguien que chocó en su coche u otros accidentes que se asocian, en el 90% de los casos al consumo de alcohol, no importa si es en la casa, en una fiesta o en los días de campo que aquí se acostumbra (Médico mazahua⁴⁴ de San Felipe del Progreso).

Por otra parte, las causas del consumo de alcohol, en su mayoría se justifican como: la evasión de problemas (81%), la tristeza (40%), el aburrimiento (31%), la soledad (28%), la rebeldía (20%), la maldad (14%) o la herencia (13%):

Yo creo que mi hijo toma, y toma mucho de verás, pero no es que sea malo, el toma porque tiene hartos problemas; que si el dinero,

⁴² Haciendo referencia a una dimensión mágico-religiosa.

⁴³ Los porcentajes rebasan 100% porque podían seleccionar más de una opción de respuesta.

⁴⁴ En lo sucesivo, sólo se aclarará cuando los informantes no se consideren mazahuas.

que si la mujer no lo atiende, que si los hijos no estudian, que se quedó sin trabajo, se le enfermó la hija, la otra se le fue con el novio, en fin, quiere alejarse de esas dificultades (Adulta⁴⁵, San Felipe).

Mi mamá toma desde que murió mi papá. Bueno, primero se le murió su mamá y luego mi papá; cómo no va a estar triste. Con su cervecita o pulquito, por lo menos se le olvida (Adulto, Ixtlahuaca).

Mis dos hijos toman porque su papá, en paz descanse, tomaba mucho; ellos son buenos muchachos pero traen en la sangre eso del alcohol; los heredó el padre aunque no lo crean (Adulta, Almoloya).

La dimensión sociocultural del consumo de alcohol queda de manifiesto al analizar los escenarios donde se consume y los efectos que se atribuyen. Hay tres ámbitos principales en los cuales la población bebió en los últimos doce meses: fiestas y celebraciones (89%); cervecerías, cantinas o bares (78%), comidas (72%), casa propia (71%) y casa de un amigo (58%). En general, la población opinó que los contextos donde más se consumen bebidas alcohólicas corresponden a fiestas (familiares, populares o religiosas), entornos laborales (“para soportar trabajos pesados o quitar el aburrimiento”), el hogar (“durante la comida o para distraerse un poco y convivir con los familiares”), en paseos (“por el gusto de salir juntos”) y en situaciones donde se agrupan los y las migrantes (“para quitarnos la tristeza de haber dejado a la familia en otro lado y no estar en nuestra tierra”). Por ende, la ingesta de bebidas alcohólicas casi siempre se realiza en compañía de los familiares, sobre todo, esposos (as), suegros (as) y/o abuelos (as); y de los (as) amigos (as) cercanos (as), sean del trabajo, la escuela o los (as) compañeros (as) migrantes⁴⁶.



⁴⁵ Se especifica si son niños, jóvenes, adultos o ancianos cuando el entrevistado no menciona algún rol. A todos se les preguntaba: ¿Usted es mazahua? ¿Además de ser hombre o mujer, qué más es usted (tú)?; a lo que respondían: ama de casa, empleado, abuela (o), esposa (o), padre/ madre, etc.

⁴⁶ Cabe destacar que aunque en todas estas categorías hay hombres y mujeres, el consumo de alcohol se asocia más al sexo masculino, sobre todo en el caso de migrantes.

Asimismo, cuatro de cada diez personas que han bebido en el último año señalaron algún efecto positivo asociado al consumo de alcohol; sobre todo afirman: “mejora de la comunicación con la pareja”, “facilita las relaciones sociales y el desempeño sexual”. Por otra parte, el 14% de los entrevistados señala haber tenido problemas en el último año como consecuencia del consumo de alcohol: “tuve problemas económicos”, “yo me enfermaba mucho hasta que lo dejé”, “yo empecé a tener pleitos con mi esposa y con mis amigos, creo que me pongo algo pesado cuando se me pasan los tragos”; mientras que un 7% se ha visto implicado en situaciones conflictivas con la comunidad, sus jefes o con las autoridades”.



Las repercusiones biológicas del consumo frecuente de alcohol se manifiestan en diferentes órganos del cuerpo, tales como: estómago, garganta, boca, riñón e hígado; o causando enfermedades como la hipertensión, cáncer, diabetes. *“El alcohol afecta a todo el cuerpo: el hígado, la boca, el estómago y la garganta”, “se queman los intestinos”, “beber va quemando las entrañas” “la bebida daña al cuerpo y causa cánceres, diabetes y otras enfermedades”* (Mujeres y hombres adultos, Almoloya de Juárez, San Felipe del Progreso e Ixtlahuaca).

En las estadísticas vitales se registran daños asociados, como cirrosis hepática y muertes por abuso de alcohol; en tanto que en los estudios socioantropológicos, se documenta la presencia del alcohol en riñas, violencia, accidentes, homicidios, suicidios y el aumento en el consumo en mujeres y jóvenes. Una aproximación intercultural está indicando que, en términos comparativos de la mortalidad por causa seleccionada entre población indígena y población nacional, la cirrosis ocupa el cuarto lugar para ambos grupos, siendo las enfermedades crónicas las que más afectan a la población general, en tanto que las infectocontagiosas causan mayor letalidad en la indígena (Lerín, 2005).

También afecta la economía familiar y genera relaciones de violencia. Esto se observa a nivel individual, en la familia, el trabajo y la comunidad en general.

Mi marido se pone pesado cuando toma; gritonea o les quiere pegar a mis hijos; yo ya no me dejo, he aprendido a defenderme (Artesana, Ixtlahuaca). Mi papá, cuando bebe, todavía quiere pegarle a mi mamá y a veces hasta nosotras que ya ni vivimos con ellos y que ya tenemos nuestros esposos (Mujer, joven, Donato Guerra).

Variable	Distribución		
Consumo de alcohol	Alguna vez en la vida: 79%	Último año: 62%	Último mes: 53%
Tipo de consumo	Experimental: 19% Abuso: 16%	Ocasional: 48% Dependencia: 10%	Social: 72%
Bebidas	Pulque: 32% Cerveza: 71% Shende: 42%	Tequila: 40% Coolers: 21% Alcohol de caña: 17%	Ron o brandy: 37% Cocteles: 34%
Definición	Vicio (62%), daño (15%, maldición (15%), enfermedad (52%) No es un problema (78%)		
Causas	Para evadir problemas, por tristeza, aburrimiento, soledad, rebeldía, maldad, herencia.		
Contexto	En fiestas, para soportar trabajos pesados, en el hogar, en paseos, en condiciones de migración.		
Acompañantes	Familiares: Esposo, suegros, abuelos Amistades: Trabajo, escuela, migrantes		
Repercusiones	Estómago, garganta, boca, riñón, hígado / Hipertensión, cáncer, diabetes / Economía y violencia / Individuo, familia y trabajo		

Tabla 13: Consumo de alcohol en las comunidades mazahuas (Elaboración propia).

En general, la población de estas comunidades muestra una conducta tradicional y espontánea. El sistema de parentesco es el soporte de la organización social y la familia, la unidad de acción. Existe, como en la mayoría de los grupos étnicos, respeto por lo sagrado y temor latente ante lo profano. Están ligados a costumbres que se remontan a la época prehispánica, han conservado y creado formas y elementos que les permiten consolidar su propia identidad étnica. Entre estas formas y elementos transmitidos por generaciones se encuentra el consumo de bebidas alcohólicas que se presentaba desde el México prehispánico; se ingieren bebidas fermentadas tales como la chicha y el pulque, que eran elaboradas días antes de un evento importante y consumidas usualmente con fines sagrados y sociales. El uso de bebida implicaba una función específica entre los pueblos y su papel integrativo de cohesión no generó un deterioro grave, físico, mental o social (Aguirre Beltrán, 1986); ¿qué ha pasado en la actualidad con este consumo ritual y controlado? ¿Qué situaciones han influido para que el consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud pública con graves repercusiones en la salud de la población en general y de los grupos indígenas en particular?

A continuación se describe cómo se da el consumo en diferentes contextos de la vida de los mazahuas y, en función de ello, se integra una reflexión desde diferentes dimensiones, variables y circunstancias de análisis.

5.1.1. Consumo de alcohol en la vida cotidiana de los mazahuas

A fin de explorar las categorías que en el discurso de los participantes se relacionan con el uso/abuso de bebidas alcohólicas, se extrajeron algunos fragmentos representativos de las entrevistas y de la encuesta que ilustran diversas dimensiones de análisis del fenómeno que se delimitaron para los objetivos de este estudio, tal como se ilustra en la *tabla 14*.

<i>Dimensión</i>	<i>Discurso</i>
Histórica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nuestros antepasados tomaban, en las fiestas y todo, como parte de una tradición desde hace muchos años.</i> • <i>...Desde que el hombre tiene uso de razón, toma bebidas y alimentos para acompañar su vida y hacerla más fácil.</i>
Social	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A veces es necesario un traguito para estar bien con los amigos.</i> • <i>Con unos tragos la fiesta se pone re-animosa.</i>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Se supone que está prohibido vender cerveza a los menores, pero en las tiendas con tal de vender, no les importa si es un niño.</i> • <i>Sólo si uno anda escandalizando, bien tomado, si pasa la policía, se lo lleva.</i> • <i>Otro problema de gran peso son los caciques y vendedores de alcohol. Estos últimos, por ejemplo, venden a los y las mazahuas, alcohol del 96. Es uno de los negocios fuertes. Los emborrachan a morir y los tratan como animales (golpes, humillaciones, etc.). Las autoridades lo saben y no hacen nada contra estos vendedores.</i>
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Se acostumbra a beber cuando uno tiene un evento importante.</i> • <i>“Es parte de nuestra tradición y costumbre que se hereda de padres a hijos”.</i>
Económica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uno da de beber en la fiesta, dependiendo de sus posibilidades financieras.</i> • <i>La cerveza y el pulque son de cajón y para cualquiera. El tequila o el roncito, por ejemplo, sólo son pa' los padrinos.</i>
Médica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El alcoholismo es una enfermedad.</i> • <i>Se puede curar en los hospitales o con un te que hacen con hierbas del monte, aunque luego hacen daño al estómago.</i> • <i>A los enfermos de alcohol los atienden en las clínicas, aunque a veces hay que llevarlos hasta Toluca pa que los desintoxiquen.</i> • <i>A veces, hasta con los curanderos los tienen que llevar porque puede ser que les hayan hecho daño.</i> • <i>Hay algunos centros de alcohólicos anónimos, pero están lejos y es difícil convencer a quienes tienen problemas de ir hasta allá.</i>
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuando se bebe alcohol se daña el cuerpo, la mente y hasta el alma porque luego anda uno bien triste y se va quedando solo.</i> • <i>El cuerpo que bebe envejece rápido y se vuelve débil y enfermo.</i> • <i>El estómago se quema con el alcohol, como si uno comiera lumbre.</i> • <i>Se daña nuestra corpulencia. Es muy malo el alcohol para el cuerpo; sobre todo si uno toma muchísimo y hasta se anda cayendo en la calle, y lo tienen que alzar como un costal de huesos.</i>

Tabla 14: Consumo de alcohol en la vida cotidiana (Elaboración propia).

Como se observa, el objeto discursivo de los participantes se ubica en diferentes dimensiones de interés particular:

- a) *Histórica*, cuando se hace referencia al consumo de bebidas alcohólicas como una tradición o en etapas de la historia de la humanidad.
- b) *Social*, cuando las bebidas alcohólicas se asocian inminentemente a la convivencia social, las fiestas y los espacios de interacción, sea con familiares, compañeros y amigos.
- c) *Normativa*, cuando se alude a la regulación de la venta y distribución o bien, al control punitivo de las consecuencias del consumo que a nivel público se perciben negativas.
- d) *Cultural*, también se relaciona con eventos festivos y costumbres identitarias de la colectividad.
- e) *Económica*, curiosamente no se hace alusión al gasto producido por la compra de bebidas ni al impacto que esto tiene en el presupuesto de la persona o de la familia, sino que, más bien, se vincula con el estatus que, en el entramado de representaciones sociales de la población, tiene un tipo de bebidas.
- f) *Médica*, destaca sobre todo la connotación del alcoholismo como enfermedad y la manera de curarla (no así de prevenirla).
- g) *Biológica*, se concentra en los daños corporales que genera el consumo prolongado de alcohol.

La ingesta de alcohol ha estado presente de manera transversal en la historia de la población; se ha insertado en la vida cotidiana de los mazahuas desde diferentes ámbitos (individual, familiar, laboral, festivo, sociocultural, etc.). Es un elemento importante en los procesos de socialización y convivencia social. Se asocia con reuniones, festividades y amistades.



En su nivel de alcoholismo, es concebido como una enfermedad que puede curarse, ya sea desde la medicina tradicional o institucional, en caso de contar con las condiciones suficientes: acceso a servicios de salud, presencia médica cercana a la comunidad, dinero para asistir al médico o curandero, confianza en el personal de salud, disposición para “dejar el vicio”, “apoyo de la familia y/o de los amigos”, “buena alimentación”, etc.

El hecho de beber alcohol también tiene que ver, según el discurso de algunos entrevistados, con la evasión de una realidad negativa o adversa, como es el caso de personas o grupos marginados. Sin embargo, el presente trabajo destaca sobre todo aquellos significados sociales y culturales, donde el consumo se presenta de manera colectiva, aún cuando esto sea a nivel simbólico. Heath (1974) es uno de los antropólogos que mejor ha recuperado la perspectiva sociocultural, fundamental en los estudios donde la función sociocultural del alcohol se ha institucionalizado.

Los factores socioculturales afectan no sólo la decisión de sí un individuo beberá o no alcohol, sino también, qué clase de alcohol beberá, dónde, cuándo, cómo, en compañía de quién, con qué utensilios, y en asociación con qué palabras, gestos, actitudes, etc., y –con evidencia creciente– cómo será afectado por el alcohol (Solís, 2005: 99).



5.1.1.1. Ingesta de alcohol en el sistema familiar

El alcohol, como ya se señaló, está presente en los principales ciclos y situaciones de vida individual y colectiva. Funge como mediador de las relaciones sociales y familiares, que se expresan diferencialmente cuando ocurre la ingesta alcohólica y se construyen de modo específico en torno a los procesos asociados al consumo excesivo de bebidas. La bebida se presenta esencialmente en dos escenarios: uno ligado al valor social y cultural que el grupo le otorga al beber y alcoholizarse y otro, a la política mercantil de las empresas alcoholeras.

... La gente bebe para celebrar el nacimiento de un hijo, su incorporación a la iglesia a través del bautismo, para validar una relación ritual de compadrazgo, al terminar los estudios o inaugurar una casa, al llegar la hija a los quince años, al celebrarse la fiesta del pueblo o de una imagen, al aceptar un cargo en la estructura civil o religiosa, al matrimonio, al acto de confirmación o de primera comunión, a la inauguración de un edificio público, a la muerte (Berruecos, 1997c: 38).



La familia, innegablemente, es el contexto inmediato del uso colectivo de bebidas alcohólicas donde se muestra “algunas veces estimulante y otras, desolador” (*Ídem*). Lo positivo, lo negativo y lo contradictorio se perciben en los comentarios de los informantes, de lo observado y lo vivido en la comunidad.

En las familias mazahuas, el consumo de bebidas alcohólicas es un proceso normalizado; existe tolerancia y costumbres múltiples ligadas a la ingesta de bebidas alcohólicas para acompañar los alimentos, en fechas y eventos especiales, los padres y abuelos beben con regularidad en la casa, por lo que los niños y jóvenes perciben al uso de bebidas como algo natural, como un elemento que forma parte de

la convivencia familiar y social, como una tradición en las fiestas; desde pequeños incorporan el consumo de bebidas “aparentemente inofensivas”. Se observó, por ejemplo, que en muchas familias, al hijo (de seis años en promedio) le daban pruebas de cerveza, pulque o sidra (esta última durante los festejos navideños); lo que generaba risas entre los adultos y se veía como una gracia del menor o bien, los padres decían (sobre todo de sus hijos hombres): “*para que vaya aprendiendo lo que es bueno*”, “*lo estoy haciendo hombrecito desde ahorita*” (Padres de familia, Donato Guerra y Almoloya de Juárez). Inclusive, en algunas comunidades, es frecuente observar que los niños van a a comprar cervezas, pulque o botellas de ron, brandy y tequila. A pesar de que existen leyes que prohíben la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, no existe vigilancia para el seguimiento de dichas disposiciones:

... En estos lugares, ni quién nos mire; se que está mal hecho pero los niños van a comprar las chelas o los cuartitos; es que a veces yo no puedo salir y su madre está atendiendo a los más chicos, y los más grandecillos son bien rápidos... En la tienda no les niegan las bebidas porque no deja de ser una buena ganancia; el alcohol deja harta lana y los niños ya saben que ellos no deben tomar, que es para sus papás (Padres de familia, Almoloya de Juárez).

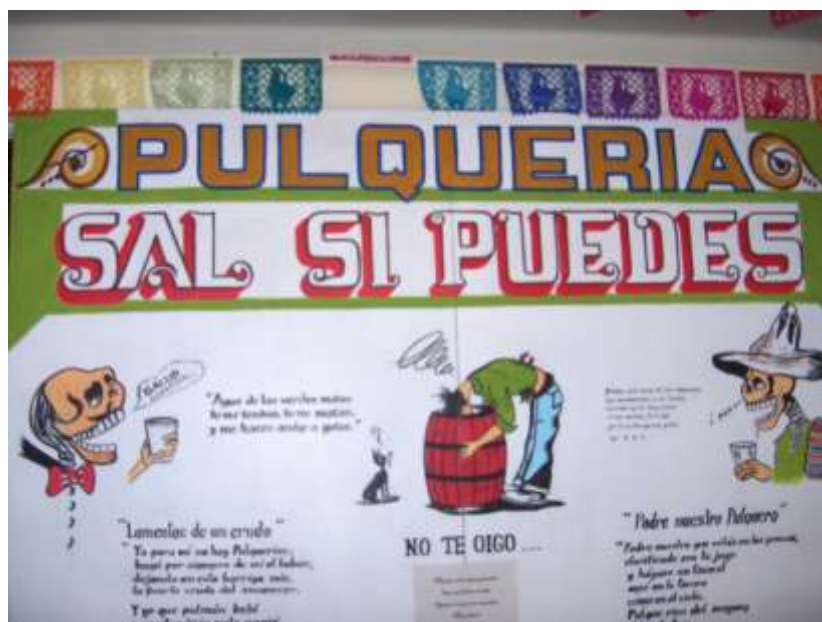


La integración cultural del alcohol en estas poblaciones es tan evidente que influye en las creencias, actitudes y conductas. Por ejemplo, al cuestionar a los padres y madres de familia con hijos niños y jóvenes (10-25 años), se observó que el 65% creía que el alcohol tenía una serie de efectos benéficos a nivel orgánico, psicológico y social: “*facilita la digestión*”, “*ayuda a la circulación*”, “*reduce el frío*”, “*alivia la gripa*”, “*provoca alegría y valor*”, “*da energía*”, “*fomenta las relaciones sociales y el inicio de las relaciones sexuales*”, “*ayuda a superar las dificultades sociales y profesionales*”, “*facilita la creatividad*”, etc. Asimismo, sólo uno de cada seis entrevistados lo tipifica como droga; esto es, de la población de estudio (200

sujetos), sólo el 2% mencionó que el alcohol es una droga; además de mostrar elevada confianza de que es una sustancia “cuyo consumo se puede controlar”.

Por otro lado, cabe destacar que el pulque sigue siendo la bebida preferida por los adultos mayores (hombres y mujeres) y por muchas familias que acompañan sus alimentos con esta bebida, debido a su bajo precio⁴⁷ y a las propiedades nutritivas que les atribuyen: “tiene proteínas y muchos nutrientes”, “es bueno para la anemia”, aseguran sobre todo, las mujeres mayores. Al respecto, se puede observar a los niños que recién regresan de la escuela, acuden con recipientes a comprar el pulque que beberá la familia (muchas veces incluyéndolos) durante la comida.

Aquí se toma pulque de maguey, pues hasta es un alimento... y para las que están criando les ayuda a tener leche...; yo digo que el pulque no les hace daño (Ama de casa, Donato Guerra).



En el Estado de México, también existe el chumiate; infusión de nanche en aguardiente de caña. Para su preparación se utilizan hierbas aromáticas y medicinales como el tabaquillo, la prodigiosa, té de limón, hierbabuena, pericón, anís de campo y manzanilla; es una bebida de consumo doméstico⁴⁸ y ritual. Asimismo, se prepara el sendecho; bebida de maíz amarillo germinado que se pone a secar al sol y se muele para hervir con piloncillo; cuando se enfría se añade pulque y se deja fermentar; su uso cotidiano es propio entre los mazahuas del noroeste del estado.

⁴⁷ El costo del litro de pulque, en estas comunidades de estudio, aproximadamente es de cinco pesos en días comunes, aunque puede incrementarse a diez pesos en días festivos.

⁴⁸ Cuando hablamos del tipo de consumo doméstico, nos estamos refiriendo a una producción familiar que se destina al uso dentro de la casa habitación o con amigos y familiares.



Ahora, aunque la importancia atribuida al alcohol en la alimentación, como hecho cultural, se relaciona más con el hábito de su consumo en el contexto de las comidas que con su importancia nutritiva real, en otras atribuciones no hay duda de que se trata de realidades socioculturales innegables. Al igual que otras sustancias psicoactivas tienen en algunas culturas un importante papel ritual, aquí el alcohol está presente en la mayoría de los acontecimientos sociales, e incluso con un fuerte contenido simbólico en las relaciones con lo trascendente:

El alcoholismo lo traemos de herencia que llevamos en la sangre, desde hace cientos de años, nuestros antepasados se emborrachaban aunque ellos no eran viciosos, lo tomaban en fiestas y en ritos. Pero un poco la herencia y otro tanto los problemas de la gente, que se llega a hacer vicio y enfermedad (Anciano, Ixtlahuaca). Si murió alguien, se bebe por la tristeza; si nació alguien por el gusto, porque es su santo, también una borrachera. Una fiesta donde no haya bebida no es fiesta; cada quien a saus posibilidades. Además aquí, la comunidad colabora para armar la fiesta: el compadre lleva un tequilita, el padrino las cervecitas, los abuelos el pulquito y así se va integrando la comida y la bebida, después la música y el pastel; lo principal es estar contentos. Hoy por los vecinos, mañana por el hermano y luego nos tocará a nosotros; or lo menos cada mes aseguramos el festejo; el motivo es lo de menos (Albañil, Almoloya). Conozco personas que nunca habían tomado, pero que lo dejó su esposa, perdió a un ser querido, lo corrieron del trabajo, se peleó con un amigo y por eso empiezan a tomar una copita y después otra y otra. También de pena, de angustia, de tristeza y de gusto uno se envicia (Taxista, Ixtlahuaca).

La percepción del alcohol en este contexto, muchas veces es ambigua, por un lado se le considera una enfermedad o un "vicio", aunque no en sí mismo; muchos aclaran que son los aspectos circundantes los que afectan al individuo, como el beber mucho alcohol sin comer, o aquellos que beben de manera solitaria o sin ningún motivo social aparente.

El alcohol como "vicio", desde la opinión de los informantes, no se refiere a los aspectos fisiológicos ni patológicos del consumo excesivo, más bien alude a los escenarios sociales en los cuales se bebe alcohol y a las condicionantes que tiene el individuo para hacerlo (festejo, amistad, compadrazgo, tristeza, etc.):

Los que tomamos de vez en cuando, cuando encontramos a un amigo o un compadre, pues es un gusto ¿no? El que tiene vicio agarra por uno o dos meses; esos tienen la enfermedad (Adulto, Almoloya). Hay varios tipos de bebedores; por ejemplo, los que tienen problemas en su casa y no aguantan o no tiene apoyo, toman la bebida como escape (Hombre comerciante, Ixtlahuaca). Las personas que tienen el vicio del alcohol, esos sí están enfermos (Mujer anciana, San Felipe). Se bebe alcohol cotidianamente de manera moderada, cuando se llega a la borrachera ha de ser por una causa fuerte; el bebedor solitario es aquel que realmente padece la enfermedad", "un señor era solito y se dedicaba a tomar (Profesores, hombres y mujeres de secundaria, San Felipe).

Por otra parte, si se pregunta a una persona por qué bebe alcohol, las respuestas son: "me pone alegre, me siento mejor con mi gente" "me relaja, me dan ganas de hablar" "es la costumbre, siempre hemos tomado".



En general, cabe acotar que cuando se trata de alcoholismo, muchos individuos tienen antecedentes difíciles, como es el caso de familias disfuncionales, maltrato infantil, conducta antisocial en la infancia y adolescencia, o bien, situaciones presentes que son fuente de tensión, como trabajos pesados o frustrantes, mala relación con la pareja, pérdidas recientes de familiares o amigos. Estas circunstancias “... pueden conducir a un sujeto a refugiarse en la bebida, para tratar de buscar un alivio” que naturalmente, no llegará.

El panorama de violencia, accidentes y enfermedad asociado a la alcoholización va en incremento ya que en la actualidad, la bebida alcohólica forma parte de la vida diaria. La tendencia, tanto de mujeres como hombres, es tomar con una frecuencia y excesos tales que la misma convivencia se ve afectada. La propia población admite que el consumo problemático y el alcoholismo en la comunidad están alcanzando niveles alarmantes.

Las fiestas ya no son como antes, ya son pura borrachera; también, las capacidades se van alterando por causa del alcohol y han aumentado los delitos y la inseguridad (Líder comunitario, Ixtlahuaca).

Se estima, por ejemplo, que el alcoholismo es un factor que está presente en hasta el 50% de los problemas llevados a los tribunales o ministerios públicos (ISSSTE, 2008); se sabe también que es un factor determinante en los casos de divorcio y que está asociado con la desestabilización familiar (INEGI, 2008). Asimismo, el impacto del consumo problemático de alcohol en la economía familiar resulta muy evidente para los miembros de la familia y genera a su vez, otras repercusiones en cuanto al escaso poder adquisitivo para gastos de manutención, vivienda, alimentación, educación, salud, recreación, etc.

Con lo que gastábamos en bebida ya no alcanzaba para mantener a los hijos. A veces pedíamos prestado en una tienda y el señor me decía ¿por qué tomas tanto? Deja que tu marido tome, pero tú ya no bebas. Pero yo tenía necesidad y le pedía prestada una cerveza; no, me decía, en lugar de que pidas pan, aceite, huevo para tus hijos, pides una cerveza; pues no me preste pero no me regañe, le contestaba yo; pero era bueno que me regañara porque él veía cómo vivíamos y cómo tratábamos a nuestros hijos (Mujer, comerciante, Almoloya de Juárez).

Hay otro aspecto a resaltar: las familias que “padecen” el consumo problemático de alcohol consideran que las mayores repercusiones no están en la salud, sino en el ámbito social y económico del grupo doméstico; “esto es más grave, quizá porque lo tenemos que enfrentar a diario; la pena con la gente, los maltratos afectivos y la mala economía del hogar se ven de inmediato; las enfermedades son mucho después y a veces, unos que toman hartos ni les pasa nada, siguen sanos” (Madre de familia, Donato Guerra).

Cabe señalar, sin embargo, que tanto el consumo como la problemática derivada del proceso de alcoholización en la familia, son eventos que se manifiestan de modo distinto desde las condiciones del contexto, la población, género y generación (y los consecuentes roles sociales); esto es, no se presenta ni se percibe igual el consumo de bebidas en un hombre que en una mujer, en el padre que en la hija, en la abuela que en la nuera, en la calle que en la fiesta, etc.

Una enfermedad importante, que nos afecta a todos, es el alcoholismo, es lo que yo más he visto; mueren igual -hombres y mujeres-, aunque a los hombres se les ve más seguido borrachos en las calles del pueblo... (Adulta, San Felipe del Progreso).

Es evidente la influencia del género en los patrones de consumo de alcohol⁴⁹: existe menor consumo de alcohol entre las mujeres en comparación con el de los hombres, sin embargo, no deja de apuntarse que últimamente dicho consumo ha ido en aumento y que, aunque los hombres son en general bebedores abusivos en mayor proporción que las mujeres, en el grupo más joven se aproximan mucho los consumos abusivos y de fin de semana, e incluso llegan a superarlos en el consumo abusivo habitual durante los últimos doce meses.



También, cuando las mujeres mazahuas beben de manera explosiva (en gran cantidad aunque poco frecuente) o problemática (con comportamientos socialmente reprobados, burlas, accidentes, riñas, enfermedad, etc.)⁵⁰, la comunidad lo juzga

⁴⁹ El género y la edad son variables predictoras del consumo abusivo de alcohol. La probabilidad de que entre los hombres se registren consumos abusivos de alcohol es de casi dos veces mayor (1.86) que en las mujeres; lo mismo ocurre entre los jóvenes (1.97) respecto a las de 40 años o más (SSA, CONADIC, INP, 2009).

⁵⁰ Situaciones que se han incrementando últimamente, de acuerdo a la opinión de gran proporción de los entrevistados (94%), sobre todo, entre las mujeres jóvenes y solteras.

fuertemente, sobre todo si se trata de una ama de casa, que “descuida a sus hijos y al marido, que es un hombre bueno, por andar tomada” (Curandera de la comunidad, San Felipe del Progreso). La conducta de consumo se asocia a otras prácticas que culturalmente son rechazadas, tanto por el mismo grupo familiar, los vecinos y las autoridades morales de la comunidad:

Las mujeres que beben, fácilmente se van de locas, aunque tengan su marido se van a buscar otros hombres y así se besan hasta con el compadre. A esas deberían quitarles sus hijos; ni los cuidan como es su deber (Vecina, Donato Guerra).

Yo tenía mi mujer; estábamos bien hasta que se empezó a ir con sus hermanas a Toluca, que de compras y esas cosas. Yo me di cuenta que olía a alcohol y le dije que ya no fuera, que sus hermanas eran solteras pero que ella tenía otras obligaciones, conmigo y con sus hijos. Pero no me hizo caso y se volvió alcohólica. Varias veces le dije que fuéramos a la iglesia o a una clínica a pedir ayuda, pero nada. No quiso. Y mejor la corrí de la casa porque hasta supe que luego ya se iban con hombres de por allá. Ella me decía que no era cierto, pero yo pensé: si está tomada ni se ha de acordar. Mejor no me arriesgo; además, toda mi familia ya me decían mandilón y mis amigos me veían como cornudo; eso cala” (Marido separado, no divorciado, Almoloya de Juárez).

Los contextos de consumo entre hombres y mujeres pueden diferenciarse, aún cuando en los jóvenes se tornan cada vez más similares, porque los y las jóvenes (solteros) beben “... en las fiestas, reuniones de amigos, paseos y excursiones y en discotecas o bares donde hay música buena” (Hombre, estudiante de secundaria, Donato Guerra). Pero en los adultos sí hay distinciones; “los hombres beben más con sus amigos, en las cantinas, en las tiendas o simplemente en la calle; se juntan dos o tres y allí van llegando los demás, hasta parece que les avisaran” (Ama de casa, Donato Guerra). En cambio, las mujeres adultas beben de manera privada, solas o en compañía de sus familiares (suegros, esposo o hermanas), pero en su casa o en situaciones festivas:

Una mujer, ya hecha y derecha, se ve mal que ande tomando con amigas. Puede tomar si se le antoja una copa a la hora de la comida, con el marido y la familia cuando festejan algo, pero no, que ande en la calle eso ya es otra cosa; tampoco en cantinas (son para hombres aunque ahora creo que ya dejan entrar mujeres), siguen siendo espacios de hombres y si uno va ahí es porque quiere que la vacilen o la tiren de a loca (Abuela, Almolya de Juárez).

Las mujeres también consumen alcohol, ya sea pulque, cerveza o cubas; pero a diferencia de los hombres que lo hacen en situación pública, ellas beben dentro de la unidad doméstica, cuando preparan la comida en compañía de otras mujeres, excepto durante el tiempo de la fiesta, en donde se observa a varias mujeres bebiendo en la plaza o durante rituales diversos (Enfermera, San Felipe).

De igual modo, hay notables diferencias (impuestas desde la cultura) en torno al patrón de consumo. Los distintos roles a partir de los cuales interactúan y construyen su realidad social, tienen clara relación con los patrones de consumo de alcohol. Los hombres pueden beber gran cantidad: *“hasta que aguanten”, “en promedio, los hombres adultos se toman una botella por ocasión”* (Adultas, Villa Victoria) y lo hacen con frecuencia (varias veces por semana). En ocasiones, hasta se percibe como una “habilidad” o “virtud” que *“sepan tomar porque aguantan mucho”*, y obtienen reconocimiento de amigos y familiares por esta causa:

Los hombres toman dos o tres veces por semana y, cuando hay fiesta del pueblo o una ocasión especial, una boda por ejemplo, o cuando se les muere un ser querido, beben toda la semana seguida y hasta dos semanas, hasta que el cuerpo ya no aguanta, pero se justifica por esa sola ocasión, es comprensible (Artesanas, San Felipe del Progreso).



Las mujeres beben en menor cantidad; esto se justifica desde las condicionantes biológicas porque como el cuerpo femenino tiene más tejido adiposo, el organismo tarda más en procesar las bebidas alcohólicas; esto es sabido entre la población de estudio (no necesariamente con esas precisiones), aunque el peso de la cultura, desde la opinión de los hombres o de las mismas mujeres, es fundamental para restringir y connotar negativamente el uso de bebidas embriagantes en estas últimas:

Las mujeres no debemos beber mucho, nuestro cuerpo es diferente y aguantamos menos que los hombres (Profesora de primaria, San Felipe del Progreso).

Las mujeres que beben de más son mal vistas en el pueblo. Aquí todo se sabe al otro día y si alguna anduvo haciendo desfiguros

porque se emborrachó, su reputación se va a los suelos y luego ya nadie quiere hablarle; así es aquí: pueblo chico, chisme grande (Abuela, San Felipe del Progreso).

No me ha tocado que venga una mujer a comprar el six de cervezas, en cambio los hombres, es muy común. Es que la mujer, si bebe, debe hacerlo de manera discreta, en su casa o con su familia, o en las fiestas, aunque debe beber poco para disfrutarlo; o mandan a sus hijos a comprar la bebida (Dueña de tienda donde se expenden bebidas alcohólicas⁵¹, Ixtlahuaca).

En estas circunstancias es donde la pretendida igualdad entre los sexos tiene costos elevados. Si bien es cierto que los hombres mueren más que las mujeres por el alcohol, ellas también se ven afectadas por la alcoholización de sus hombres a la vez que cumplen un rol imprescindible en el consumo, la comercialización y circulación del alcohol. Las mujeres se ven impactadas por el problema, ya que la frecuente borrachera de sus hombres (padre, hermano, esposo e hijos) genera serios conflictos familiares: *“falta dinero, aumentan los pleitos y la agresividad de los hombres hacia los hijos y sus mujeres, así como la separación de las parejas”* (Artesana, Donato Guerra).

Hay una serie de factores comunes a hombres y mujeres con relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, tales como la curiosidad o el deseo de experimentación en los jóvenes que, junto con cierta actitud transgresora, propician el inicio en el consumo; la identificación grupal y su influencia en el reforzamiento del mismo; la publicidad y sobre todo, la presencia de las drogas legales en espacios de socialización tan importantes como la familia; la existencia de determinadas situaciones adversas y la frustración y ansiedad que conllevan, y el falso paliativo o evasión que las drogas proporcionan; o también la filosofía social dominante, basada en valores individualistas, poco solidarios e hiperconsumistas, que incitan a la satisfacción inmediata, tensión que muchos hombres y mujeres, vehiculan a través de las sustancias tóxicas. Junto a estos múltiples condicionamientos generales, la mujer está sometida a otros específicos en razón de su género, tales como el papel subordinado que en muchos casos tiene aún en la familia, con una hipertrofia del rol de ama de casa, situación que se agrava cuando trabaja fuera del hogar y, además, ha de cumplir casi en exclusiva con este rol. La frustración que esta situación genera induce en muchos casos a consumos abusivos de alcohol. En el extremo opuesto se ubican aquellas mujeres emancipadas que, presionadas por la cultura laboral y social discriminante respecto de los hombres, se ven demandadas en la hipercompetitividad y a exacerbar la asimilación de determinadas pautas y conductas dominantes en el mundo masculino, como el uso de sustancias psicoactivas.

La generalización del acceso de las mujeres a la educación y su creciente presencia en el mercado de trabajo han provocado un cambio de mentalidad, tanto en las propias mujeres, como en los hombres, respecto al reparto igualitario de las

⁵¹ En casos como este, la entrevistada no se define como dueña de la tienda pero consideramos importante anotar el dato para los efectos del presente estudio.

cargas y responsabilidades en el hogar. Dicho de otro modo, las opiniones y actitudes frente a la igualdad van por delante de los cambios en los comportamientos. De hecho, las tareas del hogar, incluso en aquellas familias en las cuales las mujeres trabajan fuera de casa, continúan siendo de forma mayoritaria una responsabilidad femenina, y más aún en contextos y circunstancias de vida como la que nos ocupa.

La tendencia hacia la participación igualitaria entre hombres y mujeres en la vida social es, sin embargo, un proceso incompleto y desigual. Mientras que la igualdad es una realidad en el campo de la educación, continúa existiendo clara marginación con respecto a la presencia de las mujeres en el medio laboral, a la vez que aún existen roles diferentes entre hombres y mujeres en la vida pública y en el ámbito de las responsabilidades y tareas del hogar. Con este marco, la creciente feminización de los consumos de alcohol (y de otras drogas) constituye uno de los principales retos para cualquier investigación y programa de salud.



En términos generales, se puede concretar que los principales usos y funciones del alcohol que se identificaron entre las familias mazahuas de las comunidades de estudio abarcan:

- a) El alcohol (sobre todo pulque y cerveza) se percibe como una bebida alimenticia, ya que se le atribuyen ciertas propiedades nutritivas y digestivas; *“el pulque se toma como si fuera agua a la hora de la comida, es barato y nutritivo”* y *“la cerveza es fresca y la cebada alimenta; si se toma una dario no hace daño”* (Padre y madre de familia, San Felipe del Progreso).
- b) También, el pulque y la cerveza son recomendados entre los lugareños, para aumentar la producción de leche materna, durante la lactancia, cumpliendo una función lactogénica: *“es bueno que las mujeres embarazadas o que están alimentando a su bebé, tomen pulque o de perdida cerveza, porque son bebidas*

- con altos contenidos nutrientes que les ayudarán a tener leche y pa que no les de anemia*” (Curandera, Ixtlahuaca). Asimismo, se dice que el pulque es energético o tonificante, que *“revitaliza el cuerpo, sobre todo cuando se ha padecido alguna enfermedad y se está convaleciente”*. Además, se le asocia con una función antiséptica; se usa para desinfectar heridas, o se considera que *“al tomarlo con cierta frecuencia, mata los virus del cuerpo que puedan enfermarnos”*, o se asume que *“ciertas bebidas son buenas para limpiar los riñones”* (Artesanas, Donato Guerra).
- c) Se bebe durante el *“tratamiento tradicional del susto”*, donde el curandero ingiere alcohol de caña o del 96, lo mantiene un instante en la boca y lo escupe al paciente cuando está desprevenido; *“asusta al enfermo rociándolo de alcohol para que suspire con fuerza y recupere su alma perdida”*. con lo que *“el susto se cura con una rociadita de aguardiente”* (Curandera, Ixtlahuaca).
- d) El consumo de alcohol durante las fiestas es, probablemente, uno de los usos más extendidos entre las familias mazahuas. Las bebidas alcohólicas, sobre todo las destiladas, son *“fundamentales”* en cualquier reunión familiar o amistosa donde se festeja cualquier evento, sea el encuentro de un par de amigos, una reunión dominical, el compadrazgo, la pedida de mano, un cumpleaños infantil, la salida de la escuela, la bendición de un coche o de una casa e incluso, un velorio. El alcohol tiene un empleo festivo y cumple ciertas funciones de cohesión social e integración grupal (Berruecos, 2004a), donde se concibe como elemento *“que recrea, ameniza y estimula el ambiente; hace que toda la gente se sienta a gusto y conviva en armonía; de uno depende que no se suban las copas”* (Dueño de expendio de cerveza, Ixtlahuaca).
- e) Asimismo, un uso relevante, muchas veces con consecuencias negativas, es el que ubica al alcohol como vehículo mediante el cual se pone en juego el entramado de relaciones interpersonales, que en muchas ocasiones resultan conflictivas (Macuixtle, 1986). El alcohol actúa entonces como instrumento que activa las relaciones de agresión y violencia, que se manifiestan principalmente en el seno familiar. Esto es, existe una agresividad latente que ejerce el varón de manera relativamente cotidiana sobre la mujer y los hijos -en primera instancia-; cuando se consume alcohol en exceso y/o con alta frecuencia, esta agresividad se materializa y se convierte en violencia física, verbal o sexual, con lo que el alcohol se convertiría en el instrumento, por excelencia, que vehiculiza cierto tipo de relaciones conflictivas que se manifiestan, sobre todo al interior de la familia.

Sin duda, la enorme aceptación social y cultural de que han disfrutado las bebidas alcohólicas en nuestra sociedad ha facilitado la consolidación de actitudes dominadas por la enorme tolerancia hacia la ingesta de bebidas alcohólicas, que han contribuido a la expansión y diversificación de los consumos en la vida cotidiana; a pesar de que sean conocidos los graves efectos asociados, tanto desde la perspectiva social como de la salud pública.

5.1.1.2. Uso de alcohol en actividades laborales

La familia no es el único núcleo social que condiciona el comportamiento del individuo. En el proceso de socialización intervienen los amigos, maestros, compañeros de trabajo, la comunidad y la sociedad en general.

Un aspecto importante para los objetivos del presente estudio es describir las actividades productivas que se desarrollan en estos sectores, por considerar que la comprensión del otro, no se asienta sólo en prácticas culturales que se muestran diferentes, sino en condiciones de producción y socialización que evidencian desigualdades y que al ser incluidas, fragmentan la visión homogeneizadora que se tiene acerca de un grupo social étnicamente identificado, como en el caso de los mazahuas del Estado de México.

La construcción, el comercio informal, el transporte público, la agricultura y la ganadería que aún sobreviven de manera limitada en nuestro país, la elaboración y venta de pequeñas artesanías, sin dejar de lado trabajos ligados a un proceso migratorio temporal, son las actividades que laboralmente desempeñan por lo regular, los y las mazahuas.

En sus actividades económicas, los individuos persiguen fines coherentes entre sí y emplean los medios que consideran apropiados, racionalizan su comportamiento para obtener un ingreso con el uso de sus propios medios. En estas condiciones laborales se vuelve racional la concentración de todos los individuos que conforman la unidad doméstica en la misma ocupación, a fin de obtener mayor producción que se traducirá en mayor porcentaje final reafirmando la lógica de la reproducción transgeneracional.



La reproducción social de las familias mazahuas se constituye con el aporte doméstico, la intensificación laboral con participación de toda la familia y en ocasiones, el uso del salario indirecto, distribuido por un organismo, que no implica formas monetarias y comprende prestaciones sociales y servicios colectivos como comedores, guarderías, escuelas, hospitales, cooperativas, programas de despensa o medicamentos, etc.; todo esto acompañado por una restricción de consumo.

El trabajo de los niños se estima como una “ayuda” muy significativa; a los diez o doce años siembran sus espacios por lo que, en algunos casos, reciben una paga por parte de sus padres, abuelos, tíos, aprendiendo informalmente el oficio, y en otros casos, *“alquilándose para sembrar otras tierritas”, “van a hacer mandados”, “limpian los corrales o las casas”* y *“aportar para el gasto familiar, que es mucho”* (Madres de familia, Donato Guerra). Sin embargo, el trabajo infantil sigue siendo un problema para el adecuado desarrollo de los niños y las niñas. Es una preocupación de los adultos ajenos a la comunidad (profesores, médicos, sacerdotes, etc.), quienes saben de muchos casos actuales, en los que los niños salen a trabajar. Durante las vacaciones, por ejemplo, *“los niños se van a alcanzar a sus padres que migraron para trabajar en las ciudades más cercanas (Toluca, México, Morelia) donde se dedican a vender chicles, lavar parabrisas, pedir limosna”* (Profesor de primaria, Almoloya de Juárez). También *“las jovencitas recién salidas de la secundaria se emplean como trabajadoras domésticas, lo que consecuentemente trunca su desarrollo escolar (Profesor de secundaria, Ixtlahuaca)*. Es común que los jóvenes, se vayan a otro lado a hacer su preparatoria o carrera técnica y que se empleen como cajeras, dependientes de un negocio, recepcionistas y dejen de estudiar porque prefieren seguir ganando dinero para ellas y para compartirlo con su familia.

Los niños, principalmente los más grandes, van a buscar a sus padres, ya conocen los lugares donde laboran y se meten de diablos, cargan los bultos o ayudan a los albañiles; a veces se ausentan de la escuela dos o tres meses (Sacerdote, San Felipe).



La adopción de estos estilos de vida, la autoexplotación familiar, diversificación laboral, restricciones alimentarias y educativas, no son más que comportamientos destinados a posibilitar la reproducción de los grupos familiares apremiados por una situación socioeconómica de ajuste estructural, por los cuales son criticados por el entorno; críticas que asumen perfiles de marginación social.

El consumo de alcohol (en particular la embriaguez) aparece relacionado, sobre todo desde el siglo XIX con determinadas características socioculturales, laborales y hasta “raciales” atribuidas a los estratos más desfavorecidos, como los indígenas mexicanos. Esto presenta simultáneamente elementos de estigmatización y autoidentificación sociocultural. El consumo de alcohol, la embriaguez y el “alcoholismo” han sido denunciados desde la sociedad dominante como características negativas. Al mismo tiempo, estos sectores consideran al consumo de alcohol y los rituales de relación social establecidos en torno suyo, como una parte intrínseca de sus costumbres y otras formas identitarias (Berruecos, 2001b).

Así, el consumo excesivo de alcohol ha sido considerado como un factor negativo del comportamiento del campesinado indígena; como uno de los principales ejes de discriminación de estas culturas. Pero también, el uso de alcohol constituye uno de los principales elementos de integración y pertenencia social. No obstante, que algunas de las consecuencias negativas del alcoholismo fueron resaltadas, el alcohol adquiere una doble relación simultánea de estigmatización y de pertenencia, tanto para trabajadores urbanos como para el campesinado indígena, y en ambos casos en relación con la sociedad dominante. Esta doble relación opera más allá del prejuicio; las consecuencias de la ingesta de alcohol operan diferencialmente en términos de enfermedad y muerte, principalmente en los denominados “grupos vulnerados”; el consumo de alcohol es, sin duda, una de las principales causas de mortalidad en hombres en “edad productiva” (trabajadores mexicanos urbanos y rurales), que incide diferencialmente de acuerdo al estrato social y étnico (*Ídem*).



Este problema fue negado durante mucho tiempo; el “alcoholismo” y sus consecuencias se asociaban sólo con el trabajador urbano, mestizo o en proceso de aculturación, mientras que el consumo de alcohol indígena se tipificaba como “no alcohólico”. Esto llevo a no registrar ni atender las consecuencias del consumo en la morbi-mortalidad de los hombres en contextos productivos. Esa “negación” contribuyó a atenuar los prejuicios hacia la “degeneración alcohólica” o hacia la “embriaguez natural de los indígenas”, pero también influyó significativamente para ignorar el impacto negativo del consumo de alcohol en los grupos más desfavorecidos, afectando potencialmente su salud y sus condiciones de vida (*Ídem*).

Se dio una interpretación unicausal de estos hechos, en lugar de colocar el problema dentro de una estructura que explicara al “alcoholismo” en términos relacionales. Un análisis de tipo culturalista tendió a enfatizar determinadas características (funcionalidad ideológica) y a opacar otras (enfermedad y muerte), de tal modo que las consecuencias escasamente fueron valoradas (Menéndez, 1988).

Se constató históricamente que el uso de alcohol estaba asociado no sólo con rituales de integración ideológico-religiosos, sino con rituales sociolaborales (Berruecos, 2001b). Las bebidas alcohólicas fueron un elemento básico de la dieta de los trabajadores. El consumo de alcohol se asoció a una mayor capacidad de esfuerzo laboral, tanto por los trabajadores como por los patrones. Constituía una de las partes fundamentales del tiempo de no trabajo, el cual se efectuaba en espacios exclusivos para los trabajadores varones en edad productiva (*Ídem*). Era el medio más barato y rápido para convertir en olvido momentáneo los procesos de desocupación cíclica (Menéndez, 1985). Con este marco, es importante subrayar el amplio espectro de relaciones establecidas entre los varones en edad productiva y el consumo de alcohol, uno de cuyos aspectos más relevantes es el de la mortalidad diferencial y relacional. El consumo de alcohol, la alcoholización y el “alcoholismo” son productos dialécticos de los conjuntos sociales en constante relación.

Con el desarrollo industrial y los cambios demográficos, a partir de 1950 se hace patente la explosión productiva alcohólica ligada a nuevas pautas consumistas y de relación sociocultural con el alcohol. Comenzó a aceptarse no sólo que todos los sectores sociales beben alcohol, sino también que en todos existe el “alcoholismo”, y que son procesos vinculados a la estructura trabajo/vida cotidiana (Berruecos, op.cit).

Debe asumirse que en todos los sectores sociales, el alcohol ha tenido un uso múltiple y diferenciado, que ha permeado gran parte de la vida cotidiana, incluido el trabajo. El consumo de alcohol relaciona en un mismo proceso el lapso de trabajo y el de no trabajo, por lo que no debe considerarse como una enfermedad laboral, en la medida en que constituye un proceso (alcoholización) que incluye tanto a la enfermedad como a la no enfermedad. No se trata de reducir el análisis exclusivamente a la “conducta de riesgo”, sino plantearlo como un proceso complejo que puede explicar esa enfermedad, esa conducta, pero sobre todo, una parte del sistema de relaciones organizadas en torno al trabajo y la ingesta de alcohol (Menéndez, 1988).

La mayoría de los alcohólicos no están aislados de la vida productiva sino más bien, están desempeñando actividades importantes en diferentes trabajos, como lo señala Wallace (1997), cuando establece que los alcohólicos no se encuentran en las calles, sino desempeñando diferentes funciones en la sociedad: controlando corporaciones, enseñando a nuestros hijos, litigando en juzgados, realizando cirugías, piloteando aviones, escribiendo novelas, fabricando carros, etc.

Las “funciones” del alcohol han sido impuestas en un proceso histórico de dominación, sea extra o intra-comunitaria. El uso del alcohol como factor de “enganche” laboral es ejemplo del primer caso; la obligación de costear el alcohol en muchos de los sistemas de mayordomías, por parte del mayordomo designado, es un ejemplo de lo segundo.

La faena, por ejemplo, es un trabajo comunitario gratuito, acompañado comúnmente por el consumo de bebida, que se obtiene mediante la cooperación de los faeneros y se reparte por medio de un copero. En situaciones formales, tal conducta los haría acreedores a una sanción reprobatoria. En este caso, por la misma informalidad de la libación, se toleran este y otros comportamientos (Berruecos, 1998a).

El alcohol desempeña un papel fundamental en el grupo: sirve tanto para convalidar una situación social, como para provocar una relación problemática entre las personas; el alcohol cohesiona y moviliza a la población, pero también puede ser causa de desintegración y ruptura social; permite una interacción más abierta entre los que lo ingieren; pero cuando se llega a los excesos, es causa de sospecha, revancha y castigo (Berruecos, 2001a). Asimismo, el alcoholismo tiene repercusiones en la disminución de la productividad, ausentismo laboral, desarrollo de enfermedades, incremento en el número de accidentes laboral o durante el trayecto al lugar de trabajo (FISAC, 2000).

En la población de estudio, cuando se cuestionaba por qué ingieren bebidas alcohólicas en su horario y/o centro de trabajo, contestaban simplemente “por gusto”. Las limitaciones varían en frecuencia y tipo de trabajo, aunque el consumo se presenta cualquier día del año. Sin embargo, los bebedores se reúnen sobre todo cuando hay una junta o asamblea, para celebrar un contrato, cerrar un negocio, inaugurar un taller o una fábrica, cuando se termina de construir una casa o se compra un taxi, etc. Ahí las clases sociales se diferencian en mayor grado: los peones o albañiles toman cerveza, pulque o aguardiente; la clase media o pequeños comerciantes beben ron, brandy y tequila, y los patrones de acuerdo a su gusto, compran botellas de tequila más caro, barriles de cerveza, whisky, cognac, etc.

Los hombres toman casi todos los días; al darse un descanso o terminar de trabajar, ya que están entre amigos, en la cantina donde trabajan muchachas de los pueblos cercanos para divertirse. Algunas cantinas están bien arregladas, otras son sencillas improvisadas en un patio o un cuarto desocupado, con unas mesas y música; algunas más son de mala muerte. Las mujeres nunca toman en la cantina,

están reservadas para los hombres. Ellas sólo van cuando buscan a su marido, su padre o su hijo; en estos casos sólo llegan a la puerta y mandan adentro a algún conocido o a un niño para que lo saque o le avise que lo están buscando (Comerciante, Ixtlahuaca).



Por otra parte, cabe destacar que en el caso de la población masculina que bebe en exceso o de forma frecuente y problemática, se observa inestabilidad ocupacional, esto es, cíclicos periodos de ocupación y desocupación y continuos cambios de empleo; hay gran cantidad de jefes de familia que trabajan en la industria de la construcción o como choferes de taxis colectivos; sus empleos duran mientras “que la obra continúe o no los corran”. En estas circunstancias, las principales causas de despido son las inasistencias y retardos, los “san lunes”, que en ocasiones se prolongan por varios días o son recurrentes por “andar con los amigos” o bajo los efectos de la bebida”.

Mi ex marido bien seguido faltaba a su trabajo, se le hacía fácil al cabrón andar de borracho con sus amigotes y dejaba colgada la obra. Por eso lo corrían una y otra vez. Y era un círculo vicioso porque él decía que no hallaba un buen trabajo, que lo mantuviera a gusto. Pero yo creo que él ya traía lo desobligado (Viuda, San Felipe del Progreso).

A mi hijo lo corrieron de su trabajo porque ese día iban a estrenar los taxis nuevos. Él quedó bien formal de pasar por su patrón el día que hicieron la fiesta por la compra y la bendición, pero ese patrón también tuvo la culpa porque les dio harto alcohol, y obvio, no se conformaron con lo que había allí, se la agarraron todo el fin de semana y el lunes estaba bien malo de la panza, pero pa qué les dan de beber si ya saben de qué pie cojean (Madre, Ixtlahuaca).

Ante este panorama, muchas mujeres (amas de casa) se ven obligadas a constatar en actividades de servicio doméstico, como artesanas (en el bordado de prendas de vestir), venden diferentes productos alimenticios (carne, frijol, fruta, flores, etc.), a fin de compensar la falta de ingresos económicos estables y luchar por la supervivencia de los hijos y de la familia en su conjunto. Existen mujeres que refieren mantener al marido y a veces hasta a los suegros, si es que viven con ellos (cuestión frecuente en los hogares mazahuas).

Desde que “mi Pancho” tiene a esos amigos, agarró el vicio y ahora, yo me voy a trabajar todos los días que hay plaza en los lugares cercanos. Vendo lo poco que sacamos de la milpa: elotes, a veces hago esquites o tortillas. También me inscribí a la cooperativa de las señoras que bordan ropa; les pagan poco pero algo es algo porque ahora tengo que ver por mis tres hijos, por el desobligado de mi marido y de pilón por mi suegra que desde que murió mi suegro, se fue a vivir con nosotros y es otra boca más que mantener (Esposa, Almoloya de Juárez).

En las mujeres que trabajan se observa mayor estabilidad laboral; su actividad es fija aunque los ingresos sean pocos porque tratan de compensar el desempleo o “el abandono del jefe de familia”. La mujer tiene que hacer frente a las necesidades más elementales de subsistencia.

A partir de los años sesenta y setenta se avanzó de forma importante en la participación de las mujeres en la actividad laboral fuera del hogar, tras superar normas legales y usos culturales que durante décadas impidieron el acceso de las mujeres al mercado de trabajo. A pesar de estos progresos, que se han traducido en la feminización de ciertos trabajos (enseñanza, sanidad, asistencia social, etc.), las tasas de actividad laboral de las mujeres siguen siendo claramente inferiores a las de los hombres, constatándose todavía como un segmento muy importante de ellas tienen en el trabajo como amas de casa su ocupación principal.

Las grandes transformaciones sociales y económicas se han traducido en la introducción de cambios en diversas esferas de la vida personal, entre las que se destacan los hábitos generales de consumo de bienes y servicios, las formas de ocupación del tiempo de ocio y las relaciones sexuales; incluyendo en esta gama, las actividades y situaciones vinculadas con el uso de bebidas alcohólicas.

El culturalismo, el relativismo, el cognitivismo ocultan el problema de la dependencia o la muerte alcohólica como una forma de oponerse al “alcoholismo” estigmatizante. Pero, ocultar las funciones del consumo de alcohol, como de cualquier fenómeno estructural, no contribuye a anular la realidad. Describir y analizar relacionadamente el proceso de alcoholización puede, por el contrario, operar críticamente frente a las euforias productivistas que suelen olvidar que el consumo de alcohol forma parte del propio desarrollo de los sujetos sociales. Suelen olvidar que todos esos fenómenos son relacionales, pero que una de las partes de la relación, como ocurre en el caso del “alcoholismo”, experimenta las consecuencias

más negativas (Menéndez, 1989). Esto no debe conducir a explicaciones esencialistas ni a interpretaciones donde toda estrategia es “astucia popular”. No se debe quedar en la apariencia del dato, sino incluirlo dentro de un sistema de relaciones que, entre otras cosas, haga referencia a la relación de las ciencias sociales y de la salud con este problema (*Ídem*).

La antropología crítica debe ser capaz de identificar, analizar, comprender y explicar problemas que incluso no pueden plantearse los propios sujetos sociales. Aunque también debe trabajar hacia dentro, para plantear los problemas que el investigador no puede o no quiere apreciar ni asumir. “La realidad debe ser pensada, interrogada, accionada problematizadamente; los problemas son construcciones que si bien no solucionan *la realidad*, permiten producir explicaciones que van más allá del sentido común no problematizado” (Menéndez, 1990: 124).

5.1.1.3. *El papel del alcohol en fiestas civiles y religiosas*

Los sistemas culturales a partir de los cuales el individuo construye su mundo social, influyen significativamente en las representaciones, creencias, actitudes y comportamientos de los sujetos, para el caso, en las atribuciones que se refieren al uso del alcohol como cohesionador o estimulador de las relaciones y eventos sociales.

El consumo de alcohol se asocia con la armonía social, más que con acto destructivo. La conducta del ebrio es afectada de manera sutil pero bien definida por las diversas prácticas sociales en las cuales las expectativas del grupo respecto de los efectos del alcohol desempeñan un papel decisivo. Beber, tomar, alcoholizarse e incluso emborracharse, la mayoría de las veces es connotado como algo positivo; sólo en contados eventos se califica como negativo, según sean las circunstancias, el contexto, el grupo, los sujetos, su estado de ánimo, su biología, su rol, etc. También es importante señalar, en términos de persistencia y cambio, que las tradiciones, costumbres y formas de vida de un grupo, a pesar del choque cultural siguen entremezclándose con aspectos religiosos, rituales y festivos (*Cf.* Berruecos, 2002c; Lerín, 2004; Natera, 2005).

Para los objetivos de este trabajo es importante establecer cómo las relaciones interpersonales y los fenómenos socioculturales moldean los patrones de consumo de alcohol de un grupo poblacional en particular y describir cómo se reproducen asignándoles aspectos simbólicos y religiosos dentro de un escenario ritual, que al mismo tiempo es el marco de la alcoholización colectiva: la fiesta.

La ambigüedad respecto al consumo de alcohol considerándolo como enfermedad que afecta la salud y el funcionamiento social del individuo, pero que se establece a la vez como parte de un ritual y una tradición que reafirma la identidad

del individuo al ser absorbido por la identidad social a través de la alcoholización colectiva, se reproduce en la fiesta, donde el alcohol no es un elemento trasgresor sino unificador.

La fiesta corresponde a un momento que Turner (1980) ha llamado *communitas*, el cual es un hecho que depende de la experiencia de cada individuo en su colectivo social; es importante que dicha estructura pueda romperse de vez en cuando para dar paso a momentos más libres y desinhibidos. Estos momentos de *communitas* se dan en los rituales sociales, el ritual que es estructura suele contener elementos de *communitas*, en este caso el uso del alcohol permite la relajación de los esquemas y normas sociales, permitiendo al individuo interactuar con los demás de manera menos formal; el alcohol se emplea para generar sentimientos de *comunitas* en el que se puede fundir la identidad del individuo con la del colectivo. Sin embargo, esta relajación es sólo aparente; la fiesta está reproduciendo los aspectos que los vuelven válidos. El consumo de alcohol se ritualiza en el sentido de que empieza a volverse normativo, repetitivo; se consume en espacios que se supone son válidos; establecer una relación social más intensa con los otros miembros de la comunidad o reafirmar la identidad de los sujetos a partir de la reproducción de conductas sociales que significan algo para el individuo, son motivos que se vuelven válidos en ese contexto.



Desde la percepción social, el consumo de bebidas alcohólicas es frecuente en las fiestas (familiares, vecinales, comunitarias y religiosas) donde existe alta permisividad para la ingesta de bebidas, grandes cantidades de alimento y música.

Cualquier compromiso social da la oportunidad de mandar a traer un “cartón” de cerveza con el que se convive mejor y se alegra uno en compañía de los amigos y parientes cercanos (Taxista, Ixtlahuaca).

Las fiestas patronales están relacionadas con la mejora de las siembras y cosechas, como es el caso de esta comunidad, las fiestas tradicionales constituyen una manifestación de la vida cultural, son expresión material de las ideas y reflejan el pasado histórico del pueblo" (Münch, 1983).

El contexto festivo es un escenario donde se privilegia lo positivo, es la sublimación de una realidad y un presente intensamente vivido en lo individual y lo colectivo. Cuando ya no se está en condición de controlar el consumo, ha llegado el momento de retirarse. Todas las culturas definen la forma socialmente aceptada de ingerir alcohol; los miembros de una comunidad aprenden a usar el alcohol de la misma forma como interiorizan y otorgan significados al resto de su comportamiento social.

Los mecanismos que regulan el consumo de alcohol en las comunidades mazahuas, en general son laxos y escasamente regulatorios, es decir, no existen reglas explícitas para controlar la dosis de alcohol que se ingiere, las ocasiones ni el tiempo de consumo, etc. Sin embargo, es tan mal visto el que no bebe como el que bebe en exceso, por lo cual se valora a los sujetos que logran dejar de beber alcohol en estos contextos.

Hay personas que no beben, tal vez porque no les gusta convivir con los demás... Aunque también hay hombres que toman mucho y tampoco eso se vale. Lo mejor es beber con moderación, sin molestar a los demás, estar alegres y disfrutar la fiesta (Madre de familia, Almoloya de Juárez).

Una cuestión a destacar es que rechazar la bebida que ofrecen en ciertos eventos es considerado una ofensa, descortesía o grosería; inmediatamente se establece un impedimento o desconfianza en la interacción, que puede llegar a rechazo acompañado de comentarios y burlas, sobre todo si el sujeto es ajeno a la familia o a la comunidad. En el contexto festivo, aquel que no bebe es mal visto y tal vez más sancionado que el alcohólico; también el que no bebe al ritmo de la costumbre, es visto con desconfianza y conmiseración (Berruecos, 2002b). Sin embargo, existen razones socialmente válidas para no beber:

Es un desprecio que la gente no acepte la bebida o la comida que se da en una fiesta, sobre todo si son invitados especiales porque los anfitriones hacen un enorme esfuerzo por comprar y preparar todo para el festejo. Hay a quienes se les perdona porque están tomando medicinas, están enfermos, están jurados o su mujer o su mamá pidieron que no se les ofrezca de tomar (Pastora de la comunidad, San Felipe del Progreso).

Bajo estas circunstancias donde se exime del consumo, se respeta la compañía, aunque la interacción no se establece tan fácilmente; no se sanciona pero tampoco se le hace mucho caso.

Con sus excepciones, como los convertidos a las sectas y los pocos abstemios que puedan existir, beber es más que una costumbre generalizada; en las fiestas se toma parejo, o casi, igual hombres que mujeres, pero existen regulaciones porque los espacios de socialización, aún en reuniones familiares, son distintos para las personas según su sexo, edad, ocupación, cargo en la comunidad y la ocasión, por supuesto. Las mujeres, por ejemplo, toman en las fiestas y en las reuniones. Dada la frecuencia de festividades y la intensa vida social que llevan, no son pocas las ocasiones en que ellas beben. La observación y los datos estadísticos revelan que el número de mujeres que ingieren bebidas alcohólicas ha ido en aumento (Villatoro, 2006; CONADIC, 2002b; SSA, 2006b). Esta tendencia también aplica para el inicio temprano del consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población infantil y juvenil (Lerín, 1985; Ravelo, 1985).



Cabe aclarar que la costumbre de beber en situaciones de socialización, supone estar en un estado placentero o eufórico pero de ninguna manera implica emborracharse necesariamente, lo cual está mal considerado; quien se emborracha rápidamente o hasta perder el sentido es alguien que no sabe tomar, que es sinónimo de no saber convivir con los otros, y por lo tanto, altamente reprobado.

... Se toma para entrar en calor y estar a gusto, convivir con los demás, bailar, reír más que de costumbre, pero también se trata de disfrutar todos juntos, de no perder el control, no faltar al respeto, no agredir, no decir tonterías ni cometer actos de los cuales puede uno arrepentirse después o hasta ir a parar a la cárcel o al hospital; eso no se vale (Agricultor, Donato Guerra).

Regularmente, en una fiesta, al principio, todos están sentados de manera formal, casi no se conversa ni se baila, aunque haya música. Pero después de cierto número de copas el ambiente se vuelve cálido, desinibido y festivo. Así, una

persona puede alcanzar cierto nivel de ebriedad, inclusive emborracharse, pero las reglas de convalidación exigen que el bebedor no pierda el control de sí mismo ni de sus acciones.

En la fiesta, no debe ni puede faltar la bebida alcohólica; si escasea o es de mala calidad, los anfitriones son sancionados por la comunidad, se les considera tacaños y disminuye su prestigio; además de que la fiesta se considera aburrida o de mal ambiente. El que invita a una fiesta y no ofrece alcohol, es criticado; el que da bebidas caras y abundantes, es respetado. Una fiesta es buena, se dice, si la cantidad de alcohol es suficiente y de calidad (Berruecos, 2002b).

La fiesta y la cantina son espacios de socialización donde se contienen las transgresiones, se permite y tolera la desinhibición, e incluso se permite beber por varios días. La fiesta es un espacio donde se habla, se está acompañado, pero también es donde se puede morir (Flanet, 1986).

La fiesta es fuente de identidad tanto del pueblo como de las comunidades, las familias y los individuos. Cada quien participa en aquellas donde percibe algo en común: el motivo de celebración familiar, la religión, la costumbre, la ocasión especial, y la comparte con sus familiares, vecinos y amigos más cercanos.



En las comunidades mazahuas está establecido un calendario anual de fiestas, que constituyen y reflejan formas de ser, pensar, pertenecer, vivir. En estas festividades hay cantos, bailes, comidas, bebidas y rituales diversos. En las fiestas mazahuas participan autoridades municipales, religiosas y la gente de la comunidad en general. La comunidad identifica perfectamente dos tipos de fiestas: a) aquellas que son familiares⁵² y se orientan a la celebración o ritualización de los eventos

⁵² Que en el marco de este estudio se denominarán “civiles”.

vinculados al ciclo de vida (nacimiento, matrimonio, muerte, compadrazgo, etc.), logros que se van adquiriendo individual o colectivamente (salir de la secundaria, graduarse, comprar un automóvil o una casa, poner un negocio, etc.) y fechas especiales que resultan comunes a la sociedad (navidad, año nuevo, día de las madres, día del niño, etc.) y; *b*) las *religiosas*, que abarcan tanto la fiesta del pueblo para festejar al “santo patrono” como las establecidas por tradición, a nivel nacional: día de la virgen de Guadalupe, semana santa, día de muertos, entre otras.

Entre nosotros hacemos varias fiestas; somos gente alegre y compartida; para nada somos cerrados como luego creen los de fuera. A todo el que viene se le atiende bien, con comida, bebida, regalos, itacate⁵³, buena música, compañía y buena conversación. Nos gusta reconocer y festejar los logros de los familiares y amigos: que si compraron animalitos o unas tierras, que si es su cumpleaños o se va a casar, si es navidad o año nuevo; igual si tienen un enfermo o un difunto, nos hacemos presentes y acompañamos a los dolientes; ... es bonito compartir con la gente que uno quiere y claro, ... también cooperamos para la fiesta, llevamos las tortillas, los refrescos, el vino, y así, después ellos cooperan cuando a nosotros nos toca (Artesana, Villa Victoria).

Algunas de las costumbres, prácticas, creencias y rituales asociados al consumo de alcohol que se observan en las *fiestas civiles* que se presenciaron en las comunidades mazahuas, se describen a continuación⁵⁴.

Desde antes de que nazca un individuo, por lo general, en la cultura mazahua, se festeja el momento en que la madre y el padre se enteran de su embarazo⁵⁵. Después de la noticia⁵⁶, ambos planean cuándo, cómo y a quién informar sobre este hecho. Para ello, se planea una “reunión familiar”⁵⁷ donde se convoca sobre todo a los hijos previos (si es que los hubiera), a los padres, hermanos y en su caso, abuelos de ambos cónyuges; a los compadres o padrinos más significativos y a algunos vecinos cercanos, así como a algunas autoridades de la comunidad: un sacerdote, líder moral⁵⁸ e incluso, una partera o curandera. En dicha reunión se

⁵³ Alimento para llevar, comúnmente denominado: “el taco”.

⁵⁴ Se empleó como guía de investigación y análisis la clasificación de festividades que propone Luis Berruecos (1997, 2002, 2006).

⁵⁵ Se hará referencia a aquellos eventos que se presentan en condiciones “normales”, es decir, suponiendo que sea un hijo planeado y/o deseado, en una familia “funcional” y en la “sana” convivencia cotidiana con la comunidad en general.

⁵⁶ Recibida por lo regular, por la madre en consulta médica o con una partera de la localidad, quien informa al padre más tarde o ese mismo día, si es que no la acompañó.

⁵⁷ Los informantes mencionan que es conveniente dejar pasar el primer mes (o dos meses) del embarazo para confirmar el embarazo y no festejar antes de que sea “falsa alarma” o de “que no se logre”, pese a que ya cuenten con la certificación médica.

⁵⁸ Recordemos que en estas comunidades la presencia de la pastora (anciana experimentada y reconocida por su buen juicio y comportamiento) y del jefe supremo (con cargo por designio popular y transgeneracional) son fundamentales.

ofrecen alimentos y “buenas bebidas”⁵⁹, “*música tranquila porque es una cosa familiar, ni baile va a haber, sólo es para los más allegados*” (Abuela, Atlacomulco). Toda la conversación está acompañada “del trago para festejar”⁶⁰ y versa sobre el futuro hijo: “... *que si va a ser niño o niña, que cómo se va a llamar, para cuándo nacería*” (Padre de familia, Ixtlahuaca), que si fue planeado o no, los proyectos de vida que hay para él, quién lo va a nacer (médico, partera enfermera, la abuela), quién lo va a atender, quiénes serán sus padrinos, cómo se obtendrá más dinero para su manutención en la familia, etc.

Recientemente, en la comunidad⁶¹ también se acostumbra que las hermanas, cuñadas, suegra, madre y amigas de la embarazada, le organizan un festejo, comúnmente denominado “baby shower”, donde “... *se llevan regalos para el bebé, se hacen juegos, se dan alimentos ligeros y algunas bebidas*” (Ama de casa, Villa Victoria) tanto alcohólicas como libres de alcohol. A estas reuniones, por lo general, asisten sólo mujeres, aunque hay algunas donde al final, a la hora de la comida, se integran los hombres correspondientes (el cónyuge, el padre, el suegro, cuñados, etc.). Estas fiestas, en su mayoría, se llevan a cabo cuando se trata del primer hijo de la festejada, y se celebran casi al final del embarazo: un mes o quince días antes del nacimiento.



El día del parto también se hace un “festejo familiar”. “... *Recientemente las mujeres se alivian por cesárea, lo que facilita la planeación de la reunión para recibir al bebé y a la nueva mamá en su casa, dado que se tiene una fecha programada*” (Esposo, Atlacomulco). Los familiares (cónyuge, hijos, padres, suegros, cuñados, padrinos, compadres) esperan en casa con alimentos y bebidas (de igual modo, hay

⁵⁹ Por lo general, se refiere a tequila o brandy.

⁶⁰ La única que no bebe es la madre.

⁶¹ Como parte de las prácticas globalizadas.

alcohólicas⁶² y no alcohólicas); *“esta pequeña fiesta termina rápido porque la madre tiene que descansar; su mamá, su abuela o su madrina le darán un baño con hierbas para curarla, y también al bebé”* (Abuela, San Felipe del Progreso).

Cabe destacar que los padrinos⁶³ son elegidos casi desde el momento en que los padres comentan la noticia del embarazo; ambos hacen su propuestas y llegan a un acuerdo o se van turnando a los favoritos con cada hijo: *“¿Quién te gusta para padrino de nuestro hijo?” “¿... estaría bien el maestro o el jefe supremo, no?”*, *“... la última vez fue tu hermana y su esposo, así que ahora le toca a mi hermano”*, *“debe ser alguien que sea un buen ejemplo y que sea católico para que lo conduzca por el buen camino”* (Padres y madres de familia, Villa Victoria y Almoloya de Juárez). Finalmente, con una visita formal se hace la petición para el padrinzago/compadrazgo; el compromiso se sella haciendo entrega de una botella de tequila, ron o brandy; los futuros compadres ofrecen alimentos y bebidas (incluyendo alcohólicas, aunque diferentes a la que acaban de recibir, misma que comparten padre y padrino).



Posteriormente, los padres, abuelos y padrinos organizan el bautizo del niño, a celebrarse al mes, tres o seis meses después de su nacimiento. En esta ocasión si se realiza *“... una “fiesta en grande; los padrinos de bautizo siempre echan la casa por la ventana”, “en los bautizos casi siempre hay música en vivo, mucha comida y bebida para dar a manos llenas y que nadie se quede con hambre, todos se van contentos, reconociendo lo buena que estuvo la fiesta y lo bien que empiezan los padrinos con su labor”* (Abuela y abuelo, Atlacomulco). En las celebraciones

⁶² Que ingieren sobre todo el padre, el compadre (futuro padrino del recién nacido, que para esas fechas ya debe estar elegido) y el abuelo o los cuñados.

⁶³ El padrinzago y el compadrazgo por bautizo tienen una importancia especial en la estructura familiar y social, correspondientes.

bautismales se ofrecen alimentos tradicionales (arroz, mole, barbacoa, carne de cerdo, pollo) y una variedad de bebidas (refrescos, pulque, cervezas, tequila, ron, brandy). Los invitados son muy diversos: familiares en extenso, vecinos, amigos y autoridades de la comunidad: *“ahí si todos se enteran del bautizo, porque varios días antes, tanto los papás como los padrinos andan con los preparativos; crían al puerco, a los pollos o al borrego, consiguen el lugar para hacer la fiesta, apartan la misa, compran las cervezas...; los familiares que vienen de otros lados llegan uno o dos días antes a la casa; luego luego se sabe que va a haber un gran festejo; esto sólo se ve en bautizos o en bodas”* (Pastora, Atlacomulco). La fiesta puede durar uno o varios días⁶⁴. En el bautizo todos consumen alcohol, aunque es preciso resaltar que padres, padrinos y abuelos lo hacen de modo ritual: *“Deben sentarse en la mesa de honor, a todos se les sirve una buena bebida en una copa o vaso especial, dicen unas palabras agradeciendo la presencia de los invitados, expresan sus buenos deseos para el bautizado, brindan y beben sus copas al mismo tiempo para acabar de un trago si es posible”* (Profesor, Ixtlahuaca).

Después siguen los cumpleaños, cuya celebración también es familiar, a excepción de cuando se cumplen: un año o tres (en el caso de los menores), quince años (en las mujeres), dieciocho (para los hombres) o cincuenta (cuando se trata de los adultos). Los festejos de cumpleaños se organizan y se realizan con la participación del padre, la madre, los hermanos, los abuelos y los padrinos/compadres; en algunos casos (cada vez menos frecuentes debido a los problemas económicos generalizados) van los amigos más cercanos o los tíos. En la fiesta se ofrece alguna comida (también cada vez menos elaborada) y bebidas (alcohólicas y no alcohólicas), se parte un pastel, hay piñata (cuando se festeja a menores de edad), algunos juegos, conversaciones y se pone música; *“a veces no hay ni baile, la situación [económica] está difícil; sólo nos reunimos los más allegados y comemos un pastelito o gelatina con una cervecita para que no pase desapercibido”* (Madre de familia, Villa Victoria).

Las fiestas grandes se reservan para ocasiones especiales y se realizan de manera similar a los bautizos: con grandes cantidades de comida y bebida, música en vivo, numerosos y variados invitados, mucho tiempo de preparación y de festejo, prácticas rituales, etc.: *“... Cuando se cumplen tres años se hace la presentación de los niños ante la iglesia, o cuando las muchachas cumplen quince años y los muchachos dieciocho se festeja su mayoría de edad; para esas fiestas sí se prepara uno con tiempo porque se hacen en grande como los bautizos, sobre todo los papás y padrinos”*⁶⁵ (Madrina, Atlacomulco).

Al respecto destacan las fiestas por matrimonio y la boda en sí misma, lo que incluye una serie de actividades y costumbres que también involucran la participación

⁶⁴ Por lo regular duran dos días porque se ha incorporado como costumbre el recalentado (que consiste en ir al día siguiente de la fiesta, a la casa de los anfitriones, para comer y beber lo que sobró) aunque en ocasiones, hay fiestas que se extienden hasta una semana (sobre todo si se cuenta con la presencia de familiares que llegan de otras entidades).

⁶⁵ Por lo general, en estas comunidades se acostumbra que los padrinos de bautizo sean permanentemente los de otros eventos religiosos importantes: presentación, comunión, boda).

de toda la familia, un tiempo considerable destinado a la planeación, la organización y al festejo por supuesto. Primero se realiza el pedimento de la novia, que obliga a hacer una reunión familiar, llevar la dote⁶⁶ a los padres de la novia, ofrecer comida y bebida⁶⁷; programar la hechura o compra del vestido, la fecha de la boda, los padrinos⁶⁸, la lista de invitados, el lugar de la fiesta, el banquete, la música, etc. Para finalizar esta reunión y sellar el compromiso de boda, tanto los novios como *“los padres de ambos, brindan por la felicidad de la pareja, ofrecen unas palabras de buenos deseos y dan la bendición a los futuros esposos”* (Líder comunitario, Atlacomulco).



La boda se celebra tanto por la religión (católica, en su mayoría⁶⁹), como por la tradición mazahua⁷⁰. Un día antes, los padrinos van a traer a la casa de cada uno de sus ahijados; al novio (acompañado de sus padres) lo conducen a casa de la novia,

⁶⁶ Refieren los informantes que antes, la dote estaba constituida por gallinas, un güajolote, cerdos o hasta caballos que se entregaban a la familia como ofrenda de consolución porque seguro la hija, iría a vivir con la familia del novio. En la actualidad, la dote se integra a manera de despensa: con bolsas de arroz y frijol, aceite, azúcar, una o dos botellas de bebida alcohólica y, en ocasiones, se adicionan carnes, granos o verduras procedentes de la producción familiar.

⁶⁷ Los padres de la novia hacen la comida para el novio y sus padres, si es que están de acuerdo con el compromiso matrimonial.

⁶⁸ En este caso, los padrinos de velación (misa) son los más importantes y, como ya se señaló, de ser factible, serán los de bautizo (ya sea de ella o de él).

⁶⁹ Aunque en los últimos años se ha hecho evidente la inserción de otras religiones a las zonas mazahuas, el 97% de la población que habita en las comunidades de estudio, aún se declaran católicos.

⁷⁰ Es de llamar la atención que sobre la boda civil no se hace referencia. Sólo se sabe que se realiza en la semana revia a la (s) ceremonia (s); los contrayentes acuden al registro civil con sus padres y padrinos y una vez que procedió el protocolo y se firmaron las actas respectivas, se dirigen todos juntos a comer a un restaurante que por lo general, eligen al momento. Es común que los padrinos costeen esta comida y que haya bebidas alcohólicas acompañando los alimentos.

ahí les entregan la ropa que vestirán durante las ceremonias (católica y mazahua) y algunos artículos simbólicos (una biblia, un rosario, un recetario, utensilios de cocina, algo heredado de la madrina a la novia y del padrino al novio, etc.), además de darles consejos (“eviten discutir”, “respétense”, “no se desesperen si les falta el dinero”, “den buen ejemplo a sus hijos”, “no dejen que sus padres se metan en sus decisiones”, etc.). En esta ocasión, los padres de la novia también ofrecen alimento y comienzan a beber el alcohol destinado para la fiesta; la reunión se cierra con un brindis y una oración *“para que todo salga bien en la boda; que la comida alcance, que no nos agarre la tarde, que lleguen los músicos, que no haya pleitos en la fiesta, que les vaya bien a los muchachos en su matrimonio”* (Madrina, San Felipe del Progreso).

El día del evento, el padrino se va a casa del novio y la madrina a la de la novia, para ayudarles a vestirse. De ser posible, ambas familias se dirigen a pie hacia la iglesia⁷¹. La ceremonia religiosa transcurre de modo tradicional. Después, al llegar al lugar de la celebración (casa de origen de alguno de los contrayentes, de los padrinos o salón de fiestas) se procede con la ceremonia mazahua.

La ceremonia mazahua implica el cambio de atuendo de los novios y los padrinos, quienes portan ahora las ropas de gala originales de su etnia. Los invitados salen del lugar, caminan para situarse a una distancia de un kilómetro aproximadamente, esperan a que los novios salgan cambiados e inician una danza acompañada con música interpretada por una banda tradicional; *“bailan la cerveza”*⁷² multitudinariamente; hasta regresar nuevamente al sitio de reunión; los novios y padrinos siempre encabezan al grupo, mientras que los padres y hermanos se quedan preparando la recepción. La participación del jefe supremo y de las pastoras o las ancianas de las familias involucradas son imprescindibles para este ritual; ya que son quienes realizan las oraciones, brindan consejo, queman incienso y dirigen los actos rituales de la ceremonia. Todos unidos dan inicio al rezo, los nuevos esposos se hincan en un petate, de preferencia dentro de la cocina o frente al altar familiar. Se hacen las oraciones, se dan consejos, se entregan elementos simbólicos (un crucifijo para el nuevo hogar, otro utensilio doméstico, una agenda, etc.) y se concluye con el brindis donde participan la pareja, padres, padrinos y abuelos; todo el tiempo se habla mazahua. Después, los padres del festejado, solicitan a los músicos que toquen para que los novios *“abran el baile”* y que todos puedan pasar a bailar con ellos, cargando alimentos y bebidas, a manera de ofrenda. Se pide así a los invitados que tomen sus lugares en las mesas para iniciar la fiesta, que transcurre como es costumbre en estos contextos, a veces hasta el día siguiente, con *“... gran cantidad de alimentos y bebidas, diferentes grupos musicales, baile, obsequios para los novios, una palabras de los padres y padrinos para agradecer la asistencia, desear buenas cosas a los recién esposos y despedirse”* (Invitado, taxista, Donato

⁷¹ Si el tiempo no lo permite, ya se intentará de regreso, porque es deseable que toda la comunidad vea caminar a los contrayentes.

⁷² Esta práctica consiste en destapar cervezas e ir las bebiendo y regando en el camino, a la vez que se baila en grupo y se avanza hacia el lugar del festejo. Es acompañada por música de violines, guitarras y cantos y oraciones en lengua mazahua.

Guerra). Al amanecer, nuevamente se encuentran, padres, padrinos y novios (si es que éstos últimos no se fueron de “luna de miel”, si fuera el caso la fiesta sigue en su honor aunque sin ellos) con los familiares y amigos más cercanos para disfrutar del tradicional recalentado, donde nuevamente se ofrece comida y bebida a los invitados.



Por otra parte, también cuando alguien muere los familiares y amigos acuden a solidarizarse con “los dolientes”. La costumbre en estas comunidades marca que *“cuando alguien muere, su familia debe velarlo durante dos o tres días para que la gente cercana pueda verlo por última vez, que participen con rezos y cantos, que ofrezcan veladoras y flores y que acompañen al difunto, durante el entierro, a su última morada”* (Ama de casa, Villa Victoria). Como muestra de gratitud, los deudos ofrecen alimentos y bebidas (café, aguardiente, tequila, brandy) a los acompañantes (incluyendo al sacerdote, las personas de la comunidad que llegan a rezar, los enterradores y las plañideras⁷³). Al finalizar el sepelio, los familiares cercanos (padres, hijos, esposos) solicitan la presencia de los asistentes para el novenario⁷⁴ y la “levantada de cruz”⁷⁵. Durante el novenario y, sobre todo, en el levantamiento de la cruz, no falta el alimento ni la bebida, además de los componentes simbólicos y rituales: *“la familia del difunto ofrece pan y café o atole durante el novenario y, si sus*

⁷³ Cada vez es menos frecuente la participación de esta figura en los velorios y sepelios de la comunidad, aunque sí constituyen una tradición en la región. Se trata de personas (mujeres en su mayoría) que acuden a estos eventos (muchas veces contratadas) para llorar por el difunto.

⁷⁴ Esta práctica implica el rezo del rosario durante nueve días consecutivos (bajo un horario fijo) posteriores al deceso, como una ofrenda a dios para que, de acuerdo a la opinión de los informantes, “perdone los pecados del fallecido, que lo reciba en el cielo y que descanse en paz”.

⁷⁵ Ritual que se realiza en el último día del novenario, donde literalmente, se recoge una cruz que durante el velorio se hizo con cal y se colocó en el piso, justo abajo del ataúd del difunto, junto con otros elementos simbólicos como un vaso con agua, un plato con cebolla, flores, veladoras, fotografías, etc.

posibilidades económicas lo permiten, dan de cenar tamales y ofrecen un trago a los acompañantes; se acostumbra por ejemplo, que al café o a la canela se le echa piquete⁷⁶, para el frío y para ayudar a no sentir tan fuerte la pérdida del ser querido” (Hombre comerciante, Atlacomulco).

La vida está matizada por momentos, procesos y hechos significativos en cada etapa de su ciclo, que son convalidados y compartidos socialmente. Eventos como nacer, ser bautizado, cumplir quince años, graduarse, casarse, comprar una casa, poner un negocio, recibir un cargo importante, irse a vivir a otro lado y hasta morir, constituyen ocasiones en las que la sociedad se solidariza y, muchas veces mediante el alcohol, refuerza sus compromisos colectivos (Berruecos, 2007).

Las fiestas religiosas no distan de las prácticas y costumbres que se presentan en los festejos familiares, sin embargo, dada su dimensión y alto impacto en toda la comunidad (o el pueblo) es conveniente describirlos separadamente.

La religión es parte importante en todas las culturas; en todo grupo social se conforma un “sistema ritual, simbólico, mítico, relativamente consistente desarrollado por un conjunto de especialistas religiosos, articulado o participando en un sistema cultural o subcultural” (Masferrer, 2004: 106). Representa uno de los elementos culturales más importantes para diversos grupos sociales, no sólo se constituye como un sistema a partir del cual el individuo y los grupos actúan o interactúan, sino que fundamenta la forma en la que se percibe y ordena al mundo. Según Durkheim (1960 citado en Masferrer, *op. cit.*), es un sistema de creencias del que se derivan comportamientos obligatorios para quienes la profesan; es un fenómeno colectivo que reestablece la identidad y el orden. La fiesta es el escenario donde esto se observa claramente.



⁷⁶ El “piquete” hace alusión a una dosis de aguardiente, tequila o mezcal, que se agregan a una bebida caliente y no alcohólica.

En México, las comunidades de estudio no son excepción como ya se mencionó, la mayor parte de su población es católica, dada la herencia que procede desde la conquista, y que ha pasado de generación en generación. Por ende, permanecen también como tradición las fiestas que celebran la devoción a un santo o algún suceso significativo para el desarrollo histórico de dicha religión.

Los eventos de carácter religioso también son una fuente de socialización común; reúnen a individuos y grupos de todos los niveles sociales, fomentando identidad y pertenencia a una comunidad (Berruecos, 2007) de “tipo espiritual”.

Las fiestas son una de las expresiones más importantes de la vida religiosa de los pueblos. Son ámbitos tradicionales donde confluyen múltiples aspectos de la cultura como la cosmovisión, las representaciones sociales, las creencias, comportamientos, participación social, música, danza, comida, bebida, etc. Son expresiones colectivas que se caracterizan por un conjunto de elementos que motivan la integración comunal, la reproducción cultural, la formación y reafirmación de identidades porque brindan un espacio para la expresión simbolizada de múltiples aspectos de la vida social (Collin, 1994: 7-8).

A mi me gustan mucho las fiestas del pueblo; me gusta la música, el baile, los castillos, los juegos, los alimentos y bebidas que venden en los puestitos; se hace buen ambiente y ahí convivimos todos, pobres y ricos, hombres y mujeres, grandes y chicos; además, es parte de nuestras tradiciones y no deben perderse (Artesana, Villa Victoria).

La fiesta es el escenario donde las relaciones interpersonales se reestructuran de modo más conveniente; donde se percibe mayor libertad en un espacio y tiempo dados, que recupera elementos de las más antiguas manifestaciones de lo sagrado. Representa una ruptura con la cotidianidad, posee un carácter esencialmente expresivo y simbólico, a partir del cual los individuos resignifican su cultura y se reproducen los sistemas culturales y sociales (Berruecos, *op. cit.*). Además, para una población (como la que nos ocupa) donde la migración es una constante, las fiestas son sistemas simbólicos que les permiten reencontrarse con su cultura y reafirmar su identidad.

El consumo de alcohol dentro de la fiesta no constituye un sistema ritual en sí mismo. En algunas sociedades, el alcohol forma parte como uno de los elementos integradores, formalizando las relaciones entre los sujetos sociales o formalizando el acto social, que al convertirse en una estructura repetitiva, permite su reproducción como parte del sistema cultural de un colectivo. Esto es, en la festividad religiosa no existe un rito formal en torno al consumo de alcohol, es más bien un espacio de alcoholización colectiva donde la bebida contribuye a formar parte del espacio sagrado, la ruptura con la cotidianidad permite la alcoholización; es un rito informal donde beber colectivamente se repite, al igual que otras conductas sociales “liberadas”. En el marco de la fiesta religiosa, por ejemplo, cabe destacar a la mayordomía; institución social legitimada y constituida por un grupo de personas cuyo cargo se designa popularmente, se dedican a organizar y concretar las

ceremonias (rituales, misa, procesiones, ofrendas, cohetes) y festejos (música, alimentos, bebidas) en honor de los santos; en compensación, los mayordomos y su familia, gozan de prestigio social. Las bebidas alcohólicas son un elemento fundamental que sella la designación, aceptación y cambio de mayordomos (Berruecos, 2007).



Es importante precisar que dentro de los rituales o espacios formales (misas, ceremonias tradicionales, iglesias, rezos, etc.), no se registran personas alcoholizadas; el uso de alcohol se presenta de manera posterior: con la comida, durante el baile y la música, lo que refiere que existen determinadas normas sobre los procesos válidos para beber alcohol de forma explosiva o en grandes cantidades.

La fiesta del pueblo termina en borrachera, pero todos, hasta los más briagos, siguen respetando las tradiciones, a la virgen, al padre, a los mayordomos. La bebida empieza en la noche, con el baile en la plaza; hombres, mujeres, jóvenes, ancianos y niños van a las casas que costearon la fiesta y cantan tomando su cerveza o los famosos jarritos⁷⁷; en muchos casos sí se alcoholizan, sobre todo los muchachos, pero en la fiesta todo se vale (Agricultor, Atlacomulco).

La fiesta patronal varía en función del nombre de la localidad; las más representativas son en honor a: san Juan, san Pedro, san Pablo, san Miguel, santa Ana, la virgen María o la virgen de Guadalupe. Los festejos duran hasta una semana e implican aproximadamente tres meses para los preparativos. Los mayordomos o un comité que se va rolando cada año se encargan de planear y organizar: las bandas

⁷⁷ Bebidas que se venden comúnmente en los puestos de las ferias; preparadas en un jarro de barro que contienen tequila, refresco de toronja, gotas de limón o naranja y un poco de sal o chile piquín ("escarchado", como ellos dicen).

de música, las mañanitas al santo o a la virgen, las misas, la bebida, los cohetes, los juegos mecánicos, las danzas tradicionales, las peregrinaciones, el baile popular, etc. El consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, tequila, pulque) es común durante la fiesta, en hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, lugareños y visitantes; *“sobre todo en la feria y en el baile para quitar la sed, y todo se ofrece en nombre del santo patrón”* (Albañil, Villa Victoria).

En la fiesta se conjugan dos dimensiones, por una parte la religiosidad ritual que emerge de los dogmas establecidos, y por otra, la religiosidad popular que expresa una diversidad de elementos y que de alguna manera representa la forma como la comunidad entiende la religión.

En la fiesta mayor, beber alcohol tiene un significado importante para la comunidad; no se trata sólo de embriagarse; implica un ofrecimiento a la virgen, solidarizarse con los otros, aceptar lo que te dan en la casa donde llegó a desayunar la banda de música, pertenecer al grupo, perpetuar las tradiciones y mostrar la identidad. No cabe duda que el consumo de alcohol va aumentando, pero eso no tiene que ver con la fiesta; ese abuso es más bien de los jóvenes o de los que se van a trabajar al otro lado y se embrutecen o se drogan para ser como los gringos (Sacerdote católico, San Felipe).

El uso colectivo de alcohol, así como las situaciones, formas y patrones de consumo, tienen un origen en la cultura particular. La ingesta de alcohol durante la fiesta de “todos santos” (celebrada del primero al tres de noviembre, en esta región), por ejemplo, es una expresión cultural del sincretismo religioso y de la reproducción de tradiciones populares que, por lo regular, no conducen a la embriaguez ni a la dependencia alcohólica.

Toda celebración se rige por normas y tradiciones inherentes a la cultura de la comunidad. En los eventos culminantes de cada etapa del ciclo de vida y en los momentos cumbre del calendario religioso, actúan ciertas normas socioculturales que implican la ingestión de bebida. Por ejemplo, se manifiesta clara relación entre el tipo de bebida y la forma de consumirla. Frecuentemente el aguardiente, el tequila o el mezcal se ingieren en el marco de una dinámica ritual, en tanto la cerveza, el ron y el brandy, por ejemplo, se ingieren en situaciones más informales. La causa de esta aparente relación todavía no se explica de manera satisfactoria. Probablemente se deba a que los festejos seculares se dan siempre en grupos pequeños y no necesariamente van acompañados de comida. En cambio, las celebraciones más rituales, involucran mayor número de invitados e implica otros gastos; una explicación tentativa sería que el aguardiente es sencillamente más barato en comparación con la cerveza y el más apropiado para un uso ritual. Otro enfoque indicaría que el aguardiente, por ser de consumo más antiguo, se ha incorporado en los rituales tradicionales. Asimismo, la forma ritual se vincula con el consumo moderado (en cantidad y frecuencia), a diferencia de la bebida informal. Difícilmente alguien terminará ebrio en una celebración ritual, debido a que hay normas implícitas que regulan la forma y cantidad de dicho consumo (Berruecos, *op. cit.*).

El alcohol es un soporte ideológico; funciona como cohesionador social, dentro de la organización tradicional, tanto en el ámbito religioso y secular, con características específicas para cada uno. El uso colectivo de bebidas alcohólicas es un elemento necesario en la mayoría de los actos rituales; permite mantener vigentes ciertos ritos; agrupa a los miembros de la comunidad religiosa, reforzando su identidad, sobre todo en momentos o situaciones que tienen significado especial; refuerzan los vínculos y compromisos compartidos, distrae de las adversidades cotidianas, recrea. Se bebe en el colectivo; si alguien lo hace de modo excesivo pierde la confianza de su grupo y se margina de la comunidad.



Sin duda, el incremento de fiestas de corte civil y religioso, así como la proliferación de expendios de bebidas alcohólicas, ha ocasionado, en las últimas décadas, un incremento de los problemas de salud asociados al consumo. Los datos⁷⁸ refieren que en estas comunidades “*existen alrededor de 300 expendios patrocinados por las principales cerveceras de México*” (Líder comunitario, Donato Guerra). Los patrones de consumo de alcohol entre las culturas indígenas muestran actualmente considerables variaciones que pueden oscilar desde la integración total del alcohol en todos los aspectos de la vida cotidiana y el uso restringido durante ocasiones especiales, hasta la diferencia entre la abstinencia en aquellos que han adoptado religiones protestantes⁷⁹ en comparación con los integrantes del mismo grupo étnico pero que permanecen católicos (Berruecos, 1989).

⁷⁸ No se cuenta con cifras oficiales al respecto debido al subregistro de gran cantidad de “tienditas” o casas improvisadas para la venta y consumo de bebidas alcohólicas, de manera clandestina.

⁷⁹ Durante los últimos años, en esta localidad como en muchas otras, se han introducido “nuevas ideologías religiosas”: evangélicos, testigos de Jehová y hasta mormones o de otras religiones. Este cambio genera alteraciones sociales que influyen en la dinámica de la comunidad. Los protestantes rechazan y evitan al alcohol porque consideran que es causal de enfermedades, conflictos y pobreza. Traspasan las pautas y normas de ingestión, al prohibir absolutamente el consumo de estas bebidas, lo que repercute en la disociación de estos grupos de los compromisos sociales y religiosos de la

Las causas de morbilidad, los índices de mortalidad y las actas de defunción de la población mazahua reflejan que el alcoholismo es un proceso patológico que afecta tanto a los individuos como a las sociedades. Desde esta perspectiva, se podría afirmar que la fiesta, al reproducir y validar esquemas de alcoholización está incidiendo en la formación de un consumo patológico, probablemente no en un sentido determinante, aunque es indudable que influye en la percepción individual que estimula la conducta alcohólica, sin embargo cabe resaltar que actúa también como elemento normativo al establecer los motivos, tiempos y espacios donde se puede beber.

En este sentido, se debe evitar hablar del abuso en el consumo de alcohol si se desconocen las causas y contextos con las que una persona está condicionada a beber. En determinadas situaciones, la sociedad ve sin ningún reproche los casos de embriaguez. Las normas y pautas sociales determinan quiénes pueden y deben ingerir bebidas alcohólicas, así como cuándo, dónde, con quién y cómo, restringen los efectos fisiológicos del alcohol dentro de los límites necesarios para el desempeño de su función con elemento cohesionador de la sociedad. Sin embargo, estos patrones son transgredidos por diferentes variables: intereses económicos, imitación de otros estilos y sustancias de consumo, escasa información y educación sobre los riesgos y daños asociados, clima de inseguridad y violencia, entre otras.

La importancia de recuperar lo obvio radica en que puede emerger como evidencia relevante de procesos estructurales y que los sujetos, en su cotidianeidad, lo apropian como hecho individual y natural (Menéndez, 2002). Para el abordaje de los procesos de alcoholización y su impacto en la salud se hace necesario una actitud indagatoria, evitando juicios valorativos, a fin de reconstruir la cotidianeidad con la participación de los actores sociales. Requiere de instancias de trabajo comunes sobre problemáticas comunes, para “conocer” desde la propia población, en el sentido cómo nos representamos al otro y qué prácticas generamos a partir de la apropiación de nuevos saberes (*Ídem*).

Si la bebida forma parte de la mentalidad indígena, cualquier investigación y cualquier programa deberán tener en cuenta a la cultura de la comunidad; de lo contrario fracasará toda tentativa de involucrarlos en un proyecto contra el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas (Berruecos, 1983a).

estructura de poder vigente. Además, ellos buscan alternativas de superación y consideran que las prácticas tradicionales implican enormes gastos e impiden la formación de un patrimonio (Berruecos, 1989; 2007).

5.1.1.4. Importación y exportación del consumo de alcohol

De modo recurrente en este trabajo se afirma que el consumo de bebidas alcohólicas, en nuestra sociedad, se ha incrementado considerablemente y se ha diversificado debido a la introducción de nuevas sustancias tóxicas y la ingesta de bebidas adulteradas, el cambio del uso ritual y colectivo hacia el uso explosivo durante los fines de semana, la disminución de la edad de inicio en el consumo, el ingreso de las mujeres a las cifras epidemiológicas relacionadas con el abuso del alcohol, el impacto en la salud y su relación con las enfermedades crónicas que hoy día caracterizan a la población, la dificultad para acceder a servicios médicos de calidad, etc. Se afirma in embargo, estos patrones son transgredidos por diferentes variables: intereses económicos, imitación de otros estilos y sustancias de consumo, escasa información y educación sobre los riesgos y daños asociados, clima de inseguridad y violencia, entre otras.

La importación y exportación de patrones de consumo de alcohol es, sin lugar a dudas, una de las situaciones que más alteran las pautas tradicionales, influyendo para que se ingieran otro tipo de bebidas, otras sustancias y combinaciones psicoactivas, dosis modificadas, en otros contextos, con motivaciones alternas y buscando imitar comportamientos “globalizados” que no dejan de ser ajenos a la cultura y la estructura organizacional de la comunidad.

En la población de estudio, este proceso de importación y exportación de prácticas de consumo de alcohol se da principalmente a través de dos vías: a) la publicidad del consumo, acompañada de la gran expansión y los intereses eminentemente económicos de la industria alcoholera y, b) la migración de individuos y familias enteras hacia las ciudades (Toluca, Morelia, Ciudad de México) o Estados Unidos por la búsqueda de empleo y otras fuentes de ingresos.

Con respecto al primer rubro: *expansión de la industria alcoholera*, es necesario apuntar que la presencia social del alcohol tiene también su correlato en la estructura económica. Este dato no es exclusivo de nuestro país, de hecho, en 2003 se estimaba que el mercado mundial del alcohol se situaba en 210,000 millones de dólares (Clairmote y Canavagh, 1993) y que en cinco años, ha duplicado sus ganancias (FISAC, 2007).

En consecuencia, la relevancia económica de esta industria y el poder político que de esto se deriva, hace que los estereotipos y los usos socioculturales se retroalimenten y refuercen desde estos intereses, siendo la publicidad su principal instrumento de expansión. Tanto es así que, pese las restricciones que en los últimos años se han ido introduciendo en México al mercado del alcohol⁸⁰, la publicidad alcohólica sigue estando fuertemente presente (en espectaculares, revistas, centros comerciales, etc.). Por ejemplo, en un estudio que se realizó a nivel nacional, el

⁸⁰ Tales como la prohibición de: anuncios publicitando bebidas alcohólicas (a excepción de la cerveza) en radio y televisión, el empleo de personajes públicos de prestigio (deportistas, cantantes, actores) en dichos anuncios, la difusión de anuncios sobre bebidas en cine y teatro, etc.

82.6% de los padres y madres con hijos niños o jóvenes opinaban que la publicidad alcohólica era excesiva y una parte importante de los mismos señalaban haber visto publicidad alcohólica, explícita o implícita, en espacios o actividades destinados a los menores. Así, las bebidas alcohólicas se ubicaron como el cuarto producto o sector que mayor volumen de publicidad genera, después de las telecomunicaciones, los automóviles y los propios medios de comunicación (Sánchez, 2001).

En las comunidades mazahuas, la publicidad se presenta regularmente, mediante carteles que se colocan en las tiendas, cervecerías, cantinas y otros lugares que expenden bebidas alcohólicas, paradas de camiones, bardas, vehículos repartidores, etc. También, hay una variedad de artículos (playeras, vasos, destapadores, sillas, mesas, servilleteros, saleros, lonas, etc.) que muestran impreso el logotipo o el nombre de la bebida alcohólica: brandy oso negro, tequila jimador, caribe cooler y, sobre todo, numerosas marcas de cerveza que últimamente han invadido el mercado: tecate, indio, corona, modelo, victoria... Por si fuera poco, varias de las industrias del alcohol cooperan para o patrocinan eventos en la comunidad: torneos deportivos, exposiciones, fiestas patronales, etc.



Específicamente, las compañías cerveceras se han propagado estableciendo sus depósitos en todas las comunidades del lugar (al igual que en otras muchas regiones del país y del mundo), desde los años cincuenta, incrementando también los hábitos del consumo de este tipo de bebidas que en gran parte vino a sustituir la ingesta de pulque, aguardiente y otras bebidas tradicionales con motivaciones inherentes asociadas más al consumo colectivo y ritual. De ese periodo a la fecha, las compañías cerveceras han sabido incorporarse bien a la "costumbre", desarrollando eficaces e intensivas estrategias comerciales, que han creado nuevas figuras sociales y difundido de manera importante sus hábitos de consumo.

Asociado a la proliferación de expendios cerveceros y a la cuantiosa publicidad de cerveza, se han implementado por ejemplo, la distribución de los artículos publicitarios (vasos, playeras, camisas, etc.) que muchas veces se regalan en la compra de un cantidad considerable de cerveza, barriles para las fiestas, promociones de dos cervezas por el precio de una, paquetes con seis (el famoso six) u ocho cervezas, el aumento en el tamaño de los envases cerveceros (la tradicional “caguama” que sucesivamente ha incrementado su contenido: de 700 mililitros a un litro, de un litro a 1.2 y de este último a 1.4, denominado “caguamón”), el uso de figuras jóvenes y atractivas que promueven hábitos y estilos de vida que aparentemente se asocian a la diversión, al prestigio, la libertad, la belleza y otros falsos estereotipos que muy alejados están de las dinámicas sociales tradicionales.

En los expendios de bebidas alcohólicas, por ejemplo, con la introducción de la cerveza surgió la figura de las meseras (mujeres, jóvenes, atractivas, procedentes de localidades cercanas y comercialmente agresivas) para llamar la atención de los lugareños, a diferencia de aquellas cantinas clásicas donde despachaban las “viejitas”, cuyo destacado rol en su momento fue descrito por Pozas (1998), Lewis (1989) y Bunzel (1976).

Es bueno ir a la cervecería a echarse una ‘chela’ con los amigos, después de estar trabajando todo el día; luego, uno llega a casa y que los hijos no quieren hacer la tarea, que no alcanza el dinero, que el más grande [hijo] está enfermo, que la mujer ya te está reclamando por lo que sea; no, no. Uno también necesita su escape. Una cerveza relaja, es barata y luego, ahí lo atienden a uno rebien; una chica guapa te lleva los limones, la salesita y la botana (chicharrones, palomitas y esas cosas), además, si está el compadre o el vecino, realmente uno platica muy a gusto y ya llega a su casa más tranquilo para no pelear con la familia (Comerciante, Villa Victoria).

Como ya se señaló, la expansión de este tipo de “tienditas”⁸¹, ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas y, definitivamente, dichas bebidas han cambiado:

La gente del pueblo, antes prefería el pulque y el aguardiente [este último principalmente destinado a hombres]. Hoy ya los ve uno con sus cervezas para todos lados; en las fiestas no puede faltar, en la tienda, en la casa, hasta en la calle. Los jóvenes ya no toman otra cosa que no sea su ‘chela’ o su new mix; ... bueno, últimamente ya hasta están tomando bebidas compuestas y eso les hace mucho daño porque nuestro cuerpo no está preparado para digerir eso, pero quieren parecerse a los anuncios; deberían ponerse a estudiar... El pulque, por ejemplo, ya sólo lo tomamos la gente mayor, o en las fiestas los visitantes también lo prueban... (Anciano, Atlacomulco).

⁸¹ 300 expendios de cerveza aproximadamente en los seis municipios de análisis, en contraste con la conservación de aproximadamente 60 expendios de pulque.

La competencia comercial entre las compañías cerveceras se hizo más patente a partir de los años sesenta, aunque sus estrategias comerciales y publicitarias han demostrado eficacia al cotejar el número de bebedores en general y de consumidores de cerveza, en particular. En los grupos étnicos y en los jóvenes de zonas urbanas resulta muy evidente este cambio.

En la región, las compañías cerveceras tienen gran presencia; con mucha facilidad otorgan en consignación un refrigerador o hieleras con cartones de cerveza, o costean el arreglo de la tienda para que aparezcan sus marcas. Estos depósitos familiares han crecido notablemente en los últimos años, al grado que es difícil encontrar una cuadra, donde no exista un expendio de cerveza. Siendo parte del sector informal del comercio, no existe un censo exacto de este rubro comercial; se calcula que, en estas zonas, sólo está registrado el 15% del total de expendios y ventas de cerveza (INEGI, 2008).

Sin lugar a dudas, el alcohol es un negocio: el que vende, el que compra y las difusoras que promueven la bebida. Por ello, la inserción de las compañías cerveceras y sus grandes campañas publicitarias han contribuido a que la población adquiera “nuevos” hábitos y patrones de consumo, para el caso, ligados a la ingesta de bebidas alcohólicas y las motivaciones individuales y colectivas implícitas en el proceso de alcoholización.

Como se mencionó al principio de esta sección, otra fuente significativa de influencia para estas formas de consumo, se constituye por el conjunto de saberes, creencias, actitudes, comportamientos y prácticas que adquieren y diseminan aquellas personas y familias que migran para buscar empleo y otras fuentes de ingresos, aún cuando se haga de forma temporal.

Las normas culturales limitan el riesgo del abuso del alcohol. En sociedades menos desarrolladas tecnológicamente se ha visto que existen pocos episodios de intoxicación debido a innumerables restricciones de tipo religioso y cultural. Sin embargo, las minorías y los migrantes llevan consigo sus propias tradiciones y costumbres que no son fáciles de cambiar, aunque en un proceso de sobrevivencia y adaptación a su “nuevo medio” adoptan también, representaciones y prácticas del lugar donde llegan y, en caso de regresar a sus lugares de origen, los portan y los difunden como una especie de “moda” o pautas de “cambio”, “superación”, “modernidad”, etc.

La migración mazahua, como ya se describió, muchas veces es de tipo familiar, principalmente si se dirigen hacia Estados Unidos para permanecer allá un periodo prolongado de tiempo. Si la migración se efectiviza con el grupo familiar, las expectativas son de radicación y si son empleados hay un plan para conseguir trabajo y posteriormente ubicar a la familia. En el caso de matrimonios con hijos pequeños suelen incorporar algún pariente o paisano de su lugar de origen, a fin de ampliar el grupo familiar y maximizar el rendimiento laboral. Las migraciones de tipo temporal son frecuentes aunque en su mayoría, son protagonizadas por hombres solos, jóvenes, que despliegan estrategias de reproducción y consumo particulares.

En general, la familia funciona como un conjunto económico en el cual la reproducción ampliada está relacionada con la cantidad de fuerza de trabajo disponible por parte de las unidades domésticas.

En los grupos de migrantes, sean individuos, familias o colectivos que se agrupan buscando apoyo económico, cultural y social, se tornan comunes aquellas prácticas de consumo de alcohol asociadas a las zonas de marginación y exclusión social, donde los hábitos de consumo se transforman más o menos rápidamente en un problema de “alcoholismo crónico” y constituyen situaciones en extremo preocupantes desde el punto de vista médico y social. A la vez, el consumo patológico de alcohol genera en muchas ocasiones elevados niveles de marginación entre un marco estructural que incide en el “alcoholismo”, reforzando y ampliando las condiciones de vulnerabilidad, marginalidad y/o exclusión social iniciales.

La bebida como actividad inscrita en una relación social constituye una de las actividades más frecuentes a lo largo del espacio/tiempo en que se da la migración; es donde se encuentran para “... *recuperarnos del cansancio que implican los duros trabajos que dan al migrante, para recordar a nuestras familias y amigos y para convivir con alguien conocido; es difícil*”, “... *así compartimos la nostalgia de vivir lejos de los nuestros y de nuestra tierra; lloramos, recordamos, soñamos y nos damos ánimos para seguir adelante*” (Jornaleros agrícolas, San Felipe del Progreso).



Dentro de las limitaciones para realizar otras actividades, el uso de bebidas alcohólicas, está asociado con la práctica informal u ocasional de algún deporte (futbol soccer llanero, basquetbol, frontón, etc.), ir a algún bar, encontrarse en los espacios públicos de concentración, reuniones en las viviendas comunales, etc. Dicho de otra forma, el consumo de alcohol se vincula prácticamente a todas las actividades de ocio que desarrollan los inmigrantes al punto que les resulta difícil concebir y desarrollar un tiempo libre sin que la bebida alcohólica esté presente.

Además de los riesgos que el consumo de alcohol ocasiona en la población general, los inmigrantes por definición, se encuentran sometidos a la exclusión social y al escaso o nulo acceso a servicios de salud, por su condición la mayoría de las veces ilegal o el contacto con otra droga que no es tradicional en su cultura y a la que biológica, social y económicamente resultan más sensibles y vulnerados.

... Sí es diferente; por ejemplo, la gente en el pueblo bebe el fin de semana, mucho, poco, no lo sé; en familia. Pero cuando uno se va a trabajar a otro lado, casi es diario; es difícil nuestra situación como migrantes; la gente nos malmira, de por sí ya dicen que somos indios, flojos, rateros y borrachos. Yo sí aprendí a beber mucho allá en Michoacán; era raro el día que no bebíamos por lo menos una cerveza o una copita con los amigos; así es más llevadera la soledad y el cansancio; aunque cuidado que lo agarren a uno tomado en la calle porque nos achacan todo lo malo y nos hacen el feo, hasta el trabajo podemos perder (Joven, empleado, Ixtlahuaca).

Uno va adoptando otras costumbres y otros ritmos. Yo me fuí a los Estados Unidos dos años. Dejé a mi mujer y a mi niña. La verdad es muy difícil irse sin papeles, pero uno se arriesga porque quiere superarse y por la familia, para que vean que uno es capaz de hacer algo bueno por ellos... Conseguí un trabajo de empacador; allá conocí gente como nosotros; iban de Michoacán, de Guanajuato, de Puebla y de otros países también. Hicimos la bolita para apoyarnos y todas las noches era la costumbre tomarnos una botella para cerrar la jornada... Luego unos cuates empezaron a meter marihuana y otras 'madres' de esas [drogas]; la verdad todos le entramos, ya llevábamos como un año así pero uno de ellos se le pasó la mano y se puso bien loco; se salió y regresó todo golpeado. A los quince días más o menos nos cayó la migra [policía], nos llevaron a todos, perdimos nuestro trabajo y nos mandaron de regreso; a ese cuate hasta le dijeron que había golpeado a alguien importante y se quedó en la cárcel... Me estaba yendo bien porque sin falta, cada mes le mandaba dinero a mi familia, pero ahora menos puedo regresar para allá; si me cachan me encarcelan ahora sí (Comerciante, Ixtlahuaca).

La centralidad de la cultura del alcohol en las pautas de socialización tiene uno de sus ámbitos de expresión más claros en la cotidianeidad de los consumos alcohólicos. A diferencia de muchos de los lugares de origen de los inmigrantes, la ingesta del alcohol en contextos migratorios muestra en su cotidianeidad, uno de sus rasgos más distintivos.

Ahora, las familias de los migrantes, sea que se trasladen con ellos o que permanezcan en su lugar de origen, también padecen la alcoholización.

Si la pareja y los hijos migraron junto con el padre de familia, igual que en su comunidad, permanecen "a la espera del 'hombre de la casa' para ver si llega triste, cansado; si ya lo corrieron del trabajo eventual que había conseguido, si le pagaron o

no, si se fue a tomar con los amigos para distraerse del encierro” (Ama de casa, Villa Victoria). El consumo de alcohol en estos contextos está permitido, desde la opinión de las familias implicadas en los procesos migratorios: “... sin alcohol no se aguantan esas condiciones de vida; son trabajos inhumanos”, “... mientras no llegue peleando con nosotros, puede echarse sus copas”, “... mientras no empiece con drogas y traiga a sus hijos esas otras mañas de los de la ciudad [de México], una cerveza o el vino, no pasa de ahí” (Amas de casa, Donato Guerra y Villa Victoria).

Si la familia permaneció en el lugar de origen, sobre todo las mujeres (parejas) quedan en un estado de vulnerabilidad ante la comunidad, ante su propia familia y, sobre todo, ante la familia del cónyuge. Su discurso denota sentimientos de abandono, incertidumbre y negación de su derecho a ejercer la libertad y responsabilidad sobre su persona, sus actos y su vida. En repetidas ocasiones este discurso se hace extensivo a los actos y *“estas mujeres se deprimen, se dejan y empiezan a refugiarse en los vicios o se desentienden de los hijos porque es una forma de protestar contra el marido; ellas casi nunca están de acuerdo en que él se vaya; es probable que no regrese o que se encuentre otra mujer y la deje para siempre; y en el pueblo siempre sea señalada por eso” (Pastora, Atlacomulco).*

... Yo comencé a beber cuando mi marido se fue quesque a trabajar a Tijuana. Aquí no nos faltaba nada; nunca nos sobró pero para comer siempre había aunque sea frijoles, tortilla y leche para los niños. Uno de sus amigos le empezó a meter la idea de que se fueran para el otro lado pero nunca consiguieron los papeles, entonces el hermano le dijo que se fueran a Tijuana y de ahí se pasaran a los Estados Unidos. Yo sabía que si él se iba ya no iba a volver o que nada iba a ser igual porque por allá conocen mujeres, se emborrachan, se van de parranda como si fueran chiquitos y no tienen quien les diga algo... Sí me sentí muy decepcionada porque no le importó lo que yo le decía. Mi familia me apoyó al principio pero a todos cansa que uno ande triste y desganada. Pasaron tres meses y nunca tuve noticias de él. La verdad es que sí empecé a dejar todo, ya ni me arreglaba, para qué o para quién; mi mamá me decía hazlo por tus hijos y que cuando venga tu marido te encuentre bien, pero yo sabía que entre más tiempo pasaba, menos iba a verlo regresar. Me conseguí un trabajo en San Felipe y unas amigas con las que me iba a echar una cervecita. Su familia me dejó de hablar y yo decía: quién los entiende, no que me arreglara. Después sí se me hizo costumbre y dejaba a mis dos hijos encargados para ir a divertirme, yo decía pues si él se divierte porque yo no... (Empleada, Atlacomulco).

La colectividad adjudica a las mujeres el carácter de eternas “menores de edad”, que no pueden cuidarse por sí mismas, y por tanto, deben obedecer, ayudar, cuidar. Así, en la mayoría de los casos, los parientes consanguíneos o políticos constituyen las redes de apoyo económico, laboral, social y emocional de la mujer y los hijos del migrante. Permanecer con personas socialmente legitimadas les permite defenderse de los comentarios ofensivos sobre la conducta de las “mujeres solas” en la localidad.

Las mujeres, compañeras o esposas de migrantes, viven su identidad a partir de la exclusión y el rechazo, ellas mismas se ven como intrusas en la casa de los parientes. Salen a buscar trabajo o son explotadas para hacer el aseo y la comida de toda la familia, además de la violencia psicológica que se ejerce sobre ellas al culpabilizarlas de incidentes negativos (enfermedades o accidentes de los hijos, incumplimiento de labores domésticas, pérdida de objetos de la casa, etc.). Se le denomina "arrimada" se le acusa de que está ahí "por caridad" y si el marido o compañero no vuelve se le desaloja de la casa y en ocasiones, se le quitan los hijos.



Las mujeres refieren padecer la ausencia, abandono, olvido, nostalgia, maltrato, sufrimiento, pobreza y la estancia en casa ajena a la que creen no tener derecho. Pese a lo anterior, el migrante considera que su pareja está en "buenas manos" que sus padres o suegros cuidarán de ella y de sus hijos y que no correrá el peligro de "estar sola".

Mi mujer no estaba de acuerdo en que yo me fuera a trabajar a la capital [ciudad de México], pero eso de estar yendo y viniendo diario nos salía muy caro y era un peligro irme a las seis de la mañana y regresar a las once de la noche; además es muy cansado llegar sólo a dormir, ya ni alcanzaba a los niños despiertos, de todos modos ya no me veían. Me junté con otros compas que iban de Hidalgo, de

Zacatecas y de otros lados para aquilar un cuarto. Trabajo en la Merced cargando bultos, repartiendo paquetes, haciendo mandados en la tienda de mis patrones. Mi mujer dice que me la he de pasar echando relajo; sí tomamos no lo voy a negar pero de ahí no pasa, ni nos vamos con mujeres ni nada. Vengo cada mes o cada dos al pueblo a ver a mi familia y hemos progresado, antes vivíamos en casa de mis suegros y ahora ya compré un terreno; eso es lo que deberían ver ellas. Su familia la apoya cuando yo no estoy, están pendientes que los hijos no se enfermen, que los llevan a cualquier parte, pero es también su familia la que le mete ideas de que ando con alguien más o no se qué; ahora ya hasta me dice que me distinto, que la ropa que me pongo, que por qué ya uso hasta perfume, pero le digo que allá hay que andar bien arreglado para que no nos traten tan mal; ‘a donde fueres hacer lo que vieres’, dicen por ahí (Empleado, Villa Victoria).

Por otra parte, cuando los migrantes regresan a su lugar de origen, llevan con ellos (y promueven de manera explícita o implícita) nuevas ideas, otras costumbres y diferentes prácticas relacionadas con su vestido, alimentación, educación, consumo. Para el caso, interesan aquellas asociadas al uso de bebidas alcohólicas.

Los migrantes, cuando vuelven al pueblo, son otros. Ya llegan sintiéndose mucho por andar con otras compañías y probando quién sabe que tanta cosa. Sobre todo los hombres; traen ropa distinta, pantalones rotos, tenis, gorra, playeras de grupos de rock que aquí ni se conocen y adquieren malas costumbres. Allá en la ciudad [de México] o donde vayan, se vuelven ladinos, drogadictos, peleoneros... (Anciano, San Felipe del Progreso).

En la opinión de los informantes, quienes migran y regresan a la comunidad, consumen bebidas alcohólicas en mayor cantidad y recurrencia; además, según ellos, se modifican también las bebidas y sustancias (otras drogas) que se ingieren: *“Aquí todavía tomamos pulque, aguardiente, tequila y brandy; los que regresan quieren tomar whisky, cognac o esos cocteles que se hacen con vodka; desarmadores, creo que se llaman. Y hasta marihuana y cocaína llegan a meterse. Yo creo que quieren apantallar porque hasta les hacen daño”* (Artesana, Donato Guerra). Las personas que los rodean (sobre todo hombres jóvenes) tratan de imitar sus conductas y sus discursos porque los equiparan a falsos estereotipos de prestigio, moda y superación.

Este panorama es indicativo de cómo han variado los patrones de consumo, no sólo en el tipo de bebida (del pulque o aguardiente a la cerveza) sino en la causa, forma y frecuencia de consumo: antes era en un contexto ritual o festivo, ahora es por gusto, por estar con los amigos: *“una cerveza se antoja con la comida”, “es rica a la salida del trabajo, con los cuates en la tiendita, nos relaja”, “acabando de jugar futbol o en las fiestas es clásico que no falten los cartones de cerveza”* (Empleados de la construcción, Atlacomulco). Asimismo, los lugareños opinan que la cerveza

tiene bajo contenido alcohólico; lo que se suma al hecho de que las bebidas alcohólicas están legalizadas, toleradas socialmente y normalizadas en la vida cotidiana, el consumo de alcohol en general y de cerveza en específico, han aumentado en cantidad y en frecuencia:

Un trago [tequila, ron, brandy] me lo echo el fin de semana cuando visitamos a la familia o cuando se arma la fiesta; una cerveza se puede tomar con la comida, en la cantina, en la calle para platicar con los amigos y hasta con la familia... Si uno está cuidando sus tierras o sus animales, también se antoja para quitar la sed y bajar el calor. La cerveza no emborracha; tendría uno que echarse un cartón para eso;... mucha gente hasta dice que es bueno echarse una cerveza diario, para el organismo (Comerciante, Villa Victoria).

En la cantina es bueno ir a tomarse una cervecita; platicar, hacer negocios y hablar entre hombres y entre amigos de nuestros problemas, convivimos, platicamos en confianza, nos enteramos de lo que pasa en el pueblo. Ahí nos salen las lágrimas, las tristezas, los albures y también los gustos y emociones, por qué no... (Taxista, Almoloya de Juárez).

En este sentido, puede afirmarse que “beber”, además de ser parte importante de la socialización, construye espacios de identificación y autorreconocimiento comunitario donde se minimizan, aunque no se anulan, las diferencias de clase, étnicas, de género, generacionales, políticas, etc. Tomar, beber, alcoholizarse y emborracharse es un proceso que enfatiza las funciones positivas, eufóricas, alimenticias, es un medio ritualizado que privilegia el contacto, lo lúdico y la libertad de expresión.



En general, no hay aspecto de la vida social que no se vincule al uso de bebidas etílicas; existen situaciones de carácter social y cultural que influyen sobre el comportamiento de los individuos y las comunidades hacia el alcohol. Innegablemente, el conocimiento, las actitudes y las conductas frente a la bebida alcohólica se hallan ligados de forma significativa con el grado y calidad de la información que se difunde en el medio; principalmente, representaciones, mitos y costumbres sobre el alcohol que se transmiten de persona a persona, las creencias infundadas desde la tradición y ciertas afirmaciones erróneas que se diseminan desde los medios masivos de difusión y muchas otras fuentes diversas como las modas y la migración.

Las encuestas nacionales de adicciones llevadas a cabo en México han registrado un consumo de baja frecuencia pero con grandes cantidades de alcohol por ocasión y una alta proporción de problemas derivados de esta forma de consumo (Medina-Mora *et al.*, 2007b). Debido a barreras geográficas y culturales, estos estudios no necesariamente han incluido a las comunidades indígenas, donde recientemente se observan modificaciones en los estilos y sustancias de consumo.

Las políticas orientadas a abatir o reducir el consumo, la alcoholización y el alcoholismo deben tener en cuenta las costumbres y normas culturales del beber, su ritualidad, las condiciones en que se consume, los eventos que sirven de marco a dicho consumo y las maneras diferenciales en que se expresan y se atienden los daños y consecuencias causados por el alcohol.

5.1.2. El impacto del consumo en las comunidades mazahuas

El alcohol, como droga legal de mayor consumo, la que más problemas de adicción, enfermedad, muerte e impacto social causa en todo el mundo y en nuestro país, debe concebirse bajo un esquema integral de investigación-acción para brindar respuestas más acordes a las características y necesidades de la población.

Si se parte del hecho de que el abuso en el consumo de alcohol conlleva a la enfermedad, como quiera que se defina culturalmente, se puede afirmar que se trata de un problema que puede prevenirse, que debe analizarse al igual que otros padecimientos, involucrando diversos aspectos no sólo médicos sino también históricos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Los estudios antropológicos realizados en grupos indígenas han mostrado variaciones importantes de los patrones de consumo: desde una completa integración del consumo de alcohol en todos los aspectos de la vida comunitaria (incluyendo la invisibilidad de un problema severo, constituido por la intoxicación frecuente y que los habitantes no advierten las consecuencias desfavorables; un patrón de “consumo festivo” ligado a ocasiones especiales en las cuales se permite la alcoholización colectiva, mientras que el patrón típico puede ser de abstinencia o de bajos niveles de consumo. También se ha documentado un cambio hacia la

abstinencia alcohólica, posterior a ciertos movimientos sociales que claman por los derechos indígenas (Berruecos, 1977; Eber, 2001; Menéndez, 1992; Navarrete, 1988; Polakof y Vargas, 2002).



Las comunidades indígenas están viviendo un fuerte proceso de aculturación que ha afectado los consumos tradicionales, incidiendo la globalización, el contacto cada vez mayor con poblaciones urbanas, la migración y una influencia importante de las formas de temperancia introducidas en las comunidades a través de la adopción de religiones cristianas que promueven la abstinencia entre sus afiliados. Todas estas transiciones han modificado las prácticas de consumo tradicionales.

Respecto de la gravedad del problema y de cómo enfocarlo culturalmente, mucho se ha escrito bajo la óptica de diversos ángulos. Sin embargo, en nuestro país esta situación afecta particularmente y de manera grave a los grupos indígenas, porque se aúna a las condiciones de pobreza, marginación, desnutrición, escasez de servicios de salud, desinformación, analfabetismo, etc.

En particular, a los mazahuas (como casi a cualquiera de los grupos étnicos), se les estigmatiza como bebedores asiduos o “borrachos”; sin embargo, en un nivel de mayor complejidad se observa que el uso de alcohol, la forma de consumo, la frecuencia y la cantidad tienen que ver con modos de intercambio social específicos que, sin duda, pueden llegar a problematizar en la salud y en la organización social de los individuos y sus colectivos pero que, para obtener un dato más real y una atención más oportuna, no deben descontextualizarse de la diversidad de situaciones y formas de consumo existentes.

5.1.2.1. Condiciones, efectos y daños orgánicos de la ingesta de bebidas alcohólicas: Dimensión biológica

En un análisis de las causas de morbilidad y mortalidad que caracterizan a la población indígena en general y a la población mazahua en particular, la frecuencia de cirrosis hepática y otros padecimientos y consecuencias derivadas del consumo excesivo de alcohol, conllevan a reflexionar sobre los patrones de alcoholización que se presentan en estas comunidades, así como los elementos biológicos y socioculturales que refuerzan esta conducta (si se habla de individuos) y costumbre (si se alude a colectividades).

Las estadísticas de último censo de Población y Vivienda (INEGI, 2008), la Encuesta Nacional de Salud (SSA, 2006a) y datos provenientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM, 2007) proporcionan el siguiente panorama: en esta entidad, la cuarta causa de mortalidad son las enfermedades hepáticas y el síndrome de dependencia alcohólica ocupa el lugar décimo noveno. La tercera causa de mortalidad general en los hombres de este Estado son las enfermedades del hígado y el síndrome de dependencia al alcohol se ubicó en décimo sexto lugar. En las mujeres, las enfermedades del hígado ocupan el décimo lugar entre las principales causas de mortalidad; es importante destacar que el síndrome de dependencia alcohólica no se registra dentro de las veinte principales causales de muerte.

Estas cifras se acentúan principalmente en la población de 35 años a 65 años de edad, estableciéndose la enfermedad alcohólica del hígado dentro de las diez primeras causas de muerte. Asimismo, cabe destacar que entre los hombres de 35 a 45 años de edad se concentran en 80% las tasas de mortalidad más elevadas por cirrosis hepática, ubicándose como la quinta causa de muerte.

De lo anterior se pueden delimitar algunas reflexiones: en primer lugar no cabe duda que el alcoholismo genera amplias repercusiones en diferentes causas de muerte, las directas o enfermedades cuya etiología o síntomas en conjunto se deben al consumo excesivo y frecuente de alcohol y las causas de muerte como los accidentes, donde el consumo de alcohol es un factor periférico pero decisivo. Las tablas de mortalidad reflejan aspectos no sólo demográficos sino socioculturales; por una parte, se registra un consumo elevado de bebidas alcohólicas (en comparación con la media nacional), sobre todo en hombres jóvenes y adultos. Por otro lado, es notable que los hombres (comparativamente con las mujeres) presentan índices más elevados de mortalidad en los indicadores de alcoholismo, lo cual tiene implicaciones sociales, que podrían referirse a la mayor aceptación de la conducta alcohólica masculina y a una mayor accesibilidad tanto a las bebidas alcohólicas, como a los lugares de venta y consumo.

Otra cuestión es que la enfermedad alcohólica y el síndrome de dependencia al alcohol se establecen como tercera causa de muerte durante la edad media de los habitantes (sobre todo hombres) del Estado de México, lo cual refleja que el

consumo de alcohol comienza a edades tempranas y tiene repercusiones graves en la población económicamente activa y sus familias.



Entre las consecuencias del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, la población ubicó efectos negativos, tanto en el organismo y la salud, como repercusiones económicas y sociales.

Algunos borrachos se quedan tirados en la calle. Su familia ya no quiere saber de ellos y los abandonan. A veces, por las inclemencias del tiempo les da pulmonía y no hay quien los atienda (Anciano, líder comunitario, Donato Guerra).

El alcohol quema al hígado, al estómago y luego la gente se muere. Yo ya estaba agarrando el vicio, mi esposo y yo, pero yo dije hasta aquí nomás, voy a buscar otra vida que me convenga. Me volví cristiana y me he compuesto mucho; aunque mi marido,... no, a ese no logro convertirlo (Ama de casa, San Felipe del Progreso).

Aquí toman mucho la mujer y el hombre toman por igual, de hecho se acaba de morir una vecina muy joven de puro tomar; el alcohol es de los peores males porque intoxica la sangre (Artesana, San Felipe del Progreso).

Específicamente, a nivel biológico, los informantes reconocen una serie de efectos y consecuencias negativas del abuso en el consumo de alcohol. Entre las principales mencionaron que el alcohol provoca: *a)* enfermedades crónicas como cirrosis, diabetes, hipertensión y cáncer, *b)* síndromes como gastritis, colitis, hidropesía, migrañas, *c)* síntomas específicos como dolores orgánicos y malestares corporales, *d)* trastornos psicológicos, *e)* problemas congénitos, *f)* accidentes o lesiones y, *g)* padecimientos de los familiares cercanos, tal como se describe a continuación.

Aunque la población no cuenta con definiciones ni criterios diagnósticos precisos para identificarla o diferenciarla de otras complicaciones orgánicas similares, ubican a la cirrosis hepática como la principal consecuencia física del consumo excesivo de alcohol; es decir, la población, a partir de información de procedencia médica o aquella que se difunde de persona a persona, ha asimilado que el consumo frecuente y en grandes cantidades de alcohol puede generar cirrosis o “una enfermedad del hígado” (como ellos la definen); sin embargo, no sabrían distinguirla de otros trastornos del hígado, no podrían diferenciar cuando dicha enfermedad se da por consumo de alcohol o por otra causal, ni sabe cuál es el proceso degenerativo que se presenta a partir del abuso de bebida alcohólicas. Tanto hombres como mujeres asocian enfermedades del hígado con la ingesta de la bebida alcohólica.

A los que toman aguardiente seguido, les da la cirrosis; se les infla y les duele el hígado (Mujer joven Ixtlahuaca).

El alcohol ataca al hígado, se va deshaciendo hasta que el alcohólico se muere porque sin hígado no podemos vivir (Ama de casa, Atlacomulco).

Los que toman mucho se van poniendo morados de los labios, de la cara, las manos; lo que pasa es que su hígado está intoxicado y se envenena; tiene alcohol en lugar de sangre (Artesana, San Felipe).

Asimismo, se vincula al uso habitual de bebidas etílicas con algunas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, cuya incidencia y prevalencia entre la población de análisis (al igual que en la población nacional) resultan altamente significativas.

A mi compadre le dio la diabetes porque casi diario andaba tomado. El alcohol es muy dulce y eso hace que la gente se enferme del azúcar. Además, como la gente que bebe le cambia el humor, se vuelven enojones y echan pleito, los corajes son otro factor de la diabetes (Taxista, Donato Guerra).

La diabetes es una enfermedad terrible. Aquí muchos se mueren de eso; creo que influye la herencia, pero a quienes toman les puede dar con mayor frecuencia (Pastora, Almoloya de Juárez).

La gente que padece de la presión se muere si toma alcohol. Es que hay bebidas muy fuertes y si se toman seguido, la presión sigue subiendo hasta ocasionar un infarto (Albañil, Atlacomulco).

Si uno toma se le sube la presión, padece de esta enfermedad. Yo conozco varias personas a las que les ha dado un paro cardíaco de tanto que se les ha subido cuando toman y toman (Comerciante, Almoloya).

En menor proporción, también se registraron opiniones que hacen referencia al alcohol como causal de algunos tipos de cáncer: de garganta, estómago, boca y próstata, principalmente.

La bebida provoca cáncer, sobre todo en la boca, en la garganta y en el estómago porque los quema; es fuerte, como si uno tomara ácido o veneno puro; pero el vicio los agarra y ya no lo pueden dejar. La gente muere cancerosa (Sacerdote, San Felipe del Progreso).

El cáncer es una de las enfermedades del alcohol. Cuando uno toma mucho; no sé, dos o tres veces por semana, o más de cinco copas, el cuerpo se va dañando; la sangre se cambia por alcohol y luego uno se muere (Artesana, Donato Guerra).

De modo específico, también se relaciona con ciertos síndromes o síntomas de alteración biológica: hidropesía, artritis reumatoide⁸², gastritis, colitis, dolores en el pecho, dolores de cabeza, mareos, anemia o desnutrición.

A quienes beben demasiado se les infla la panza; todos los borrachos se reconocen porque tienen una gran panza; se llena del agua del alcohol y se les hace duro el estómago. O también se vuelven anémicos porque no comen, es pura borrachera y no les da hambre o ni se acuerdan (Anciana, San Felipe).

Los alcohólicos padecen de artritis. Se les enchuecan los dedos de las manos y de lo pies por tanto alcohol que tienen en la sangre porque no les sale ni aunque coman o tomen agua. Luego tienen complicaciones para mover las manos y para caminar, hasta que les quedan inservibles (Comerciante, Donato Guerra).

La colitis y la gastritis siempre les dan a quienes toman mucho o seguido; es lógico porque quienes están con la bebida se olvidan de comer y de todo. El alcohol es muy irritante, como el chile y el café, pero en el momento ni sienten, sólo hasta que ya no aguantan los dolores de estómago van al doctor (Mujer, comerciante, Ixtlahuaca).

También, aunque en proporción limitada, se vincula con trastornos psicológicos particulares; pese a que la población no lo nombraba con estos términos, sí hacía referencia a: depresión (“tristeza”), ansiedad (“nervios”), angustia, “mal humor”, “se vuelven locos”, etc.

Quienes beben seguido, van cambiando su forma de ser hasta que se vuelven indeseables y la gente se aleja de ellos. Se vuelven enojones, nerviosos o siempre están tristes cuando no tienen la bebida (Ama de casa, Ixtlahuaca).

... De tanto alcohol en el cerebro y en la sangre, la gente se va volviendo loca; primero están bien contentos con los amigotes y de repente se ponen a llorar o con su música de José José. También empiezan a pelear hasta con sus compadres y cuando llegan a su

⁸² Al parecer, por los signos, síntomas y definiciones que proporcionaron los informantes, en lugar de artritis se trata del padecimiento articular denominado como “gota” derivado de la concentración de ácido úrico o de la diabetes.

casa, ni se diga, son violentos y gritones (Lideresa comunitaria, San Felipe del Progreso).

Además, se percibe que el alcoholismo paterno o materno tiene un impacto severo en los procesos de reproducción biológica, específicamente en la concepción y gestación de los hijos, asociándose con padecimientos y malformaciones congénitas (físicas y psicológicas), como el síndrome de Down, retraso mental, esquizofrenia, paladar hendido, albinismo, etc.



Cuando son alcohólicos su sangre está llena de alcohol y circula en todo el cuerpo contaminándose y si en ese momento están con su mujer, sus niños nacen malitos, por ejemplo, con labio leporino, mal de pinto, retraso mental (Ama de casa, Ixtlahuaca).

Muchos de los niños que padecen alguna enfermedad desde el nacimiento es porque su papá o su mamá tomaron alcohol cuando tuvieron relaciones, o desde antes, y el alcohol se queda en la sangre afectando los genes y las células; nacen con Down, con las manos o los pies deformes o lentos en su aprendizaje (Profesora de primaria, San Felipe).

... Hasta loquitos pueden nacer los niños si sus papás eran alcohólicos. También, desde ahí se hereda el alcoholismo (Anciana, Ixtlahuaca).

Por su parte, al referirse a los accidentes, que representan la cuarta causa de mortalidad general (en hombres la segunda causa y en mujeres la séptima) asociada al uso de alcohol (SSA, 2006a), los informantes consideran que *“al estar borrachos están más expuestos a accidentes de tránsito, caídas, golpes y lesiones”* (Comerciante, Donato Guerra).

... Estábamos en una fiesta y mi papá se puso 'hasta las chanclas'⁸³. Ese día comimos carnitas y él tenía hambre; como ya estaba muy pesado nadie le hacía caso. Él se levantó como pudo y fue a donde estaba la comida. Por cortar un pedazo de carne se mojó cuatro dedos. Después ya se imaginará todo el drama; fuimos al hospital pero ya era tarde para recuperarlos... Aunque pregúntenle, no aprende, sigue tomando... (Mujer estudiante de preparatoria, Ixtlahuaca).

Seguido se sabe de personas que se van a la barranca o que chocan por andar bien tomados. Aquí la gente maneja bien locos y luego, que los caminos no están nada bien y encima le pones alcohol, es muy peligroso, pero luego, cuando están tomados sienten que pueden manejar y se ponen necios (Ama de casa, Atlacomulco).

Por último, el alcohol se ubica como responsable indirecto de algunos padecimientos (físicos y mentales) en los familiares de las personas que consumen alcohol en exceso: depresión, susto, nerviosismo, etc.

Las esposas o los hijos de los alcohólicos también padecen enfermedades por esa causa, sobre todo de la cabeza...; son nerviosos, siempre están tristes y hasta se suicidan porque ya no aguantan tanto sufrimiento. Ha de ser muy difícil convivir con un alcohólico... (Mujer joven, Almoloya).

No, el alcoholismo no se contagia ni se hereda, pero los familiares sí se enferman de tanto coraje y de estar pensando dónde estará el esposo o el papá. A muchos los curan de espanto y a veces les funciona, pero a veces ya es demasiado tarde y hasta ha habido casos que se mueren como de tristeza o de nerviosismo (Curandera, San Felipe del Progreso).

En general, entre la población es evidente un consenso que concibe al alcoholismo⁸⁴ como una enfermedad que a su vez, causa otras enfermedades, lesiones y puede ocasionar la muerte. En este sentido, el abuso de bebidas alcohólicas vulnera la salud no sólo del bebedor, sino de la sociedad en su conjunto, pues presenta un elevado costo para el país debido entre otros factores, a su contribución en la mortalidad prematura resultante de las enfermedades asociadas, accidentes, pérdidas significativas en la productividad, así como a la inversión en la procuración de justicia (SSA, 2009b).

⁸³ Este es una frase para denominar a alguien que se alcoholiza.

⁸⁴ Acotando que este término, desde la opinión de los encuestados, se refiere exclusivamente al consumo excesivo (en promedio, más de diez copas por ocasión), frecuente (tres o más veces por semana) y problemático (con consecuencias evidentes a nivel físico, psicológico y social), que se presenta a lo largo de un año o más.

Hay muchos tipos de alcohólicos; a unos les gusta tomar y emborracharse, pero que no están enfermos aún; pero que si siguen tomando con el tiempo se hacen viciosos del alcohol. Su cuerpo y su salud poco a poco se van deteriorando. Hay alcohólicos a los que se les deshace el hígado, otros que mueren hidrónicos y enfermos de infecciones en el estómago, otros les da cáncer o diabetes. Unos toman pulque, cerveza, otros aguardiente o brandy, pero todo hace mal y todos acaban igual de enfermos (Artesana, Ixtlahuaca).

Con el alcohol duele el hígado, se inflama o duele porque la cirrosis los ataca; también les da la bilis y duele el estómago. Un alcohólico, si se trata a tiempo, se puede recuperar si es que dejan de tomar; si siguen tomando, les duelen las manos, los pies, les da cáncer o diabetes (Ama de casa, San Felipe).

El alcohólico puede morir del hígado, atropellado, por congestión alcohólica, enfermo del estómago o ahogado. La congestión alcohólica es del estómago y del cerebro (Madre de familia, Ixtlahuaca).

Por lo regular, a los mazahuas (como a casi cualquiera de los grupos étnicos), se les estigmatiza como bebedores asiduos o “borrachos”, sin embargo, en un nivel de mayor complejidad se observa que el uso de alcohol, la forma de consumo, la frecuencia y la cantidad tienen que ver con formas de intercambio social particulares.



El hecho de que los índices de consumo y abuso sean similares a los reportados en la población nacional señalan que el alcohol por sí mismo no puede explicar la sobre mortalidad por cirrosis en estas comunidades, indicando la coexistencia de factores de riesgo adicionales.

Los problemas de salud ocasionados por el consumo excesivo de alcohol se agravan si tomamos en cuenta que tan sólo el 8.62% de la población de esta entidad está asegurada por el IMSS, el 2.41% por el ISSSTE y el 13.89% por el ISSEMYM, lo cual arroja que el resto de los habitantes no están asegurados, y cuando enferman son atendidos por centros de salud que en muchas ocasiones se encuentran alejados geográfica e ideológicamente de estas comunidades, o bien, no tienen acceso a ninguna institución de salud y recurren a procesos de curación tradicionales que en algunos casos no curan o llegan a agravar la situación (SSA, 2003c).

Es importante mencionar que los problemas asociados al consumo de alcohol no aparecen relevantes en las encuestas de adicciones (SSA, 1993, 1998, 2002, 2008). Lo cual no quiere decir que el problema no existe, sino que no se registra o hay un subregistro de la información local; sin embargo, la mortalidad por cirrosis en las comunidades étnicas (principalmente de Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Estado de México y Chiapas) ha ido en aumento desde la década de los 20, cuando su letalidad estaba en el lugar número 12; para los 50 ya se ubicaba entre las 10 primeras causas de muerte, para el 95 alcanzó el sexto lugar como causa de mortalidad general (Narro-Robles *et al.*, 1994), en tanto que para el 2006 se ubicó como la cuarta causa de muerte.

Los datos de las encuestas nacionales reportan menores índices de consumo entre los que menos tienen pero al mismo tiempo, mayores índices de problemas incluido un mayor gasto en la compra del alcohol, en relación con el tamaño de su salario. Esta mayor vulnerabilidad se observa también en las comunidades indígenas. La elevada incidencia de problemas en estas comunidades se relaciona también con una concentración del consumo en un grupo menor de la población. Una proporción elevada de usuarios pueden clasificarse como bebedores problema (Berruecos, 2007).

5.1.2.2. Condicionamiento y repercusiones sociales del consumo de alcohol en las familias mazahuas: Dimensión sociocultural

La ampliación de la base social de consumidores, con la presencia de jóvenes, y la existencia de una importante tolerancia social frente al alcohol, son sin duda los factores que de forma más intensa han favorecido la expansión que los consumos de bebidas alcohólicas han tenido en las dos últimas décadas, convirtiendo al alcohol en la droga más consumida. En paralelo, y a medida que el uso de las bebidas alcohólicas se ha ido generalizado, se ha instaurado una imagen normalizada de esta conducta, que con frecuencia se traduce en la banalización de los consumos y los efectos asociados al alcohol (SSA, 2006b).

Los cambios que se han registrado en los últimos años respecto de los consumos de alcohol no han sido sólo de carácter cuantitativo (aumento de las prevalencias de uso), sino que se han producido variaciones muy importantes en los patrones de uso de esta sustancia y en el perfil de sus consumidores; en especial

con la presencia entre los bebedores habituales y abusivos de jóvenes, especialmente vulnerables a los efectos del alcohol. Estas transformaciones han afectado también a las funciones asignadas a los consumos de alcohol, dando lugar a un nuevo patrón de uso que ha dado en denominarse como consumo recreativo o explosivo de alcohol (Sánchez, 2002b).

En una situación de dependencia alcohólica se presenta como constante la imposibilidad de desempeñar un rol social y productivo, ya que resulta difícil dar sentido a una vida con progresivo deterioro biológico y conflictos interpersonales con la familia y la comunidad, que se vuelven cada vez más recurrentes.

Algunas complicaciones sociales del alcoholismo son la pérdida del hogar, el despido de empleos, las carencias económicas, los accidentes, las faltas civiles y problemas con la autoridad, la violencia, la prostitución, y el contagio de enfermedades. Los alcohólicos que beben están siempre a un paso de la desgracia, se separan y se divorcian con una regularidad alarmante, sus carreras profesionales y trabajos terminan prematura y repentinamente, pierden sus hogares y el contacto con sus amigos, gastan el dinero más rápidamente de lo que lo logran (Wallace, 1997: 131).

Un informe técnico sobre la familia, editado por la OMS (2004) desde 1976 sostiene hasta la fecha que cualquier impacto en la salud de un individuo, altera también las relaciones entre los integrantes de la familia y en sus ámbitos más cercanos (escuela, trabajo, vecinos, etc.). Bajo esta lógica, se incluye al alcoholismo como factor predisponente de numerosas y permanentes crisis familiares y, por ende, conflictos comunitarios y sociales.

La familia, por lo regular, es la primera en percatarse que la ingesta de alcohol en un determinado miembro ha comenzado a ser excesiva, en tanto que genera alteraciones en la dinámica familiar, por ejemplo: cambios en el horario de llegada a casa, salidas frecuentes, gasto excesivo destinado a la compra de bebidas alcohólicas, descuido del arreglo personal y de las obligaciones familiares, escolares y laborales; desacuerdo conyugal, violencia hacia la pareja y los hijos, etc. (Cf. Berruecos, 1997a).

La información obtenida para el presente análisis coincide en apuntar que es la familia quien más resiente las consecuencias sociales del consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Asimismo, se considera que el trabajo (en el caso de los adultos) y la escuela (en caso de los jóvenes), después de la familia, constituyen los ámbitos de mayor impacto; la comunidad (entendida como amigos, vecinos y conocidos del pueblo o la localidad) se ubica como el tercer ámbito afectado por el uso consuetudinario o explosivo de alcohol.

Por su parte, la población de estudio ubicó como consecuencias sociales de mayor peso o que padecen con mayor frecuencia, a causa del consumo excesivo de

alcohol en sus familiares: las dificultades económicas, la pérdida del empleo y, principalmente, la violencia doméstica.

El alcoholismo es un problema muy grave y más en la actualidad que ya no sólo son borrachos, ahora son también mariguanos; es algo muy peligroso y por eso tantas peleas, vicios, robos, violencia (Ama de casa, Donato Guerra).

Existe un elevado porcentaje de muertes, enfermedades y accidentes en la comunidad cuya causa principal está asociada a la ingesta alcohólica, tanto, en hombres como en mujeres. Surgen, por ejemplo, numerosas riñas como eventos de violencia que ocasionan pérdidas humanas. Cabe destacar que las enfermedades se vinculan más con el alcoholismo o la dependencia crónica; sin embargo, gran proporción de las muertes y accidentes se presentan en un contexto de consumo explosivo de alcohol, es decir, aquel uso de bebidas alcohólicas que no es tan frecuente pero se da en grandes dosis durante una ocasión de consumo.

Asimismo, casi el 90% de los casos que llegan diariamente al juzgado familiar municipal están relacionados de alguna manera con el alcohol. Las agresiones ocupan el décimo cuarto lugar como causa de muerte entre los hombres, mientras que, los accidentes de tráfico el décimo lugar. Para las mujeres, los accidentes fueron la sexta causa de muerte y las agresiones se reportan como la vigésima causa (ISSEMYM, 2007; CAVI, 2008).

*Los que se ponen a beber y se embrutecen, llegan a morir muy jóvenes; se han muerto de 25 a 45 años; y dejan a su esposa y a sus hijos o dejan la carga a la mujer o a los papás o los suegros. A veces ni siquiera llevaban bebiendo tanto pero en una parranda se ponen hasta las manitas y se accidentan o pelean y llegan a los golpes porque juegan y apuestan todo (Médico, San Felipe del Progreso).
....Un muchacho maltrataba seguido a su mujer. Un día se estaban peleando, estaba bien tomado y le dio un golpe, le abrió la cabeza. La mujer y su mamá fueron a denunciarlo porque ya era constante la borrachera y ya no lo soportaban. Me llevaron de testigo y la señora decía 'ya no me gusta que me esté haciendo esto; ya es hora de resolverlo'... (Vecina, artesana, Almoloya de Juárez).*

Por otra parte, “cuando hay problemas con la bebida, tanto el padre como la madre tienen un rol importante; si uno de ellos bebe en exceso, la posibilidad de que los hijos adquieran este hábito es mayor” (Líder comunitario, Donato Guerra). Al respecto, la investigación evidencía ciertos rasgos comunes:

- Los padres, sobre todo hombres, beben alcohol frecuentemente.
- El consumo de alcohol está normatizado en diferentes espacios y situaciones individuales, familiares y sociales.
- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, como parte de las prácticas alimentarias del grupo familiar.

- Generalmente, se mezclan bebidas de bajo y alto contenido alcohólico, sin embargo, se están cambiando las bebidas tradicionales (pulque o aguardiente) por bebidas “modernas” (vodka, cocteles, coñac, etc.) u otras sustancias tóxicas (mariguana, principalmente).
- Existe un acuerdo implícito respecto a lo que pueden denominarse las normas para beber; la gente sabe cómo y cuando se ingieren bebidas alcohólicas, aunque siempre existen casos y situaciones de abuso en el consumo de bebidas, sobre todo entre los más jóvenes.



Ahora, en el tema de la violencia, el alcohol funge como un medio a través del cual se ejercen ciertas relaciones de poder, fundamentalmente del hombre hacia la mujer y de los padres hacia los hijos.

....Por ejemplo, sólo cuando mi yerno está tomado es que se envalentona y quiere pegarle a mi hija, su mujer, y a veces hasta a sus chamacos [hijos]. Cuando está tranquilo es buena persona y ayuda en la casa, es cumplidor en el trabajo y hasta nos anda paseando pa' todos lados en su taxi... (Suegra, San Felipe del Progreso).

Yo ya no me dejo, pero cuando se emborracha llega muy agresivo y a veces hasta a mis hijos les quiere dar [golpear]; pero yo una vez ya hasta lo demandé y no dejo que les pegue a los niños tampoco... No digo si no, cuando fui a levantar el acta hasta dejó de tomar como tres meses (Ama de casa, Ixtlahuaca).

Existen un conjunto de circunstancias que ponen de manifiesto los conflictos y repercusiones derivados de la ingesta excesiva de alcohol (Pozas y H. De Pozas, 1985):

- La violencia física hacia la mujer se expresa, sobre todo, en frecuentes golpizas y/o maltrato verbal.
- El hostigamiento sexual o, incluso, la violación que sufre la mujer, es más violento cuando se da bajo los efectos de la alcoholización.
- Influye en el proceso de disolución de la pareja, con divorcios, separaciones o simplemente abandonos por parte de la mujer.
- Las mujeres reportan padecer de ciertos estados psicológicos de tensión, estrés, tristeza y angustia motivados por la alcoholización de su pareja que en ocasiones, a ellas también las conducen a beber.
- Por ende, otra de las consecuencias aparentes, es la alcoholización femenina, ya que en ocasiones, una posible respuesta femenina “de protesta” es la de beber cuando su pareja está ausente. Asumiendo el estado de alcoholización como un estado “natural” en el que se puede evadir de su situación conflictiva, se completaría un “círculo vicioso” que se retroalimenta.
- Otra causa de la alcoholización femenina, lo constituyen estados depresivos diversos, como “decepciones amorosas”, la muerte de algún familiar cercano, o los conflictos con sus padres.
- En los niños, las repercusiones más notables de la violencia son el maltrato físico, verbal o afectivo que les dan sus padres alcoholizados. Son quienes padecen con mayor rigor las secuelas negativas.
- El abandono, tanto físico como afectivo, que sufren los niños, ya sea porque la madre se cansa de convivir con una pareja alcoholizada, o bien, debido a que ella tiene que buscar recursos económicos para sustituir lo que el esposo que se alcoholiza ha dejado de aportar. A veces, los niños tienen que comenzar a trabajar desde pequeños, o hacerse cargo del cuidado de los hermanos menores, crecen “*con traumas muy fuertes*”, o “*se enferman bien seguido porque están espantados*”, debido al trato que les dan sus padres. La alcoholización de los padres es causa indirecta de mortalidad infantil, sea por negligencia, descuido, maltrato, riñas y accidentes.
- En el aspecto económico familiar, las consecuencias se asocian a la erogación del gasto familiar, que en gran parte se destina a la compra de bebidas alcohólicas, con lo que los recursos para comprar alimentos, vivienda, educación, salud y otros bienes básicos, se reducen sustancialmente.
- Quienes beben de modo excesivo registran un alto índice de ausentismo laboral lo que ocasiona una disminución significativa del ingreso familiar o inestabilidad laboral y desempleo (Olvera, 1994).

De modo sintético, se puede afirmar que existen cuatro tipos de problemas y situaciones conflictivas derivadas del abuso de alcohol:

- Relaciones familiares y sociales conflictivas; que representa el tipo más importante e incluiría los problemas y conflictos en la familia (cónyuge o pareja, otros miembros) y en las relaciones sociales.
- Pérdida de imagen y solvencia personal; como segundo problema en importancia e implica un proceso de degradación en la imagen personal, amenaza de abandono del cónyuge y críticas de los demás por beber, así como de la solvencia económica.

- Problemas en la ocupación o actividad; en este tercer elemento se asocian aspectos de deterioro en la ocupación o la actividad (en el trabajo o los estudios, las labores del hogar, la convivencia social, etc.), así como a las enfermedades alcohólicas con baja en la productividad general.
- Conductas incívicas; agrupa a quienes tienen comportamientos antisociales o que entran en conflicto con las autoridades, por conducir alcoholizados o verse involucrados en riñas y peleas.

Tradicionalmente la violencia doméstica ha sido considerada como un problema de carácter privado, frente al cual se ha mostrado por parte de los familiares y las personas más próximas a las víctimas (vecinos, amigos, etc.) un importante nivel de convivencia y tolerancia social.

De manera reciente, la violencia de género ha emergido como un problema social que trasciende la esfera personal, como resultado de mayor sensibilización social frente a este fenómeno, la creciente oferta de servicios de apoyo a las víctimas y el reconocimiento de la plena igualdad entre hombres y mujeres. Progresivamente comienza a visualizarse un problema con una amplia presencia en las sociedades patriarcales, donde tradicionalmente la mujer ha ocupado un papel subordinado a los varones y que con frecuencia se ha aceptado la utilización de la fuerza y la violencia como mecanismos de control.



Son múltiples los estudios que confirman la magnitud que la violencia doméstica y los malos tratos en el hogar tienen en diferentes lugares del mundo (ONU, 1992). Asimismo, en el 26.3% de los casos de maltrato se hacía referencia al alcohol como posible causa del mismo, porcentaje que alcanza el 36.9% cuando el maltratador era el marido o la pareja de la víctima (Instituto de la Mujer, 2001).

De este modo, surgen estudios basados en la psicopatología o los problemas de adicción y estrés en los agresores, que señalan entre otros hallazgos que, aunque no es posible encasillar a los agresores dentro de un tipo determinado de patología, sí presentan algunas características comunes (Sarasua *et al.*, 1994): *a*) exposición a la violencia en la familia de origen, *b*) baja autoestima, *c*) déficit de habilidades verbales y asertividad, en especial respecto de sus parejas, *d*) gran necesidad de ejercer poder y control, *e*) consumo de alcohol y otras drogas y, *f*) actitudes tradicionales rígidas.

A pesar de que existe clara asociación entre el abuso del alcohol y la violencia de género, se sabe poco sobre la naturaleza de esa relación, existiendo cierta controversia sobre el rol que la bebida alcohólica juega en la violencia. La corriente de opinión dominante señala que el alcohol no es una variable suficiente para explicar el maltrato, pero que actúa como liberador y desinhibidor de la agresión (Villavicencio y Sebastián, 1999).



Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la interacción entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica, representando el hábito de consumir alcohol por parte de los agresores, uno de los principales factores de riesgo, especialmente en la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres. Esta asociación se hace extensiva al consumo de otras drogas.

Por su parte, otros estudios señalan alta incidencia de problemas con el alcohol, en porcentajes que oscilan entre el 50 y el 75%, entre las familias que registran episodios de violencia (Katz, 1992), lo que indica la existencia de una importante confluencia de alcoholismo y violencia doméstica.

Existen diferentes teorías que tratan de explicar las relaciones entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica, entre las que se incluyen aquellas que

justifican esta asociación en los efectos farmacológicos del alcohol (modelo de desinhibición). Según este modelo, el alcohol actúa desinhibiendo los mecanismos que regulan las conductas violentas y disminuyendo la capacidad de juicio y la percepción del riesgo asociado a ciertas conductas violentas, provocando el incremento de la frecuencia y la intensidad de las relaciones agresivas y antisociales.

Una segunda teoría explicativa de las relaciones entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica es el denominado "modelo de factores de contexto" (Nogués *et al.*, 2002), que señala que la relación entre el abuso del alcohol y la violencia debe analizarse y explicarse tomando en consideración otros factores (contextuales), como la aceptación normativa de la violencia, la tolerancia social frente a la violencia contra las mujeres, etc. Desde este modelo el consumo de alcohol no es considerado como la causa de la violencia doméstica (por más que se reconoce su papel como facilitador de la misma), sino como un factor concomitante que interacciona con determinados factores culturales, biológicos, etc., dando como resultado la violencia doméstica. De hecho, algunos estudios ponen de manifiesto que en muchos casos el consumo de alcohol no es el responsable directo de la violencia, sino que actúa como un elemento que precipita la realización de actos violentos, aumentando el número de agresiones y su gravedad (SSA, 2006b).

A pesar del reconocimiento de la vinculación existente entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica, se ha avanzado relativamente poco en la naturaleza de la misma. De ahí la necesidad de delimitar la influencia que los diferentes patrones de consumo de bebidas alcohólicas (tanto por parte de los agresores como de las víctimas) tienen sobre los episodios de violencia, en especial teniendo en cuenta la presencia de otros factores de riesgo, intentando diferenciar aquellos supuestos en los que actuaría como variable explicativa del maltrato de aquellos otros en los cuales se comportaría como facilitador de las agresiones atribuibles a otros factores.

Los patrones de consumo de alcohol son cada vez más similares en función del género, aunque sigue siendo más intensa la presencia de consumidores abusivos entre los varones. El género establece diferencias relevantes con respecto a la percepción del estado de salud, el grado de utilización de los servicios médicos y psicológicos y el mantenimiento de conductas adictivas. Asimismo, las mujeres en general, y las adultas en particular, tienen menor presencia en el mercado laboral, ocupando además trabajos precarios; aunque en un porcentaje significativo de hogares, las mujeres constituyen la principal fuente de sostenibilidad económica, estas son mayoritariamente dependientes de otros miembros de la familia. La ausencia de empleo o los trabajos precarios o estresantes se asocian a un mayor deterioro de la salud y una mayor presencia de conductas adictivas (abuso de alcohol, ludopatía, alteraciones alimentación, etc).

No existen diferencias sustantivas en la frecuencia de uso de alcohol en función del género, aunque las cantidades consumidas son notablemente superiores entre los hombres. Determinados factores familiares (consumo abusivo de alcohol por parte de la pareja y la existencia de relaciones conflictivas con esta), laborales

(precariedad laboral, trabajo por turnos y estrés) y sociales (aislamiento social) se configuran como riesgos asociados al uso de alcohol, sin que el género introduzca diferencias sustantivas en la influencia de estos factores. Sin embargo, las mujeres muestran mayor vulnerabilidad a los efectos del consumo abusivo de alcohol (sufren problemas personales y sociales con mayor frecuencia que los hombres), siendo más resistentes a la formulación de demandas de apoyo para superar su adicción.

Los abusos de alcohol se asocian negativamente con la calidad de las relaciones afectivas y el estado de salud físico y psíquico de los consumidores. El uso de alcohol incrementa la frecuencia y gravedad de los episodios de violencia.

Aquí vienen muchas parejas porque se lastimaron, se cayeron, se accidentaron o se enfermaron como consecuencia de sus peleas; casi siempre bajo los efectos del alcohol. Yo creo que de cada diez parejas o mujeres solas que vienen por esa causa, nueve son porque el marido (o el novio, también se da) estaba bebiendo... No, afortunadamente 'abuso sexual' no me ha tocado, o no lo reportan quizá porque todavía muchas sienten pena de que revisen su cuerpo o no las deja el marido;... pero violencia psicológica y física o negligencia sí existen y se acentúan cuando los hombres andan bebiendo (Médico general, San Felipe del Progreso).

Gran parte de los episodios de violencia de género son provocados por consumidores abusivos de alcohol o por personas que se encontraban bajo los efectos del alcohol (ingesta previa a la agresión). Mantener discusiones frecuentes con la pareja cuando uno o los dos miembros de la misma han bebido alcohol es un predictor de la violencia de género y del maltrato físico. Aunque se constata un elevado consumo de alcohol entre los agresores, esta variable no es la causa determinante del maltrato (el consumo de alcohol actúa como variable mediadora).



La violencia es un fenómeno presente en todas las clases y grupos sociales; el perfil de las víctimas de los episodios de violencia doméstica más graves se corresponde con el de las mujeres con menos recursos (más dependientes socialmente): sin empleo, con bajos ingresos y con escaso nivel de instrucción. Por el contrario, el estatus social no discrimina el perfil de los agresores.

La reiteración de los actos de violencia por parte de la pareja es mucho más intensa cuando la víctima es más dependiente económicamente (sin empleo, pocos ingresos, etc.) y socialmente (escasos contactos y redes sociales). El desempleo tiene un impacto negativo sobre el estado de salud y la presencia de conductas adictivas.

Encontrarse en situación de desempleo se asocia también con la mayor frecuencia de consumos abusivos de alcohol (9.1% frente al 5.4% de la población general), de cannabis (26.1% y 8.5%, respectivamente) y de las demás drogas ilícitas (6% y 2.7%) (CONADIC, 2002a). También se asocia a la existencia de mayores prevalencias de consumo abusivo de alcohol en los fines de semana y de consumo de cannabis y otras drogas ilícitas, en gran medida por la importante presencia de jóvenes entre los trabajadores temporales (SSA, 2006b).

Los hombres se aprovechan y nos maltratan porque saben que no nos vamos a ir; quién nos va a mantener con chamacos [hijos] y todo Yo no me animaría a dejarlo porque ha de ser muy difícil estar sola; y no se hacer nada para trabajar y poder sacar adelante a mi familia; tan sólo pensar dónde viviría, con quién, qué haría, no, mejor ni le hago caso cuando viene tomado y quiere pelear por cualquier cosa (Ama de casa, Villa Victoria).

... Yo una vez lo amenacé con ir a ponerle una denuncia pero él me dijo que me iba a ir peor y que a ver quién me mantenía... Yo sí me lo pienso porque además, me tendría que ir del pueblo. Aquí son muy mal vistas las mujeres solas y sabiendo que lo abandoné, mejor me aguento; como quien dice: es la vida que me tocó, como dicen por ahí, ya ni llorar es bueno (Ama de casa, Almoloya de Juárez).

Cabe recordar que en las comunidades mazahuas, junto a la familia extensa, como forma mayoritaria de organización familiar, emergen otras alternativas como son las familias uniparentales (el 13.4% de los hogares están integrados por un padre que regularmente es la madre en el 99% de los casos). Así, existe una fuerte correlación negativa entre el grado de satisfacción con la relación de pareja y los niveles de consumo de alcohol: el 11.8% de los bebedores abusivos considera mala o muy mala su relación de pareja, frente al 1.5% de abstinentes que formula esta misma valoración (SSA, 2008).

Aunque los encuestados en general (82%), no perciben o no asumen ninguna asociación entre el hecho de haber estado bebiendo (ellos o con su pareja) y las discusiones o peleas con la pareja, lo cierto es que entre los bebedores abusivos la

frecuencia de las discusiones y peleas diarias o semanales es 2.6 veces superior que a la observada entre los abstinentes (SSA, 2006b).

Los bebedores abusivos son en proporción tres veces superior (17.4%) que los abstinentes (5.3%) víctimas de las diversas formas de maltrato psicológico habitual. Este dato presuntivamente guarda relación con las consecuencias que el abuso de alcohol tiene sobre los propios bebedores y su entorno familiar (proceso de degradación de la propia imagen, pérdida de la solvencia personal, rechazo y malas relaciones con la pareja, etc.).

Mi compadre y su nueva pareja venían bien seguido a visitarnos a la casa. Ellos viven acá en Atlacomulco. Pero una vez comentamos con mi esposa que mejor ya no nos íbamos a relacionar con ellos porque siempre que hay una fiesta y se echan sus copas terminan peleando; no es porque tenga otra mujer, allá él; pero es molesto para todos verlos discutir, ofenderse y hasta golpearse; los niños se espantan y uno a veces se mete y luego ellos ya están como si nada. Mejor cortar por lo sano (Comerciante, Ixtlahuaca).

El alcohol tiene una importante presencia en el escenario de las agresiones físicas. Casi la mitad de las víctimas (47%) señalan que alguno de los dos miembros de la pareja había estado bebiendo antes de producirse la agresión: el agresor (25.9%), el agresor y la víctima (16.7%) o la víctima (3.5%) (*Ídem*). Además, el consumo abusivo de alcohol por parte de las víctimas se asocia con la frecuencia a la que se han visto sometidas a agresiones físicas por parte de su pareja en los últimos dos años. Las víctimas que beben abusivamente registran niveles de victimización a manos de su pareja del 7.4%, tres veces superiores a las observados entre los abstinentes (2.1%) (*Ídem*).

La estrecha vinculación entre el consumo de alcohol, la violencia y la victimización es perceptible, al comprobarse una fuerte asociación entre los niveles de consumo de alcohol por parte de los agresores y la frecuencia de las agresiones sufridas por sus parejas e hijos en los últimos dos años. A medida que se incrementa el consumo de alcohol crece la frecuencia de las agresiones físicas infligidas, detectándose entre los bebedores abusivos la presencia de aproximadamente el 7.8% de maltratadores, frente al 0.9% observado entre los abstinentes (*Ídem*).

La violencia intrafamiliar, y de género, donde las mujeres y los menores son los más afectados, provocan un ambiente familiar y social de inseguridad, miedo y angustia, de pérdida de la confianza en sí mismos de los jóvenes, niños y mujeres. Este fenómeno de violencia es un proceso social que se aprende y se reproduce entre hombres y mujeres. Por su parte, el alcoholismo es un problema relacionado al maltrato que reciben de sus padres cuando están "tomados" o del miedo que les provoca ver "los pleitos entre borrachos". A esto se suma el dispendio económico de los pocos ingresos que se pueden tener, la enfermedad y el sufrimiento del consumidor de bebidas alcohólicas y sus familiares, la incapacidad y la muerte temprana. En las comunidades de estudio, por ejemplo, los niños y jóvenes

mencionaron reiteradamente, que “los pleitos y peleas de sus padres les infunden temor”, y que les “es difícil comprender las razones de estas conductas violentas entre adultos”, sean hombres o mujeres. Los más grandes enfatizaron que “este comportamiento agresivo tiene que ver con el alcoholismo”, y ellos lo que desean es “que ya no pelee la gente; y mucho menos sus papás, tíos o abuelos” (Estudiantes hombres y mujeres, de educación primaria y secundaria, Villa Victoria).

La violencia en la familia se ha vuelto un problema social, que tiende a reproducirse con mayor intensidad y frecuencia, además de ser generadora de conductas antisociales fuera del ámbito familiar. Se produce en todos los sectores, sin distinción de factores sociales, económicos, étnicos, educativos ni religiosos.

Mi papá nos ponía borrachos a mí y a mis hermanos; yo comencé a beber y me prostituí desde los 12 años. He tenido varias parejas que me han dejado por mi manera de beber; tengo cinco hijos a los que les he dado muy mala vida; les pegaba, les gritaba, los dejaba sin comer, hasta que me los quitó mi abuelita. Una vez me puse a trabajar en una fábrica y me iba bien, pero volví a agarrar el vicio y me corrieron por llegar tomada y porque empecé a faltar seguido. Ahora ya estoy recuperada; bueno, soy alcohólica anónima y llevo dos años sin probar alcohol. Pero me acuerdo y me da harta tristeza que durante mi vida alcohólica tuve accidentes, abusos sexuales, hijos sin planeación, enfermedades y era yo muy mala madre e hija; hasta llegué a tomar antidepresivos con alcohol y me quedaba dormida sin hacerme responsable de mi vida; según tomaba para sentirme mejor y eché a perder lo bueno que tenía (Ama de casa, San Felipe del Progreso).

... Mi compadre sí se pone muy agresivo cuando trae unas copas encima, se envalentona y nos corre de su casa o nos quiere echar bronca, pero ni caso le hacemos, ya sabemos que está borracho y luego ya ni se acuerda; aunque si me preguntaran yo prefiero a los borrachos contentos; los violentos son muy pesados y es difícil estarlos aguantando, pero hay la comadre que lo aguanta (Hombre, adulto, Ixtlahuaca).

Con este panorama vinculado con la violencia, en los contextos sociales desfavorecidos económicamente, el alcoholismo constituye, sin duda alguna, uno de los graves problemas sociales que, junto con el desempleo, la pobreza, la desnutrición y la desinformación, se conjugan, dando por resultado efectos negativos de alto impacto para la salud de los individuos y sus familias. El daño que el alcohólico se causa a sí mismo y a los demás es enorme: si se considera solamente el costo personal, se verá que el precio es muy alto, por lo que el consumo de alcohol y otras drogas en los últimos años, se ha venido a agregar como un conflicto más a los ya derivados del desarrollo tecnológico y del cambio acelerado en los procesos sociales y culturales.

Algunos investigadores dan mucha importancia a los cambios culturales que ocurren bruscamente, por ejemplo, cuando una sociedad es dominada por otras con peligro de perder su propia identidad nacional. En una situación como esta, se dice, es más fácil que los individuos caigan en el abuso del alcohol. La marginación -o en su caso, una de sus consecuencias, como la pobreza- ha sido la explicación de ciertos tipos de desviaciones sociales, entre las que estaría el alcoholismo, aunque gran número de casos no pueden ser analizados tan simplemente y requieren otro tipo de análisis para ser comprendidos. Pese a que en forma cotidiana, la ingesta de alcohol se vincula con la “desesperanza” o con el uso del tiempo libre; es una práctica típicamente masculina y expresa la frustración con la función abastecedora o el hecho de compartir el ocio en forma compulsiva, es importante considerar el papel del alcohol como un factor de cohesión e integración social y como un elemento cultural de prestigio, sin perder de vista tampoco su impacto negativo en la salud y sus altos costos sociales.

La aproximación etnográfica clásica, por ejemplo, rescata permanentemente las funciones integradoras del alcohol omitiendo o reduciendo sus costos negativos, en lo social y lo individual sin dimensionar lo económico-político del alcohol. Esta tendencia la expresa Menéndez (1987: 47): "La práctica antropológica al focalizar la funcionalidad del alcohol y los patrones dominantes de bebida no sólo ha orientado sus interpretaciones hacia la integración cultural, no sólo no ha percibido el alcoholismo como enfermedad, sino que ha secundarizado sus consecuencias”.



El consumo de bebidas alcohólicas ha sido siempre un fenómeno con profundas raíces sociales y culturales. Esta dimensión sociocultural del alcohol, su función como facilitador de las relaciones sociales, se ha visto fortalecida en un contexto en el cual las relaciones sociales son cada vez más reducidas. Sin duda, un elemento que ha contribuido sustancialmente a reforzar la presencia social del alcohol ha sido la masiva incorporación de las mujeres a un hábito que durante

décadas estuvo asociado fundamentalmente con los hombres. Las actuales prevalencias y patrones de consumo de alcohol están influenciados por el género, por los cambios que se han venido produciendo en los últimos años en los estilos de vida de hombres y mujeres. De este modo, y a medida que se suceden los cambios generacionales, empieza a dibujarse una situación de creciente igualdad o equiparación en los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas entre hombres y mujeres.



Es necesario contar con un marco general de las pautas de comportamiento que se asocian directa o indirectamente del consumo de alcohol, así como de la percepción social sobre algunas consecuencias de dicha ingesta, como son las ocasionadas en la salud del individuo, en las relaciones interpersonales y en las condiciones económicas del ámbito doméstico, con circunstancias y situaciones específicas, en una localidad y en un tiempo determinados.

5.1.3. Atención del consumo de alcohol en este contexto

El consumo de alcohol es un hecho que se presenta desde la época antigua; el uso de bebidas tradicionales como el pulque y el aguardiente se incrementaron en la Colonia, así como la ingesta de cerveza y “cocteles” en la era moderna. Los efectos y consecuencias del consumo no están claramente datados, aunque existe información que ya lo propone como un problema con serias repercusiones desde el siglo XVIII. Lo que puede constatarse en la actualidad es el papel que el alcohol cumple en la mayoría de los rituales o prácticas culturales como mecanismo básico de sociabilidad, para olvidar, escapar de la realidad, desinhibirse, sentirse bien, por imitación, etc.

Este problema y sus consecuencias se han hecho cada vez más críticos en la región mazahua; se manifiestan en el incremento de bebedores asiduos, en el aumento de expendios de bebidas alcohólicas y en los registros epidemiológicos de las unidades médicas rurales de la región, así como en las estadísticas vitales nacionales, estatales y locales, que reflejan la existencia de problemas de cirrosis hepática y otras enfermedades, accidentes, pérdidas económicas familiares y laborales, violencias y conductas antisociales relacionadas directamente con el uso de alcohol entre las poblaciones indígenas.



El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y con mayor grado de integración social y cultural en nuestro país. Para profundizar en esta dimensión sociocultural del consumo de alcohol, se abordan diferentes cuestiones:

- Los contextos en los que la población consume bebidas alcohólicas, tales como el hogar, las fiestas y celebraciones, casa de las amistades, en el trabajo, en bares, cervecerías y restaurantes.
- Las personas o relaciones con quien se consume alcohol: con los familiares, con compañeros de trabajo o estudios, con amigos o en la comunidad festiva.
- Los efectos que produce el alcohol en ámbitos tales como la convivencia con los demás, en el trabajo, con la pareja o en sus relaciones sexuales, etc.
- Las consecuencias del consumo en la escuela o el trabajo, las relaciones familiares, la vida social, la economía; así como en situaciones de conflicto con los demás y con las autoridades, en la salud y el equilibrio personal, así como la existencia de una probable dependencia alcohólica.
- La reacción del entorno social próximo hacia el consumo de alcohol, a través del consejo de abandono, verificando si la familia, el médico, amigos o los compañeros le han aconsejado que dejara la bebida o redujera su consumo y si ha intentado hacerlo.

Por otra parte, a pesar de las elevadas prevalencias que registran los consumos abusivos de alcohol y al hecho de que el 10% de los entrevistados reconoce haber tenido problemas derivados de la ingesta de bebidas alcohólicas en el último año, tan sólo el 0.7% de los entrevistados (el 1.2% de quienes consumieron alcohol en el último año) ha intentado dejar de beber o reducir los niveles de consumo en los últimos 12 meses sin lograrlo.

Pese a la constante banalización que los sujetos hacen de los consumos de alcohol y de sus consecuencias negativas en la salud y en las actividades cotidianas (trabajo, estudios, vida familiar y social, etc.), el 3% de los encuestados afirma haber tenido problemas con el consumo de alcohol, si bien tan sólo un 0.2% de quien reconoce haber tenido este tipo de problemas ha pensado en buscar ayuda al respecto. Esto implica que tan sólo uno de cada diez individuos con problemas reconocidos con el alcohol (el 26,7%) se plantea solicitar apoyo profesional, y no necesariamente para dejar de consumirlo, sino para atender las consecuencias (físicas, sobre todo) provocadas por el consumo.



Estos datos confirman la existencia de un doble fenómeno corroborado desde la experiencia clínica, internacional como es, por un lado la negativa de las personas con consumo abusivo de alcohol a reconocer la existencia del mismo (Castellano, 2003) y por otro, la ausencia de demandas de tratamiento (y de organismos especializados, al menos en la localidad y en el contexto indígena) cuando existen este tipo de problemas, que sitúan entre un 5 y un 20% (según el país) la proporción de personas con problemas de alcoholismo que formulan demandas asistenciales (OMS, 1989), aunque existen algunas acciones que se gestan desde la familia, la comunidad, las instituciones (para el caso, médicas y asistenciales) y la sociedad en general, como respuesta para la “solución” o neutralización de los problemas derivados del uso y abuso de bebidas alcohólicas.

5.1.3.1. Desde las instituciones

En este apartado se propuso identificar y analizar los diferentes servicios médicos (públicos y privados) de la localidad que podían dar atención profesional a la población de estudio, respecto del consumo de alcohol y sus consecuencias negativas o problemas relacionados. Bajo esta lógica, se identificaron tres formas de atención “especializada”:

- a) Lo que se denomina como el sistema médico formal integrado por clínicas, dispensarios, consultorios y farmacias a donde acuden aquellas personas (físicos principalmente) que muestran problemas derivados del consumo de alcohol.
- b) Aquellas que se gestan desde la sociedad civil y que se constituyen como fundaciones, grupos de autoayuda y otros organismos no gubernamentales dirigidos a la atención del consumo de alcohol entre los pobladores de la región.
- c) Los médicos tradicionales: curanderos, yerberos, rezanderos, “sanadores”, etc. que en gran medida, siguen siendo consultados en la localidad.

Con respecto al sistema médico, cabe señalar que en la zona de estudio no hay gran presencia de los servicios de salud especializados entendidos como hospitales o clínicas públicos de segundo o tercer nivel; debido a que esta infraestructura se localiza a gran distancia de las comunidades mazahuas de análisis. La mayoría de la población, cuando enferma, se atiende en centros de salud, dispensarios médicos o unidades móviles administrados por el IMSS, el ISSEMYM o la Secretaría de Salud.

Si estamos malos de gravedad sí nos vamos hasta las cabeceras municipales o a la capital porque por aquí sí hay doctores pero clínicas no hay. Si no es nada grave nos curamos con remedios que ya sabemos, vamos al dispensario o a la farmacia que nos receten algo rápido (Madre de familia, Donato Guerra).



En cuanto a la iniciativa privada, existen aproximadamente de dos a diez consultorios médicos y de cinco a veinte farmacias en cada una de las comunidades de estudio (pocos establecimientos para atender a toda la población); asimismo, para los seis municipios (y otros tres que no están considerados en la muestra) existen dos clínicas particulares que, sobre todo, se abocan a la atención de partos y traumatologías.

Sí existen hospitales particulares pero al igual que los doctores cobran bien caro. También las medicinas que nos recetan son bien caras. Sólo si fuera una urgencia, que se estuvieran muriendo llevaría allá a mi familia; sino, nos aguantamos para ir al seguro, porque sí cobran un ojo de la cara y luego para pagar tenemos que trabajar mucho más y nos volvemos a enfermar sólo de la preocupación; sale más caro el remedio... (Albañil, Ixtlahuaca).

Específicamente, si se analiza esta infraestructura para la atención del consumo de alcohol y sus complicaciones, se observa una carencia considerable de servicios especializados; es decir, no existe ninguna clínica de desintoxicación ni personal médico que se aboque exclusivamente al tratamiento de la dependencia alcohólica. Inclusive, es necesario destacar que ni en los servicios médicos que se brindan a la población general (sea a través de los programas institucionales o de consultas privadas), la identificación de conductas, riesgos, signos o síntomas relativos al uso y abuso de alcohol no están considerados dentro de los procedimientos o instrumentos de diagnóstico clínico. Se sabe además, desde la opinión de este grupo de informantes, que en su formación profesional no les proporcionan capacitación ni herramientas para identificar o diagnosticar problemas relacionados con el consumo de alcohol.

En la facultad no nos preparan para indagar el uso de alcohol con los pacientes. Nuestra enseñanza es sobre lo más básico y común. Nos hablan de las gripes, la diabetes, la hipertensión y ahora la obesidad o la desnutrición que están muy graves. Tendríamos que meternos a una especialidad como la psiquiatría o la nefrología, para que nos hablaran particularmente de esos problemas, bueno eso creo; pero a los médicos generales no nos dan tanto detalle. Y sí hace falta aunque los problemas los enfrenta uno en la práctica y ya se pone uno a leer o toma un curso para poder responder mejor a las necesidades de la gente (Médico general, dispensario médico, San Felipe del Progreso).

Aquí al dispensario luego vienen las mamás o esposas para que curemos a sus borrachitos para ver si les podemos quitar la borrachera. El tratamiento de un alcohólico es muy difícil cuando ya está enfermo (Enfermera general, dispensario médico, Almoloya).

En el segundo rubro, se desagregan las alternativas de atención del consumo de alcohol ofertadas por grupos de autoayuda y organismos no gubernamentales de la región. Aquí, la población ubica por ejemplo, que una de las formas de atención a

este problema es la constitución de espacios donde se reúnen los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) en la comunidad. Se pudo constatar que existen aproximadamente 16 organizaciones de AA, aunque sólo once de ellas funcionan de manera regular, conforme a los procedimientos establecidos en su normatividad: integrarse mínimo por diez personas, sesionar por lo menos una vez a la semana, disponer de un lugar con las condiciones físicas necesarias para desarrollar sus dispositivos grupales, contar con por lo menos dos líderes abstemios en cada grupo que organicen a los demás miembros, etc. Al respecto, los implicados aseguraron que una de las mayores dificultades para que funcionen estos grupos es la escasa asistencia o la irregularidad de sus miembros: *“Un día vienen unos, a la semana vienen otros. Se van a trabajar a otro lado y no pueden seguir su tratamiento o de plano, nos enteramos que ya andan tomando de nuevo y mejor dejan de venir”* (Alcohólico anónimo, San Felipe del Progreso); *“aunque la gente sí reconoce la labor de Alcohólicos Anónimos y los respeta”* (Médico general, dispensario médico, San Felipe del Progreso).

Los grupos de Alcohólicos Anónimos sí han ayudado a detener un poco el problema del alcoholismo, sino no se cómo estaríamos. Yo sí conozco familiares y amigos que han ido allá a que los ayuden y se van recuperando poco a poco; se que es difícil decir de un día a otro que ya no toman, pero algo les ha de quedar en su cabeza. Creo que los testimonios que dan ahí en alcohólicos son muy impactantes y sí les sirven de ejemplo para no llegar a esos extremos donde se accidentan, matan a alguien por andar borrachos o se pelean con su familia. A algunos sí de plano les hace falta tocar fondo; también dicen por ahí que nadie escarmienta en cabeza ajena (Artesano, Almoloya de Juárez).

En alcohólicos anónimos platicamos con otras personas sobre nuestras experiencias y nuestra historia de sufrimiento y problemas que tuvimos por las bebidas embriagantes, pero también les demostramos que sí se puede estar abstemio y los motivamos para que con nuestro apoyo salgan adelante y cambien por su familia, por sus hijos, que valoren su salud y todo lo que tienen (Alcohólico anónimo, San Felipe del Progreso).

Yo creo que los borrachillos ya no se curan. El cuerpo se acostumbra al alcohol y si lo dejan de tomar, casi se mueren, son enfermedades crónicas que no son tan fáciles de tratar, aunque lo dejen por un tiempo vuelven a caer, a pesar de estar en el grupo o de ir al doctor (Comerciante, Donato Guerra).

La tercera opción de atención al “alcoholismo” se integra con los médicos tradicionales que siguen siendo reconocidos y consultados por la población, sobre todo la de mayor edad. Los curanderos, yerberos, rezanderos, sobadores, etc. “tratan” el consumo de alcohol con lo que ellos mismo denominan “remedios alternativos o naturales” y emplean para la “cura” elementos como tés, gotas, polvos y otras sustancias que se agregan al alimento o la bebida; el efecto de estos “remedios” es que provocan vómito, diarrea, náuseas, dolor de cabeza y malestar

físico general cuando el individuo consume bebidas alcohólicas, debido a que contienen componentes que reaccionan adversamente en el organismo. Se cree que a partir de que “el paciente” se sienta mal en las subsecuentes borracheras, va a dejar de beber; sin embargo, no se consideran los peligros que implica el empleo de estas sustancias que también pueden llegar a dañar o complicar otros padecimientos.

Las mamás o las abuelitas todavía acostumbran a ir con el yerbero o con el brujo para que les de un remedio para que su hijo, su nieto o su esposo deje de tomar. La mayoría de las veces les dan hierbas para que les hagan un té y se los disuelvan en sus alimentos, pero la gente no sabe ni que está tomando y se pueden enfermar gravemente (Médico general, dispensario médico, San Felipe del Progreso).

La gente va con el médico sólo cuando ya no soportan el dolor del hígado o cuando sangran de tanto tomar. A veces ya es muy tarde, pero antes ahí andaban con el chamán o la curandera. Dicen que les dan unas gotas y que echándoselas a la comida los que toman dejan de hacerlo. A mi se me hace que sólo es cuestión de fe y de tener ganas de dejar el vicio (Agricultor, Ixtlahuaca).

La gente dice que hay una curandera que además de un agüita que les da, les reza, los ofrece al señor [dios] y le pide a toda la familia que haga oración y que apoyen al alcohólico porque está enfermo. Le habla como si fuera una psicóloga; hasta los hace llorar pero también los deja pensando y los motiva. Dicen que ha salvado a muchos del alcoholismo (Mecánico, Almoloya).

El médico tradicional debe reprender duramente al embriagado para persuadirlo de que desarrolle un comportamiento socialmente aceptable. El curandero, aunque beba, debe tratar de no llegar a la embriaguez, lo cual no sucede en los curadores católicos. El curandero debe ser “el espejo de la comunidad” y la “caída en el vicio le haría perder todo poder curativo”.

Por otra parte, una parte importante de la población refiere que ante los diversos malestares generados por o junto con el consumo de alcohol se autoatendieron, con medicamentos farmacéuticos, tés, masajes, antes de ir al médico y también acudieron “... a curanderos, sobre todo de su lugar de origen porque ya los conocen y entienden lo que pasa en su cultura y son personas como ellos” (Ama de casa, Donato Guerra).

Es evidente que ante la enfermedad y el padecimiento (para el caso, abuso de alcohol y sus complicaciones), la población tiene diversas alternativas, en las que se incluyen diversos sistemas curativos, tanto alopáticos como dentro de la medicina popular, que no se excluyen unas con otras, sino que actúan de manera complementaria. Incluso, regresar a atenderse a su lugar de origen implica el reconocimiento de la eficacia de la terapéutica tradicional (Harris, 2001).

A pesar de la evidencia de que el alcohol por sí mismo no puede explicar la sobremortalidad, los datos indican que el problema existe, es severo y requiere intervención. Sin embargo, la investigación documentó ocasiones frecuentes de intoxicación y escasa disponibilidad de servicios junto con bajo o nulo empleo de aquellos disponibles.

En la producción antropológica ha tenido gran auge la corriente funcional al modelo médico oficial de forma total (por ejemplo, la mayoría de la antropología estadounidense) y lo que hace es usar cierto conocimiento sociocultural para facilitar el cumplimiento de los tratamientos médicos con pacientes "diferentes" y la administración de los servicios de salud (cómo hacer las cosas para que el usuario esté más satisfecho, sea permeable -sin cambiar el sentido del servicio- a las ocurrencias de los servicios de salud, entre otras. (Nervi, 2002).

El análisis de los niveles económicos y culturales contextualiza las prácticas de los sujetos no sólo para comprenderlas sino para pensar en su transformación. Cabe preguntarse, sino no se correspondería esta inclusión, de tener en cuenta niveles más estructurales, con el corrimiento que las ciencias sociales han de aportar para conformar esa mirada común creando un campo de indagación en el cual las disciplinas que conforman el equipo encuentren razones para comprender comportamientos culturales. De ser esto viable, el comportamiento disciplinar se reflejaría en la mirada micro, en las estrategias de conocimiento y metodológicas propias de la antropología que se han sostenido más allá de la instalación de distintos modelos teóricos.

Es importante tener en cuenta que el tratamiento de la alcoholización y/o la dependencia alcohólica deben ser congruentes con las formas de sentir, pensar, actuar, enmarcadas en la sociedad y la cultura. El tratamiento y la rehabilitación deben apuntar a retomar la perspectiva de un sujeto social dentro de su ambiente natural. El equipo de salud, sea formal o tradicional, debe reconocer la cultura y la organización social como contexto de la salud-enfermedad-atención. El tratamiento en sí mismo constituye un proceso cultural y un acto social que sólo tendrá éxito si está en armonía con su entorno.



Una de las condiciones indispensables para que el equipo de salud sostenga una mirada integral u holística que, hoy por hoy, se ve amenazada por el incremento de las especializaciones que se verifican en los diversos campos científicos, es delinear desde el aporte de sus especializaciones, una problemática común, que requiera el interés común, que ha de surgir de problemáticas particulares y no de los comportamientos disciplinares. Se piensa en lo necesario e importante de un trabajo en equipo hacia el logro de miradas más totalizadoras. Un pensamiento necesario, acerca de esto implica plantear que, cultura y salud como conceptos claves de distintas disciplinas, puedan potenciarse para el logro de estrategias complementarias en torno a la atención.

Para realizar este análisis se parte del criterio sociológico de relacionar la organización social y la proclividad de una cultura o grupo hacia el consumo de alcohol. La relación entre la organización social y la proclividad de una cultura hacia el alcoholismo se refleja en:

- El grado en que una cultura se ocupa en las necesidades de ajuste y las tensiones interiores de sus miembros.
- El tipo de actitud ante el alcohol que dicha cultura genera.
- El grado en que la cultura proporciona elementos sustantivos de satisfacción.

La inserción del proyecto en la organización natural de las comunidades, siguiendo el proceso participativo de toma de decisiones utilizado por ellas, así como la confianza generada durante el trabajo del grupo, facilitan el desarrollo de programas y estrategias con mayor aceptación y oportunidad. Por ello se hace indispensable el reconocimiento de esta enfermedad en el ámbito comunitario. Sólo así se lograría trazar una estrategia para la prevención y atención del problema.

Con este marco, se pueden esbozar algunas conclusiones referidas a la práctica médica relacionada con el consumo de alcohol: *a)* la práctica y el saber médico no cuentan con elementos teóricos ni técnicos que permitan solucionar y/o reducir significativamente el impacto de los efectos y consecuencias negativas generadas por el uso y abuso de alcohol; *b)* tanto los médicos generales como los especialistas, los profesionales tienen dificultades y escasas herramientas para detectar, diagnosticar, tratar y/o curar el “alcoholismo”; *c)* la mayoría de las instituciones médicas tienden a secularizar en su práctica esta problemática, dadas las dificultades que tienen y, sobre todo, por la escasa curabilidad obtenida; y *d)* los sistemas de representaciones sociales y técnicas de los médicos expresan estas dificultades y limitaciones.

Las perspectivas de la medicina se articulan con las objetivas limitaciones teórico-metodológicas de sus prácticas, lo que debiera conducir a la resignificación del problema, máxime cuando la enfermedad y la muerte están presentes no sólo en los datos estadísticos de la población sino en las representaciones profundas del alcohol.

Las idas y vueltas de las clasificaciones del “alcoholismo” en términos psiquiátricos (*Cf.* CIE y DSM, en sus sucesivas ediciones) expresan el dramatismo de una situación que no se resuelve y frente a la cual no sólo las instituciones, sino las propuestas teóricas evidencian confusión, ambigüedades, contradicciones y reiteradas retractaciones. Los sistemas de representaciones, la contradicción entre la “curabilidad” como meta y la eficacia real de los tratamientos, la imposibilidad de pensar al “alcoholismo” más allá de los estados “agudos” y/o “deteriorados”, la debilidad del concepto de dependencia que aparece en los últimos diez años como núcleo teórico fuerte para una parte significativa de las alternativas de atención (*Cf.* Cortés, 1988; Menéndez, 1986) deben ser considerados como limitantes teóricos y prácticos a partir de los cuales se debe “repensar el *alcoholismo*”.

En este sentido, si los enfoques antropológicos aportan elementos alternos para analizar y explicar el “alcoholismo”, en términos de proceso de alcoholización (Menéndez, 1987), las corrientes clínicas también deben replantear el problema.

Sin duda, una de las principales limitantes es que el “alcoholismo”, como padecimiento, no aparece como problema “importante” para las ciencias de la salud, sino como un asunto objetivado de la sociedad y de los sujetos. Si bien las perspectivas antropológicas hacen aportaciones teórico-metodológicas que se manejan a nivel de los conjuntos sociales y las corrientes clínicas intervienen básicamente en el nivel de los sujetos más allá de algunas situaciones reiteradamente autolimitadas, es desde los sujetos articulados a nivel de los conjuntos sociales que el problema debe ser repensado (Menéndez, 1991).

5.1.3.2. Desde la sociedad

A nivel manifiesto el “alcoholismo” es socialmente rechazado y, para ello, en la comunidad se ha establecido una serie de normas culturales que inducen al alcoholizado a modificar su comportamiento respecto del consumo de bebidas alcohólicas.

La percepción de un individuo proviene de su sistema cultural. Los aspectos que por un lado se refieren al consumo excesivo de alcohol como una enfermedad que puede traer consecuencias en el cuerpo y salud de un individuo, tienden a percibir el alcohol no como el problema en sí, el descontrol individual lleva a "agarrar la bebida"; en cambio, un bebedor que consume grandes cantidades hasta llegar a la embriaguez, pero que lo hace dentro de un contexto social específico, no es considerado como un enfermo ni es mal visto. Este acto social de beber promueve dos aspectos, por un lado los motivos válidos para beber relacionados con las ocasiones en donde se intensifica la vida social, una fiesta o durante el encuentro con un amigo y, por otro lado, los motivos no válidos para beber, cuando se tiene algún descontrol emocional y se bebe solo.

En la población de estudio, al igual que en otros contextos, pueden observarse una síntesis de elementos “populares” que intervienen en la interpretación y actividades respecto de la etiología, gravedad, diagnóstico y curabilidad del *alcoholismo*. Esta concepción en gran medida se expresa a través de la escasez de tratamientos específicos sobre todo en comparación con otros padecimientos considerados de igual o menor gravedad.

Según la tradición existe un tribunal del inframundo, un lugar mítico desde el cual está siendo vigilada la conducta del individuo en la vida terrena. Su comportamiento *“tendrá su premio o castigo cuando pase, camino al más allá”*.



Sin embargo, el individuo no necesariamente tiene primero que morir para pagar sus “malas acciones”. En vida puede sufrir serias represalias para tratar de normar socialmente su conducta, a través de una enfermedad, de un accidente, de la muerte de familiares cercanos, de la pérdida de la cosecha o de la “mala suerte”. Otra forma de castigo es la realizada mediante el sueño, que es interpretado en términos de fuerza, valor, salud o triunfo. A las personas que se beben de manera problemática y frecuente, se les explica que sus sueños, las enfermedades que padecen ellos o su familia, la escasez de recursos económicos, la falta de oportunidades de empleo, el “mal comportamiento” de sus hijos, etc., son situaciones de “castigo” debido a que está pagando su excesiva manera de beber. Así, la cosmovisión y las creencias religiosas o tradicionales permean la normatividad que de alguna manera rige y controla las prácticas de ingesta alcohólica en la comunidad.



De lo anterior se desprenden algunas alternativas populares como “ir a jurar” para no beber en un tiempo determinado. El juramento es frecuente en este tipo de sociedades porque está altamente relacionado con la religiosidad de la gente. El bebedor hace el juramento ante una deidad religiosa, un santo o una virgen, se deposita la fe como vehículo de cambio conductual, se pide fortaleza para lograrlo y se ofrece por la salud de los familiares y amigos. Asimismo, la familia del bebedor ofrece la oración y los sacrificios (dejar de comer pan, alimentos dulces, hacer caridad, no ver televisión, etc.) durante un tiempo “*a fin de obtener un milagro para que la persona que tiene problemas con la bebida deje de beber o toque fondo*”⁸⁵ (Ama de casa, Ixtlahuaca).

Yo conozco muchas personas que van a jurar a la virgen de Guadalupe y no toman. Pero también conozco a muchos que están

⁸⁵ En este contexto, “tocar fondo” implica que el individuo llegue a enfermarse, tenga un accidente o enfrente una situación adversa para que le sirva de lección y modifique su conducta o estilos de vida.

jurados y les importa poco; unos cumplen y otros no, hay muchos borrachitos que van y según piden permiso, o sea, van a jurar y luego van y le llevan un regalo al padre para que les deje tomar dos, tres días. Juran pero si tienen una invitación van con el padre y le dicen que les de permiso para echarse unas copitas, y le dan su limosna al padre. Eso no se vale; es pura conveniencia (Líder comunitario, Donato Guerra).

El alcohol sólo es curable si el enfermo quiere curarse; es curable con tratamiento médico y orientación; sólo si se trata a tiempo es curable. Los juramentos sirven un rato pero después quienes juran se desquitan de todo lo que no tomaron en uno o dos años y andan peor que antes. Lo mejor según yo, es la abstinencia total (Artesana, Almoloya de Juárez).

Por otra parte, el incremento del consumo de alcohol y la reformulación de algunas relaciones socioculturales con la embriaguez, evidencian modificaciones en las relaciones con el uso de la bebida. Una de las características de la “cruda”, por ejemplo, se refiere al “sentimiento de culpa”, lo cual constituye un interesante indicador del control social sobre las situaciones, formas y características del consumo. En este sentido, existen una serie de estrategias y acciones que siguen los individuos o los grupos familiares para solucionar o aminorar los efectos del consumo excesivo de alcohol. Cuando se preguntó a los familiares qué hacían para sobrellevar o solucionar estas situaciones de abuso en el consumo de bebidas respondieron en su mayoría:

- Acudir al centro de salud, cuando se trata de aliviar los efectos posteriores a un consumo excesivo o en los casos de cirrosis hepática.
- Los juramentos o promesas, hechas principalmente a la virgen de Guadalupe, en los que se ofrece no tomar alcohol durante un determinado periodo.
- Otro recurso fue tratar de que el individuo que se alcoholiza beba o coma determinadas sustancias que lo tornen dócil, para convencerlo de que deje de tomar bebidas alcohólicas.
- Una forma de respuesta popular se verifica también en el acelerado proceso de conversión religiosa que se observa en la población. Aunque no necesariamente la abstinencia se plantea como un objetivo en sí mismo, ésta resulta ser un efecto colateral: *“Que los católicos se coniertan en testigos de Jehová ha provocado cierta normatividad abstemia, que si bien no es totalmente eficaz, sí aminora el consumo, por una necesidad de reorganizar y reordenar ciertos patrones familiares de conducta”* (Médico, San Felipe del Progreso).

Las prácticas incluyen estrategias que no necesariamente responden a criterios explícitos; son modos de acción, organización y respuesta social e institucional que no sólo están referidas al saber desarrollado por la medicina, sino también a las prácticas de los conjuntos sociales, vinculadas en una relación activa de apropiación, reelaboración y reinterpretación (Grimberg, 1997). Retomando los conceptos referenciales, se han de mencionar las representaciones y prácticas

sociales, la perspectiva del actor, relativismos y homogeneidades, necesarios para abordar los fenómenos sociales.

Con el análisis y abordaje de estas dimensiones se ha de avanzar en lo que constituye la preocupación constante del equipo de salud: “por más que se informe, que se transmita lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer no se registran cambios en los comportamientos que afectan la salud de los individuos y sus grupos”. Esto es recurrente cuando se trata de los hábitos de consumo alcohólico. Tí vez convenga recordar la alerta metodológica mencionada por Menéndez (2002: 360), acerca de que las representaciones sociales no expresan isomórficamente a las prácticas aún cuando pueda haber cierto nivel de correspondencia entre ambas. La antropología, al menos la línea teórica que sostiene una mirada crítica, afirma que se debe estar alerta al realizar el registro etnográfico en mirar las discrepancias entre las representaciones y las prácticas.

Las investigaciones epidemiológicas y sociales dan cuenta consistentemente de que los conjuntos sociales suelen tener información (representación) sobre cuáles son los comportamientos que evitarían o reducirían las consecuencias negativas de determinados padecimientos, lo cual no se observa en las prácticas de esos conjuntos sociales (Menéndez, 1994). Este escenario, en el manejo de las representaciones sociales y prácticas, aporta elementos para comprender un comportamiento, con mayores insumos, de los que los informantes proporcionan, desde lo que saben, lo que piensan y desde lo que hacen cotidianamente; mismo análisis que puede estar dando cuenta de las contradicciones o de las distancias entre el discurso y las prácticas tradicionales implícitas en los consumos alcohólicos.

Yo sé que hace mucho daño el alcohol; más, si uno lo acostumbra cada fin de semana. A mi compadre se lo llevó la ambulancia porque estaba vomitando sangre de un día que se puso ‘hasta las manitas’. Aunque también se que de vez en cuando no hace daño; hasta ayuda a bajar el estrés o a descansar profundo antes de dormir... Sí no le miento, yo me echo mis traguitos con mi esposa a la hora de la merienda, pero claro, tres o cinco copas y nomás (Agricultor, Donato Guerra).

Este vacío de concordancia es el que habilita un espacio de trabajo para que el equipo de salud se plantee las preguntas que lo acercarán a respuestas más contextualizadas y reveladoras del por qué de ciertos comportamientos, a fin de comprenderlos y aceptarlos o de encontrar los argumentos necesarios y adecuados para promover y generar el cambio en pro de la salud y del bienestar social.

Para ello, deben presentarse dos condiciones básicas: por un lado, la participación de los sujetos (individuales y colectivos) cuyos hábitos y actitudes se consideran factibles de cambio y por otro, el enfrentamiento que el equipo de salud debe realizar con sus valores, sus representaciones y sus prácticas. Pasar de un modelo basado en la información y en la transmisión a un modelo que valore la reflexión, la participación y el cambio.

El ocultamiento, funcional o intencional, el desconocimiento de la causalidad por parte de los sujetos sociales no debe relevarse como la inexistencia de un problema. Esta posición que pone en primer plano la voz del sujeto, metodológicamente denominada “la perspectiva del actor”, se enlaza con lo anteriormente dicho, por un lado la expresión de la representación social, por otro, el total acomodamiento de las situaciones que para ese sujeto son tan cotidianas, tan normalizadas, que pueden ser de otra manera, tan obvias, que no amerita narrarlas porque para ese sujeto no cuentan significativamente.

Encontrar la causalidad de un problema, de un comportamiento implica cierta reflexión sobre él, a través de lo que antropológicamente se denomina un proceso de extrañamiento, un distanciamiento, cierta objetivación. Un equipo de salud puede llegar a explicarse las causalidades desde una aprehensión de los condicionantes estructurales o ubicarla en las diferencias moldeadas desde la cultura. La distancia entre ambas posibilidades corresponde a niveles ideológicos para sustentar el problema.

Una tercera condición reclama el tratamiento del relativismo, central en el desarrollo de la antropología, que implica el respeto y la valoración por toda manifestación cultural ejerciendo una descentración de los valores propios al momento de emitir un juicio valorativo. Si el respeto por el otro inmoviliza la posibilidad de cuestionamiento de algunas prácticas se frena el proceso de generación de interrogantes sobre el escenario. Desde un primer momento cuando el equipo reflexiona internamente sobre las limitaciones de sus actuaciones para poder concretar acciones de alto logro respecto a la eficacia terapéutica, se expone una actitud de reconocimiento, de dar lugar a lo que se presenta como diferente; es decir ya está facilitada por su propia representación social, una actitud relativista.

Sin embargo, los riesgos de tal actitud pueden conducir a un tratamiento homogeneizador del problema o su naturalización al interior del grupo o contexto, bajo la expresión: “ellos son así” “es parte de su cultura”. El hecho de considerar los puntos de vista, diversos al interior del grupo, acerca una situación dada puede arrojar patrones de comportamiento que posibilite caminos alternativos para abordar o acercar soluciones a lo que el equipo de salud prioriza como problema.

Las posiciones más críticas señalan la necesidad de trabajar las dimensiones macro y micro estructurales en forma articulada, como espacios para rescatar las estructuras de significado y la estructura social. Es decir, las acciones de los sujetos, lo que dicen y hacen, debe ubicarse en las condiciones que posibilitan su aparición en un momento dado. Para avanzar en este camino es fundamental tratar de interpretar, comprender y explicar las prácticas que se presentan como “incomprensibles” sin separar la dimensión cultural de la social.

Debe disponerse de criterios para generar una lectura de la estructura social que complete la perspectiva sobre la diferencia cultural con la dimensión de la desigualdad social a partir de lo étnico, del tener presente la ubicación de estos grupos en la estructura productiva, a nivel macro, y las articulaciones de poder que

se estructuran en los espacios productivos, desde un nivel micro. En estos espacios, se dificulta la instalación de la infraestructura básica para garantizar condiciones de salud. Uno podría preguntarse por qué esta insistencia, quizá obvia o superada en los ámbitos académicos, que el equipo de salud sume a la visión culturalista la perspectiva social: porque en estos ámbitos, ejercitar el relativismo cultural está incorporado, asociado o significado con los derechos humanos.



Otro espacio de reflexión, es pensar las acciones posibles que le permitan trabajar participativamente con los sectores involucrados, en aras de generar cambios en las prácticas sociales que condicionarán a su vez las representaciones culturales y los estilos de vida de la población.

En pro de una coherencia metodológica, habría que contextualizar estas posibles vías de acción en las dimensiones materiales de producción de las mismas. Plantear realmente las posibilidades de concreción, es equivalente a criticar los haceres médicos sin explicitar el sometimiento de las prácticas que realizan a la norma, lo que puede resultar un desafío. Cerrar con interrogantes lo que se inició de igual manera no debe parecer un producto recurrente sino la afirmación que la reflexión es parte de la indagación y del proceso del conocimiento social.

5.2. A manera de discusión: De la perspectiva biomédica al enfoque antropofísico de la alcoholización

En el umbral del siglo XXI, la sociedad enfrenta cambios notables en los estilos de vida y en aspectos que van de lo político a lo económico y de lo cultural a lo social. El desarrollo y la dinámica del mundo en general, y de cada sociedad en particular, reflejan sus consecuencias en los ámbitos individuales y colectivos.

La alcoholización y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención, no escapan a ello. Son una manifestación más de dichos cambios. En la actualidad, el panorama epidemiológico se está modificando, matizando el perfil de morbilidad y mortalidad que se caracteriza por el incremento en la esperanza de vida al nacer, disminución de la mortalidad general y decremento de la mortalidad materno-infantil, así como por el desplazamiento de las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, la ubicación de enfermedades cardiovasculares y accidentes como ascendentes, y el surgimiento de nuevas enfermedades como el SIDA y la drogadicción, propias de los “modos de vida” de una sociedad “moderna” e industrializada.

Algo muy importante de destacar en la modificación del panorama epidemiológico, es que antaño y no hace mucho tiempo, el paciente podía decir: “estoy enfermo”, en tanto que con las nuevas enfermedades la afirmación es “vivo enfermo”, ejemplo de ello son las personas que padecen cáncer, diabetes, alcoholismo, etc., en las que, una vez que aparece la enfermedad, en la mayoría de los casos, sólo hay posibilidades de mejorar las condiciones de vida y no de recuperar plenamente la salud.

Al parecer, la dinámica de las ciudades es un nuevo factor que coadyuva al surgimiento de las adicciones, lo que constituye un motivo de preocupación, dada su tendencia creciente y alto costo social.

La complejidad del fenómeno se debe a su multicausalidad, a la que se agregan la diversidad de prácticas de consumo, el individuo que las consume, los ámbitos particulares y el medio general en que se presenta la alcoholización.

Definitivamente, el problema de las adicciones (para el caso: al alcohol), no es una situación nueva para nadie, puesto que desde tiempos muy remotos el hombre ha consumido sustancias psicoactivas con distintos fines (religiosos, mágicos, curativos). El sentido y la extensión del consumo de estas sustancias tóxicas ha sido diferente en cada época aunque sin duda, en la actualidad, tanto por sus causas como por sus repercusiones, es un grave problema social y de salud, que está adquiriendo nuevas dimensiones.

Dentro de distintas sociedades el uso de alcohol presenta aspectos sociales, culturales y biológicos muy diversos, con elementos, en apariencia, totalmente contradictorios. Por ejemplo, el discurso biomédico ha tendido a enfatizar como un grave problema al consumo excesivo de alcohol; mientras que diferentes

perspectivas antropológicas, han definido diversas funcionalidades del alcohol, como un factor facilitador y de cohesión dentro de un colectivo social.



El alcohol, como se ha venido mencionando, es una sustancia química caracterizada por una serie de propiedades cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que lo utilizan. La bebida alcohólica puede generar algunas consecuencias patológicas a nivel físico y/o psíquico en función de las características de la sustancia (grados de alcohol, “calidad”, dosis, etc.), del contexto donde se presenta el consumo (festivo, ritual, “de escape”, etc.) y del individuo que la bebe (equipamiento biológico que incluye edad, sexo, peso corporal, estado nutricional, salud-enfermedad, etc.), aunque cabe precisar que la mayoría de los efectos negativos son producto no del alcohol en sí, sino de las condiciones construidas socialmente.

En este sentido, entre los factores más relevantes que afectan a los hábitos de consumo de alcohol de la población conviene destacar los siguientes:

- El uso de alcohol está ampliamente generalizado en la sociedad y, en particular, entre los jóvenes quienes lo consumen de manera explosiva.
- Existen dos patrones de consumo de alcohol diferenciados entre adultos y jóvenes. Mientras los adultos realizan una ingesta de bebidas alcohólicas de forma más o menos regular a lo largo de la semana, vinculada a las comidas y a ciertos acontecimientos sociales, los jóvenes concentran la ingesta de grandes cantidades de alcohol en las noches del fin de semana, en grupo.
- Aunque los jóvenes concentran mayoritariamente la ingesta de bebidas alcohólicas en el fin de semana, un número creciente de ha comenzado a incorporar el consumo de alcohol en el repertorio de sus costumbres diarias.
- Se constata el incremento de la presencia femenina entre la población

consumidora de alcohol, lo que se traduce en un proceso de progresiva equiparación de hábitos de consumo entre hombres y mujeres, especialmente perceptible entre los grupos de edades más jóvenes, si bien las cantidades de alcohol ingerido continúan siendo mayores entre los varones (Villatoro, 2006).

En el caso de los países occidentales, la complejidad social dominada por la especialización económica, ha tenido un enorme incremento en el número y en la variedad de bienes y servicios; ha mejorado la calidad a un nivel más allá de la medición, y ha hecho que ahora se pueda producir a una velocidad sin precedentes.

Esto es tan válido para los bienes y servicios relacionados con el alcohol como para los demás. Además, la complejidad también ha traído como consecuencia una estratificación horizontal y vertical, una actitud de ignorancia y desinterés por parte de los grupos de la sociedad, extrema interdependencia entre grupos e individuos, el surgimiento del dinero como un factor de control de la interacción humana, y un individualismo marcado por el poder incrementado de cada persona y por el poder disminuido de grupos de interés diverso o íntimos, así como de la familia y comunidades a pequeña escala (Bacon, 1991). Con respecto al alcohol y su relación con los sujetos, estas concomitantes de la complejidad social han:

- Eliminado tres funciones del alcohol que tenían cierta importancia en la sociedad tradicional: valor nutritivo, valor medicinal y valor ritual-religioso.
- Determinado la necesidad de mecanismos integradores personalmente significativos de la sociedad. El grupo de recreación es importante, pero no excluye otro tipo de reuniones. La función del alcohol de deprimir ciertas inhibiciones, ansiedades y tensiones, permitiendo la relajación, tiene una importancia que va en aumento porque puede contribuir a este proceso.
- Incrementado el estrés de los individuos por cumplir nuevas exigencias. La función depresiva del alcohol se vuelve más significativa, desde el momento en que estas presiones están directamente relacionadas con la interacción humana.
- Creado una red de relaciones, actividades, riquezas, posición social, etc., que se mueven alrededor del proceso productivo y de comercialización del alcohol, generando un conjunto de factores que no estaban en la sociedad simple y que no se relacionan con las propiedades fisiológicas o psicológicas del alcohol.
- Aumentado la necesidad, si la sociedad quiere sobrevivir, de la aguda discriminación, del cuidado, de las respuestas exactas, del ritmo, de la cooperación y de la aceptación de responsabilidades. Bebiendo de manera excesiva, el alcohol puede deteriorar toda esta "funcionalidad".
- Contribuido a que el control social sobre el comportamiento no estrictamente segmentado en una u otra institución se vuelva una tarea extremadamente difícil. La ingesta de alcohol y sus efectos no sólo están presentes en una institución o patrón de comportamiento, sino que se infiltran a través de todo: la propia ingesta es un área arbitrariamente organizada de recreación individual. Así, el control del comportamiento alcohólico ahora es más complejo que antes.
- Ahora, el individuo tiene una dificultad social mayor para integrarse a grupos e ideas de manera satisfactoria; asimismo, posee un poder de elección personal y pertenece a asociaciones menos estrictas, más especializadas y menos

gratificantes. La ingesta excesiva de alcohol puede destruir rápidamente esa participación en las sociedades complejas de lo que ocurre en los grupos más generales y más íntimos de las sociedades tradicionales. Por tanto, el poder del alcohol para deteriorar la personalidad se incrementa en la sociedad compleja.



Con este panorama, la complejidad de la sociedad es un factor significativo en las relaciones hombre/alcohol; incrementando los riesgos para el individuo y su contexto. La complejidad social ha venido a añadir nuevas fuerzas y motivaciones para la producción, distribución, consumo e impacto de las bebidas alcohólicas, y ha disminuido el poder de los agentes de control que en algún tiempo fueron eficaces.

5.2.1. Abordaje biosociocultural de la alcoholización en poblaciones mexicanas indígenas

En las etnias mexicanas, estamos ante un panorama complejo por su pluralidad y por la situación social, económica y política que viven dichas poblaciones que, entre otros males, tienen el grave problema del consumo exagerado de alcohol y la falta de atención gubernamental, lo cual complica el estado de cosas, sobre todo si tomamos en cuenta que, además de las bebidas comerciales, las etnias mexicanas producen al menos 172 fermentadas de las cuales el 87% lo constituyen bebidas con contenido alcohólico y solamente el 13% no contienen esta sustancia que altera el sistema nervioso central y, al ser una droga por tal razón, lo deprime, desinhibiendo al sujeto y permitiendo la liberación de sus impulsos reprimidos, lo cual constituye quizá una de las poderosas razones por las cuales se explica que el hombre consuma alcohol desde siempre (Berruecos, 2001b).

Para enmarcar el presente trabajo resulta necesario retomar los resultados de la investigación documental correspondiente, para afirmar que se trata de una primera aproximación al problema mediante el enfoque que aquí se propone, es decir; se considera un estudio exploratorio. Las limitaciones se solventan con la inserción exhaustiva en aspectos teórico-metodológicos propios de la investigación científica.

Partiendo de los postulados de la antropología física se investigaron aquellos procesos que a nivel social, median las influencias de los usuarios de alcohol en "sus ambientes". Es decir, se trató de conocer las complejas formas conductuales en que dichos sujetos beben, lo que posibilita el diseño y operatividad de estrategias de intervención tendentes a la prevención del consumo problemático de bebidas alcohólicas, desde sus propios escenarios.

Se presentan las bases empíricas en las que se sostiene el análisis y se describe el contexto social y real en que se usa el alcohol en la comunidad de estudio. Esta posible metodología es compartida por los investigadores más comprometidos con los hechos que con las abstracciones.

Desde la fenomenología se puede delimitar qué aspectos son considerados por cada grupo social como patológicos, no sólo en el sentido biomédico, sino también en su relación con la estructura y la dinámica social, que en todo caso, impondrá sobre ellos ciertas restricciones o no, relaciones y representaciones, atribuciones y creencias, formas de percibirlos y curarlos, etc.

Los procedimientos empleados en este estudio están encaminados a lograr una articulación de los fenómenos vinculados al consumo de bebidas alcohólicas que se observan en las comunidades mazahuas. En primer lugar se intentó elaborar una epidemiología sociocultural de la ingesta de alcohol a través de los datos obtenidos de registros biomédicos, clínicos y gubernamentales; por otro lado, a partir de la caracterización de los procesos de enfermedad que reconocen y significan los

propios grupos sociales contruidos por medio de entrevistas, los cuales muestran la percepción del propio actor social, que se refiere a la descripción y entendimiento de lo observado desde la perspectiva del sujeto que vive la experiencia, propone concebir a las enfermedades o mejor dicho, a los “padecimientos” como categorías culturales y como un grupo de eventos relacionados también culturalmente. Así, la investigación etnográfica, permite relacionar la conducta observada con lo que el sujeto social manifiesta acerca de ella y los elementos que aluden a la forma en que la cultura influye sobre los aspectos biológicos en el ser humano.

La etnografía, en tanto método de investigación antropológica, permite una comprensión global de los dominios de estudio de una comunidad o grupo en particular, a partir de la descripción de los aspectos fundamentales que los constituyen, para lo cual se hace necesario un proceso metódico que implica la elaboración y aplicación de procedimientos, técnicas, herramientas e instrumentos de investigación a partir de un proyecto biosociocultural integrado. Un estudio etnohistórico radica en la investigación social, se refiere a una situación concreta, se trata de arribar a conclusiones generales. Esto difiere de discusiones teóricas y olvidan las situaciones concretas del acontecer cotidiano.

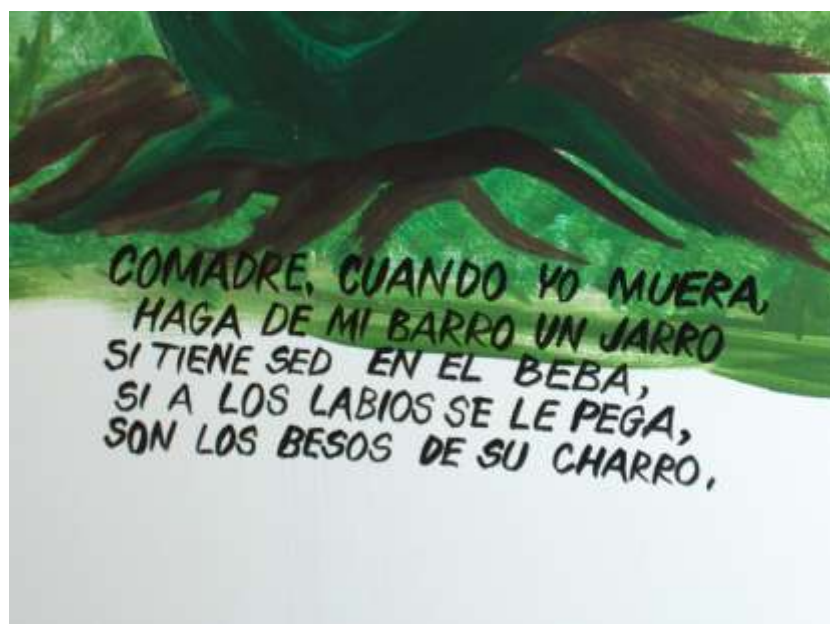
La construcción de la realidad contextual en que se desarrollan los padecimientos, para el caso, el alcoholismo, así como sus consecuencias en la salud y la interacción social, requiere de la integración de conceptos y metodologías que permitan establecer las múltiples condiciones y tendencias de su impacto. Para ello, se retoma de la antropología médica el eje ordenador de investigación: el concepto salud-enfermedad-atención, que ha sido propuesto como un objeto de investigación inclusivo, un proceso diferencial en el que se integran las dimensiones económicas, políticas, culturales, biológicas y simbólicas; en el que se expresan tanto los saberes profesionales como los populares, en una relación de dominación y resistencia por lo que se denominan “saber hegemónico” y “saber alternativo” (Menéndez, 1990).



La propuesta de esta disciplina sobre el reconocimiento de los factores y condiciones que dirigen el comportamiento de las enfermedades en las poblaciones, propone constituir un análisis sintético, donde confluyen los datos procedentes de los especialistas, la información específica de curanderos del lugar y los saberes del sentido común construidos socioculturalmente a partir de los propios sujetos, lo que hará posible una construcción real de los padecimientos que aquejan a las poblaciones, con sus delimitaciones regionales (en términos de mortalidad, morbilidad, fecundidad y comportamiento migratorio), culturales (historias, tradiciones, costumbres, etc.), familiares (organización para la subsistencia, parentescos, roles) e individuales (edad, sexo y experiencia de vida).

Una etnografía, desde la perspectiva de la antropología física, enfatiza la importancia de las determinaciones relacionadas con la biología, la cultura y la vida social de los sujetos; en este sentido, proporciona elementos que permiten comprender las diferencias en la experiencia de la salud y la enfermedad en diferentes grupos e individuos sociales:

- La experiencia corporal es diferencial entre los sujetos, y constituye significados y saberes, a partir de los cuales se ordenan y dan sentido las prácticas de atención a la salud, en un tiempo y espacio determinados, en que se inscriben los valores, las creencias y las normas sociales subjetivadas.
- El comportamiento de los padecimientos en una determinada población está condicionado al contexto específico y es diferencial al interior del propio grupo de acuerdo a determinantes sociales, como el grupo doméstico, la ocupación, la escolaridad y los rasgos físicos como la edad y el sexo de los sujetos.
- Algunas prácticas y representaciones en torno a la alcoholización están mediatizadas por construcciones socio-simbólicas diferenciales entre los colectivos y por las percepciones que han sido matizadas por los cursos y trayectorias de vida individuales.



El proceso de salud/enfermedad/atención es uno de los campos de la vida cotidiana donde se organizan y desarrollan numerosas simbolizaciones y técnicas de la vida colectiva, respecto de procesos que son decisivos, no sólo para la producción sociocultural, sino para la reproducción biológica de los grupos sujetos sociales; además, es parte intrínseca de la constitución de la subjetividad, ya que gran parte se va dando e instituyendo a través de la experiencia del padecimiento. Este proceso es parte sustantiva de las formas de estar en el mundo que no se reduce a la situación del sujeto, sino que, a través de la muerte, la enfermedad y la curación, refiere a las condiciones de asimetría, desigualdad y hegemonía/ subalternidad dentro de la cual los sujetos y grupos viven y mueren (Harris, 2001).

Dicho proceso descrito a través de los sujetos que padecen una enfermedad específica, posibilita la búsqueda y encuentro de la articulación entre este actor y las condiciones estructurales que operan en una sociedad. Recuperar esta articulación constituye un objetivo de la antropología que tiene como referencia el orden cultural y económico/político dentro del cual se desarrolla la enfermedad, junto con la experiencia, el dolor y el desgaste que implica potencialmente todo padecer.

Las sustancias como las bebidas alcohólicas han sido y siguen siendo componentes importantes de los procesos de automedicación y auto atención; ya sea como remedios empíricos o como elementos simbólicos en múltiples rituales sociales, hasta el punto que han adquirido una entidad específica, desconocida antes y que no se asocia sistemáticamente con los citados procesos.



El uso de alcohol es una práctica que se ha estigmatizado a través de la construcción del problema y su impacto negativo en la salud y en la vida social de los individuos y sus colectivos. Este estigma es contextual y puede tener diversos grados dependiendo de si se trata de drogas “legales” o “ilegales”, del ambiente macro y micro social, de la situación, de la etapa histórica y de desarrollo biológico, etc.

Desde el vínculo que existe en el estudio de los usos de drogas y los problemas asociados, y como resultado de la evaluación de distintas teorías y metodologías empleadas para dicho fin, en un informe de la OMS (2004) se exponía que, en relación costos-beneficios, entendidos estos últimos como una mayor cantidad y calidad de información, se deberían priorizar aquellas siguiendo la siguiente jerarquización:

- Recopilación y cotejo de las informaciones ya existentes
- Estudios basados en informantes clave
- Estudios basados en observaciones directas (etnografía)
- Encuestas a poblaciones generales
- Encuestas a poblaciones específicas
- Sistemas de notificación.

En el campo de las adicciones, la etnografía tiene algunas ventajas. Este distanciarse del sentido común para realizar un trabajo científico significa, en este caso, superar la barrera de la estigmatización, al mismo tiempo que otra, quizás más sutil pero igualmente engañosa, como plantear una serie de cuestiones “a resolver”. En el caso de una etnografía del consumo de alcohol o drogas, una vez situados en su contexto, se debe aprender a interpretar los actos en los términos de la cultura. Su consideración, no como etiquetas andantes, sino como sujetos con las cuales se desarrollan relaciones de afecto, simpatía, atención curativa, etc., lo que permitirá sobrepasar los prejuicios o categorías dominantes al respecto, para entender mejor, a través de la complejidad de los discursos concretos, la lógica de sus comportamientos, actitudes y padecimientos.



Los métodos etnográficos se relacionan con los procesos de descripción “profunda” de una cultura. Son una aportación fundamental de la ciencia antropológica, que deviene también en técnicas y herramientas diversas. Tienen un

carácter descriptivo-comprensivo asociado al nivel empírico. Se interpreta en busca de significaciones. La etnografía se identifica como una descripción densa; lectura de un hecho para conocer la jerarquía de estructuras significativas socialmente establecidas (Cf. Rodríguez *et al.*, 1999). A la etnografía se le propone como modo alternativo de investigación que se va construyendo sobre la marcha, con determinadas líneas orientadoras, en donde se ubican las estructuras discursivas como fragmentos de la cultura (Palerm, 1984). Su objetivo es la comprensión de la realidad desde el punto de vista de los sujetos de estudio, a fin de describir las vivencias, experiencias y hechos cotidianos (valores, ideas, prácticas, representaciones, etc.) de los grupos culturales. Aprende el modo de vida de una unidad social concreta (escuela, familia, barrio, etnia, entre otras) para la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social.

Desde esta posición, se puede apreciar el significado que tiene consumir bebidas alcohólicas y persistir en ello, aunque en ocasiones generen gran cantidad de problemas (físicos, relacionales, jurídicos, etc.); el gran número de sujetos y grupos que consumen de maneras muy distintas, heterogeneidad que queda enmascarada detrás de la etiqueta estigmatizadora o de normalidad social, cuando este consumo es secreto; la lógica de sus recorridos asistenciales para intentar dejarlas o resituarse respecto a estas. Lo que se denomina dependencia tiene aspectos farmacológicos que hay que integrar en otras variables que los condicionan y modifican y que configuran realmente un determinado estilo de vida: técnicas de uso en medios muchas veces muy negativos, expectativas culturales sobre los efectos y lo que se consigue siendo “adicto”; la adquisición de una determinada identidad, la identificación con ciertos pares y colectivos o con situaciones vividas, rituales específicos, uso peculiar del tiempo y del espacio, etc.



La perspectiva etnográfica, por su propia naturaleza, implica gran capacidad de análisis de los procesos institucionales como parte implícita en el problema. Sin embargo, hay grandes ambigüedades en el requerimiento de la etnografía por parte de los gestores públicos. Acuden a esta para aspectos más bien puntuales, todavía no forman parte del acervo sistemático de investigación que debería acompañar a toda gestión; en ocasiones porque se tiene que ir más a contracorriente de una cultura supuestamente científica, especialmente en la perspectiva impregnada de positivismo numérico. Y no es que la etnografía no pueda colaborar en las políticas de control social, incluso de manera más sutil y eficaz cuando se trate de grupos específicos pero, desde este punto de vista, también tiene más riesgos y, en definitiva, está más legitimado gastarse el dinero público en formas de investigación más aparentes que, independientemente de sus virtualidades, den la sensación de que se está haciendo algo realmente serio para enfrentar al problema.

Así, valorar las posibilidades y los límites de la etnografía o situarla como eje de discusión teórico-metodológica, en un momento histórico de profundas transformaciones socioculturales y de transición política conlleva a poner de relieve la importancia de las condiciones locales con relación a los procesos macrosociales, y por tanto, referirse a la construcción del conocimiento y a las repercusiones que esta pueda tener en dichas condiciones, en el marco de la interdependencia entre los distintos aspectos de la vida social.



5.2.2. Aportaciones para el diseño de políticas públicas y servicios de atención del uso problemático de alcohol en poblaciones étnicas

En las sociedades actuales, donde coexisten formas y pensamientos diferentes, la tolerancia y la solidaridad con los más desprotegidos son valores a la alza para diversos sectores sociales que ayudan a que el resto de la sociedad entienda y admita los programas que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida de los que son diferentes (Parlamento Defensor del Pueblo Andaluz, 2002: 14).

El abuso de alcohol y drogas, así como sus consecuencias, son problemas dinámicos, con orígenes múltiples, que afectan diferencialmente a los, también diversos, grupos sociales. En la época actual, el consumo de sustancias se ha diversificado de modo considerable debido a la aparición de nuevas drogas, otros patrones de consumo y múltiples perfiles de usuarios; además de su gravedad, del amplio abanico de población a la que afecta y de las dificultades que entraña el manejo de todos los factores que la originan y mantienen (Ferre, Sánchez y Salvador, 1991). También es posible delimitar contextos, grupos y sujetos que, por sus condiciones o estilos de vida, se tornan más vulnerables ante el inicio, mantenimiento o aumento del consumo. En general, se observan cambios importantes en diferentes aspectos relacionados con lo que se ha definido como el fenómeno adictivo:

- La rápida expansión en las formas de consumo, sobre todo de ciertas sustancias que se extienden entre los sectores juveniles.
- La alarma social que las drogas producen en ciertos sectores y que puede provocar respuestas irracionales.
- La existencia de una economía asociada al dinero procedente de las drogas, que es dirigido a determinados estratos sociales y económicos, y que llega a impedir la toma de decisiones para subsanar la situación.
- Un problema de salud pública que emerge alrededor de las sustancias y de los efectos, y que llega a afectar a grupos de población significativos.

De esta forma, el consumo de drogas deja de ser una situación-decisión personal o de minorías, para convertirse (como era previsible a partir de los matices históricos, culturales y sociológicos del último siglo) en un problema sanitario de gran relevancia para las masas. Esto conlleva a la aceptación de determinadas sustancias y de sus usuarios, o bien, a su rechazo social al valorar la drogadicción como consecuencia indeseada de una costumbre social ilegal, punitiva y rechazable. Es decir, se ha producido una controversia, nuevas dimensiones y un consecuente cambio en la percepción social de las drogas y su consumo, que en nada se parece a condiciones anteriores.

Con este panorama, es insoslayable apuntar que el abordaje de las adicciones requiere de aproximaciones capaces de “aprehender” y dar cuenta de esa naturaleza cambiante, a fin de proporcionar las bases para la investigación, las intervenciones preventivo-terapéuticas y la valoración de las mismas. Este análisis de la realidad

debe concluir con nuevas propuestas capaces de acercar, por un lado, el problema a la sociedad y, por otro, de mejorar las respuestas que se han dando ante este nuevo panorama.

Conocer la realidad del fenómeno adictivo resulta complejo porque implica abarcar distintas aristas y perspectivas. No obstante, a partir de numerosos estudios y esfuerzos que se han realizado, tanto en el plano internacional como en el nacional y local, hoy día existe una evolución de las ciencias que permiten aproximarse al problema de forma crítica, comprensiva y constructiva.

Cabe señalar que dentro del tema de las drogas, la prevención tiene un lugar privilegiado debido a que, a partir de una lógica de costo-beneficio, es más conveniente invertir en acciones tendentes a evitar el consumo de drogas y sus daños concomitantes que gastar grandes cantidades de recursos en tratamiento.



Es necesario que todo programa siga una estructura lógica y plausible que demuestre la coherencia de los diversos contenidos de la intervención. En la práctica, consiste en el desarrollo de un plan de implementación basado en principios operativos de coherencia interna. Es decir, un plan integrado por elementos cuya relación responda a criterios de necesidad y complementariedad, organizados temporalmente con una serie de procedimientos cuya secuencia permita el avance real de una fase a la siguiente.

La atención del consumo de drogas debe dirigirse hacia metas concretas, con base en el conocimiento riguroso del problema real, las necesidades y las características de la población y del contexto de intervención.



Para que una intervención sea eficaz debe conocer el fenómeno o problema asociado sobre el cual se va a intervenir; comprender el fenómeno en el contexto y sector donde se presenta; diseñar un plan de acción con objetivos claros y medibles; definir una metodología de intervención para alcanzar los objetivos; coordinarse con otros programas o servicios; integrar el programa en la estructura del servicio; planificar la instrumentación del programa; diseñar un sistema de información permanente e incluir un componente de evaluación (Alvira, 2000).

Todo programa debe partir de un conocimiento del problema sobre el que se requiere intervenir y de un diagnóstico de necesidades que tenga en cuenta el contexto específico donde se va a aplicar, las características de la población destinataria, etc. La intervención a partir de un contexto definido, permite abordar a los diferentes actores que integran dicho contexto, lo cual incrementa la posibilidad de desarrollar una atención integral. Cada contexto implicará para la intervención diferentes potencialidades, dificultades y estrategias.

En los últimos años, la atención de las adicciones ha tenido una reestructuración importante tanto a nivel teórico como metodológico, debido en gran parte, al constante desarrollo de estudios epidemiológicos; la evaluación de los distintos modelos teóricos que se han planteado; la evaluación del impacto de planes estratégicos y políticas preventivas de carácter global; y el todavía incipiente desarrollo de la investigación básica. Como resultado de estos estudios, en la actualidad se dispone de prototipos de programas cuya eficacia respecto a otros o a la no intervención, está clara y consistentemente probada (Sloboda y Bukoski, 2003; Becoña, 2004; Alonso Sanz *et al.*, 2004). Así, la evidencia científica tiene un papel fundamental en la planeación, diseño, implementación y evaluación de las intervenciones preventivas. Partir de esta base permite conocer el origen del fenómeno y entender los diversos comportamientos respecto al consumo de drogas;

elementos que sirven como referente para saber dónde, en qué, por qué y cómo se tienen que desarrollar los programas.

Los fundamentos teóricos y científicos están hoy en día suficientemente desarrollados y definidos como para disponer de un canon de prácticas y elementos recomendables. No hay más espacio para intervenciones instintivas o abiertas a opiniones personales sobre lo que podría o no, funcionar.

Por otro lado, desde una perspectiva del uso social de drogas como construcción de las identidades, se puede decir que han llegado a crear “estados alterados colectivos”. Este uso social ha dejado de tener su práctica contestataria a nivel de conglomerados. Para el caso, el alcohol, crea y recrea espacios imaginarios y muestra que la realidad no es como usualmente la platican o, más aún, como regularmente se representa. Las atribuciones se crean dependiendo del tipo de consumo, del vínculo social en que esté inmerso y del equipamiento físico y emocional que tengan los individuos y sus estructuras sociales. El alcohol tiene un valor simbólico, en tanto que a través de su uso tienen acceso a códigos que permiten el ingreso a los universos y registros imaginarios de tales o cuales grupos de referencia y pertenencia. El uso de drogas en grupo y en el marco de la cultura, crea vínculos intersubjetivos porque se resignifica y recrea la realidad como tal, se intercambian representaciones y construyen estados afectivos que se comparten y se transforman.



El uso de bebidas alcohólicas pone de manifiesto la identificación y unión entre los integrantes de un colectivo. Por medio del consumo se establecen contactos de solidaridad y comunicación. El alcohol es otro elemento más que materializa el gusto de ser parte de un grupo, tener estilos “prohibidos” por la sociedad; ser semejantes en la transgresión o en el disfrute. Con el consumo "se liberan" de las presiones familiares, escolares, laborales, sociales, políticas y

económicas. Las bebidas se usan en rituales de socialización y convivencia. Con su ingesta, se invierte simbólicamente el poder político y represivo, de manera semejante a la función del lenguaje que refleja poder, autoridad, leyes.

En este sentido, el consumo de alcohol adquiere un carácter cultural que se torna universal por ser la práctica donde, independientemente de sus características, roles, creencias, pertenencias, etc., confluyen existencias diversas en torno a un bien cargado de significados. El referente situacional de consumir alcohol en grupo y en una situación específica, se constituye como el vínculo entre el lugar y el tiempo que el sujeto se hace para sí mismo y para los demás, no sólo para que vivan una especie de subcultura, sino para que la comunidad y la sociedad los ubiquen, mediante el intercambio de modas, signos, ideas, música, valores y relaciones de amistad; creando procesos de convivencia cálidos, fraternos, familiares, de pertenencia e identidad, que posibilitan un vínculo con la entidad social.

La situación de consumo de alcohol es el escenario de interacción social que va introduciendo y/o reforzando en cada uno de los participantes, concepciones de quiénes son, qué han sido, cuáles son sus posibilidades de acción; fundamenta la memoria colectiva de quien elabora y garantiza su supervivencia, continuidad y multiplicación como grupo. Es decir, se van configurando universos distintivos que se concretan en lazos afectivos (*cuates, compas, valedores, amoríos*), música, baile, bebidas, adscripciones políticas y artísticas, o simplemente una forma de compartir el tiempo para estar juntos sin ocupaciones, intercambiar la intensidad, libertad, decisiones sobre su vida y su muerte, cultos, mitos, ritos, modelos, valores, subversión, encuentros y desencuentros que conjugan diferentes sentidos y significados de la vida social.



Es importante anotar que los procesos de alcoholización reflejan la identidad de un individuo y de su grupo. El consumo de alcohol se vive, percibe, apropia y

construye, evoca diferentes aspectos relevantes de la interacción, tales como la pertenencia, el arraigo, identificación cultural y organización social, siendo la salud, el padecimiento y su atención, un común denominador de quienes se reúnen *“para beber un trago y romper con la cotidianeidad que a veces tanto pesa”* (Campesino, divorciado, Ixtlahuaca).

El uso de alcohol ha sido analizado desde diferentes perspectivas; en la presente, transcurre el supuesto de que ahí se construye la vivencia y su sentido; que es vivido a partir de la posibilidad de compartirlo y reconocerlo en ritos, imágenes y discursividades. No sólo se refiere a una dimensión material sino también, de orden interactivo y simbólico.



Las funciones del alcohol se intersectan con lo público, en el sentido de la actividad humana propia, en tanto tener control sobre un lugar, un evento o una situación específica. Encontrar un sitio firme y seguro donde situar la vida parece ser condición necesaria para el ser humano.

El consumo de alcohol y sus condiciones forman parte de la existencia, porque toda actividad, en tanto que implica dinamismo y relaciones, contiene elementos biológicos, culturales y estructurales, que envuelven y simbolizan al ser y al estar en el mundo.

Sin embargo, frente a experiencias de vida que llevan la huella de crisis y carencias, el consumo de alcohol parece ser asumido como un reducto social que permite expresar una disidencia afectiva, por escasamente estructurada que ésta sea. En el fondo, destaca la búsqueda de un ámbito alterno en el que nuevos sentidos se apoderan de las experiencias cotidianas de los grupos poblacionales en cuestión.

Si algo resalta en este abanico de preocupaciones, es el carácter estimulante y productivo de los fenómenos socioculturales que surgen en torno al uso de sustancias psicoactivas con sentidos varios. Ante este panorama, es indispensable recrear un sujeto social que desarrolle sus capacidades inherentes y recree sus mecanismos de interacción, que disponga de respuestas cada vez más funcionales ante el medio que lo rodea. Un sujeto que puede crearse en nuevas y más variadas opciones de vida, en otras formas de transacción con el entorno imaginario, social y natural, que se hace posible al potenciar los patrones conductuales y formas tradicionales de existencia, para contar con sujetos activos, capaces de interactuar satisfactoriamente con sus adversidades, que conlleve al desarrollo entendido como un proceso capaz de satisfacer las necesidades apremiantes sin comprometer el bienestar de los demás. Una propuesta que se deduce de tales reflexiones es el hecho de desarrollar programas que posibiliten la calidad de vida y optimicen la participación social para la preservación y promoción de la salud, empleando el capital social para el beneficio mutuo y el bien común.



Los esfuerzos y las medidas sanitarias generales y particulares para evitar padecimientos físicos o mentales continuamente fallan, entre muchas otras causas, por la imposibilidad de saber cómo enfrentarse a las características psicológicas, pautas de comportamiento, estilos de vida y formas culturales de la población. Este desconocimiento impide conformar planes y estrategias de intervención que regularmente, chocan con la cultura y con las maneras peculiares de representación y reacción de los distintos sectores poblacionales, grupos y comunidades. Regularmente, las recomendaciones de protección y las campañas de salud que se difunden en los medios masivos, con sus argumentos, escenas y lenguaje caen en un vacío social y, por consiguiente, son poco entendidas y atendidas por la población. La falta de conocimiento de los valores, actitudes, percepciones, pensamiento y tradiciones básicas, genera diversos errores de interpretación del contenido, la forma y las ideas que deben expresarse para que resulten eficaces.

La cultura se manifiesta como un subsistema complejo que genera tradiciones, costumbres, usos sociales y valores, que permite la integración de las instituciones básicas de la sociedad y su aceptación por los diversos grupos sociales. Establece relaciones de intercambio con los demás subsistemas societarios, proporcionando a través de los procesos formales e informales de la socialización, la legitimación de las normas, procesos y estructuras, de fines y medios de las instituciones que los constituyen. Es una estructura de influencia que liga a las distintas generaciones que se suceden históricamente, produciendo el sustrato fundamental de la cohesión social, al moldear las aspiraciones, expectativas, sentido del tiempo y del espacio, así como los modos de vida y de relación interpersonal.



Pérez Tamayo (2007) menciona que una de las actividades absolutamente necesarias de la medicina es aumentar los conocimientos que contribuyan a diagnosticar y tratar a la población que padece. La salud no es patrimonio de los médicos; se requieren modificaciones reales en las condiciones de vida de las poblaciones marginadas de nuestro país. En los últimos años, los esfuerzos para alcanzar mayor cobertura y calidad de los servicios médicos son importantes; sin embargo, aún prevalecen algunas dificultades que se hacen patentes en la relación médico-paciente y en la falta de acceso a los servicios básicos de salud.

Si bien es importante avanzar en la provisión de servicios de salud, sobre todo en las comunidades marginadas de nuestro país (aumentar el número de personal médico, clínicas, hospitales y mejorar la dotación de medicamentos); paralelamente resulta esencial diseñar e instrumentar planes de salud que integren las concepciones, conocimientos y prácticas curativas de estos grupos sociales.

La reforma de la política global de drogas debe conllevar necesariamente una democratización, una descentralización de competencias, la que se está presentando como una urgente necesidad para solucionar otros problemas globales. Los

conceptos en los que ha de basarse una nueva política de drogas serían muy válidos para una globalización distinta a la que vivimos hoy en día.

La base de cualquier política en materia de alcohol y drogas debe ser el derecho a gozar de todas las condiciones para tener salud, para vivir y desarrollarse. Proteger a los individuos no debe ser tarea de políticos, jueces o policías, sino de instancias sociales y sanitarias.



Además, la producción, la comercialización y el consumo de sustancias tóxicas representan una cadena global con muchos riesgos de manipulación de un sector a otro, debido a la enorme diferencia de potencial financiero entre países ricos y pobres y la dependencia que esto genera. Debe haber una instancia internacional verdaderamente independiente que controle, tanto la calidad de los productos, como la garantía de precios justos al productor y al consumidor. Tal sistema evitaría automáticamente los daños ecológicos de una sobreproducción en los lugares de origen y los riesgos sanitarios de una disponibilidad de drogas adulteradas en los lugares de consumo. El objetivo no sería eliminar el mercado negro, pero sí de reducirlo a un nivel mínimo.

En torno a la racionalidad, en algunas comunidades indígenas aún persiste una sabiduría en cuanto al uso racional de las sustancias, que hay que recuperar. Hace falta mayor investigación e inversión en los usos benéficos de las drogas naturales tales como la hoja de coca, el *cannabis* y el opio, usos que sirvan a la humanidad. Por otro lado, habría que estimular a los usuarios a establecer asociaciones y otras formas de intercambio de información, para que estos conocimientos pasen de un consumidor a otro. Estas asociaciones podrían jugar un papel importante en la prevención del uso irracional e irresponsable, sobre todo entre los que recién empiezan a consumir.

Por otro lado, el acceso legal a sustancias como el alcohol, por ejemplo, no significa una disponibilidad sin límites; los principios de la moderación en el uso de sustancias que pueden resultar dañinas son compatibles con la reducción de riesgos. Justamente, los mismos consumidores pueden participar en la búsqueda de formas, que no sean represivas ni paternalistas, para aminorar el uso problemático o perjudicial.



Asimismo es importante aprender a manejar con pragmatismo los comportamientos que no se consideran “normales” debido a que esto puede contribuir a humanizar nuestras sociedades. Muchos de los conceptos que forman esa normalidad se han convertido en instrumentos de poder empleados para ocultar una realidad distinta.

En los últimos años ha ido siendo cada vez más obvio que la reducción de riesgos y la prohibición de las drogas son principios opuestos. Es imposible reducir los daños dentro de un sistema en el que estas están prohibidas. Se requieren reformas legales para terminar con la persecución de los afectados por el tabaco, alcohol y las drogas en todos los países del mundo; de lo contrario, la reducción de riesgos no dejará de ser un concepto cosmético, un discurso vacío, una legitimación al régimen que aumenta los daños que supuestamente quiere reducir. Una política que tolere e integre el consumo, reduciendo sus riesgos de una forma humana, debe poner en práctica la libertad del individuo para elegir su propia forma de vivir, la igualdad entre las personas sin importar su clase social u origen geográfico, y la

fraternidad definida como actitud natural de respeto entre grupos e individuos, dando un nuevo sentido a la solidaridad.

Dentro del desarrollo conceptual generado para sustentar los modelos de atención del consumo de drogas, resulta común que la palabra “riesgo”, implique un carácter negativo, algo no deseable que debe evitarse. Resulta paradójico verificar que para otras ópticas, el riesgo es considerado como un valor positivo, atractivo y altamente significativo para algunos grupos (Vidal, 2006). El riesgo por sí mismo no implica un sentido positivo o negativo; la connotación se adquiere desde una representación sociocultural que conlleva valoraciones subjetivas en torno a un evento u objeto. El concepto de “riesgo” tiene un carácter polisémico; puede adquirir diferentes significados dependiendo del enfoque teórico desde el cual se conciba. Asimismo, la noción de riesgo se ha desplazado a casi todos los ámbitos de nuestras vidas.

Desde la teoría sociológica contemporánea, la sociedad de riesgos ha constituido un referente importante para tratar de explicar distintos fenómenos en el marco de una sociedad globalizada. Ulrich Beck (1986, 2002), lo refería como el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana.

Actualmente existe un creciente interés por delimitar y modificar el riesgo, aún cuando en ocasiones se admite que el riesgo nunca puede ser calculado en su totalidad. De ahí que se señale que nuestra sociedad, pese a todos sus avances tecnológicos, no es un mundo más seguro, sino un entorno más fiable. Por tanto, cuando se hace referencia a la reducción del riesgo, sería más indicado argumentar que de lo que se trata es estar más cercano a la fiabilidad que a la seguridad.

Los programas de prevención tienen como objetivo central anticiparse al hecho, es decir, evitar el uso de sustancias o bien, posponer su inicio; sin embargo, hay contextos sociales en los que el consumo ya está presente, y en donde la prevención como tal, no logró anticiparse por diversas circunstancias, como la elevada oferta o disponibilidad de sustancias, la frecuente publicidad del uso, las condiciones culturales de normalización del consumo en algunos grupos poblacionales, entre otras.

En este tipo de escenarios, el abordaje del problema parte de considerar la presencia del uso y abuso de sustancias psicoactivas en la dinámica de la vida cotidiana y busca alternativas que permitan poner en práctica una serie de estrategias orientadas a reducir el impacto de dicho consumo en el individuo y sus ambientes, y aminorar las problemáticas vinculadas; por ejemplo, estabilizar física y mentalmente al usuario, informarlo sobre las consecuencias del uso continuado o abusivo, dotarlo de elementos que le permitan reducir los efectos psicosociales de su consumo y afrontar eficazmente las situaciones de riesgo que le acompañan.

La propuesta de reducción de riesgos, trata de ofrecer información objetiva sobre los efectos a corto, mediano y largo plazo de la ingesta de drogas; los posibles

daños y, si es el caso, sobre las formas de evitarlos o reducirlos. Este enfoque no minimiza los riesgos del consumo, aunque tampoco trata de exagerarlos ni recurre al miedo o la manipulación y trata al usuario como una persona con poder de elección sobre su conducta.

Para instrumentar las estrategias de reducción de riesgos y daños asociados al consumo, es necesario retomar algunos elementos teóricos que aluden a la vulnerabilidad y el riesgo, entendiendo al riesgo como la probabilidad de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de cierta población expuesta a situaciones adversas específicas (Nichter, 2006), en donde los miembros del “grupo de riesgo”, al realizar razonamientos comparativos o por cuestiones de índole cultural o personal se perciben (o son percibidos) o no, como particularmente vulnerables a un padecimiento o situación emergente.

Por su parte, los términos vulnerable y vulnerabilidad son utilizados frecuentemente en la investigación sobre salud, predominando en ciertos temas como las catástrofes naturales, hambrunas, VIH-SIDA y salud mental. Se afirma:

La vulnerabilidad hace referencia a un estado o situación donde el sujeto es blanco del riesgo, peligro o daño; es decir, está ubicado en una posición de desventaja en comparación con los demás. Depende de la exposición a un daño o riesgo (qué tanto está expuesta una persona), el conocimiento que se tiene sobre el riesgo, peligro o daño y la capacidad (recursos internos) para enfrentar el riesgo, peligro y/o daño (CIJ, 2009a). Algunos otros elementos que marcan la vulnerabilidad de los individuos son: la predisposición genética, la enfermedad crónica, la conflictividad personal en la familia, el trabajo o la escuela.

Entonces, el nivel de riesgo está en función del número y variedad de los factores de riesgo existentes; en cambio, la vulnerabilidad se precisa como el lugar de desventaja que ocupa una persona o grupo, dentro de la comunidad o sociedad frente al posible uso y abuso de sustancias tóxicas. Así, los grupos vulnerables son poblaciones específicas definidas por los factores de riesgo que las caracterizan y el nivel de vulnerabilidad que estos implican.

La investigación ha demostrado que los individuos que consumen drogas, por ejemplo, han pasado por un proceso de vulnerabilidad permanente que consiste en la acumulación de riesgos individuales, colectivos y sociales, que redundan en un estado de estrés psicosocial, que pasa desapercibido por la familia, la escuela y la comunidad. Este estrés acumulado es una adversidad que no se puede reducir y simplificar diciendo, por ejemplo, que es consecuencia directa del abandono familiar, de la disponibilidad social de la sustancia, de la falta de opciones para el uso adecuado del tiempo libre, del escaso crecimiento personal derivado de la marginación y la pobreza (Castro *et al.*, 2007).

Con este marco, algunas prácticas en materia de prevención distinguen a la población vulnerable de la no vulnerable y aplican distintas medidas dependiendo de estos criterios, como si se tratara de un diagnóstico fijo y, aun más, asumiendo que las personas fueran tan conscientes de su vulnerabilidad como para pedir ayuda por sí mismos.

Con respecto a la población consumidora parece razonable insistir en las políticas de reducción y, de ser posible, en la eliminación de los riesgos y daños⁸⁶. El modelo de reducción de riesgos y daños ligados al consumo de drogas es un marco conceptual que engloba a todas aquellas estrategias que tienen como objetivo disminuir de una manera jerárquica y variada los efectos negativos del uso de drogas, definiéndose como “el conjunto de medidas sociosanitarias individuales y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas” (Minno, 1993). Para comprender esta noción es necesario enmarcar esta propuesta (política, teórica y metodológica) en el devenir histórico.



Esta visión alude a “grupos vulnerables” para hacer referencia a grupos que, por su condición biológica, están expuestos a ciertos daños a la salud física (mujeres embarazadas, menores de cinco años, etc.). Dentro de esta misma noción se considera que otros grupos sociales son vulnerables por los “estilos de vida” que adoptan en razón de una condición particular (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de drogas, personas en situación de calle, etc.). También dentro de este mismo enfoque se habla de la “vulnerabilidad *ex-post*” haciendo referencia a los grupos que después de presentar una situación específica ésta los hace más

⁸⁶ Daño es todo aquello que supone menoscabo, detrimento o pérdida de algo valorado positivamente, es decir, de un bien. Si el riesgo hace referencia a la eventualidad de un daño, entonces lo que está en riesgo siempre es un bien, aunque lo que inmediatamente se tematice, sea su daño.

susceptibles a otros daños (diabéticos, niños con desnutrición, seropositivos al VIH, migrantes, etcétera) (Granados, 2002).

Es preciso destacar que el riesgo y la vulnerabilidad no son una condición estática, sino un estado complejo, variable y transitorio que en un momento o situación diferencial puede afectar a cualquiera. Esto obliga a considerar dicho criterio para el abordaje diferenciado en cualquier tipo de intervención preventiva.

La vulnerabilidad no es ni una circunstancia adquirida por los individuos ni una disposición inherente, sino precisamente una situación dinámica en la que han sido "ubicados" y en ese sentido, no son vulnerables sino, más precisamente, "han sido vulnerados". Por tanto, es necesario sustituir el término "grupo vulnerable" por el de "socialmente vulnerados" en virtud de que la noción predominante de vulnerabilidad entraña dificultades ideológicas que tienen implicaciones prácticas, culturales y políticas (Granados, 2007).

Sin embargo, existen diversas posturas sobre la definición de estos conceptos; en general, se acepta que tales nociones adquieren particularidades importantes según sea el fenómeno de salud al que se haga referencia; por lo que es más conveniente afirmar que existe una gama de vulnerabilidades y poblaciones que, en un tiempo, una condición y un espacio determinado, se hallan en situaciones de vulnerabilidad.



Enfoques reduccionistas y esencialistas consideran a la vulnerabilidad en salud como casos o situaciones de excepción que son consecuencia de la pérdida de equilibrio entre el individuo y su medio, en donde el primero se ve expuesto a un mayor riesgo (vulnerabilidad ex post), también hacen referencia a una condición que aunque normal o fisiológica, hace más susceptible al individuo ante los daños a la salud. Pero, en este enfoque se corre el riesgo de perder de vista la inseguridad

como una situación estructural que no sólo incrementa los riesgos en salud, sino que además, genera condiciones inequitativas de soporte social y disminuye las capacidades de los individuos para enfrentar situaciones de riesgo. La consecuencia práctica de un enfoque esencialista es la minimización de la responsabilidad del conjunto social para ofrecer a sus miembros, condiciones iguales para el desarrollo de sus potencialidades, así como la minimización del ejercicio público del poder para brindar la seguridad y el soporte social adecuado (Granados *et al.*, 2007).

Algunas definiciones más heurísticas de vulnerabilidad, aluden al proceso por medio del cual los individuos generan recursos para afrontar los riesgos cotidianos sobre los que no tienen control, en tal caso se estaría aludiendo a grados de vulnerabilidad. En esta noción además se reconoce que en el contexto, hay situaciones y procesos sobre los cuales la acción individual requiere además de transformaciones colectivas que modifiquen las condiciones generadoras del riesgo. Así, es vulnerable quien sufre inseguridad, pero ésta es una situación provista por el soporte social y regulada por la acción colectiva (Delor y Hubert, 2003).

La vulnerabilidad debe conceptualizarse como una dimensión estructural del concepto de riesgo, que más que atenerse a la probabilidad estadística de que ocurra un evento negativo en salud, se enmarca en un conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas, colocan a individuos y grupos en situaciones que pueden limitar su capacidad para responder efectivamente a los riesgos (Granda, 2005). Implica un análisis comprensivo de cómo la percepción de vulnerabilidad está íntimamente ligada a determinados modos de vida, cuya concreción, a pesar de manifestarse en forma individual, mantiene un origen eminentemente social. Por ello, su análisis estructural implica la inclusión de variables antropológicas y etnográficas que otorguen contexto a las variables numéricas presentes en las mediciones epidemiológicas. La vulnerabilidad, más que responder a condiciones meramente objetivas, asume que las personas son capaces de transformar sus percepciones y conductas de acuerdo a diversas experiencias y condiciones dinámicas de vida, en una perspectiva de la subjetividad y la identidad como agencia, bajo la cual responden de formas dinámicas y complejas ante situaciones similares.

Este enfoque de vulnerabilidad social conlleva a identificar cómo se conforman y cuáles son las "desventajas acumuladas" y/o "ventajas compartidas" de individuos y grupos, con las cuales enfrentan el esfuerzo cotidiano de vivir en condiciones adversas, evidenciando resultados diferenciales cuando se enfrentan problemas que impactan su salud al interior de un contexto histórico y dinámico. La vulnerabilidad sólo puede entenderse si se ubica en un contexto de relaciones desiguales, que reproducen o construyen situaciones injustamente diferenciadas, como ocurre con la clase social, la etnicidad y el género y sus manifestaciones económicas, laborales, políticas, ambientales y culturales. La combinación de procesos históricos y la construcción cotidiana de las inequidades conllevan la posibilidad de que individuos de un mismo grupo social padezcan a su vez en magnitudes distintas las consecuencias de los procesos de salud/enfermedad, frente a los cuales se encuentran en mayor o menor posibilidad de gestionar la atención de sus problemas.

La vulnerabilidad es un fenómeno multidimensional. Tiene su origen tanto en las tendencias económicas, como en la insuficiente cobertura de diversos servicios sociales y en el debilitamiento del tejido social. Puede surgir como consecuencia de la concatenación de uno o varios factores económicos, sociales, culturales y ambientales, que se complementan, potencian e interrelacionan para propiciar una creciente sensación de riesgo, inseguridad e indefensión en vastos grupos de personas, familias y sectores de la población (Balsam *et al.*, 1992).

La vulnerabilidad social se manifiesta a lo largo del curso de vida de las personas. Las personas están expuestas a distintos tipos de vulnerabilidad en el transcurso de su vida, que tienen origen también en la pertenencia a grupos definidos, sea por su condición étnica (indígenas), de salud (discapacitados y enfermos crónicos), o por su ubicación geográfica (habitar en comunidades aisladas y dispersas, zonas de alto riesgo para desastres naturales, asentamientos urbanos donde marginados o inaccesibles, etc.) (Delor y Hubert, 2003).

Las acciones exitosas retoman el enfoque de vulnerabilidad psicosocial. Todas las referencias recientes de estudios efectuados con poblaciones de estudiantes mexicanos y de comunidades marginadas indican que la experimentación con drogas puede predecirse de forma significativa por otras conductas de riesgo en las áreas de salud, consumo de sustancias por familiares y amigos, sexualidad, empleo, escuela, actos antisociales, estilo de vida y eventos negativos significativos en ésta. Las adicciones no deben concebirse de manera aislada, sino en su interacción y variabilidad con otras conductas de riesgo. Debe actuarse con la continuidad y oportunidad que los cambiantes fenómenos de vulnerabilidad psicosocial requieren.

La intención de ir generando, no sólo un discurso sino una reflexión teórica más idónea en este campo, implica pensar a la “vulnerabilidad” no como una condición esencialista, sino como un proceso construido socialmente que se enmarca en los procesos más complejos de la determinación social de la salud-enfermedad-atención (Granados, 2002). Hay grupos que presentan mayores riesgos y daños que otros y, al mismo tiempo, enfrentan mayores dificultades para resolver sus problemas de salud en virtud de un contexto sociocultural que los ha hecho susceptibles a tales riesgos, daños y problemáticas.

Sin duda, la intervención capaz de incidir en el riesgo acumulado es diferencial. Implica estar preparado para afrontar exitosamente el riesgo acumulado y los estados de vulnerabilidad a los que, como sujetos sociales, vamos estando expuestos en el curso de la vida, en los procesos de interacción y en los contextos o grupos de socialización y desarrollo (Bukoski, 2003; Castro *et al.*, 2007; Delor y Hubert, 2003; Balsam *et al.*, 1992).

El enfoque riesgo/protección, como política de atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, debe partir del conocimiento científico e información empíricamente contrastada, a fin de explicar por qué unas personas abusan de dichas sustancias mientras que otras no lo hacen; es decir, explicitar qué tipo de

riesgos están presentes en un grupo social, en un contexto, bajo ciertas condiciones y en determinadas circunstancias de tiempo, lugar y diversidad (Bry, 1996).

En este sentido, los objetivos de la prevención se pluralizan, agrupándose para efectos de análisis en dos vertientes (Alvira, 2000):

- a) Aquellos objetivos orientados al “no consumo”, que consideran medidas para:
 - Reducir la disponibilidad (producción, distribución, venta y oferta) de las sustancias.
 - Formar a las personas para que no necesiten consumir alcohol u otras drogas.
- b) Los objetivos que se dirigen a la eliminación o reducción de problemas, que incluyen estrategias para:
 - Capacitar a las personas para que, aunque las consuman, no abusen.
 - Reducir los problemas de las personas que consumen.

La atención de adicciones retoma la propuesta de reducción del daño (entiéndase a nivel fisiológico) y disminución de los riesgos (psicosociales), la cual parte del principio de que “la mejor manera de limitar los problemas relacionados con el consumo de drogas, es mejorar las condiciones de vida y, por tanto, aceptar el hecho de que consume, en lugar de tratar de evitarlo” (ENCOD, 2001: 89).

Esta aproximación es una alternativa humanista, orientada socialmente y más eficiente, donde el primer interés es proteger la salud de los usuarios y mejorar la realidad psicosocial. Los denominados “programas de reducción de riesgos” constituyen el marco de los diversos planteamientos de actuación que en los últimos años han pretendido dar una respuesta ante las diferentes problemáticas asociadas a las formas de uso de ciertas drogas, a las patologías concomitantes y a las conductas de riesgo (Márquez y Póo, s/f).

Originalmente, la investigación sobre reducción del daño y/o riesgo demostró, por ejemplo, su eficacia para disminuir la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre usuarios de drogas inyectables como resultado del acceso a material esterilizado. Comenzó a utilizarse a fines de 1980, como respuesta a la aparición de un creciente problema de infección por VIH y hepatitis entre los usuarios de drogas parentales (UDVP). Actualmente, se acepta el hecho de que el uso de drogas permanece a pesar de las diferentes estrategias vigentes utilizadas; se reconoce también que algunas medidas de prevención han tenido efectos no deseados, de aumentar los daños asociados a dicho consumo. Así, la reducción de riesgos y daños se ha establecido como una política social que tiene como objetivo prioritario: disminuir los efectos negativos producto del consumo de drogas, pretende la prevención de los daños potenciales relacionados más que la evitación del uso de estas sustancias. Específicamente, lo que se pretende es priorizar aquellos objetivos que permitan disminuir los efectos contraproducentes del uso de drogas. Si se ha elegido consumir, que sea con la mayor seguridad y los menos riesgos posibles. Se

trata de ofrecer planteamientos más pragmáticos y menos sujetos a moralismos alejados de la realidad.

Los programas de reducción de riesgos, por tanto, se pueden definir como un conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos o sociales) asociables al consumo. Estas medidas y estrategias tienden a diversificar la oferta asistencial, desarrollando nuevas modalidades terapéuticas o nuevos dispositivos de carácter psicosocial (Márquez y Póo, 1998). Incluyen una amplia variedad de estrategias y mecanismos, por ejemplo, cambiar las sanciones legales asociadas al uso de drogas; mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; modificar la conducta de los usuarios de drogas a través de la educación; reorientar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas, entre otros. Lo relevante de estas estrategias, es la atención en los "efectos secundarios" del uso de drogas, considerando a estos no sólo como aquellos que se producen por la propia naturaleza de las sustancias psicotrópicas ("efectos primarios"), sino también a los efectos consecuentes a las respuestas sociales que se generan ante dicho uso y sus respectivos costos sociales (Cymerman, 2003).

Desde esta perspectiva, los consumidores no son los únicos actores sociales a los que van dirigidas las acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños, es decir, deja de ser un problema individual (el del consumidor) y se convierte en un tema de interés colectivo, que incluye a la sociedad, y que integra a las drogas legales y a las ilegales.



Los enfoques de reducción de riesgos y daños suponen un auténtico cambio de paradigma en la forma de abordar el fenómeno del consumo de drogas, en tanto que aportan una nueva perspectiva, un replanteamiento del problema y de la postura

que se toma ante él. Asumen, que una parte importante de la población seguirá consumiendo sustancias como lo ha hecho a lo largo de la historia y que, “desde una perspectiva de salud, la abstinencia no puede ser el único objetivo trabajable” (Rovira e Hidalgo, 2003: 92).

El objetivo, por tanto, pasó de ser la erradicación de las drogas (concebidas hasta entonces como intrínsecamente dañinas) a la reducción de los problemas asociados a su consumo. Las directrices de actuación se enfocan, en consecuencia, a capacitar a los usuarios para un consumo de menor riesgo para ellos y para los demás, entendido esto, no como un mal menor ante la realidad de un consumo que no podía ser abordado de otro modo, sino como el servicio a un colectivo de personas que legítimamente y con pleno derecho ha optado por consumirlas (Bernabeu, 2002 en: Márkez y Póo, 1998).

De acuerdo con Iñaki Márkez y Mónica Póo (*op. cit.*), las políticas, dispositivos socio-sanitarios y estrategias de intervención para la reducción de los daños y riesgos, están perfiladas hacia “la reducción de la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red asistencial y dispositivos de salud, y mejorar la calidad de vida. Algunos de los principios que determinan la filosofía y la práctica de la reducción de daños y riesgos, enlistados por Márkez y Póo (*op. cit.*) son:

- Se debe aceptar que el consumo de sustancias psicoactivas es una característica de la historia de la humanidad.
- La decisión de consumir alcohol, tabaco y otras drogas ha de ser respetada y aceptada reconociendo su responsabilidad, competencia y capacidad.
- La atención se desplaza del consumo hacia los efectos y consecuencias determinadas por las formas de uso (Marlatt, 1998; Des Jarlais *et al.*, 1993).
- El consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multidimensional, con una diversidad de conductas relacionadas (Marlatt y Ttapert, 1993; CCSA, 1996; Des Jarlais *et al.*, *op. cit.*).
- El daño asociado al consumo es concebido desde una perspectiva multidimensional (Newcombe, 1992) afectando al usuario de drogas, su red social próxima o el entorno social amplio, y produciendo daños sobre la salud así como impactos sociales y económicos.
- Las desigualdades sociales y múltiples formas de discriminación (racismo, sexismo, etc.) afectan la vulnerabilidad de las personas y su capacidad para disminuir los daños (De Andrés, 1998) y comportamientos más saludables.
- Favorecer la participación de los usuarios de drogas en el diseño de programas de actuación, reducir los daños asociados al consumo, y actuar como agentes de salud (De Andrés, 1998; Des Jarlais *et al.*, 1993; De Andrés, 1996) debieran ser imprescindibles en cualquier política de reducción de riesgos y daños.
- La cooperación entre profesionales, gestores de las políticas de salud y personas afectadas favorece la implementación de respuestas adaptadas a la realidad objetiva de la problemática socio-sanitaria que representan las adicciones.

Actualmente, estos programas se han convertido en un movimiento global que se ha extendido a muchos países, particularmente de Europa Central y la zona sur de América, basando su enfoque en el reconocimiento de los derechos humanos y las responsabilidades personales de los consumidores (Erickson y Hathaway, 2003). En nuestra sociedad, es importante reconocer la naturaleza, la magnitud y las aristas de las adicciones en nuestra sociedad, considerando a la reducción de riesgos y daños como una alternativa para reforzar habilidades, áreas y ámbitos de vida del consumidor y de sus grupos sociales; de ser así, en un plano metodológico, resulta indispensable evaluar las necesidades y demandas de la población más vulnerable en diferentes contextos, mediante la instrumentación de procesos de detección temprana, que brinden solidez y justifiquen cualquier tipo de intervención, a fin de potenciar su aceptación y sus resultados.

El alcoholismo, al igual que otros fenómenos sociales y de salud en las condiciones de vida de los indígenas, plantea retos complejos. No hay información sistemática ni focalizada desde y hacia los indígenas. Los modelos de estudio, de intervención y de evaluación desarrollados requieren de un enfoque intercultural y de la intervención de expertos en la cuestión indígena.

Las acciones de promoción, protección y prevención tienen una amplia cobertura en las poblaciones indígenas. Sin embargo, se requiere enfatizar en el enfoque intercultural y ampliar las bases de empoderamiento, a través de redes de organizaciones comunitarias que consideren usos y costumbres, así como material, personal y servicios adaptados a la cultura local (Menéndez, 1992).



Si se diseñaran nuevas políticas públicas en la materia, varias serían las tareas que corresponden tanto al gobierno como a la sociedad civil, que pueden agruparse en cuatro rubros que, si de verdad se quiere atender el problema, no pueden posponerse más: investigación, capacitación, prevención y atención curativa.

Así, sería importante que se destinen más recursos a la investigación, no sólo de corte clínico o biomédico en torno a los patrones de consumo de la población, sino en materia psicosocial y antropológica, focalizando grupos socialmente vulnerados como los indígenas, de los cuales poco se conoce con precisión (Medina-Mora, 1998a; Berruecos, 1994b).

Además, resulta fundamental destinar esfuerzos a la capacitación de personal que atienda el problema y lo sepa investigar: el asunto de las adicciones es un tema muy complejo que requiere no sólo de capacidad investigativa sino también, de conocimientos amplios del problema y del contexto. Aún son escasos los especialistas que conocen realmente qué son las adicciones y en particular, al alcohol, su impacto en el organismo y cómo debe atenderse a una persona que presenta síntomas de esta enfermedad; lo cual refleja la urgencia de formación de recursos humanos en este campo (Belsasso, 2001).

Por su parte, la prevención, constituye sin duda alguna la herramienta más barata, la de mayor alcance y de mejores resultados, no se ha implementado en nuestro país más que por grupos aislados con buenas intenciones pero quizá sin el conocimiento científico y el impulso necesarios. Las campañas y demás estrategias preventivas deben hacerse a varios niveles, en diferentes momentos y escenarios, con contenidos variados y acordes a la población a la que se destinan y, sobre todo, con mecanismos de seguimiento y evaluación que midan los resultados positivos y negativos de las mismas y desde luego, de manera coordinada (CESAAL, 1991, Narro-Robles, 1994 y Tapia, 1994). Actualmente existen diversos modelos preventivos que deben incrementarse, coordinarse y monitorearse para potenciar sus esfuerzos.

El tratamiento y la rehabilitación de aquellos que han contraído la enfermedad, no es tarea nada fácil si se retoman las estadísticas de recuperación que se logran a pesar de los variados tratamientos que existen. Abundan los que dicen tener en sus manos el tratamiento ideal y a veces hasta mágico, muchas de las veces nada científico, y que se basa en creencias, tradiciones, modas y mercadotecnia aprovechando la necesidad del familiar y/o del paciente de recurrir a lo que sea con tal de encontrar alivio. Es sorprendente ver la cantidad de personas que anuncian sus servicios como terapeutas o especialistas y que en realidad no tienen dicha capacitación. Lo anterior quizá existe como una respuesta de la sociedad ante la ausencia de programas oficiales de tratamiento y rehabilitación específicos en el sector salud, lo cual implica que un enfermo de alcoholismo, si no cuenta con los recursos necesarios para su atención, seguramente caerá en situaciones como las descritas (Menéndez, 1989).

En esta lógica, los resultados de la globalización se patentizan, tales como la polarización del ingreso, el desempleo y la exclusión social especialmente para sectores vulnerables. Puntos clave para el éxito, entre los que se encuentran los siguientes:

- La identificación de problemas específicos que se deben abordar y el cambio de comportamiento que podría aminorar el problema. Es necesario identificar a los actores clave en cada nivel de decisión, desde las personas hasta las autoridades normativas.
- Familiarizarse con teorías sólidas del comportamiento y aplicarlas al diseño de los programas de promoción de la salud.
- Realizar investigaciones con los actores clave y analizar en conjunto sus resultados; comprender los factores subyacentes al problema de salud, y los posibles incentivos y obstáculos para lograr cambios.
- Solicitar a los interesados identificar personas como modelos de comportamiento que muestren conductas positivas (actitudes saludables y resilientes que difieran de la norma social), que puedan incorporarse al programa para promover sus objetivos.
- Esforzarse por crear ambientes constructivos mediante diálogos normativos, actividades de abogacía y capacidad técnica instalada. Estar preparados para hacer partícipes a otros sectores que puedan influir en la adopción de estilos de vida saludables.
- Organizar intervenciones multifacéticas, que aborden tanto comportamientos específicos como factores contextuales, dirigidas a las autoridades normativas, a los intermediarios y grupos estratégicos y a los beneficiarios directos.
- Utilizar las vías de comunicación identificadas mediante investigación que permitan entrar en contacto con públicos clave, para enviarles mensajes coordinados que se refuercen entre sí, y establecer oportunidades de diálogo a nivel comunitario.
- Establecer asociaciones para ampliar o adaptar las intervenciones que brinden mejores resultados y poder replicarlas en otros contextos.

La capacidad para abordar los problemas más graves de salud a nivel mundial, depende de lograr cambios de comportamiento a todos los niveles (individuales, familiares, comunitarios, institucionales y normativos). Afortunadamente, las teorías del comportamiento y el éxito logrado en iniciativas de cambio de comportamiento han mostrado el camino. Con voluntad política y con recursos suficientes es posible adaptar y ampliar los programas exitosos, y emplear enfoques novedosos para lograr mejoras significativas en la salud.

En este sentido, resulta conceptual y técnicamente ineficaz considerar la enfermedad como una irregularidad fisiológica cuando en realidad se trata de un hecho social; por lo que se propone reflexionar sobre la salud en términos globales. Enfermedad y pobreza (falta de recursos e información, además de marginación) son inseparables y se retroalimentan. Las desigualdades de origen étnico, género y “estrato social”, junto con la exclusión social favorecen la existencia de grupos vulnerados o de riesgo. Desde una perspectiva general, este es el caso de los grupos indígenas del país que, por sus condiciones y modos de vida, son vulnerados ante los problemas de salud, de los que no excluye el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

La consideración de la salud desde un enfoque más global e integral obliga, por un lado, a detectar los impedimentos que dificultan crear condiciones de salud mundial y, por otro, a buscar vías y diseñar estrategias más oportunas para superar los obstáculos, alcanzar la salud y garantizar la calidad de vida.



Es necesario tener en cuenta quién y desde qué instancias se definen los problemas de salud. Y, sin duda, para definir los problemas tienen que incorporarse a quienes los padecen. En caso contrario, no sólo se produce un “secuestro de experiencias culturales”, sino que difícilmente se resuelven los problemas porque la gente no se siente implicada, no entiende, no colabora y de ello resultan más efectos colaterales que estrategias reguladoras para aprender a vivir con los problemas.

Conviene recoger con técnicas etnográficas las fórmulas de desarrollo y las intervenciones a las que los países optan según sus necesidades pero también requerimientos culturales, sean religiosos, conocimientos populares, tradiciones, etc., que sin duda desempeña un papel fundamental en la aceptabilidad de las innovaciones, y de acuerdo con esos principios no todos los grupos culturales definen y aceptan los cambios en las prácticas sanitarias y alimentarias de la misma manera. La primera responsabilidad es la supervivencia, que no quiere decir ni conservadurismo ni inmovilismo, sino mantener la integridad del sistema ecológico y cultural.

En este punto es importante insistir en la relevancia de la medicina tradicional. La medicina tradicional, presente en las civilizaciones del México prehispánico, persiste y sigue vigente como parte fundamental del sistema social de las comunidades indígenas, como parte de su acervo cultural y forma de entender la vida. Es un conjunto de representaciones, ideas, creencias y prácticas con las que interpretan el fenómeno salud-enfermedad y estructuran prácticas y acciones en la atención de su salud.

La etnomedicina o antropología médica no sólo aporta saberes a otros sistemas terapéuticos, sino también sobre la eficacia psicológica de las prácticas rituales, los efectos de placebo, que aportan seguridad al paciente y bienestar físico y psíquico a la colectividad. No hay que desestimar tampoco el carácter dinámico de las prácticas tradicionales ya que en contacto adoptan con facilidad al uso de medicamentos considerados en su doble perfil de útiles y prestigiosos. Es necesario estudiar estas combinaciones de sabiduría tradicional e inteligencia científica para evitar el descontrol y, a la vez, sincronizar vías de resolución curativa.

Si este es un horizonte común, entonces hay que conectar los esfuerzos, enlazar las diferencias, llegar a acuerdos e investigar metodologías alternas en busca de la salud global.

Todo esto sería utópico si no se difunde el mensaje de que no se trata de un recorte de su patrimonio personal, comercial ni local. Hay premisas y convicciones de partida sin las cuales no se puede conseguir el compromiso necesario para crear, asentar y difundir la idea de salud global, para que toda esas propuestas de redistribución de conocimientos médicos, bienes farmacéuticos y servicios sanitarios puedan fluir y organizarse de manera adecuada y habitual.

Hay escollos importantes porque se está intentando plantear la idea de salud global, como una forma de evitar el riesgo a gran escala, y por otra parte, se rechaza con frecuencia el concepto de globalización. Esto es, buscar estrategias defensivas a partir de la revalorización de las diferencias identitarias que promueve la multiculturalidad que separa, en lugar de unir la diversidad de intereses en un marco común.

Una ética global para la salud implica responsabilidad pública y políticas entendidas como ética en acción. Los problemas de la salud global no sólo exigen mucha imaginación moral sino convicción. Un escenario de propuestas que concluye con el requerimiento de constituir una metodología de trabajo unitaria sobre la base de un enfoque interdisciplinario e intercultural.

Por consiguiente, no busca exponer principios ni normas de buena actuación entre ciencia, medicina y sociedad, ni dejarse llevar por categorías predefinidas o burocratizadas que piensan por nosotros, ni imágenes de la humanidad abstraídas de su historicidad y de relaciones sociales concretas que se activan como esquemas explicativos. Se trata de diseñar marcos que permitan conectar diferentes realidades sociales y culturales, y establecer así, comunidades de coparticipación intercultural donde discutir diferencias de criterio, animar el flujo de opiniones, razonamientos y propuestas y conseguir decisiones negociadas y concertadas sobre las formas de entender la enfermedad y valorar la salud, el cuerpo integral y fragmentario, las aplicaciones biotecnológicas, las prácticas médicas, entre otras (Menéndez, 1992).

Se trata de aprender a desarrollar un consenso informado sobre lo que se entiende por salud y calidad de vida y, a la vez, establecer los parámetros de la aceptabilidad y la redistribución de los riesgos en contextos culturalmente plurales en

sus formas de mantener y restablecer la salud, y, sobre todo, de dar sentido a la solidaridad que pueda ayudar a soportar aquello que de otro modo es insoportable: la conjunción de la enfermedad y la pobreza.



Ni los programas de reducción de la demanda, ni los de reducción de la oferta por sí solos, han logrado solucionar plenamente los problemas de la droga. El equilibrio entre ambos componentes no es suficiente. Se requiere de un enfoque integrado que contemple como partes de un mismo fenómeno la producción, tráfico, venta y consumo de drogas.

En síntesis, para construir una nueva salud colectiva es necesario considerar los siguientes elementos:

- El reconocimiento actual de la importancia del contexto en el desarrollo de cualquiera de las acciones sanitarias, de los problemas económicos y políticos que inciden en los grupos sociales y de la propia historia de las condiciones de vida de las poblaciones.
- Un nuevo concepto de salud, que reconoce a este atributo como un complejo y dinámico proceso que también es un bien social y un derecho humano.
- Diferentes concepciones y derechos básicos para dar espacio a cualquier acción humana: “paz, vivienda, educación, seguridad social, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, ecosistemas estables, justicia social, respeto a los derechos humanos y equidad”.
- Nuevos actores, entre los que destaca, naturalmente, la propia población.
- Reconocimiento de que las acciones de salud pública no pueden separarse de otras acciones gubernamentales y, en consecuencia, el Estado debe garantizar el acceso equitativo a los servicios disponibles y funcionar como

abogado de los más vulnerables, trascendiendo las actividades ejercidas por el personal de salud.



En este terreno, el estudio de la salud tiene un papel relevante al limitar el rol del mercado a su rol de facilitador en el intercambio de mercancías. La salud individual se puede llegar a considerar una mercancía, pero los requisitos para su promoción y fomento son indudablemente bienes públicos, y el mercado tiene instrumentos poco efectivos para su desarrollo (Salud Pública de México, 2000).

Un modelo de atención se construye en forma colectiva desde el territorio donde se va a implementar. En cada territorio existen sistemas de salud que coexisten. Cada uno de estos sistemas define la salud, la enfermedad y su atención; los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la salud y enfermedad, de acuerdo a concepciones epistemológicas distintas.

Son entonces las personas quienes en su camino de sanación se relacionan con uno y otro sistema, tomando de cada uno de ellos lo que consideran adecuado, complementándolos, ya que en muchos casos ninguno de ellos tiene todas las herramientas necesarias para la sanación integral. Un problema de salud agudo, como una apendicitis es tratado eficazmente por el sistema biomédico, pero muchas veces los enfermos también son tratados posteriormente por la medicina originaria cuando la causa de la apendicitis se encuentra, por ejemplo, en una transgresión. Lo mismo ocurre para otras enfermedades. En caso de un problema vinculado a concepciones culturales de la persona, como un “mal por envidia”, éste debe necesariamente ser tratado por el sistema originario para ser resuelto; un cáncer o una enfermedad psiquiátrica podrán ser tratados simultáneamente por ambos sistemas, ofreciendo cada uno de ellos las técnicas más apropiadas para que la persona enfrente este desequilibrio en forma integral.

Se debe concebir al individuo de forma dinámica e inserto en una red familiar, comunitaria, social, histórica y cultural. Los procesos de salud-enfermedad también se desarrollan en el entorno de un espacio local que, en su dinámica cotidiana, se encuentra determinado por múltiples factores que lo anteceden, lo matizan y “lo resuelven”.

Para el abordaje de estos problemas es necesario poner en práctica una metodología de investigación-acción que, a partir del diálogo colectivo, genere un conocimiento de las realidades y permita implementar acciones pertinentes, las que por la naturaleza del proceso serán de mayor impacto y trascendencia.

Asimismo, se deben promover cada vez más los esfuerzos de coordinación intersectorial a fin de abatir la falta de posibilidades y de oportunidades, y generar en cambio un desarrollo sustentable para las regiones indígenas con el cual pueda evitarse que el alcohol siga siendo un sustituto y una forma de evadir una dura realidad de pobreza, olvido y marginación.

Con la ayuda de otros programas se podrá generar un desarrollo pleno de las comunidades, con políticas sistemáticamente aplicadas que revaloren el papel de la mujer y combatan las situaciones de dominación y discriminación, sin menoscabo de lo que muchos estudios desde el ámbito social han probado desde hace años: que el alcoholismo daña mucho más a aquellos que ya de por sí son física, social y psicológicamente más vulnerables.

Es importante promover la educación y la cultura, así como la difusión de mensajes y materiales en lengua indígena orientados a prevenir las adicciones en estas comunidades. La atención integral del alcoholismo significa enfrentarse a enormes prejuicios, a inercias, a poderosos intereses y a la existencia de modelos lo que ha provocado que el problema adquiera proporciones alarmantes. Esta tarea requiere la intensificación de acciones.

Asimismo, juega un papel relevante el trabajo de organizaciones de la sociedad civil, por lo que se vuelve imprescindible recuperar las experiencias de los grupos de autoayuda y los esfuerzos que instancias como Alcohólicos Anónimos han emprendido para hacer llegar sus mensajes de ayuda a las comunidades más remotas del país. En este sentido, el apoyo de organismos internacionales como la OMS, OPS y ONUDD puede ser de gran ayuda.

Proponer las reformas adecuadas en materia de prevención del alcoholismo en la legislación y actualizar las normas para regular las actividades de los diferentes sectores involucrados, sean éstos sanitarios, industriales, comerciales, educativos o publicitarios es otra labor que debe promoverse, sin olvidar que las políticas orientadas a abatir el consumo, la alcoholización y el alcoholismo deben tener en cuenta la norma del beber, su ritualidad, las condiciones en que se consume, en asociación a qué hechos se consume y en medida creciente cómo se expresan los daños causados por el alcohol en los individuos, sus familias y sus comunidades.



Está en proceso la incorporación del enfoque intercultural. Su adopción en poblaciones indígenas requiere de proyectos para el desarrollo de infraestructura, capacitación, investigación y de modelos de estudio, intervención y evaluación.

Los retos que para el sector salud representan hoy las tareas de atención respecto al consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas de nuestro país, deberán comenzar por considerar y adecuar, como su principal objetivo la disminución del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo entre la población indígena, así como sus consecuencias sobre la salud y la problemática familiar y social a la que están asociados, a través de estrategias integrales e interculturales para su atención, con la participación de la comunidad en el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones.

Estos son elementos que sólo se pueden conocer estando ahí, interactuando, observando, percibiendo a través de un trabajo intensivo; que redunde no sólo en la mayor comprensión del tema, sino también, en las alternativas de acción. Una vez identificados estos aspectos, conociendo las complejidades de la realidad, no se pueden seguir planteando intervenciones cualesquiera como respuesta inmediata a un brote de “alarma social” en torno al alcoholismo, ni un modelo de tratamiento como el único factible, ni más de lo mismo en políticas sobre drogas porque se situaría de facto en una postura con intereses políticos, económicos, morales o similares. En realidad, si esto se explicitara significaría una clarificación respecto de la situación actual, en la que todavía mucho discurso político-moral pretende hacerse pasar como científico o profesional.

Resulta evidente la necesidad de que este tipo de problemas sean estudiados desde diferentes ópticas, a través de tópicos diversos y que sean abordados de forma integral por un equipo multidisciplinario, incorporando a la sociedad en las acciones preventivas, a los especialistas en las líneas terapéuticas y de

rehabilitación, y a los científicos y académicos en la investigación. La articulación de los daños a la salud (de qué se enferma y de qué muere la gente), debe considerarse en función de las condiciones históricas y socioculturales en que suceden, que pongan de relieve los hechos y momentos en que suceden los procesos de alcoholización para así diseñar políticas y acciones “sensibles culturalmente” que ayuden a disminuir el consumo de alcohol y por consiguiente, los daños a la salud.



La validez de estas reflexiones tiene cabida en la pertinencia de los conocimientos científicos y culturales; no sólo debe describirse la *globalización* de los riesgos en salud, sino que debe contribuirse a la renovación del pensamiento en este campo frente a sus compromisos con los objetivos del milenio y con la necesidad de apoyar la construcción de una sociedad más justa y saludable.

5.2.3. Alcances y limitaciones de este estudio

La presente investigación, como ya se señaló previamente, es de tipo exploratorio, descriptivo y mixto. El análisis documental se apoyó en escritos de diversos tipos. La escritura, la imprenta, los archivos y demás modos de comunicación, para el caso, interesan básicamente como instrumentos informativos para el estudio del comportamiento y la cultura vinculados con la alcoholización de sujetos individuales y colectivos, en la generalidad de los procesos de salud-enfermedad-atención y en el marco histórico y económico de la sociedad actual. Para tales efectos, se ha recurrido a documentos académicos (libros, revistas y otras publicaciones científicas o técnicas), actas e informes y documentos personales (autobiografías, diarios, cartas, historias de vida y estudios de casos). El estudio de campo se realizó en el contexto particular de los individuos y sus grupos, dado que los comportamientos,

prácticas, representaciones, expresiones y tradiciones conforman un campo de análisis para la antropología en general, y la antropología física en lo específico.

Asimismo, se buscó reunir material diverso (instrumentos, discursos y cualquier dato inicial “fragmentado” de la realidad social) sobre el objeto de estudio y confirmar, replantear o rechazar los datos obtenidos a través de la revisión documental (bibliográfica y hemerográfica). Para ello, se recurrió a fuentes directas e indirectas de información con la intención de producir un trabajo que aporte nuevas ideas sobre el tema fundamentadas en la vida cotidiana de los sujetos con relación a su biología y su vida sociocultural. Se trata de un estudio diseñado para producir información sobre actividades que se realizan de manera cotidiana en situaciones y trayectorias del mundo real, para obtener mejores accesos al mundo de la vida de las personas y comprender sus vivencias, motivos y significados, emociones y otros aspectos subjetivos, además de las acciones y reacciones del “actor” individual o colectivo en el contexto de su vida diaria que tienen relación con el consumo de bebidas alcohólicas.

La perspectiva de análisis ha tenido como objetivo abordar el uso cotidiano de bebidas alcohólicas en comunidades mazahuas del Estado de México; hecho que da lugar a múltiples expresiones que de ahí se derivan como manifestación de los comportamientos socioculturales humanos y que reflejan una multiplicidad de condiciones y formas de vida.

Se ha caracterizado el uso o abuso de bebidas alcohólicas como expresión del condicionamiento sociocultural en que se desenvuelven dichos sujetos: identidades étnicas, organización colectiva, roles de género, uso del tiempo libre, relación que establece el hombre con su entorno, estado general de salud, acceso a los servicios asistenciales, tradiciones, costumbres, prácticas cotidianas, etc.

En ese orden de ideas, se reflexionó, primero, sobre un nivel teórico que ubica al consumo de sustancias tóxicas como problema de Salud Pública y fenómeno social en cuya prevención, tratamiento e investigación, deben participar los especialistas, instancias gubernamentales y sectores sociales diversos.

Asimismo, se incluyó un panorama contextual en que se sitúa al consumo de alcohol como un proceso psicosocial y cultural con diferentes etapas, antecedentes, consecuencias en un tiempo y un espacio específicos. Se abordaron también los factores y variables que apuntan a definir las formas y expresiones del proceso de alcoholización, las pautas actitudinales, cognoscitivas, afectivas, ideológicas y culturales que lo constituyen.

En otro nivel de análisis, se puso de manifiesto la variedad de condiciones sociales, en torno a las cuales se concibe al consumo como un problema, un vicio, una tradición, una práctica común, un símbolo, con componentes perceptuales, valorativos, afectivos, que forman parte de estos grupos y que manifiestan las características de los protagonistas, a nivel individual y colectivo.

Mediante la observación, entrevistas y análisis de los datos, se delimitó la relación: alcohol (como objeto significado) y usuarios (con una tendencia de consumo muy específica), además de conocer la estructura de estas poblaciones y las representaciones y funciones particulares que atribuyen al uso de bebidas en una diversidad de prácticas inscritas en la movilidad cotidiana de los individuos y grupos indígenas.

De igual modo, se analizaron las distintas estrategias y recursos que tienen estos grupos para afrontar y responder ante los efectos negativos o los riesgos y daños del consumo perjudicial de alcohol, conociendo aspectos como la toma de decisiones, participación de los miembros de las familias y del grupo, el papel de los líderes; uso y manejo de recursos, lenguajes y conductas; manifestaciones y señales de identidad sociocultural, etc.

Además, se detectaron alternativas de atención al consumo problemático que dan cuenta de la cosmovisión y la organización social de estos sujetos para mejorar sus condiciones, situaciones o estilos de vida, tales como: prácticas deportivas, dispositivos de convivencia social, estrategias recreativas y ecológicas para el cuidado de sus espacios y bienes, desarrollo de vínculos afectivos con pares y proyectos libres de drogas, entre otras.

A lo largo del trabajo se articularon diferentes niveles de la realidad en que se gestan múltiples condicionantes y condiciones de las acciones, actitudes y representaciones que tienen los sujetos de estudio sobre el consumo de alcohol a partir de lo cual se argumentó que: *a)* existe una percepción particular sobre el alcohol por estas poblaciones, diferenciada entre usuarios, no usuarios, sus familias y la comunidad, *b)* la existencia de problemas y daños derivados del consumo excesivo de alcohol es evidente en la salud, la economía y la interacción psicosocial de estos grupos poblacionales en su contexto, *c)* el proceso de alcoholización se torna manifiesto y específico al modo de vida de las comunidades indígenas en general y de los mazahuas en particular, *d)* existen alternativas que, desde la opinión de la población objetivo, pueden prevenir o disminuir la recurrencia al consumo de bebidas alcohólicas, por parte de estos colectivos.

También se buscó, con base en los hallazgos, proponer una reconstrucción de la relación particular que establecen estos sujetos con la ingesta de bebidas alcohólicas en torno a tres ejes: *el primero*, que se define por la condición social de estos grupos poblacionales, los vínculos que establecen entre sus miembros, con otros grupos y con la comunidad donde habitan; *el segundo*, con los ámbitos en que llevan a cabo sus prácticas colectivas relacionadas con el consumo de alcohol y, *el tercero*, con los condicionamientos de la estructura social y cultural que hacen del indigenismo una entidad.

Desde un sentido teórico, a partir de los resultados de la investigación documental exhaustiva en torno a esta materia, se puede afirmar que es un estudio trascendente para la antropología física, dada la escasez de abordajes sobre la problemática que se enuncia: procesos de alcoholización, al menos desde los

enfoques y en los marcos interculturales descritos, abordando dimensiones históricas (variación del consumo de alcohol a través de la historia, de las normas de regulación y sistemas de vigilancia del consumo, del tipo de bebidas, etc.), sociales (circunstancias y escenarios más frecuentes de consumo, relación del consumo con la disponibilidad, tolerancia social y acceso a este tipo de bebidas, influencia de los procesos migratorios y de los roles sociales en el consumo, impacto del consumo en la dinámica familiar, convivencia con un familiar alcohólico, etc.), normativas (normas, leyes y formas que regulan el consumo de alcohol en estos contextos, autoridades o sistemas para controlar y/o vigilar el consumo, penalización de las faltas a las normas de consumo, etc.), culturales (prácticas, atribuciones, rituales, costumbres y tradiciones, símbolos, significados, creencias y representaciones que se vinculan al consumo, impacto de los procesos identitarios en el consumo de alcohol), etc., económicas (publicidad, venta y distribución comercial de bebidas alcohólicas en la zona; expendios de bebidas alcohólicas, poder adquisitivo de las personas que más consumen alcohol, bebidas preferidas y sus costos, estatus social por tipo de bebidas que se consumen, repercusión de la compra de bebidas en el gasto individual y familiar, consumo y productividad, gastos en la atención de los efectos del consumo, etc.), médicas (efectos y consecuencias del consumo que más se padecen, respuesta social ante los problemas derivados del consumo; servicios, programas y alternativas institucionales que hacen frente al problema; propuestas más viables para la atención del problema en el contexto, etc.) y biológicas (usuarios de alcohol, condición física de los usuarios de alcohol, experiencias de vida asociadas al consumo, percepción de las causas del consumo, impacto del consumo en el cuerpo del usuario, etc.).

Desde el ámbito práctico y social, se puede considerar que es una aproximación para generar modelos de análisis y alternativas de abordaje que devengan en programas preventivos para la atención integral del alcoholismo. Se pretende destacar la aplicabilidad e importancia de conceptos y perspectivas teórico-metodológicas inscritas en este trabajo, mediante aproximaciones interdisciplinarias que redundan en la confirmación y/o replanteamiento del área de conocimiento en cuestión.

La relevancia social de esta investigación se relaciona por una parte, con el abordaje del uso y abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas, la magnitud y carácter de dicho fenómeno que requiere de abordajes urgentes y diversos. Se buscan acercamientos alternos para la atención de este problema, desde la ciencia, las instituciones y los actores sociales implicados. El objetivo es ofrecer alternativas y modalidades de intervención sobre todo desde el nivel de la prevención, a fin de evitar los riesgos, los daños, las consecuencias sociales y la progresión del consumo.

Por otro lado, la pertinencia del estudio se relaciona con la puesta en marcha de métodos cualitativos propios para el análisis y propuestas de acción en torno a problemas de salud como el que se enuncia, que den cuenta de las vivencias de los sujetos y sectores poblacionales respectivos.

Se busca un sentido comprensivo con datos descriptivos: “las propias palabras de las personas (habladas o escritas) y la conducta observable. Es un modo de encarar el mundo empírico de la experiencia cotidiana...” (Cf. Taylor y Bogdan, 1986: 19). Se estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para los sujetos. Esta investigación implicó el empleo y recopilación de una gran variedad de técnicas y materiales (entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, entre otros) que describen la vida cotidiana y significados en la vida de los sujetos en torno a las variables presentes antes, durante y después de los procesos de alcoholización.

Se orienta a la comprensión (más que a la explicación), teniendo como objetivo describir los sentidos de una realidad, bajo ciertas circunstancias, transiciones, trayectorias, en un tiempo y lugar específico para aproximarse a conocer los significados y sentidos que tiene la alcoholización desde un enfoque biosociocultural, para ciertos actores sociales. Se trata de una posición epistemológica, una lógica con respecto a “lo social”; conocimiento genuino del grupo; descripción del sentido común y comportamientos adaptativos en términos específicos de espacio y tiempo, en la lógica de una investigación humanista, inductiva, comprensiva y descriptiva (Taylor y Bogdan, *op. cit.*: 20). En este sentido:

- Concibe al contexto y a los sujetos individuales y colectivos desde una perspectiva holística.
- Es sensible a los efectos que ellos mismos pueden causar sobre los sujetos, objetos y escenarios de estudio.
- Elimina o neutraliza sus propias creencias, ideas y predisposiciones.
- Retoma todas las perspectivas probables como valiosas.
- Suministra un marco dentro del cual los sujetos responden de forma tal que se representen fielmente sus puntos de vista respecto al mundo y sus experiencias.
- Enfatiza la validez ecológica del estudio.

La postura de esta investigación argumenta que cualquier fenómeno no puede comprenderse fuera de su contexto, vida y prácticas cotidianas concurriendo con esto, una serie de métodos y técnicas: cognoscitivos, fenomenológicos, histórico-comparativos, etnográficos, discursivos y de investigación-acción. Como se enunció en la correspondiente hipótesis descriptiva:

Las poblaciones que conforman nuestra sociedad tienen una variedad de estilos de vida y representaciones de la realidad que se aprehenden al nacer, crecer, reproducirse y morir en un colectivo; resultado de las diferencias biológicas, históricas y sociales que se desarrollan en su contexto. Las divergencias se reflejan también en la manera de concebir y afrontar cualquier evento implícito en los procesos de salud-enfermedad-atención.

El uso de alcohol está inscrito en la salud-enfermedad-atención que se significa, concibe, transforma y vive desde el curso de vida y la especificidad biosociocultural. Es un fenómeno multifactorial que se diversifica por la interacción de dimensiones y aspectos biológicos, sociales y culturales. La alcoholización en las comunidades mazahuas del Estado de México varía a partir de la identidad étnica, equipamiento biológico, sistema de parentesco, condiciones de género y generación.

Por otra parte, en cuanto al estudio de procesos asistenciales, habría que destacar el análisis de los procesos de recuperación como acumulativos, espirales, la relevancia dada a la presencia de los personajes de referencia (valoración de las redes informales al lado de la ayuda profesional), la aportación de la voz de los propios usuarios de alcohol, y una nueva jerarquización sociocultural de los elementos constitutivos de la alcoholización (Romaní, 1985); esta línea se profundiza, de manera amplia y rigurosa, con una adecuada articulación de los distintos elementos que intervienen en los procesos de recuperación (institucionales, informales, prácticas, discursos), y un análisis de ciertas consecuencias de las contradicciones entre discursos y prácticas (Rodríguez, 1988); y se insiste en un aspecto específico, tal como enfatizar y sistematizar la incidencia positiva o negativa de las relaciones sociales informales en los procesos de recuperación y reintegración de los dependientes de alcohol, al mismo tiempo que, a partir de los datos empíricos, se inicia una reevaluación del concepto de dependencia (Romaní *et al.*, 1992).

Un análisis de otro aspecto, en este caso de instituciones asistenciales, es el que hace Comas (1988) con las comunidades terapéuticas, interpretando la adaptación de modelos externos a partir de un contexto sociocultural y político concreto, y el significado que para la gestión del problema, tienen dichas instancias, además de sistematizar las principales orientaciones y prácticas que ahí se dan.

Romaní (1989) aporta elementos para la “desestereotipación” de un grupo de dependientes (especialmente conflictivos), en un programa piloto de reducción de riesgos en una comunidad específica, con participación activa de individuos de la misma, y orientaciones para dar continuidad a programas similares; mientras que Díaz *et al.* (1992), en un estudio que revela gran madurez metodológica, clarifican hasta dónde es posible, la incidencia y prevalencia del consumo, pero sobre todo aportan un análisis muy vasto de las características y significados del mismo en los distintos grupos sociales implicados.

Con estas reflexiones, es preciso apuntar que los alcances de esta investigación, se relacionan con su pertinencia debido a la escasez de estudios que analizan el problema del uso y abuso de bebidas alcohólicas desde una perspectiva antropofísica, dando cuenta de componentes biológicos, sociales y culturales en grupos étnicos y contextos situacionales específicos. Dado que es un tema con pocos antecedentes desde esta vertiente, el análisis que aquí se presenta es de tipo exploratorio y, por tanto, conduce a la generación de una serie de hipótesis y no a demostraciones concluyentes.

Si se analizan los resultados de frente a los objetivos planteados en el diseño de investigación se puede afirmar que se cubrieron de modo satisfactorio al identificar, analizar, comprender y explicar, desde un enfoque biosociocultural, las formas de consumo, prácticas, vivencias y relaciones sociales vinculadas con el uso de bebidas alcohólicas en las condiciones, modos de vida y contextos de las familias mazahuas del Estado de México en la época contemporánea. En términos operativos, con el presente estudio se logró:

- Describir patrones de consumo de alcohol propios de los mazahuas e ilustrar su modificación a través del tiempo, y a partir de trayectorias y transiciones de vida.
- Dar cuenta de los significados, sentidos, atribuciones y rituales (individuales y colectivos) que se han vinculado con el uso de bebidas alcohólicas, como parte de las tradiciones mazahuas.
- Identificar variables biológicas, de organización familiar, procesos de interacción social y situaciones culturales asociados al consumo de alcohol en el contexto.
- Explicar factores, mecanismos y procesos biológicos y sociales que influyen en la forma en que los individuos y familias mazahuas son impactados por el consumo y responden para su “solución”.
- Diferenciar los grupos poblacionales de mayor riesgo ante el inicio, mantenimiento e incremento del consumo.
- Ubicar las alternativas de los mazahuas para prevenir el consumo de alcohol y tratar sus consecuencias.
- Proponer, tomando como base la antropología física, líneas de investigación e intervención para el abordaje del consumo de alcohol en poblaciones indígenas.
- Detectar necesidades apremiantes en términos del diseño, operación y evaluación de políticas, programas y servicios para la atención del problema, que resulten más oportunos y cercanos a la situación sociocultural de los mazahuas.

A partir del marco teórico, del método y los procedimientos descritos, se considera que las limitantes o dificultades, están relacionadas con la ubicación de los sujetos de estudio, dada la especificidad poblacional que se seleccionó al tratar de integrar diversas variables. Sin embargo, es de destacar que se contó con la colaboración de un equipo profesional para la búsqueda, los contactos y los procesos respectivos, además de la invaluable disposición de la población de interés para compartir sus opiniones, experiencias y saberes.

Así también, debe manejarse con cautela la temporalidad de este análisis, ya que los cambios sociales, económicos, políticos, científicos y tecnológicos influyen en cualquier comportamiento y proceso. Además, la investigación se llevó a cabo sólo en uno de los grupos étnicos que constituyen la gran diversidad biológica y cultural de nuestra sociedad en un periodo y en situaciones delimitados, por lo que los resultados y reflexiones se circunscriben específicamente al área sociogeográfica y las dinámicas descritas en los grupos mazahuas correspondientes. La información resultante no podrá aplicarse a la generalidad de las poblaciones indígenas ni a los usuarios de alcohol, ya que sus características resultan propias de cada contexto.

Cabe enfatizar que en esta investigación no se pretende evaluar el comportamiento de la población de estudio, pues aunque el consumo de alcohol es un fenómeno relevante que ha impactado negativamente en la salud y la vida de muchos individuos, sus familias y sus comunidades, esto deberá ser objeto de otro tipo de intervenciones. En este sentido, se considera que los resultados y discusiones correspondientes, además de pretender ser una aportación teórico-metodológica (a pesar de las limitaciones respectivas), son fundamentales para generar nuevas interrogantes y propuestas alrededor de esta problemática social y de salud que desde algún lugar, nos compromete a todos.

5.2.4. Necesidades para la continuidad de la investigación

La dinámica y los acontecimientos de la sociedad contemporánea resultan muy complejos: nuevas tecnologías de comunicación, globalización de economías, grandes flujos migratorios, contaminación, urbanización creciente, violencia, desempleo, pobreza, racismo, movimientos sociales diversos, uso y abuso de drogas, entre otros que conllevan a la construcción y reconstrucción de novedosos escenarios socioculturales.

Las sociedades "modernas" han tenido como rasgo común la contradicción: por una parte, el desarrollo tecnológico, científico e industrial a grandes escalas, y por otra, un deterioro en la calidad de vida de los sujetos. En esta coyuntura, la subordinación global a organismos supranacionales, el énfasis en la respuesta individual y la privatización de los servicios y la vida, impactan las formas de estudio de la salud de las colectividades.

La medicina social ha contribuido a evidenciar las limitaciones de los modelos biomédico y de salud pública dominantes, que desvinculan los procesos de salud-enfermedad-atención de la organización social, naturalizan lo social, individualizan los fenómenos y adoptan metodologías más acordes a las ciencias naturales (Laurell, 1989). La salud y la enfermedad se reconocen, no como estados opuestos, sino como momentos diferenciados del proceso vital humano, dinámico, que expresa el modo específico de apropiación de la naturaleza bajo formas específicas de organización social (Breilh, 1977; Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1989: 65-92). Así, el proceso salud-enfermedad se reconoce como la síntesis de una compleja estructura de determinación, en donde los procesos sociohistóricos determinan y subordinan a los procesos bio-psíquicos (Breilh, 1991: 164-215).

Las explicaciones sobre los fenómenos sociales dejan de ser totalizantes, debido a que sus causas, tampoco son generalizables. En este sentido, el consumo de alcohol puede ser concebido como una problemática, en tanto que se clasifica como tal dentro de un marco social; pero no lo es, en tanto las condiciones individuales responden a intereses particulares. Asimismo, la propensión al consumo, se da bajo parámetros macro históricos que no responden a una explicación global

del problema, sino que puede ser sólo una moda, coyuntura cultural o práctica común dentro de un determinado contexto social.

El uso y abuso de bebidas alcohólicas constituye entonces, un fenómeno complejo, con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas, sociales, económicas, políticas y culturales, que traspasa las fronteras geográficas y adopta características propias en cada colectivo social. Sin embargo, el alcoholismo parece no existir como problema en los sujetos sociales, aunque es necesario explicar las diferencias generadas por causas asociadas al consumo de alcohol de una determinada manera respecto del abatimiento de los daños, a partir de las condiciones y necesidades de estos grupos.

Si se considera a la población en su conjunto, el índice de consumo de alcohol dependerá directamente de los criterios normativos que sobre el alcohol se encuentren en su grupo social determinado, es decir, de las normas sociales y culturales que rigen su uso. Es en este punto donde la investigación antropológica debe centrar su atención. Las anteriores normas sociales se refieren básicamente a los ritos sociales de convivencia, al tipo de alimentación y preparación de las comidas, a la valorización social de las propiedades alimenticias y energéticas del alcohol y a todas las cuestiones del "ethos" o concepciones hacia el alcohol en el papel que juega dentro del contexto sociocultural del grupo, lo anterior, a la luz de las variables sociodemográficas básicas.

Las enfermedades tradicionales generan y se articulan a partir de contenidos y significados culturales, lo que no ocurre respecto de las enfermedades "científicas" en el proceso salud/enfermedad/atención. Así, el alcoholismo es un fenómeno respecto del cual los conjuntos sociales construyeron y construyen gran cantidad de significados culturales a través de los cuales se relacionan, no sólo con el padecimiento, sino con los "otros". La ideología de los daños, el dolor o la mortalidad del "alcoholismo" refiere la aproximación de un enfoque antropológico no patologizante, pero que no niega lo patológico en nombre de un relativismo cultural, donde cualquier práctica curativa resulta válida.

La inexistencia de una producción antropológica que proporcione información y realice análisis socioculturales sobre un proceso que evidencia posiblemente más que ningún otro las condiciones de desigualdad, que no pueden ser reducidas al etnocidio.

La antropología latinoamericana, hasta fechas relativamente recientes, no se había preocupado por el proceso salud-enfermedad-atención; se replicaban las orientaciones dominantes: esperanza de vida, mortalidad materna, morbilidades dominantes, etc.

En México sólo un escaso número de antropólogos ha generado información sobre el proceso salud-enfermedad, que permita observar, no sólo su significación ideológica, sino sus consecuencias económico-políticas y epidemiológicas en términos de desigualdad ante la muerte y el padecimiento. Se constituyen realidades

de una disciplina antropológica a partir del marco general de su propia ciencia, modificando el eje de las interrogantes, los cambios generados en los sujetos sociales estudiados y la relación con el conjunto de disciplinas vinculadas, son estudiados en la similitud de los temas y no de los problemas; la mortalidad de los sujetos y de los conjuntos sociales sobre tasas de mortalidad y opciones de cura efectiva; el papel de los curadores y el rol integrador de algunos padecimientos, y su relación con el sufrimiento.

Las desigualdades económico-políticas son diferencias socioculturales y referidas a ámbitos y a unidades de análisis donde “tradicionalmente” se ha dado el trabajo antropológico. Si el antropólogo no hace preguntas determinadas, la “totalidad” se le va a aparecer como “simplificada”. Si el antropólogo no construye los conceptos en función de sus problemas, es probable que se termine abordando aspectos que poco tienen que ver con el problema y mucho con temáticas genéricas y difusas.

Existen aportes descriptivos y/o interpretativos respecto del uso y abuso del alcohol en diferentes contextos, lo que expresa el espectro problemático y temático dentro del cual una parte de la antropología nacional se relaciona con el proceso salud-enfermedad-atención. Pero resulta necesario contextualizar estas aportaciones a través de información que de cuenta de la existencia del problema del “alcoholismo”, así como de su significación, por lo menos en términos de morbi-mortalidad.

Las explicaciones antropológicas al respecto, deben concebir al proceso de alcoholización, sin negar ni olvidar la posibilidad del “alcoholismo” como enfermedad; para ello, es necesario construir el marco teórico metodológico que posibilite la construcción integral del problema. Toda una tradición de análisis antropológico ha negado la presencia del alcoholismo en los grupos étnicos y puede que tenga razón. Pero lo que no puede negar ni afirmar, es la notable incidencia de los daños en el perfil de la mortalidad de dichos grupos, porque no se ha preocupado por la búsqueda de este tipo de datos, que también tienen que ver con el uso social, económico y cultural del alcohol. El problema del alcoholismo remueve los presupuestos relativistas que aparecen no conscientemente en gran parte de la antropología latinoamericana. Dicho relativismo constituyó una parte significativa del aparato teórico-ideológico de la defensa de la identidad étnica; como uno de los productos de la antropología cultural norteamericana.

Pocas son aún las investigaciones sobre el alcoholismo desde el punto de vista antropológico. Los grupos interdisciplinarios de investigadores de diversas ciencias sociales y biomédicas son buenos augurios del creciente interés que sobre la materia se ha despertado. Si aún se logra, además de ello, el desarrollo de nuevas investigaciones en torno al alcoholismo y el abuso del alcohol, se habrá sembrado la semilla de la inquietud por avanzar en el entendimiento de la problemática (Berruecos, 1999).

Si el consumo de alcohol es uno de los principales factores que reducen la esperanza de vida en la población indígena, a través de la pobreza, el desempleo, la cirrosis hepática, los accidentes y la violencia, la cuestión no es negar ni afirmar “en sí” dichos fenómenos, sino incluirlos en el proceso de alcoholización que permita explicar el problema y, si es posible, proponer estrategias de acción. Pero esto implica “reconstruir” el alcoholismo como problema y producir información específica al respecto. Hay determinados grupos que “mueren de su propia muerte” mucho antes que otros; no preocuparse por la mortalidad de los otros implica no sólo un problema teórico- técnico, sino un problema ético (Menéndez, 1992).

El análisis de los determinantes del proceso salud-enfermedad requiere el estudio de factores tales como el equipamiento biológico del individuo, el medio social y ambiental en el que éste vive y aquellos comportamientos que pueden indicar algún riesgo para la salud física, mental, social (Cruz, 1982).

El proceso de salud-enfermedad-atención expresa hechos sociohistóricos que atañen a los colectivos humanos, por tanto, es necesario explicar la distribución de este proceso más allá de su causalidad próxima. Se pretende superar la perspectiva de que los problemas de salud se enfrentan como una lucha constante contra la muerte o el control y erradicación de ciertas enfermedades.

En este proceso de reconstrucción se asume el reto de superar la visión biologicista y determinista impuesta por la medicalización de los enfoques sanitarios y la incorporación transdisciplinaria de las perspectivas sociológicas y antropológicas. Por ello, la salud colectiva asume la necesidad de resolver la antigua polémica entre naturaleza y artefacto, la moderna discusión entre historia y naturaleza, biología y sociedad, reflexionando y reconociendo una relación insuficientemente comprendida en el plano epistemológico (*Ídem*).

Desde las ciencias sociales, la relación entre la salud y la sociedad debe concebirse como un proceso social continuo que asumen formas históricas, constructos simbólicos y se expresa a través de muy diversas respuestas sea a nivel individual, familiar, comunitario, social, en grupos culturales específicos. Con fines exclusivos de análisis teórico y metodológico, se desagrega en tres dimensiones: las expresiones psico-biológicas fácticas, las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones, y las prácticas sociales que se instrumentan para entenderlas, explicarlas, controlarlas, evitarlas y/o resolverlas (López y Peña, 2007). El objeto de la antropología es diverso y cambiante; el antropólogo necesita reconstruir como problema propio lo que puede y no puede ser problema para un grupo social determinado.

Para el tema que nos ocupa, una tarea fundamental es impulsar el desarrollo de estudios que permitan contar con estadísticas e indicadores precisos del nivel de alcoholismo y problemas asociados en los pueblos indígenas del país. También es fundamental incorporar en esta lucha las enseñanzas de las investigaciones de las ciencias sociales dedicadas al tema, material que muchas veces ha sido ignorado en la planeación en materia de salud.

A pesar de la evidencia de que el alcohol por sí mismo no puede explicar la sobre-mortalidad, los estudios realizados hasta ahora indican que el problema existe, es severo y requiere intervención. El hecho de que el pulque, por ejemplo, tenga el doble papel de complementar la dieta y ser bebida alcohólica, además de que sea localmente producido y por tanto disponible, implica retos importantes. Todo análisis de los indicadores como mortalidad por cirrosis hepática y otros problemas derivados del abuso de alcohol, deben ser contextualizados a partir de etnografías locales que releven los hechos, las acciones y los momentos en que sucede la alcoholización para así diseñar políticas y acciones culturalmente sensibles que ayuden a disminuir el consumo de alcohol y por ende, su impacto en la salud.

A través de los diversos enfoques y testimonios que han enriquecido a esta investigación, se busca contribuir en la construcción de nuevas propuestas que coadyuven a emprender acciones cada vez más eficientes en la lucha para prevenir y atender el problema del consumo perjudicial de alcohol en las comunidades étnicas. Estamos conscientes de que en el ámbito indígena debemos trabajar con gran responsabilidad y sensibilidad, con empatía para contar con el apoyo de los integrantes de las comunidades, con conocimiento y respeto a las costumbres de cada grupo. La autocrítica ante nuestra labor, y particularmente hacia aquellos aspectos que aún no se han desarrollado, servirá como ejercicio para ir avanzando cada vez más en el planteamiento e instrumentación de alternativas concretas para atender este problema de salud desde una perspectiva social y antropológica amplia, que ubique el contexto en el cual se suscita y proponga medidas de prevención y protección a la salud, de detección temprana y atención oportuna de los casos que así lo requieran.

El estudio de los procesos de alcoholización en el marco de la cultura no debe terminar aquí; sería una visión parcial si no se enfocara la atención de situaciones micro-sociales en, por lo menos, el ámbito de las instituciones y los grupos a través de los cuales se pueden detectar el conjunto de ideologías y prácticas asistenciales que la sociedad ha puesto en marcha para la solución del problema, es decir, todo el sector de las instituciones y los profesionales dedicados a la intervención en la materia.

La transformación de los perfiles epidemiológicos a través de distintos momentos socio-históricos y las evidentes diferencias sociales que existen entre los también diversos grupos sociales, hace evidente una preocupación que traduce la necesidad de un nuevo rostro de la salud pública que esté más atenta a la calidad de vida y a las condiciones del contexto. Claro está que es un compromiso de académicos, gestores de políticas públicas y actores sociales, que confluya en condiciones de salud y bienestar general más equitativas. En este sentido, cualesquiera que sean las inquietudes que puedan hacer nacer una cultura saludable, poseen el mérito de reconciliarnos con las instituciones, la sociedad y el entorno para posibilitar la superación de las fronteras, recoger los desafíos y mantener una responsabilidad colectiva respecto del porvenir de la sociedad en su conjunto.

Tal vez, la opción sea analizar los padecimientos desde la diversidad de implicaciones que tiene este término, documentando el sentido de comunidad que aún se genera en ciertas prácticas indígenas asociadas con la ocupación, el trabajo, la familia, las tradiciones y el tiempo libre, o bien, comportamientos colectivos que se inscriben en lo cotidiano y en lo festivo. Se trata de reflexionar qué ocurre en los intersticios de lo individual y lo colectivo; cómo se "contagian" mutuamente lo privado, lo público y el contexto. Es, en las mutaciones de sentido, en los significados sorprendidos, en las prácticas híbridas, donde tal vez puedan hallarse las claves para entender la configuración cultural y su relación con las prácticas contemporáneas que han causado enfermedad y muerte. Si aún es posible hablar de educación en salud, lo es en relación con aquellos procesos que permiten construir nociones de comunidad y continuidad; para ello, se requiere la formulación de estrategias de abordaje que reconozcan que no hay comunidad sin diferencia y que no existe una continuidad que no de cabida a las rupturas.

La salud colectiva debe afrontar retos no resueltos por otras corrientes de análisis: el debate de las relaciones entre lo biológico, lo psíquico y lo social, las limitaciones de la teoría social para comprender la relación entre el individuo y sus colectividades y la construcción particular del objeto de estudio y las formas de aproximación respectivas (Almeida, 2001). Desde la comprensión de la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza y de la construcción de los individuos como seres sociales, se ubican los diferentes planos del análisis de la salud colectiva que, como campo de conocimiento, pretende generar explicaciones más amplias sobre la salud, la enfermedad, la atención y los procesos vitales humanos (López y Peña, *op. cit.*).

En términos metodológicos, se debe avanzar en la identificación de procesos sociales fundamentales, en la definición de criterios para el abordaje de los grupos humanos desde la dimensión social de la salud-enfermedad y en el análisis de perfiles de salud, enfermedad y muerte de los diversos grupos sociales, más que proponer la revisión de enfermedades particulares. Se plantean, así, dos componentes: reconocer los procesos sociales básicos y concebir a los perfiles de salud-enfermedad como expresión histórico y social de los sujetos sociales (individuales y colectivos) siempre inmersos en relaciones sociales y marcos culturales y estructurales amplios.

En la lógica de las políticas y prácticas en salud se deben explorar los procesos socio-históricos que han permitido la institucionalización de distintas respuestas sociales ante el proceso salud-enfermedad-atención, cuya variedad y complejidad muestran el campo de los sistemas de salud, como un ámbito de conocimiento y acción de las ciencias sociales (Cordeiro, 1978; Menéndez, 1978; Fleury, 1985; Bloch, 1986; Testa, 1986; Passos-Nogueira, 1986; Fleury, 1990 citados en López y Peña, *op. cit.*), para el estudio de las formas y procesos de estructuración, permanencia y cambio de la respuesta social organizada, compuesta por diferentes modalidades e instancias de organización social y sus saberes, recursos y tecnologías que se expresan en prácticas para promover la salud,

prevenir y tratar la enfermedad, y garantizar el bienestar (Donnangelo y Pereira, 1976 citados en López y Peña, *op. cit.*).

Es necesario subrayar que no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, entorno y población. Se trata de un enfoque distinto ligado a un modo de pensar acerca de la expresión histórica y diferencial de los procesos humanos, que permita recuperar sus múltiples dimensiones y reconocer que su producción y expresión es múltiple, compleja y se encuentra en movimiento permanente (Granda *et al.*, 1995; López y Blanco, 2003).

El objetivo es generar conocimientos y propuestas de solución sobre los problemas de salud de diferentes grupos sociales, sin desentenderse del nivel individual que sólo permite un acercamiento parcial, para asumir un nivel más incluyente que permita entender los procesos vitales como confluencia de las contradicciones de los sujetos sociales insertos en grupos y sociedades determinadas. Se propone contribuir a fortalecer las capacidades para el desarrollo óptimo de los procesos vitales de los grupos humanos.

Las premisas de esta corriente parten de un compromiso explícito de procuración de equidad en salud que rebasa el mero cientificismo de otras perspectivas, para hacer visibles otras propuestas para el estudio de la salud de las colectividades y su lucha por la equidad en todos los niveles de la vida.

La finalidad última de estos análisis es la diseminación e intercambio de experiencias con los especialistas y con cualquier persona interesada en la comprensión del consumo de bebidas alcohólicas, a fin de conocer, participar, sugerir y mejorar la eficacia de las intervenciones que en la materia nos demandan las tendencias de salud, enfermedad y atención. Evidentemente, la reflexión queda abierta dado que, tanto los conceptos como los procesos sociales, se transforman.

REFERENCIAS

- Acero, A.
2003 *Guía práctica para una prevención eficaz*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. Madrid.
- Acosta, F.
1998 Hogares con jefas mujeres y bienestar familiar en México. En *Familia y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentes en América Latina y el Caribe*, Beatriz Schmukler (coord.), 155-208. Population Council y Edamex. México.
- Administración de la Comunidad Autónoma Vasca
s. f. *Programa de prevención de drogodependencias*. Ayuntamiento de Bilbao. España.
- Aguirre, Beltrán Gonzalo
1992 *Zongolica: encuentro de dioses y santos patronos*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Aguirre, G.
1994 *Programas de salud en la situación intercultural*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Ajzen, I. y Fishbein M.
1980 Predicting and understanding consumer behavior: Attitude-behavior correspondence. En *Understanding attitudes and predicting social behavior*, I. Ajzen y M. Fishbein (eds.). Prentice-Hall. Englewood Cliffs. New York.
- Alberti, E. y Emmons, M.
1974 *Your perfect right*. Impact Press. California.
- Alvira, F.
2000 *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. España: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Amin, S.
1989 *El eurocentrismo. Crítica de una ideología*. Siglo XXI Editores. México.
- Arias Carvajal P.
1990. *Plantas que curan y matan*. EMU. México.
- Ariza, M. y De Oliveira, O.
2001 Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano. En *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas de investigación sobre la vida doméstica*. FLACSO y Porrúa, México.
- Armor, D., Conroy-Oseguera, P., Cox M., King, N., McDonnell, L., Pascal, A. Pauly, E., Zellman, G.
1976 *Analysis of the school preferred reading programs in selected Los Angeles minority schools*. (Report No. R-2007-LAUSD). Rand Corporation. (ERIC Document Reproduction Service No. 130 243). Santa Mónica, CA.
- Armor, D. J., Polich, J. M., y Stambul, H. B.
1976 *Alcoholism and treatment*. Santa Mónica, CA.

- Askinasy, Siegfried.
1939 *México indígena: observaciones sobre algunos problemas de México*. Cosmos. México.
- Asociación Psiquiátrica Americana
2002 *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. IV edición Revisada (DSM-IV-R). Masson. España.
- Astorga, E.
1985 *Mercado de trabajo rural en México: la mercancía humana*. Era. México.
- Azaola, E.
1999 Tres artículos sobre familia y sus contextos. *Desacatos, Revista de antropología social*, Núm 2. Familias. CIESAS. México.
- Babor, T. F., Ritson, E. B., y Hodgson, R. J.
1986 Alcohol-related problems in the primary. Health care setting: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction* 81 (1), 23-46.
- Bacon, Seldon.
1991 *El alcohol y la sociedad compleja. La antropología del alcoholismo en México*. Ed. Ciesas. México.
- Bacon, M. Seldon, Barry H. y Child, I.
1990 *Roles de género y comportamiento sexual. La organización cultural de la sexualidad humana*.
- Bachman, J. G., Johnston, I. D., O'Malley, P. M. y Humphrey, R. H.
1988 Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, y general lifestyle factors. *Journal of Health y Social Sciences*, 29, 92-112.
- Baekeland, F.
1977 Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In B. Kissin y H. Begleiter (eds.), 385 - 440. *The biology of alcoholism*, 5. Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic, Plenum. New York.
- Baldivieso, L.
1986 The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 4 (3) 359-373.
- Bandura, Albert.
1977 *Social learning theory*. Prentice-Hall
- Barry S. y Brown, Ph.D.
1998 *Comorbidity of mental disorders with drug abuse/dependence*. Annotated bibliography. University of North Carolina at Wilmington.
- Bartolomé, Miguel Alberto.
1997 *Gente de costumbre y gente de razón*. Instituto Nacional Indigenista y Siglo XXI Editores. México.
- Bartra, A.
1992 Diecisiete tesis en torno a la autogestión en sistemas rurales de abasto. En *Reestructuración económica y subsistencia rural*, Hewitt (comp.). El Colegio de México.
- Baumrind, D.
1983 *Why adolescents take changes an why they don't*. Bethesda, MD: National Institute for Child Health and Human Development.

- 1980 New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- 1975 Early socialization and adolescent competence. En *Adolescence in the life cycle: Psychological changes and social context*, S. E. Gragastin y G. H. Elder (eds.). Hemisphere. Washignton, DC.
- Bayón F., Compadre A.
2000 *Programa Integral de Prevención Escolar (PIPES): Material de prevención del consumo de drogas para la educación Infantil*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.
- Bear, E. y Dimock, P.
1988 *Adults molested as children. A survivor's manual for women and men*. Vermont Fay Honey Koop. USA.
- Beck, A. T.
1976 *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. New York.
- Beck, Ulrich.
2002 *La sociedad del riesgo global. Siglo XXI*. Madrid.
- Becker, W.
1997 *Modelo cognitivo social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol*.
- Becoña, I. E.
2004 "La recaída y la prevención de la recaída en los ex fumadores". *Psicología Contemporánea*. 1 (1). Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. España.
2002 *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Universidad de Santiago de Compostela. Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
1999 *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España: Universidad de Santiago de Compostela. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
1998 *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Glosa Ediciones. Barcelona.
1995a Drogodependencias. En *Manual de psicopatología*, A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), Vol. 1, 493-530, Mc Graw-Hill. Madrid.
1995b La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. En *Drogodependencias IV. Prevención*, E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (coords.), 9-50. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela. Madrid.
- Becoña, I. E. y Lorenzo, M. C.
2001 Tratamientos psicológicos efectivos para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Becoña, I. E. y Vázquez, F. L.
2001 *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid.
- Bednar, Richard L. y Scott R. Peterson.
s. f. *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washignton, DC: American Psychological Association.

- Belda, A.
2000 *Aplicación de los conceptos teóricos de prevención para la elaboración de un programa.*
- Bellack, A.
1980 *Behavioral assesment of social skills: Research and practice training.* Plenum Press. New York.
- Bello, Álvaro y Marta Rangel
2000 *Etnicidad, "raza" y equidad en América Latina y el Caribe.* CEPAL, 7 de agosto. Santiago de Chile.
- Belsasso, G.
2002a Acciones institucionales en materia de tabaquismo. En *CONADIC Informa (Boletín Especial de Tabaquismo).* Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
2002b El programa de acción contra el tabaquismo. En *Salud Pública de México.* 44 (1).
2001 El tabaquismo en México. En *CONADIC Informa (Boletín especial).* Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Berger, P. y Luckmann, T.
1968 *La construcción social de la realidad.* Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Berkowitz, A. D. y Perkins, H. W.
1986 *Problem drinking among college in collegiate alcohol use.* JACH, 35, 21-28.
- Berruecos Villalobos, Luis.
2007 "Las bebidas indígenas fermentadas y los patrones de consumo de alcohol de los grupos étnicos". *LiberAddictus.* Año XIV, No. 97, 2-10, mayo-junio. México.
2005 "El consumo de alcohol". *LiberAddictus* Número 88, Noviembre-Diciembre, 2005. México.
2004a "Aspectos culturales que inciden en la prevención de las adicciones". *LiberAddictus,* Vol. XI, No. 79, mayo-junio, 32-33. México.
2004b "El consumismo y el alcohol". *LiberAddictus,* Año XI, No. 81, septiembre-octubre, 12-15. México.
2004c "El día del compadre: otro pretexto para el consumo de alcohol". *LiberAddictus,* Año XI, No. 78, marzo-abril, 32-33. México.
2003a "El enfoque sociocultural en la prevención primaria del alcoholismo". *LiberAddictus,* Año X, No. 74, septiembre, 17-20. México.
2003b "Las bebidas tradicionales mexicanas". *Unicornio: Suplemento Científico y Cultural* de "Por Esto", Año 12, No. 619: 3-6, 16 de marzo. Mérida, Yucatán.
2003c "La mujer consumidora de alcohol y su papel mediador en la familia". *LiberAddictus,* Año X, No. 69, abril, 19-21. México.
2002a La influencia de la publicidad en los hábitos de consumo de alcohol. (Segunda parte). *LiberAddictus,* Año IX, No. 65, noviembre, 5-7, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, A. C. y Liber- Ad, A. C. Ciudad de México (Primera parte) y *Liber Addictus,* Año IX, No. 66, diciembre 2002 - enero 2003, 7-10, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, A. C. y Liber- Ad, A. C. México.

- 2002b La investigación psicosocial y cultural acerca del consumo del alcohol y el alcoholismo en México. *Revista Psiquis*, Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, A. C. y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Número 4, Nueva Era, Vol.11, marzo- abril, 39-45. México.
- 2002c “La transformación de los patrones de consumo de alcohol, como resultado de la globalización, en una zona indígena de México”. *Globalización: Revista Mensual de Economía, Sociedad y Cultura*. (ISSN1605-5519), Noviembre. México.
- 2001a “El compadrazgo y el alcoholismo”. *Antropología e Historia Mexicanas: Homenaje a Fernando Cámara Barbachano*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, INAH, SEP., julio, 503-521. México.
- 2001b “¿Políticas públicas en la atención al consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo en el México rural?” *LiberAddictus*, Año VIII, No. 53, Octubre, 7-11. México.
- 1999 “Adicción y poder”. *LiberAddictus*, Año 5, No. 27, Febrero, 1999: Ciudad de México: ContrAdicciones, Salud y Sociedad, A. C. y Liber- Ad, A. C., 40-41. México.
- 1998a “Alcoholismo: el enfoque social”. *LiberAddictus*, Año 4, No.19, 34-35. Contradicciones, Salud y Sociedad, A. C. y Liber - Ad, A. C. México.
- 1998b El punto de vista sociocultural sobre el alcoholismo. En *Orígenes y efectos de las adicciones*. María del Carmen Praga y Lozano (coord.). SEP: Biblioteca para la Actualización del Maestro, 33- 37. México.
- 1997a “La influencia de la familia en las actitudes hacia el consumo del alcohol”. *LiberAddictus*, Año 3, No.15, noviembre- diciembre, 18-19. ContrAdicciones, Salud y Sociedad, A. C. y Liber- Ad, A. C. México.
- 1997b “¿Se puede beber responsablemente?” *LiberAddictus*, Año 3, No.14, junio- julio, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, A. C. y Liber- Ad, A. C. México.
- 1996 “La Ingesta de alcohol en San Sebastián, Puebla”. *Addictus*, Año 3, No.10, abril- mayo, 1996: Ciudad de México: Ediciones Alternativas, 27-31. México.
- 1995a El alcohólico... ¿nace o se hace? *Humanidades*, No.98, 15 de marzo. Universidad Nacional Autónoma de México, 19-24. México.
- 1995b *La mujer y el alcohol*. Consejo Nacional contra las Adicciones y Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, A. C., 1-6. México, D.F.
- 1994a “Bebidas y licores de hoy”. *Bebidas nacionales. Guía México Desconocido* No.18, Noviembre. Editorial Jilguero, S.A. de C.V. México.
- 1994b El punto de vista sociocultural sobre el alcoholismo. *Addictus*, Año I, No.1, marzo- abril, 11-12. Ediciones Alternativas. México.
- 1989 El consumo del alcohol en algunos grupos indígenas de México. En *El alcoholismo en México: Negocio y manipulación*. Víctor M. Bernal Sahagún, Arturo Márquez Morales, Bernardo Navarro Benítez, Claudia Selser Ventura y Luis Berruecos Villalobos. Editorial Nuestro Tiempo, 3a. edición agosto, 1989: 136-177, (2a.ed. 1985). México.
- 1988a Aspectos culturales del consumo del alcohol en México. En *Alcohol consumption among mexicans and mexican-americans: A binational*

- perspective*. M.Jean Gilbert (ed). Spanish Speaking Mental Health Research Center. University of California at Los Angeles.
- 1988b El alcoholismo en México: situación actual y perspectivas. En *Alcoholismo, visión integral*. Rafael Velasco Fernández (ed). Trillas, S.A. México.
- 1983a El consumo del alcohol en algunos grupos indígenas de México. En *El alcoholismo en México: Negocio y manipulación*. Víctor M. Bernal Sahagún, Arturo Márquez Morales, Bernardo Navarro Benítez, Claudia Selser Ventura y Luis Berruecos Villalobos. Editorial Nuestro Tiempo. México.
- 1983b "Aspectos antropológicos". *El alcoholismo en México*. Tercer seminario de análisis, Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. Fundación de Investigaciones Sociales. México.
- 1977 "Lástima que mohuintiá quema y no papá: Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la Sierra Norte de Puebla, México". *Reportes especiales*. Septiembre. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental. México.
- 1974 The function of anthropology in drug addiction studies. *Informa*, 2 (2), 9-14.
- Berruecos Villalobos, L. y Velasco, P.
- 1997c Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la Sierra Norte de Puebla. *Reportes especiales*, CEMESAM. México.
- Besserer, F.
- 2002 Trabajo en las comunidades indígenas transnacionales. En: *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*. Segundo Informe, Instituto Nacional Indigenista, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. México.
- Blanco, M.
- 2001 "Trayectorias laborales y cambio generacional: Mujeres de sectores medios en la Ciudad de México". *Revista Mexicana de Sociología*. IIS-UNAM, AÑO LXIII, núm 2. México.
- 1998 El manejo conceptual y metodológico de la temporalidad en los estudios sobre familia. Un problema interdisciplinario. En *Antropología e interdisciplina. Homenaje a Pedro Carrasco*. Tomo II, Sociedad Mexicana de Antropología.
- Blanco, M. y Pacheco, E.
- 2003 Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: Dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Revista Papeles de Población*. NE, año 9, núm 38. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Blizard, Peter.
- 1970 The social rejection of the alcoholic and the mentally ill in New Zealand. *Social Science and Medicine. An International Journal*. Vol. 4. No. 5. 513-526. December.
- Blume, S.
- 1990 *Secret survivors: Uncovering incest and its aftereffects in women*. John Wiley and Sons. USA.

- Bobes, J., Casas, M., Gutiérrez, M.
 2002a *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Psiquiatría Editores. Barcelona.
 2002b *Bases neurobiológicas del consumo de sustancias*. STM Editores. Barcelona.
- Bolwby, John
 1995 *Maternal care and mental health*, 2ª ed. Edición. Jason Aronson. Geneva, World Health Organization, Monograph series no. 3. Northvale, NJ; London.
- Bonfil Batalla, Guillermo
 2006 El concepto de indio en América. Una categoría de la situación colonial. En: *Obras escogidas de Guillermo Bonfil*. Tomo 1. 337-357. México.
- Borges G., Medina-Mora M. E., Cherpitel C., Casanova L., Mondragón L., Romero M.
 1999 Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencia de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública Mex*; 41: 3-11.
- Botvin, G. J.
 1999 *Etiología del uso del alcohol entre adolescentes hispanicos: efectos propios de cada sexo de las influencias sociales a beber y de los comportamientos de problema*. Archivos del Instituto de la Pediatría; medicina adolescente.
 1995 Principles of prevention. En *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs*, R. H. Coombs y D. M. Ziedonis (eds.) 19-44. Allyn and Bacon. Boston, MA.
- Botvin, G. J. y Botvin, E. M.
 1992 Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Brailowski, Simón.
 1995 *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*. Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México.
- Brau, J.
 1973 *Historia de las drogas*. Bruguera. España.
- Brook, J. S, Cohen, P. y Brook, D.
 1998 Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 322-330.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M. y Cohen, P.
 1990 The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, social and general psychology monographs*, 116 (2).
- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P.
 1996 Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1584-1592.
 1995 Aggression, intrapsychic stress and drug use. Antecedent and intervening processes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1076-1084.

- Bunzel, Ruth.
 1940 "The role of alcoholism in two Central American Cultures". *Psychiatry*, III: 361-87.
 1976 Chamula y Chichicastenango: una revisión. En *Antropología del alcoholismo en México*, Menéndez, E. L. (ed.) (1991). México.
- Burak, S. D.
 1999 "Protección, riesgo y vulnerabilidad". *Adolescencia Latinoamericana*. 1 (4), 222-230.
 1998 *Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.
- Busso, G.
 2001 "Vulnerabilidad social: nociones e implicaciones de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI". Trabajo presentado en el Seminario internacional: Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Chile.
- Buxó I Rei, M. J.
 2004 "Bioética intercultural para la salud global". *Forum Barcelona. Health and development: Challenges for the 21st Century*. Número 1. Revista de Bioética y Derecho.
- Bwllack, A.
 1980 Behavioral assesment of social skills. En *Research and practice trining*. Plenum Press. New York.
- Cabaleiro, M.
 1997 *Síndromes psicopatológicos condicionados por la inmigración e emigración*. Junta de Galicia. Santiago de Compostela. Madrid.
- Caballo, E.
 s. f. *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Siglo XXI. México.
- Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G. y Stewart, M. A.
 1996 An adoption study of drug abuse/dependence in females. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 88-94.
- Cahalan, D. y Room, R.
 1974 Problem drinking among american men. *Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies*. XIV, p.p.269.
- Calafat, Amador.
 1995 "Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos". *Drogodependencias*. Isabel Salazar Bernard, Antonio Rodríguez López, Elisardo Becoña Iglesias (coord.), Vol. 4, 1995, ISBN 84-8121-239-3, 75-104.
- Calafat, A., y Amengual, M.
 1999 *Educación sobre el alcohol*. Servicio de Publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
 1991 Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 2: 75-100.
- Calafat, A., Mejías, G., Amengual, M. y Palmer, A.
 1992 Control exterior e interior y consumo de drogas. *Adicciones*, 4 (3), 219-232.

- Camarena, R. M.
1996 Algunas ideas sobre el papel del estado en la definición del curso de vida. Trabajo presentado en el XX Congreso de la Asociación Mexicana de Sociología *Dinámica demográfica y cambio social*, Carlos Welti (comp.).
- Cantón, J. y Cortés, R.
1997 *Malos tratos y abuso sexual infantil, causas, consecuencias e intervención*. Siglo XXI. Madrid.
- Caraveo, J., Colmenares, E., Saldívar, G.
1999 "Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México". *Salud Pública de México*. Vol. 41, No. 3. Mayo-Junio.
- Carrasco Pizana, Pedro.
1979 *Cultura e historia prehispánica de los pueblos mesoamericanos del habla otomiana, México*, Gobierno del Estado de México. Serie de Antropología Social. México.
- Carroll, Lewis.
1980 *Alicia en el país de las maravillas*. Alfredo Ortells. España.
- Castillejo, B.
1986 *Nuevas perspectivas en la ciencia de la educación*. Anaya. España.
- Castro, Sariñana M. E.
2006 Hacia una política social de prevención de las adicciones. Siete puntos básicos para la reflexión. *Liberaddictus*, 89, enero-febrero. México.
- Castro, Sariñana M. E. y Millé, C.
1998 *Construye tu vida sin adicciones. Manual del facilitador*. Secretaría de Salud. México.
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D.
1996 The social development model: a theory of antisocial behavior. En *Delinquency and crime. Current theories*, J. D. Hawkins (ed.). Cambridge University Press.
- Cazeneuve, Jean.
1971 *Sociología del rito*. Amorrortu Editores. Buenos Aires
- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.
s. f. *Fármacos de abuso: Información farmacológica y manejo de intoxicaciones*. Autor. México.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.
2009a *Prevención del consumo de drogas: retos y estrategias en la sociedad contemporánea*. Autor. México.
2009b *De la prevención universal a la prevención selectiva*. Autor. México.
2006a *La investigación en adicciones en México 2000-2006*. Autor. México.
2006b *Fundamentos teóricos-conceptuales de la prevención selectiva* (Documento de circulación interna). Autor. México.
2004 *Cuaderno de apoyo para la asesoría a voluntarios técnicos, estudiantes en servicio social, prácticas y promotores preventivos* (Documento de circulación interna). Autor. México.
2000 *Síndromes de intoxicación*. Autor. México.
1998 *Modelos y métodos de evaluación de programas preventivos del uso de drogas*. Autor. México.

- 1997 *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. Autor. México.
- s. f. *Manual de procedimientos para la evaluación del programa preventivo y materiales de apoyo de Centros de Integración Juvenil*. Autor. México.
- Cifuentes, Barbara y Moctezuma, José Luis
2004 "Un acercamiento a las tendencias del plurilingüismo en México". *Memorias Seminario Permanente*. CDI-PNUD. México.
- Clairmote, F. y Canavagh
1993 *Alcohol y poder de las multinacionales*. CroomHelm. Londres.
- Clayton, R. R.
1992 Transitions in drug use: Risk and protective factors. En *Vulnerability to drug abuse*, M. Glantz y R. Pickens (eds.) American Psychological Association. Washington, DC.
- Clifton Roxanna, Pineda, Siboney y Vizcarra, Ivonne.
1997 *Voces femeninas mazahuas*. Biblioteca de los pueblos indígenas. Instituto Mexiquense de Cultura. México.
- Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces.
2001 *Drogas y desarrollo: el despacho bimestral de ENCOD*. Noviembre 2001.
- Cobos, O., Rubio, R.
1983 La presión arterial en escolares de Guadalajara. *Salud Pública*, 25 (2), 177A83. México.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnov, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B. y Long, B.
1993 The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Coleman, D. y Guria, J.
1993 *Mind body medicine: How to use your mind for better health*. Consumer reports books.
- Collin Harguindeguy, Laura
1994 *Fiestas de los pueblos indígenas. Ritual y conflicto. Dos estudios de caso en el centro de México*. Instituto Nacional Indigenista/ Secretaría de Desarrollo Social. México.
2003 *La estrategia de reducción de daños como estrategia preventiva*.
- Colmenares, E.
s. f. Aspectos psicodinámicos de la agresión. Conferencia dictada dentro del Curso Violencia Intrafamiliar efectuado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón del Fuente, Septiembre. México.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
2005 *Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2004*. Autor. México.
- Consejo Nacional de Población
2002 *Proyecciones de la población de México 2000-2050*. Primera edición. Autor. México.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones
2006 *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. Autor. México.

- 2002a *Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las adicciones*. Autor. México.
- 2002b. *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*. Autor. México.
- 2001 *Manual para la integración y organización de Comités Municipales Contra las Adicciones*. Autor. México.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes
2003 *Estrategia nacional sobre drogas 2003-2008*. Autor. México.
- Contel M, Gual A, Colom J.
1999 Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11: 337-347.
- Coopersmith, S.
1981 *The antecedents of self-esteem*. Consulting Psychologists Pr. Inc. California.
- Corsi, J.
1994 *Violencia familiar*. Paidós. México.
- Cortés, B.
1988 "La funcionalidad contradictoria del consumo de alcohol". *Nueva Antropología*, núm. 34.
- Cortés, E.
1972 *San Simón de la Laguna*. Secretaría de Educación Pública-Instituto Nacional Indigenista. México.
- Costa, F. M. y López, E.
1996 *Educación para la salud*. Pirámide. Madrid.
- Costa, F. M., Jessor, R. y Turbin, M. S.
1999 Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 480-490.
- Cymerman, P., Goltzman, P., Rossi, D., Sánchez, A. Tuuzé, G.
2003 *La estrategia de reducción de daños como estrategia preventiva*.
- Chafetz, Morris E y Demone, Harold W.
1962 *Instrumentos de evaluación en alcoholismo*.
1962 *Alcoholism and society*. Oxford University Press. New York.
- Chatlos, J. C.
1996 Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27
- Chávez, M. T., Solís, A. A., Pacheco, G. y Salinas, O.
1977 *Drogas y pobreza*. Trillas. México.
- Chiu, A. (coord.)
2002 *Sociología de la identidad*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Davey Smith George, Bartley Mel, Blane David.
1990 *The Black Report on socioeconomic inequalities in health, 10 years on*. BMJ 301.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.
1985 *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca. México.

- De Felice, Philippe.
1975 *Poisons sacres, ivresses divines*. Felmar. Colección Abraxas Número 2. España.
- De La Fuente, J. (coord.)
1954 *Comisión de estudios del problema del alcoholismo en Chiapas*, 8 vols., Gobierno del estado de Chiapas- Instituto Nacional Indigenista. México.
1991 Trabajo social, atención primaria en salud y participación ciudadana: un enfoque antropológico. En *I Encuentro Internacional sobre Política Social*, Eduardo L. Menéndez. De Jong, A., Emans, S. y Goldfarb, A. (eds.).
1987 Alcoholism and alcohol abuse: A complete view. *Salud Mental*, 10 (4), 45-51.
- De La Fuente, J. R. y Kershenobich, D.
1987 Timely detection of the alcoholic patient and liver damage. *Salud Mental*, 10 (4) 76-80.
- De La Rosa, L. y Otero, M.
2004 Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. Women and Smoking. *Trastornos Adictivos*, 6 (2), 113-124.
- De La Vega, S.
2007 *Índice de desarrollo social de los pueblos indígenas*. Instituto Nacional Indigenista. México.
- Dembo, R., Cervenka, K. A., Hunter, B., Wang, W. y Schmeidler, J.
1999 Engaging high risk families in community based interventions services. *Agression and Violent Behavior*, 4, 41-58.
- Desjarlais, R., L. Eisenberg, B. Good, y A. Kleinman.
1997 *Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Oxford University Press. Washington, DC.
- Devereux, George.
1940 The function of alcohol in Mohave Society. *Quart. J. Stud. Alc.*, IX: 207-51.
- Devillard, M. J.
1990 El grupo doméstico. Concepto y realidades. *Política y Sociedad* 6/7, 103-111. Universidad Complutense. Departamento de Antropología Social. Madrid.
- Díaz, A.
2003 *La percepción de riesgo sobre los niveles de aceptabilidad del mismo*.
- Díaz, R.
1999 Las repercusiones del alcoholismo paterno en la descendencia: Avances hacia la prevención en una población de riesgo. *Aula Médica Psiquiátrica*, 1, 51-61.
- Díaz, R., Gual, A., Serrano, L., Costa, S., Ferri, M.J., Grau, C.
2001 Programa ALFIL: Evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 13 (1), 39-49.
- Dick, E. e Ibarra, G.
1982 *América en la prehistoria mundial*. Editorial Tipográfica Argentina. Buenos Aires.
- Diderichsen F, Hallqvist J.
1998 Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. Arve-Parès B. (ed.) *Inequality*

- Health – A swedish perspective, Stockholm: Swedish council for social research; 1998: 25-39.*
- Donas, S.
1999 “Protección, riesgo y vulnerabilidad”. *Revista Adolescencia Latinoamericana* Vol. 1 N°4, 1999. Porto Alegre, Brasil.
- Dorsch, F.
1994 *Diccionario de psicología*. Herder. Barcelona.
- Durán Ávila, Adriana.
2005 “Bebidas mexicanas: Culto a los dioses y al paladar”. *México desconocido*. Diciembre, Número 346, Año XXX, 42-48.
- Dusenbury, L.
2000 Family-based drug abuse prevention programs: A review. *Journal of Primary Prevention*, 20, 337-352.
- Eber, Christine.
2001 “Buscando una nueva vida: Liberation Through Autonomy in San Pedro Chenalhó, 1970-1998”. *Latin American Perspectives*, Issue #117, Volume 28, No. 2: 220-247.
- Edwards, G.
1994 *Alcohol policy and the public good*. Oxford Medical Publication, Oxford University Press, Nueva York.
- Edwards, G. y M. Grant (eds.)
1980 *Alcoholism treatment in transition*, Croom-Helm, Londres.
- Elaine, M. Murphy
2005 La promoción de comportamientos saludables, *Boletín de Salud* No. 2 Population Reference Bureau. Washington, DC.
- Elder, Glen, M.
2003 The emergence and development of life course theory. En *Handbook of the life course*, Mortimer y Shanahan (eds.) Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York.
2002 Historical times and lives: a journey through time and space. En *Looking at lives: american longitudinal studies of the 20th century*. Russell Sage, New York.
2001 Life course: sociological aspects. En *Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, vol. 13, Smelser y Baltes (eds.) International Elsevier, Oxford.
1991 Lives and social change. En *Theoretical advances in life course research. Status passages and the life course*, volume I, Walter Heinz, Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
1987 *Life course dynamics. Trajectories and transitions*, Cornell University Press, Ithaca.
1978 Family story and the life course. En *Transitions. The family and the life course in historical perspective*. Academic Press.
- Ellis, H.
1980 *Fundamentos del aprendizaje y procesos cognoscitivos del hombre*. Trillas. México.

- Embriz, A. (coord.)
 1990 *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*. Instituto Nacional Indigenista. México.
- Emrick, C. D.
 1982 Psychologists offer alcohol abusers a chance for self-growth. *Bulletin of the Society of Psychologists in Substance Abuse*, 1 (2), 37-38.
 1975 A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88-108.
- Ende, M.
 1994 ¿Inculcar una conciencia crítica? En *Carpeta de apuntes*. Alfaguara. España.
- Engels, S.
 1971 Drinking practices and attitudes in an Australian metropolitan area. *Social Science and Medicine. An International Journal*. Vol. 5. No. 5, 77-84. October.
- Enoch M. A., Goldman, D.
 2002 Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*, 65: 441-8.
- Esbensen, F. A. y Elliot, D. S.
 1994 Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents. *The Journal of Drug Issues*, 24, 75-97.
- Escalante, P.
 1958 *Educación ideológica en el México antiguo*. Antología. SEP. México.
- Escamez, J.
 2000 *Drogas y escuela: una propuesta de prevención*. Dykinson. Madrid.
- Escohotado, Antonio.
 1995 *Historia general de las drogas*. Alianza, España.
 1990 *Guía de drogas, las lícitas y las otras*. Ómnibus-Mondadori. España.
- Estrada, Álvaro.
 1989 *Vida de María Sabina, la sabia de los hongos*. Siglo XXI. México.
- Evans Schultes, Richard y Hofmann, Alberto.
 1982 *Plantas de los dioses*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M. D.
 1999 Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- Ferguson, D. M. y Lynskey, M. T.
 1996 Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 281-292.
- Fericgla, José María (comp.)
 1999 *Los enteógenos y la ciencia*. Col. Cogniciones, Los libros de la liebre de marzo. Barcelona.
 1997 *El hongo y la génesis de la cultura*. Colección Cogniciones, Los libros de la liebre de marzo. Barcelona.
 1995 *Plantas, chamanismo y estados de conciencia*. Col. Cogniciones, Los libros de la liebre de marzo. Barcelona.

- Field, Peter B.
1962 A new cross-cultural study of drunkenness. En *Society, culture and drinking patterns*, David J. Pittman and Charles R. Snyder (ed.), 48-74. Jhon Wiley and Sons. New York.
- Fillmore, K. M. y Midanik, L.
1984 Chronicity of drinking problems among men: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (3), 228–236.
- Finkelhor, D. y Korbin, J.
1988 Child abuse as an internacional issue. *Child abuse and neglect*, 12 (3). 3-23.
- Finney, J. W., Moos, R. H., Mewborn, C.R.
1980 Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (1), 17-29.
- Fishbein, M.
1961 *A theoretical and empirical investigation of the interrelation between belief about and object and the attitude toward that object.*
- Flanet, V.
1986 *La madre muerte, violencia en México.* Fondo de Cultura Económica. México.
- Flay. B. R. y Petraitis, J.
1995 *Teoría de la influencia triádica.*
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
s. f. *Programa para la prevención, atención, desaliento y erradicación del trabajo infantil urbano marginal.* Autor. México.
- Foster, G. y Anderson, B.
1978 Medical anthropology. En *Etnopsychiatry*, J. Wily y Sons (ed.), Cap. 5: 81-100.
- Fox, R.
1967 A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism. *American Journal of Psychotherapy*, 123, 769-778.
- Frank H. Galvan; Ph. D., L. C. S. W. y Raul Caetano, M. D., Ph. D.
1998 Alcohol use and related problems among ethnic minorities in the United States.
- Freixa, F.
1996 *La enfermedad alcohólica. Modelo sociobiológico de trastorno comportamental.* Herder. España.
- Frenk, J.
1994 Consequences of the North American free trade agreement for health services: a perspective from Mexico. *American Journal of Public Health*, 84 (10):1.591-1.597.
1993 La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. *La ciencia desde México /133.* Fondo de Cultura Económica. México.
- Frenk J, Bobadilla J. L., Sepúlveda J. y López-Cervantes M.
1989 Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning*, 4 (1):29-39.

- Frenk, J., Lozano R., González M. A.
2002 *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Fundación Mexicana para la Salud. México.
- Frust, Peter T.
1995 *Hongos, especies alucinógenas*. Enciclopedia de las drogas psicoactivas. Diana. México.
1976 *Hallucinogens and culture*. Chandler and Sharp Publishers, Inc. San Francisco.
- Fundación Convivir.
s. f. *Programas escolares de prevención*. Autor. Buenos Aires.
- Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.
2000 *Los trabajadores y el consumo de bebidas con alcohol: razones, consecuencias y alternativas*. Autor. México.
- Galinier, J.
1990 *La mitad del mundo; cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*. UNAM, México.
- Gálvez, Xóchitl
2001a "Alcoholismo entre los pueblos indígenas". *CONADIC Informa*. Vol. I, Número 2, Salud mental y trabajo, Noviembre. 14-19. Secretaría de Salud-Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.
2001b Introducción a la conferencia dictada en el II Congreso de Salud Mental organizado por la Secretaría de Salud. México.
- García, A. A.
1972 El maguey y el pulque en Tepetlaoxtoc. *Comunidad* 38, 460-475. México.
- García-Andrade, C.
2002 Retos en la medición del consumo de alcohol en una población ñahñu del Valle del Mezquital. *Cuadernos FISAC*, 1 (12), 23-34. México.
- García-Andrade, C., T. L. Walland C. L. Ehlers
1996 Alcohol expectancies in Native American population appears in *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20 (2), p7 A. Published in November 1996.
- García, B.
1998 Dinámica familiar, pobreza y calidad de vida: Una perspectiva mexicana y latinoamericana. En *Familia y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentes en América Latina y el Caribe*, Beatriz Schmukler (coord.), 53-82. Population Council y Edamex.
- García, Gavidia Nelly
1991 Persistencia de lo sagrado: fiesta y religión popular. *Opción, Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. No. 11. Venezuela.
- García Salgado, Roberto
2001 "La actitud de los jóvenes ante el consumo del alcohol". *Cuadernos FISAC*, Cd. de México: Mayo 2001, Año 2, Vol. 1, No.009: 47-54.
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J., Stone, D. B. y Winner, C.
2001 Guide to science-based practices 1. *Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

- Generalitat Valenciana
 2003 *Evaluación de la aplicación en la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana: Consellería de Benestar Social. Consellería de Cultura/Educación. España.
- Giele, Janet Z. y Elder, Glen H. (eds.)
 1998 *Methods of life course research. Qualitative and quantitative approaches*. Sage Publications, Inc. California.
- Gilvery, E.
 2000 Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.
- Giménez, G.
 1997 Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte*, Vol. 9, Núm. 18, julio-diciembre, 10-28. El Colegio de la Frontera Norte. México.
 1996 La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. En *Identidad: análisis y teoría, simbolismo, sociedades complejas, nacionalismo y etnicidad*, Méndez, L. UNAM. México.
- Gimeno, A.
 1998 *La familia: el desafío de la diversidad*. Ariel. Madrid.
- Glantz, M. y Pickens, R.
 1992 *Vulnerability to drug abuse*. Washington: American Psychological Press.
- Glaser, B. y A. Straus
 1967 "Temporal aspects of dying as a non-scheduled status passage". *American Journal of sociology*, 71.
- Glouberman, D.
 1994 *Imaginar es poder: cambio y crecimiento mediante el trabajo con imágenes*. Urano. Barcelona.
- Goldani, Ana María y T. Pullum
 1989 "Changes in the life course of brazilian women en Proceeding of the XXI st". *International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP)*, New Delhi, India.
- Goldman, M. S.
 1999 Risk for substance abuse: Memory as a common etiological pathway. *Psychological Science*, 10, 196-198.
- Goldstein, P.J.
 1995 The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. En *The American drug scene: an anthology*. J. A. Inciardi y K. Mc Elrath (eds.) Roxbury Publishing Co. Los Angeles.
- Gómez Dantés, O.
 2001 ¿Qué hacemos con la salud de los pobres? *Este País*, mayo, 26-31.
- González, D.
 1992 *Conducta prosocial: Evaluación e intervención*. Morata. Madrid.
- González De La Rocha, M.
 1999 "La reciprocidad amenazada: Un costo más de la pobreza urbana". *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, enero-junio de 1999: 33-50.

- González, L. y Berger, K.
2002 Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Cienc. Enferm.* 8 (2). 27-35. Diciembre.
- González Ortiz, Felipe
2005 *Estudios sociodemográficos de los pueblos y comunidades indígenas del Estado de México*. El Colegio Mexiquense, A. C.- Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México. México.
- Goodman, Alfred
1991 *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 8va. edición. Panamericana. Argentina.
- Gordon, Wasson R.
1983 *El hongo maravilloso*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Gottfredson, D. C.
1988 An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review*, 11, 739-763.
- Grammont, Hubert C. de Lara de Flores, Sara María.
2004 *Encuesta a hogares de jornaleros migrantes en regiones hortícolas de México: Sinaloa, Sonora, Baja California Sur y Jalisco*. UNAM, IIS. 186 p. (Cuadernos de investigación; 30).
- Gramsci, Antonio
1999 *Cuadernos de la cárcel*, 1999, vol. 1, 95-96. Era.
- Granados Cosme José Arturo
2002 Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo. *Nueva antropología*, septiembre, vol XVIII, núm 61, 79-97. Distrito Federal, México.
- Granados Cosme José Arturo y Luis Ortiz Hernández
2003a Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Revista mexicana de sociología*, 298, año 65, núm. 2, abril-junio.
2003b Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista mexicana de sociología*, 592, año 65, núm. 3, julio-septiembre.
- Granados Cosme José Arturo, Luis Ortiz Hernández, María de los Angeles Garduño Andrade
2004 Segregación laboral y género. Caracterización de la morbilidad psiquiátrica registrada en un hospital de la ciudad de México (1993-1995). *Revista española de salud Pública*, enero-febrero, año/vol78, núm. 001. Ministerio de Sanidad y consumo de España. Madrid, España pp53-63.
2003 Patrones de daño a la salud mental psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, febrero, año/vol26, núm 001. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente. Distrito Federal, México pp42-50
- Grant, M. y Ritson, B.
1983 *Alcohol, the prevention debate*, Croom- Helm, Londres.

- Graña, J. L., Muñoz, M. J. y Delgado, S.
2000 *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes de Majadahonda. Factores de riesgo y protección.* Ayuntamiento de Majadahonda/Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid.
- Green, L. W, Kreuter, M. W.
1991 *Health promotion planning. An educational and environmental approach.* Mountain View, California; Mayfield Publishing Co., Second Edition.
- Griffith, E. E. H. y González, C. A.
1996 Essentials of cultural psychiatry. En *The synopsis of psychiatry*, R. E. Hales y S. C. Yudofsky (eds.), 1283-1306. American Psychiatric Press. Washington, DC.
- Grimberg, Mabel
1997 Demanda, negociacion y salud. *Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990.* Facultad de Filosofía y Letras. CBC. UBA. Buenos Aires.
- Guadarrama, Fausto
1980 *Vocabulario práctico bilingüe mazahua-español.* México.
- Gual, A. (ed.)
2002 Monografía sobre el alcohol. *Addiciones*, 14 (supl 1). 2002.
- Gual, A. y Díaz, R.
2004 *Alcohol, del uso al abuso.* Editorial Morales i Torres. Barcelona.
1999 Alcoholism prevention in children of alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 34 (3), 1999, 440 (ESBRA abstracts).
- Gual, A., Rodríguez-Martos, A. y Calafat, A.
2000 *Programa Alfil. Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas.* Socidrogalcohol. Barcelona.
- Guiteras Holmes, Calixta
1965 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzozil.* Fondo de Cultura Económica. México.
- Gutiérrez, R., Gigengack, R. y Vega, L.
1995 Con el chemo veo elefantes rosas, con el tiner elefantes azules. Reflexiones sobre el uso infantil de los inhalables. En *Interdependencias.* México.
- Hagestad, Gunhild y Neugarten, B.
1985 The life course. En *Handbook of aging and the social sciences*, R. Binstock y E. Shanas (eds.), VanNostrand Reinhold. New York.
- Haley, J.
1976 *Problem-solving therapy.* Jossey-Bass. San Francisco.
- Hammel E. A.
1980 Household structure in fouteenth-century Macedonia. *Journal of family History.*
- Hareven, Tamara
1994 Ageing and generational relations. A historical and life course perspective. *Annual Review of Anthropology*, núm 20.
1978 *Transitions. The family and the life course in historical perspective.* Academic Press. New York.

- Harris, Malvin
2001 *Antropología cultural*. Alianza Editorial. Col. Antropología Número 3002, España.
- Hawkins, J. D., y Catalano, R. F.
1995 *Developmental-epidemiological based prevention planning: Theoretical, research and practical issues*. June, 1995.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J.
1992 Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, (1), 64 -105.
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G.
1985 The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*.
- Heather, N. y Robertson, I.
1983 What we would most like to know: Why is abstinence necessary for the recovery of some problem drinkers? *British Journal of Addiction*, 78 (2) 139-144.
- Heather, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.
1991 The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86 (27).
- Heffern, Richard
1974 *Secrets of the mind-altering plants of Mexico*. Pyramid Books. USA.
- Heath, D. B.
1980 A critical review of the sociocultural model of alcohol use. En *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism. Research monograph 3*, T. C. Hartford, D. A. Parker y L. Light (eds.) Superintendent of Documents. Washington, DC.
- Herbert, Mead
1983 *Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia*. Paidós Psicología Evolutiva. España.
- Hernández Palomo, José Luis
1979 *La renta del pulque en la Nueva España (1663-1810)*. Publicaciones de la Escuela de Estudios Americanos de Sevilla.
- Hill, M. J., y Blane, H. T.
1967 Evaluation of psychotherapy with alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 28 (1), 76-104.
- Hogue, A. y Liddle, H. A.
1999 Family-based prevention intervention: An approach to preventing substance use and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 278-293.
- Holmes, T.
1976 *Inventario de experiencias recientes*. Escuela de medicina de la universidad de Washington.
- Honigmann, John J.
1967 *Personality in culture*. Harper and Row Publishers, New York.

- Hops, H., Duncan, T. E., Duncan, S. C. y Stoolmiller, M.
1996 Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157-164.
- Horner, B. R. y Scheibe, K. E.
1997 Prevalence and implications of attention deficit hyperactivity disorder among adolescent in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 30-36.
- Horton, D.
1943 "The functions of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study". *Quart. J. Stud. in Alc.*, 4: 199-320, 1943.
- Hyden, G.
1980 *The resilience of the peasant mode of production*. Praeger. New York.
- Inchaurraga, S.
2004 *Reducción de daños en usuarios de drogas en Latinoamérica, difícil, posible y necesario*.
- Inglis, Brian
1994 *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. TIKAL. Gerona.
- Instituto de Adicciones de Madrid.
2006. *Manual de formación de mediadores sociales*. Documentos Técnicos de Salud. Autor. México.
- Instituto de la Mujer
2001 *La prevención y erradicación de la violencia doméstica a partir del sistema de salud: Un nuevo paradigma*. Junio 2001. Autor. México.
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
2007 *Perfiles de mortalidad y morbilidad en la población mexiquense*. Autor. México.
2006 *Encuesta de salud del Estado de México, 2006*. Autor. México.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría
1997 *Capacitación, seguimiento y evaluación de proyectos sobre el problema de los niños sin hogar*. (Manual de circulación interna para cursos de capacitación dirigidos a equipos multidisciplinares interesados en el problema). Autor. México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
2008 "Población en hogares indígenas, 2007". *XIV Censo Nacional de Población y Vivienda*. Resultados preliminares. Autor. México.
2006 "Población en hogares indígenas, 2005". *XIII Censo Nacional de Población y Vivienda*. Autor. México.
2000a "Población en hogares indígenas, 2000". *XII Censo Nacional de Población y Vivienda*. Autor. México.
2000b *XII Censo general de población y vivienda*. Autor. México.
2007 *Comunicado de prensa No. 069*. 01 de marzo de 2007. Autor. México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría y Secretaria de Educación Pública
2003 *Encuesta de estudiantes de educación media y media superior del área metropolitana de la Ciudad de México*. Autor. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública
2003 *Encuesta Nacional de Salud, 2000*. Autor. México.

- Instituto Nacional Indigenista, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
2000 *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México. Primer informe: Tomo I.* Autor. México.
- Instituto Nacional Indigenista- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
1999 *Memoria histórica y muestra artesanal: Flor de mazahua.* Autor. México.
- Irigoyen, F.
1979 *Cerocahui: Una comunidad en la Sierra Tarahumara.* Centro Librero. La Prensa, Chihuahua. México.
- Jacobson, E.
1974 *Progressive relaxation.* The University of Chicago Press, Midway Reprint. Chicago.
- Jakubowski-Spector, P.
1973 Facilitating the growth of women through Assertive Training. *The Counseling Psychologist*, 4. 75-86.
- Jellinek E. M.
1989 *Disease concept of alcoholism.* New Haven (CT): College and University Press; 1972: 246.
- Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. M.
1991 *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development.* Cambridge University Press. Cambridge.
- Jessor, R. y Jessor, S. L.
1977 *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth.* Academic Press. San Diego, CA.
- Jessor, R., Turbin, M. S. y Costa, F. M.
1998 Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.
- Jiménez-Arriero M. A., Ponce G., Rubio G., Palomo T. Jiménez y Ponce
2005 *Bases neurobiológicas del consumo de sustancias.*
- Jiménez Moreno, A.
1959 *Síntesis de la historia pretolteca de Mesoamérica.* Esplendor del México Antiguo II. México.
- Jiménez, Moreno A. y Ponce, G.
2006 *Factores biológicos en alcoholismo y otras adicciones.* Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Johnston, L. D.
1995 Contribuciones de la epidemiología de las drogas al campo de la prevención del abuso de drogas. En *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*, C. G. Leukefeld y W. J. Bukoski (eds.). Centro de Estudios de Promoción de la Salud. Madrid.
- Jones I, Cameron, D.
1984 Social class analysis-an embarrassment to epidemiology. *Community Medicine* 6, 38-52.
- Kandel, D. B.
1996 The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.

- Kandel, D. B. y Davies, M.
 1992 Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use. En *Vulnerability to drug abuse*, M. Glantz y R. Pickens (eds.), 211-253. American Psychological Association. Washington, DC.
- Kaplan, H. B.
 1996 Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 262, 345-377.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. y Bailey, C. A.
 1986 Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*.
- Kaplan, Howard y Joseph H. M.
 1970 Social and psychological correlates of drug abuse. A comparison of addict and non-addict populations from the perspective of self-theory. *Social Science and Medicine. An International Journal*, Vol. 4. No. 2. August. 203-226.
- Kaskutas, L.
 1989 *Women for sobriety: a qualitative analysis*. Contemporary Drug Problems.
- Katz, L.
 1992 Consellers learn to help violent alcohol abusers. *NIAAA Information and Feature Service*, vol 96, No. 2.
- Kazdin, A.
 1996 *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno. México.
- Kearney, P., Levin, E., Rosen, G.
 2000 *Alcohol, drug and mental health problems: working with families*. National Institute for Social Work. London.
- Kelly, J.
 s. f. *Entrenamiento en habilidades sociales*. Desclée de Brouwer. España.
- Keneth, R.
 1993 Mind body medicine: How to use your mind for better health. Coleman, D. y Guria, J (eds.) *Consumer reports books*.
- Kim, Kwi-Gon
 1989 *Climate, urbanization and greenspaces in urban area, the case of Seoul*. Mab-UNESCO. Universidad de Seúl.
- Kröger, Ch., Winter, H., Shaw, R.
 1998 *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. Munich: Instituto para la Investigación de la Terapia (IFT).
- Kumate, J.
 2004 *Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos*. Secretaría de Salud. México.

- Kumpfer, K., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M.E.V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. y Steele, M.
1998 *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services Center for Substance Abuse Prevention.
- Labouvie, M.
1996 Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- La Fontaine, J.
1990 *Abuso sexual al menor*. Prensa Política. Gran Bretaña.
- Lagarde, Marcela
1990 *La identidad femenina*. Texto difundido por Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. (CIDHAL). México.
- Lamas, M.
2003 *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Miguel Ángel Porrúa / Programa Universitario de Estudios de Género. México.
2002 *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Taurus. México.
- Laplantine, François
1974 *Las voces de la imaginación colectiva*. Granica. Barcelona.
- Lazarus, A.
1966 Behavior rehearsal versus non-directive therapy versus advice in effecting behavior change. *Behavioral Research and Therapy*, 4. 209-212.
- Lazcano, E. y Hernández, M.
2002 La epidemia de tabaquismo: epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública de México*, 44 (1).
- Leach, Edmund Ronald
1978 *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Siglo XXI editors. Madrid.
- Lemert, Edwin McCarthy
1981 *Issues in the study of deviance*. Sociological Quarterly.
- León, C.
1998 Pequeñas voces. Más de una vez he intentado suicidarme. *Liberaddictus*. 19. México.
- Lerín Piñon, Sergio
2005 "Interculturalidad en salud: un reto para la antropología aplicada". Ponencia presentada en las II Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani, UBA, Buenos Aires. Julio.
2004 "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta". *Desacatos* 16, otoño-invierno, 111-125. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Distrito Federal. México.
- Lévi-Strauss, C.
1976 "La familia". *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. 7-49. Cuadernos Anagrama. Barcelona.
- Lewis, J. Richard
1989 *Food additives hand book*. Van Nostran Reinhold. New York.

- Lofgren, O.
1974 Family and household among Scandinavian peasants: An explanatory essay. *Ethnología Scandinavica*, 74: 1-52.
- Lomnitz, L.
1983 Supervivencia en una barriada de la ciudad de México. *Demografía y Economía*, 7.
- Lopata, H.
1992 A women's family roles in life course perspective. En *Gendered Worlds*.
- López, A.
2000 *Botánica mágica y misteriosa*. Mundiprensa. España.
- López Arellano, Oliva y Peña Saint Martín, Florencia
2007. Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano.
2006 "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano". *Tratado latinoamericano de sociología*. E de la Garza (coord.). 278-299. UAM-Iztapalapa. México.
- López Sáenz, Antonio
2000 El oscuro mundo de los hongos tóxicos o alucinógenos. En *Botánica mágica y misteriosa*. Mundiprensa. España.
- Lovibond, S. H.
1975 Use of behavior modification in the reduction of alcohol-related road accidents. In K.G. Gitestam, G.L. Melin y W.S. Dockens (eds.) *Applications of behavior modification*, 399-406, Academic Press. New York.
- Lozano, R.
1994 *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*. FUNSALUD. México.
- Lucena, M.
s. f. *América 1942: Retrato de un continente hace 500 años*. Anaya. Madrid.
- Lucifora, S.
2004 La dimensión intercultural en la antropología aplicada a la salud cultura y salud. *Mesa: Interrogantes posibles para una mirada integral*. Universidad Nacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar de la Plata.
- Lynskey, M. y Fergusson, D.
1995 Childhood conduct problems, attention deficit behaviours and adolescent alcohol, tobacco and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 995-1005.
- Maccoby, E. E.
1992 The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
1984 Socialization and developmental change. *Child Development*, 55, 317-328.
- Macuixtle García, Julio I.
1986 *La importancia de la bebida en la vida social del municipio de Magdalena, en la región de Zongolica Veracruz*. Tesis Universidad Veracruzana. México.
- Magally, S.
s. f. *La violencia intrafamiliar, responsable de homicidios femeninos*. Colegio de México. México.

- Malamuth, N., Feshbach, S., y Jaffe, Y.
1977 Sexual arousal and aggression: recent experiments and theoretical issues. *Journal of Social Issues*, 33. 110-133.
- Marín, F.
2001 *Proyecto percepción del riesgo físico y social de los habitantes del sector galería*. Fundación Vida y Futuro y Alcaldía de Pereira. Informe Final. Pereira.
- Marín, G.
1994 Intervenciones apropiadas en la promoción de la salud: ¿Por qué y cómo? En *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*, J. García y J. Ruíz (comps.). España.
- Mariño, H. C.
2003 *Validez del cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT)*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Márquez, A. y Póo, M.
1998 Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento. *Psiquiatría Pública*, 10 (6), 38-48.
s. f. *Reducción de daños y riesgos en la cuestión de las drogas y las Drogodependencias*. Ekimen, Investigación sobre Sustancias y Salud Mental Bizkaia.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R.
1985 *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guildford Press. New York.
- Martínez, K.
2003 *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Martínez, M. y Rendón, T.
1982 *Algunas estrategias de reproducción de las unidades domésticas campesinas*. CONACYT. México.
- Martínez, V. y Covarrubias, G.
1999 La prevención de drogas en la comunidad escolar. *Revista Electrónica de Psicología*, 8 (2), 131-143.
- McKenna, Terence
1999 *El manjar de los dioses*. Paidós. Barcelona.
- McNeill, A.
1999 Alcohol en la familia. *Adicciones* 11 (1). México.
- Masferrer Kan, Elio.
2004 *¿Es del César o es de Dios?: Un modelo antropológico del campo religioso*. México, D.F. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM: Plaza y Valdés. México.
1979 Guión del documental semana santa en Nanacatlán. Instituto Nacional Indigenista, mecanoscrito. México.

- Medina-Mora, M. E.
 2007a *Encuesta Nacional de Adicciones y Salud Mental: Estado actual*. Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 4: 221-30.
- 1999 Patrones de consumo de pulque en la zona centro del país. FISAC (ed.) *El pulque, la cultura y la salud*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. México.
- 1998 "Beber en el campo y en la ciudad". *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. México.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E. y Real, T.
 2007 Tendencias recientes en el panorama epidemiológico de México ¿Por qué es importante el tratamiento? En *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*, S. L., Echeverría, V. C., Carrascoza, y M. L., Reidl (eds.), 17-30. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Fleiz, C. y Cravioto, P.
 2003 Métodos de obtención de información: Encuestas en hogares. En *Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones*. Consejo Nacional contra las Adicciones (ed.). México.
- Medina-Mora, M. E., Peña, C., Cravioto P., Villatoro, J. y Kuri, P.
 2002 Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública*, 44 (1).
- Medina-Mora M. E., Villatoro, J. Caraveo, J. y Colmenares, E.
 2001 Patterns of alcohol consumption and related problems in Mexico: Results from two general population surveys. En *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*, Demers, A., Room, R. y Bourgault, Ch. (eds.), 13-31. WHO, Ginebra.
- Medina-Mora M. E., Ball, A. y Donoghoe, M.
 2000 Special population studies. En *Guide to drug abuse epidemiology*, World Health Organization (ed.). Ginebra.
- Medina-Mora E. y, Rosovsky, H.
 1998 *Drogas: un reto para el ámbito educativo mexicano*. *Guía de Programación Edusat*, 2 (11), 7-9. Septiembre-octubre. México.
- Medina-Mora, M., Gutiérrez, R. y Vega, L.
 1997 What happened to street kids? An analysis of the mexican experience. *Substance use and misuse*, 32 (3).
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E.; Martínez, N.; Fleiz, C.; Mondragón, L.
 1997 *El abuso de alcohol en estudiantes, ¿qué podemos hacer padres y maestros? Resultados del estudio: Consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media y media superior*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Medina-Mora, M. y Ortiz, A.
 1995 El impacto social de las adicciones en México. En *Situación actual de las adicciones en México*. Consejo Nacional contra las Adicciones (ed.). México.

- Megías V. E., Comas A.
2001 *Valores sociales y drogas*. España: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- Mendelson, Jack.
1994 Alcoholism: Progress in research and treatment. *Social Science and Medicine. An International Journal*, Vol. 8. No. 3, 163. March.
- Méndez G. S. y Pérez A. N.
2001 *Prevenir para vivir: Guía didáctica*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Madrid.
- Mendieta, Lucio y Nuñez
1939 "Ensayo sobre el alcoholismo entre las razas indígenas de México". *Revista Mexicana de Sociología*, 1 (3):77: 1939.
- Menéndez, Eduardo
2002 *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra, 2002. Barcelona.
2000 Alcoholismo, alcoholización y grupos étnicos: Algunas reflexiones. En *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México. Primer Informe*. Vol. 1. INI-PNUD. México.
1997 Holísticos y especializados. Los usos futuros de la antropología. *Nueva Antropología*. Número especial 52-53. Universidad Autónoma Metropolitana, Colegio de México. México.
1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?" *Alteridades*. UAM Iztapalapa. México.
1992 *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Colección Miguel Othón Mendizábal. Ediciones de la Casa Chata. México.
1991 *Antropología del alcoholismo en México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
1989 "Algunos problemas de la investigación antropológica". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, N°. 35, 119-125.
1988 *Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ediciones de la Casa Chata Número 22. México.
1987 *Alcoholismo II. La alcoholización un proceso olvidado*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
1986a *Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud*.
1986b *Nueva antropología. Revista de Ciencias Sociales*, ISSN 0185-0636. México.
1985 Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva antropología. Revista de Ciencias Sociales*, ISSN 0185-0636, N°.28, 1985.
1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata. México.

- Menéndez, Eduardo y Renée B.
2006 "Alcoholismo: Políticas e incongruencias del sector salud en México". *Desacatos. Revista de Antropología Social*. Enero-abril. Antropología médica: Visiones contemporáneas. 29-52. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- Menéndez, Eduardo y R. 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.
- Merikangas, K., Metha, R., Molnar, B.
1998 Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviour*, 23, 6, 893-907.
- Mestas, J.
1999 *Programación efectiva para prevención en Nuevo México*. Instituto de Medicina (IOM). Estados Unidos de Norteamérica.
- Mijangos, C., Hortensia, M.
1999 *La interacción social en la aprehensión de valores. Proyecto de Investigación etnográfica en el aula*. México: Secretaría de Educación del Estado de Tabasco. México.
- Millé, C.
1999 *Hacia una escuela sin adicciones*. CONADIC-SSA. México.
- Miller, W. R., y Caddy, G. R.
1977 Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38 (5) 986-1003.
- Miller, W. R. y Hester, R. K.
1980 Treating the problem drinker: Modern Approaches. In W.R. Miller (ed.) *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*, 11-141, Pergamon. Oxford.
- Miller, W. R. y Joyce, M. A.
1979 Prediction of abstinence, controlled drinking and heavy drinking outcomes following behavioral selfcontrol training. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 47, 773-775.
- Miller, W. R. y Prentice, D. A.
1996 The construction of social norms and standars. En *Social psychology. Handbook of basic principles*, E.T. Higgins y A.W. Kruglanski (eds.), 799-829. Guildford Press. Nueva York.
- Miller, Walter S.
1996 El tonalamatl mixe y los hongos sagrados. *Espacios*, No. 20, año XIV, ICSH. México.
- Millman, R. B. y Botvin, G. J.
1992 Substance use, abuse and dependence. En *Developmental behavioral pediatrics*, M. Levine, N. B. Carey, A. C. Crocker y R.T. Gross (eds.), 2nd. ed., 451-467. Saunders. Nueva York.
- Minuchin, S.
1974 *Families and family therapy*. Harvard University Press (trad. cast., Barcelona, Gedisa, 1979). Cambridge, MA.

- Mircea, Eliade
1960 *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Mishara, B., Kastenbaum, R., Baker, F. y Patterson, R.
1975 Alcohol effects in old age: An experimental investigation. *Social Science and Medicine. An International Journal*, Vol. 9. No. 10, 535-548, October.
- Molina Piñeiro, Valentín (coord.)
1983 *El alcoholismo en México II*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. México.
- Moncada, Bueno, S.
1997 Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*, Plan Nacional sobre Drogas (ed.), 85-101. Autor. Madrid.
- Montesinos, R. (comp.)
2005 *Masculinidades emergentes*. México: Miguel Ángel Porrúa / UAM. México.
- Muñoz-Rivas, M. J.
1998 *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A.
2000 *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. Madrid.
- Münch, Guido
1983 *Etnología de istmo veracruzano*. Instituto de Investigaciones Antropológicas-Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Narro-Robles J, Gutiérrez-Ávila J, López Cervantes, M.
1992 La mortalidad por cirrosis hepática en México: Características epidemiológicas relevantes. *Salud Pública de México*, 34, No.4.
- Narro- Robles, J.; Meneses, F. y Gutiérrez, H.
1994 Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol. En *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, R. Tapia (ed.), 222-244. Editorial El Manual Moderno. México.
- Natera, Guillermina
1999 *El papel del alcoholismo en las violencias*. Gaceta Médica de México.
1980 "Un modelo de investigación para conocer hábitos de consumo de alcohol en una comunidad". *Cuadernos científicos del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM)*, 12, 35-47. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (ed.). México.
s. f. *Algunas costumbres relacionadas con el consumo de alcohol en una comunidad semirural*. En prensa. México.
- Natera Guillermina, Herrerón M.
1988 Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y no alcohólicos. *Salud mental*, 11 (1). México.

- Natera, Guillermina, Juárez F., Medina-Mora M. E., Tiburcio M.
 2005 *Drug and alcohol consumption, depressive features, family violence and their links with crimes: arrests and denunciations. Substance use and misuse.*
- Natera, Guillermina y Tenorio, Rosalba
 1995 "Los estibadores de la Merced y el consumo de alcohol: Una aproximación a su estudio". *Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social* 3 (10), 49-59. UNAM. México.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
 2002 *Preventing alcoholism.* National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Autor. Estados Unidos de Norteamérica.
- National Institute of Drug Abuse y National Institute of Health.
 1997 *Preventing drug use among children and adolescents. A research based guide.* Autor. Estados Unidos de Norteamérica.
- Nathan, P. E.
 1976 Alcoholism. In H. Leitenberg (ed.) *Handbook of behavior modification and behavior therapy*, 3-44, Appleton-Century-Crofts. New York.
- Navarret, S.
 1988 "Snich poshi". *Producción, consumo y función del alcohol en una comunidad Tzeltal.* 10 (34): 111-136, 1988.
- Navarro, Bernabé
 1983 *Cultura mexicana moderna en el siglo XVIII.* UNAM. México.
- Neitzke, Angelika
 2000 Entrevista con Albert Hofmann. *Revista Monográfica El idiota*, No. 1, Barcelona.
- Nervi, Laura
 2002 *El problema: Por qué no se consigue producir cambios efectivos en la formación médica en los últimos 30 años.* Brasil.
- Newcomb, M. D.
 1996 Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Newcomb, M. D. y Bentler, P. M.
 1998a *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults.* Sage. Beverly Hills, CA.
 1998b Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.
 1986 Drug use, educational aspirations and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. y Bentler, P. M.
 1986 Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 76, 625-630.
- Nichter, M.
 2006 Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, 20, 109-132, enero-abril.

- Nizama Valladolid, Martín y Mendoza Angulo, Carlos
 2001 "Bases biológicas de las adicciones". *Diagnóstico*, Vol. 40. Número 1. Enero-Febrero 2001, Perú.
- Nogués, V.
 2002 *Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención*. Generalitat Valenciana. Valencia.
- Norton, Leonard
 1968 *América precolombina*. Editorial Time-Life International. Amsterdam.
- O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, A. T. y Ehrman, R.
 1993 "A learning model of addiction". *Addictive states*, 157-178. C. P. O'Brien y J. H. Jaffe (eds.). Raven Press. Nueva York.
- Oehmichen, Cristina
 2005 *Identidad, género y relaciones interétnicas. Mazahuas en la ciudad de México*. Universidad Nacional Autónoma de México/ Instituto de Investigaciones Antropológicas/ Programa Universitario de Estudios de Género. México.
 2002 "Parentesco y matrimonio en la comunidad extendida: el caso de los mazahuas". *Alteridades*, año 12, núm. 24, julio-diciembre. 61-74. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Antropología. México.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F.
 1998 Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and desviance. *Substance Use and Misuse*, 33, 1629-1665.
- Offord, D. R.
 2000 Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors*, 25, 833-842.
- Offord, D. R. y Kraemer, H. C.
 2000 Risk factors and prevention. *EBMH Notebook*, 3, 70-71.
- O'Rand, A.
 1998 The craft of life course studies. En *Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches*, J. Z. Giele y G. Elder. Sage, Thousand Oaks. California.
- O'Rand, A. y J. Henretta
 1999 *Age and inequality. Diverse pathways through later life*. Westview Press, Boulder.
- Orford, J., Harwin, J.
 1982 *Alcohol and the family*. St. Martin's. New York.
- Orford, J., Oppenheimer, E., y Edwards, G.
 1976 Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behavior Research and Therapy*, 14 (6) 409-418.
- Organización de las Naciones Unidas
 1992 *Violencia contra la mujer*. Consejo Económico y Social. Autor. Viena.
- Organización Mundial de la Salud
 2004 *Global status report on alcohol*. Autor. Ginebra.
 2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Autor. Ginebra.
 2001a *Global status report: alcohol and young people 2001*. Autor. Ginebra.

- 2001b *Encuesta global de tabaquismo en los jóvenes*. Autor. Ginebra.
- 1999 *Informe sobre la salud mundial*. Autor. Ginebra.
- 1996 *Indigenous peoples and substance use project*. WHO/PSA/96.15. Autor. Ginebra.
- 1993 *Measuring quality of life. The development of the World Health Organization quality of life instrument*. WHOQOL-100. Autor. Ginebra.
- 1990 *Programa sobre abuso de sustancias. Niños de la calle, uso de sustancias y salud. Capacitación para educadores de calle*. Autor. Ginebra.
- 1980 Novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Informe del Comité de Expertos de la OMS. *Serie: Informes Técnicos*, Núm. 650. Autor. Ginebra.
- 1979 *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Autor. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud
- 2008 *Reforma de la salud mental: alcohol y el peso de las decisiones*. Autor. Washington, D. C.
- 2006 *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Informe final de investigación. Autor. Washington, D. C.
- 2002 *Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. Autor. Washington, D. C.
- 2001 *Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad*. Organización Panamericana de la Salud. Autor. Washington, D. C.
- 1993 *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*. HSS/SILOS-26. Autor. Washington, D. C.
- s. f. *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Informe final del estudio multicéntrico de la OPS*. Autor. Washington, D. C.
- Orrio, Manuel David
- 2002 *Evaluación del alcoholismo en Cuba*. Cubanet; conexión cubana. Septiembre. La Habana, Cuba.
- Orte, C.
- 1993 Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas. *Proyecto*, 3 (6), Dossier 7.
- Ortega, P. y Mínguez, R.
- 1990 Actitudes de los alumnos de bachillerato y de formación profesional ante las drogas. En *Drogas y escuela. Una propuesta de intervención*, J. Escámez (ed.), 123-133. Dykinson. Madrid.
- Ortega, S. S.
- 2004 *La escuela es factor protector ante el consumo de drogas y de las adicciones*. Subsecretaría de Servicios Educativos en el Distrito Federal. México.
- Ortner S, Whitehead H.
- 1991 Indagación acerca de los significados sexuales. En *El género en perspectiva. De la dominación universal a la representación múltiple*, Ramos E. C. (comp.). Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Ott, Jonathan
- 1996 *Drogas enteógenas, sus fuentes vegetales y su historia*. Los Libros de la Liebre de Marzo. Barcelona.

- Pacheco, E. y M. Blanco
2002 "En busca de la 'metodología mixta' entre un estudio de corte cualitativo y el seguimiento de una cohorte en una encuesta retrospectiva". *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 17, núm. 3.
- Paglia, A. y Room, R.
1999 Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Palomo, T., Beninger, R. Jiménez-Arriero M. A. y Huertas, E.
2004 *Avances neurocientíficos y realidad clínica*. CYM. Madrid.
- Pandina, R. J., Labouvie, E. W., Johnson, V., y White, H. R.
1990 The relationship between alcohol and marijuana use and competence in adolescence. *Journal of Health and Social Policy*, 1, 89-108.
- Pantoja, L. (ed.)
2006 Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables. En *Planteamientos teóricos y experiencias internacionales*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Parlamento Defensor del Pueblo Andaluz
2002 *La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía. Informe especial al Parlamento Defensor del Pueblo Andaluz*. Diciembre 2002.
- Patiño, J. C.
2000 *Prácticas y racionalidad productiva. Estrategias de los mazahuas de Ixtlahuaca*. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México. Mayo-agosto, Núm. 22, 193-246, 193.
1998 "Elementos de análisis para la revaloración de la producción tradicional". *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, num. 15. México.
- Pattison, E. Mansell.
1977 Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems. *American Journal of Psychiatry*, 134 (3), 261-266.
- Pattison, E.; Sobell, Mark B. y Sobell, Linda C.
1977 *Emerging concepts of alcohol dependence*. Springer. New York.
- Pawlak, Vic
1973 *Conscientious guide to drug abuse*. A "do it now" Publication. Phoenix.
- Peele, S.
1990 *Ain't misbehaving.the sciences*. The New York Academy of Sciences. New York.
- Pentz, M.
1994 Estrategias innovadoras para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar y en la comunidad. En *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*, J. García y J. Ruíz (comp.). España.
- Peña Corona, M. P.
1995 *Accidentes, traumatismos y violencias asociadas con el consumo de alcohol atendidos en los servicios de urgencias en la zona Metropolitana de la ciudad de México. Aproximación costo-beneficio* (documento interno). Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

- Peña, Florencia
1982 "Hacia la construcción de un marco teórico para la antropología física". *Estudios de antropología biológica I*, 65-73. México.
- Pérez Montfort, Ricardo
2003 "De jarabes, dulces y aguardientes. El azúcar y algunos derivados en la expresión popular". *Regiones de México*. Año 1, núm. 4, julio. 62-68. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México.
- Pérez Tamayo, Ruy
1998 *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. Salud y sociedad. Siglo XXI. México.
1988 *El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia*. Ciencia y tecnología. Facultad de Medicina, UNAM.
- Pernanen, K.
1994 *Alcohol in human violence*. Guilford Press. Nueva York.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F.
1992 Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Piñeiro, Juanjo
2000 *Psiconautas, exploradores de la conciencia*. La liebre de marzo. Barcelona.
- Piéron, H.
s. f. *Psicología*. Kapelusz. Buenos Aires.
- Pizarro, E. y Crespo, N.
2000 *Inteligencias múltiples y aprendizajes escolares*. Argentina.
- Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
1995 *Experiencias de trabajo comunitario en Galicia*. Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Santiago de Compostela. Madrid.
- Plan Nacional sobre Drogas
2002 Observatorio español sobre drogas. *Informe No. 5*. Autor. Madrid.
- Polakoff, K. y Vargas, L. A.
2002 Del trago a la tragedia. Consecuencias del consumo de alcohol en San Juan Chamula, Chiapas. *Cuadernos FISAC*, 1 (12), 45-54. México.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W.
1997 Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population. *The Journal of Primary Prevention*.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F.
1996 "Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia". *Adicciones*, 8, 177-191.
- Pozas Arcienega, Ricardo
1998 *Juan Pérez Jolote. Biografía de un tzotzil*. Fondo de Cultura Económica. México.
1992 *Los indios en las clases sociales de México*. Siglo XXI. México.
1989 *Guía general cualitativa para la investigación-acción autogestionaria de los pueblos indígenas*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. México.

- Pozas Arcienega, Ricardo e Isabel H. De Pozas.
1985 *Los indios en las clases sociales de México*. Siglo XXI. México.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
1999 *Informe sobre el desarrollo humano, 1999*. Oxford University Press. Nueva York.
- Quintero, H.
2002 *La percepción del riesgo en la recreación de la vida*. Funlibre. Colombia.
- Ramírez, E.
2002 Aspectos jurídicos de la violencia familiar. Conferencia dictada dentro del Curso Violencia Intrafamiliar efectuado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Septiembre, México.
- Ramos, R.
1999 Prometeo y las flores del mal: el problema del riesgo en la sociología contemporánea. En *Globalización, reflexividad y riesgo*, Ramos, R. y García Selgas (comp.). CIS. Madrid.
- Ravicz, Robert.
1996 La mixteca en el estudio comparativo del hongo alucinante. *Espacios*, 20, año XIV, ICSH. México.
- Recio, J. L., Santos, C., Sánchez, M. A., Escamilla, J. P., Barahona, M. J. y Plaza, L.
1992 *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Cruz Roja Española. Madrid.
- Reyes Gómez, Laureano
s. f. Alcoholismo entre los zoques de Chiapas. En *Envejecer en Chiapas*. Etnogerontología zoque, Laureano Reyes Gómez. Científica 8. Universidad Autónoma de Chiapas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Riso, W.
1988 *Entrenamiento asertivo. Aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención*. Rayuela. Medellín.
- Rivera Cruces, Ismael
2001 "Hábitos y prácticas de consumo de alcohol de los jóvenes en bares y discotecas del país". *Cuadernos FISAC*, Mayo 2001, Año 2, Vol. 1, No.009: 35-46. México.
- Robles, L. y Martínez, J. M.
1998 Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Idea Prevención*, 17, 58-70.
- Rocabado, Q.
1995 *Políticas de la Organización Panamericana de la Salud en materia de salud mental*. Psicología y salud. OPS.
- Rodiles, Janine
1998 *Una terapia prohibida: Biografía de Salvador Roquet*. Planeta. México.
- Rodríguez, A.
1982 Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y la psicopatología familiar en la población gallega. *Documentación Social*, 47.
- Román, C.
s. f. *El alcoholismo en México. Historia y legislación. Tomo IV*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. México.

- Romaní, O.
 1993 "Antropología y drogodependencias". *Rol. Revista de Enfermería*. No. 179, 19-23. México.
 1997 "Etnografía y drogas: Discursos y prácticas". *Nueva Antropología*. Número especial 52-53. Universidad Autónoma Metropolitana, Colegio de México. México.
- Romero, M.
 1995 *Estudio de las adicciones a sustancias psicoactivas en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
 1995 Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones. *Psicología y Salud* 5 (5). México.
- Romeu, S. M.
 1994 *El procesamiento de la raíz de zacatón entre los mazahuas*. Instituto Mexiquense de Cultura. México.
- Roquet, Salvador y Pierre Favreau.
 1981 *Los alucinógenos: de la concepción indígena a una nueva psicoterapia*. Prisma. México.
- Rovira, J.
 2004 *Revisión de algunos de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas*.
- Rovira, J., Hidalgo, E.
 2003 *Gestión del placer y del riesgo o cómo enseñar a disfrutar la noche y no morir en el intento*.
- Rubio G., Jiménez M. A, Ponce G, Santo-Domingo J.
 2002 Evaluación de los trastornos por uso de alcohol. En *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*, Bobes J., Casas M., Gutiérrez M. (eds.). STM Editores. Barcelona.
- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A.
 1994 Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales. *Anales de Psiquiatría*, 9, 315-325.
- Russell M., Martier S. S, Sokol R. J.
 1991 Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the test [abstract 338]. *Alcohol Clin Exp Res*; 15: 368.
- Rutter, M.
 1985 Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Salazar, A. J.
 2002 Prevención temprana: Un grito de esperanza para combatir las drogodependencias. Trabajo presentado en el IV Congreso de prevención y asistencia de Drogodependencia Internacional.
- Salazar, Roberto
 2002 "El problema del alcoholismo en la población indígena". *CONADIC Informa*. Boletín especial, Junio. Secretaría de Salud-Consejo Nacional Contra las Adicciones. 11-16.

- Saltijeral, M., Ramos, L. y Caballero, M.
 1998 Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: Tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental. *Salud Mental*, 21. 10-18.
- Samorini, Giorgio
 2000 *Los alucinógenos en el mito: Relatos sobre el origen de las plantas psicoactivas*. La liebre de marzo. Barcelona.
- San Martín, H.
 1989 *Salud pública y medicina preventiva*. Masson. Barcelona.
- Sánchez-Craig, M. y Lei, H.
 1986 Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem a drinkers. *British Journal of Addictions*, 81, 502-512.
- Sánchez, G. A.
 1999 *Modelo preventivo de Centros de Integración Juvenil. Marco referencial de información, orientación y capacitación*. Centros de Integración Juvenil, A. C. México.
- Sánchez Piña, L.
 1999 *Perfil ocupacional de la población indígena migrante en la Ciudad de México*. México.
 s. f. *Los docentes ante los consumos de drogas y las actuaciones para su prevención*. España.
- Sánchez, R.
 2002 Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites. *Adicciones*, 14, Supl. 1, 133-140.
- Sánchez Sánchez, Roberto
 2003 *Historia de una resistencia indígena en San Miguel Cuautitlán. Siglos XVII y XVIII*. Instituto Mexiquense de Cultura. México.
- Sánchez, V.
 2002 Intervención en crisis con las víctimas de violencia intrafamiliar. Conferencia dictada dentro del *Curso Violencia Intrafamiliar* efectuado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón del Fuente, Septiembre, México.
- Sandamari, M.
 1980 *The invisible alcoholics: women and alcohol abuse in America*. Mac Graw Hill. New York.
- Sandoval, E.
 1997 *Población y cultura en la etnoregión mazahua (jañtjo)*. Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México.
 1996 "Dominación masculina y grupo doméstico indígena. Los mazahuas del Estado de México". *Familia*, núm 3, Universidad Autónoma de Tlaxcala, 67-82. México.
 1994 *Familia indígena y unidad doméstica. Los otomíes del Estado de México*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

- Sandoval, E. y Patiño, J. C.
2000 *Cartografía automatizada para la investigación de regiones indígenas*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Sanz, D. y Molina, A.
1999 *Violencia y abuso en la familia*. Lumen Humanitas. Buenos Aires.
- Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., De La Fuente J. R., Grant M. T. I.
1993 Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88: 791-804.
- Schultes, Richard E. y Hofmann, Albert
1993 *Plantas de los dioses. Orígenes del uso de los alucinógenos*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Secretaría de Educación Pública
2000 *Indicadores educativos*. Autor. México.
- Secretaría de Salud
2009a *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Autor. México.
2009b *Encuesta Nacional de adicciones, 2008: tabaco, alcohol y otras drogas*. Resumen ejecutivo. Autor. México.
2006a *Encuesta Nacional de Salud*. Autor. México.
2006b *Programa Nacional contra las Adicciones*. Autor. México.
2003a *Modelos preventivos contra las adicciones*. Autor. México.
2003b *Encuesta Nacional de Adicciones, 2002: tabaco, alcohol y otras drogas*. Resumen ejecutivo. Autor. México.
2003c *Boletín de prensa No. 466*. Miércoles 10 de septiembre de 2003. Autor. México.
2002 *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*. Autor. México.
2001a *Programa Nacional de Salud 2000-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud*. Autor. México.
2001b *Programa de acción: Alcoholismo*. Autor. México.
2000a *Encuesta Nacional de Salud*. Autor. México.
2000b *Programa Nacional contra las Adicciones. Programa contra el Tabaquismo*. Autor. México.
1999 *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*. Autor. México.
1994 *La salud de los pueblos indígenas. Una conquista impostergable*. Colección: *Cuadernos de Salud* No. 1: Interés Regional. Autor. México.
1993a *La salud de los pueblos indígenas en México*. Autor. México.
1993b *Encuesta Nacional de Adicciones 1993*. Autor. México.
1988 *Encuesta Nacional de Adicciones 1988*. Autor. México.
s. f. *Modelo operativo de promoción de la salud*. Autor. México.
- Sen, A.
2006 *Identity and violence: The illusion of destiny*. W. W. Norton and Co. New York.

- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
 1999 *Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades*. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia - UNICEF- PNUFID.
- Skinner, H.
 1990 Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 143, 1054-1059.
- Smart, R., Natera, G. y Almedares, J.
 1981 Ensayo de un nuevo método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 91 (6), 499-511.
- Smith, D. y Tegano, D.
 1992 Relationship of scores on two personality measures: creativity and self-image. *Psychological Reports*, 71. 43-49.
- Smith, Huston
 2000 *La percepción divina*. Ed. Kairós. Barcelona.
- Sobrevilla, D.
 2001 Transculturación y heterogeneidad: Avatares de dos categorías literarias en América Latina. *Revista de crítica literaria Latinoamericana*. Año XXVII, N° 54. Lima-Hanover.
- Solís, L.
 2006 *El modelo de prevención de los Centros de Integración Juvenil*. Documento de circulación interna. Centros de Integración Juvenil, A. C. México.
 2005 *El tratamiento del alcoholismo en México*. Documento de circulación interna. Centros de Integración Juvenil, A. C. México.
 2003 Modelo de prevención de CIJ. En *Modelos preventivos*, Belsasso G. (ed.), CONADIC - Secretaría de Salud. México.
- Strang, R. y Crow, L.
 1996 *Motivación y diferencias individuales en la escuela*. Paidós. Argentina.
- Tapia, R., Reyes, P. y Tagle, I.
 s. f. *Aspectos psicosociales del alcoholismo*. Instituto Nacional de Psiquiatría, Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares y Centro de Atención Especializada en Drogodependencias.
- Taylor, William B.
 1987 *Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Tec, Nechama
 1971 Drugs among suburban teenagers: basic findings. *Social Science and Medicine. An International Journal*, Vol. 5. No. 1, 513-526, February.
- Tuirán, R.
 2001a Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas de investigación sobre vida cotidiana doméstica*. FLACSO Porrúa, México.
 2001b Lo doméstico como estructurante y estructurado. Identidad, prácticas y propiedades normativas. En *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida*

- doméstica*, Gómez, Cristina (comp.), 23-66. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. México.
- Turok, M.
1988 Alternativas de sobrevivencia, identidad cultural y sobrevivencia campesina. En *Las sociedades rurales hoy*, Patterson (ed.), El Colegio de Michoacán. México.
- Valdés-Salgado, R., Hernández, M., Sepúlveda-Amor, J.
2002 El consumo de tabaco en la Región Americana: Elementos para un programa de acción. *Salud Pública de México*, 44 (1). 125-135.
- Valenzuela, J. M. (coord.)
2000 *Decadencia y auge de las identidades. Cultura nacional, identidad cultural y modernización*. El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdés Editores. México.
- Vargas Guadarrama, A.
1999 Comer bien y vivir mejor. El agua, su importancia y combinaciones. *Cuadernos de nutrición*, 22 (3), 136-139. México.
1971 *La muerte vista por el mexicano de hoy*. Artes de México. Año XVIII.
- Vargas, P. y Flores, J.
2002 “Los indígenas en ciudades de México: El caso de los mazahuas, otomíes, triques, zapotecos y mayas”. UNAM y U de G. *Papeles de población*, 34, 235-257. Octubre-Diciembre. México.
- Verdú i Asensi, F.
s. f. *Aspectos teóricos y metodológicos de la prevención*. Universidad de Valencia. España.
- Villatoro, J., Medina-Mora, E., Díaz, D. y Fleiz, C.
2003 Encuestas en población estudiantil. En *Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones*, Consejo Nacional contra las Adicciones (ed.). México.
- Villatoro J., Medina-Mora M. E., Hernández M., Fleiz C., Amador N., Bermúdez P.
2006 Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C. Gutiérrez, M.
2004 *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF: medición otoño 2002*. Reporte global. Instituto Nacional de Psiquiatría – Secretaría de Educación Pública. México.
- Volk R. J., Steinbauer J. R., Cantor S. B., Holzer C. E.
1997 The alcohol use disorders 1997. Identification test (AUDIT) as a screen for at risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction*, 2: 197-206.
- Wallace, P., Cutlers, S. y Haines, A.
1988 Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 297, 663-668.
- Wasson, Gordon
1992 *La búsqueda de Perséfone: enteógenos y los orígenes de la religión*. Fondo de Cultura Económica. México.

- Weisner, M. y Fajreldin, V.
s. f. *Salud y cultura en isla de Pascua: Una antropología médica crítica como aporte a la interculturalidad*. Universidad de Chile.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C.
1997 *Psicopatología del niño y del adolescente*. Prentice-Hall. Madrid.
- Wolpe, J.
1958 *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press. California.
- Yensen, Richard
1999 *Hacia una medicina psiquedélica*. Los libros de la liebre de marzo. Barcelona.
- Zuckerman, M.
1979 *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Erlbaum. Hillsdale. New York.
- Zurita, J.
1997 En el mundo azteca. Alcohol, hongos y tabaco. *Liber- Addictus* (15), 12-13. México.

Internet

- http://www.adeit.uv.es/cgi-bin/php/info_curso/print.php?codigo=6721050_5
- http://www.alcohol-alliance.org/documents/Mexico_spanish.doc
- <http://www.bne.es/>
- <http://www.bonet.upces/ceia/ceia-msp.htm>
- <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/questionnaire.htm>
- http://www.ciasas.edu.mx/Desacatos/20%20Indexado/saberes_4.pdf
- <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm>
- <http://www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/grupos.htm>
- <http://www.csi-csif-cv.or/adicciones.htm>
- <http://www.ddnet.es/gid/paginas/boletinindex.html>
- <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf106/106orig4.pdf>
- <http://www.diseyes.lycaeum.org/fresh/mushenth.htm>
- <http://www.drogas.bioetica.org/dronos.htm>
- <http://www.drooldonkey.org/>
- <http://www.el-refugioesjo.net/bullying/indicadores-bullying.htm>
- <http://www.emcdda.org/>
- <http://www.encoded.org/dyd-30.htm>
- <http://www.encoded.org/informefmis.htm>
- <http://www.energycontrol.org/articlesEnergy/doc13.html>
- http://www.es.wikipedia.org/wiki/Antiguos_mayas#La_sociedad
- <http://www.eurosur.org/FAD>
- <http://www.fad.es/>
- <http://www.fad.phare.org/>
- <http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/images/2001/enefeb01/26.jpg>
- <http://www.forofad.org/html/revista.htm>
- <http://www.fungi.com/>
- <http://www.health.org/>

<http://www.healthgate.com/HealthGate/MEDLINE/search.html>
<http://www.ias.org.uk/>
<http://www.idea-prevencion.com>
<http://www.idecnet.com/fase/detallada.html>
<http://www.iscii.es/>
<http://www.isdd.co.uk/>
<http://www.juridicas.unam.mx>
<http://www.levity.com/eschaton/tm.html>
<http://www.liberaddictus.org/pdf/0894-89.pdf>
<http://www.livingvalues.net/espanol/valores.htm>
<http://www.mentalhealth.com/>
<http://www.msc.es/revistas/resp/home.htm>
<http://www.munimadrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/formacionmediadoressoc.pdf>
<http://www.nida.nih.gov/>
<http://www.nih.gov>
http://www.onudd.org.pe/consorciomunicipal/publicaciones/4-prevencion_eficaz.pdf
<http://www.profesionseg.blogspot.com/search/label/propiedadesdelosalcoholes>
<http://www.redcreacion.org/documentos/congreso7/HQuintero.html>
http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_Bo10310104
<http://www.shroomery.org/>
<http://www.socidrogalcohol.com/>
<http://www.stainblue.com/>
<http://www.suratep.com/articulos/70>
<http://www.uacam.mx/campeche/maya/maya.htm>
<http://www.undcp.or.at/>
<http://www.who.int/>
<http://www//encod.org/informefmis.htm>
<http://www1.euskadi.net/drogodep/>
<http://www.criterios.com/sem/oct/03/1004.htm>

ANEXOS

1. Guía de observación

1. Servicios de infraestructura en la comunidad (existencia, distribución y características de agua, drenaje, pavimentación, luz, transporte, comunicaciones; mercados, escuelas, bancos, centros de salud y asistenciales, sedes de gobierno, vivienda, recreación, cultura, deporte, etc.)
2. Servicios públicos y políticos (acceso, recurrencia, cobertura, calidad)
3. Servicios de salud (públicos, privados; hospitales, clínicas, centros de salud, dispensarios, consultorios; parteras, curanderos, etc.)
4. Características sociodemográficas de la población (sexo, edad, densidad, ocupación, trabajo, tiempo libre)
5. Tradiciones y cultura (vestido, lengua, organización, formas de interacción, rituales, creencias, religión)
6. Autoridades y líderes de diferentes ámbitos (político, religioso, institucional, natural, etc.)
7. Necesidades físicas
8. Problemas sociales
9. Problemas de salud
10. Publicidad, disposición y regulación del consumo de tabaco y alcohol
11. Consumo de alcohol en el hogar, el trabajo, la escuela, la vía pública y las fiestas
12. Uso de otras sustancias tóxicas
13. Reacción ante personas ajenas a la comunidad

2. Guía de entrevista para contactos estratégicos

1. ¿A qué se dedican los habitantes de esta comunidad?
2. ¿De qué servicios carecen?
3. ¿Con qué servicios de salud (institucionales y tradicionales) cuentan?
4. ¿Cuáles son los principales problemas que enfrentan?
5. ¿Qué tradiciones y costumbres conservan?
6. ¿Ante qué situaciones o eventos se organiza la comunidad? ¿Cómo se organiza?
7. ¿Qué hacen los jóvenes y niños de este lugar?
8. ¿Cómo funcionan las escuelas y los maestros de esta zona?
9. ¿Los habitantes de esta comunidad fuman? ¿Quiénes lo hacen, en qué lugares y con qué frecuencia?
10. ¿Los habitantes de esta comunidad consumen bebidas alcohólicas? ¿Quiénes lo hacen, en dónde, con qué frecuencia, en qué cantidad?
11. ¿Considera usted que el consumo de alcohol se ha vuelto un problema en su comunidad? ¿Por qué? ¿Qué es lo que más le preocupa?
12. ¿Cuáles son los principales problemas que provoca el alcoholismo en este lugar?
13. ¿Se consumen otro tipo de drogas? ¿Cuáles? ¿Quiénes y en dónde lo hacen?
14. ¿Qué se podría hacer para atender y prevenir este problema de adicciones?
15. ¿Por qué lo reconocen a usted los habitantes de esta localidad?
16. ¿Qué le gusta hacer por su comunidad?
17. ¿Conoce a otras personas que, como usted, hacen cosas para el beneficio de la comunidad? ¿A quién (es)?
18. ¿Participa usted en actividades para promover la salud de la población? ¿En qué tipo de actividades?

3. Guía de entrevista para grupo focal: médicos

1. ¿Qué problemáticas se presentan en la comunidad?
2. ¿Cómo resuelve la comunidad sus problemas?
3. ¿Ante qué situaciones se organiza y cómo lo hacen?
4. ¿De que servicios carecen?
5. ¿Pueden mencionar algunas de las costumbres más arraigadas que tiene la comunidad?
6. ¿Qué enfermedades padece la población?
7. ¿Dónde y quiénes proporcionan los servicios de salud (institucionales y tradicionales)?
8. ¿Cuál es la situación del consumo de alcohol en la comunidad?
9. ¿Qué personas son las que toman más alcohol? ¿Por qué motivos?
10. ¿Cómo son sus patrones de consumo?
11. ¿Qué tipo de bebidas consumen?
12. ¿Qué daños provoca este consumo?
13. ¿Quién proporciona atención al consumo de alcohol?
14. ¿Qué actividades se realizan o se han realizado para contrarrestar el uso de alcohol?
¿Quiénes las realizan? ¿Cómo se desarrollan? ¿Quiénes participan?
15. ¿Cómo puede prevenirse el consumo?
16. ¿Qué temas deben considerarse para prevenir este problema en la comunidad?

4. Guía de entrevista para grupo focal: maestros

1. ¿Qué problemáticas se presentan en la comunidad?
2. ¿Qué enfermedades padece la población?
3. ¿De que servicios carecen?
4. ¿Dónde y quiénes proporcionan servicios de salud?
5. ¿Pueden mencionar algunas de las costumbres más arraigadas que tiene la comunidad?
6. ¿Cómo resuelve la comunidad sus problemas?
7. ¿Ante qué situaciones se organiza y cómo lo hacen?
8. ¿Qué les gusta hacer a los niños en la escuela?
9. ¿Qué hacen los niños después de ir a la escuela?
10. ¿Con quién viven?
11. ¿Con quién pasan más tiempo?
12. ¿En qué y dónde trabajan sus padres?
13. ¿A qué les gusta jugar?
14. ¿De dónde son sus amigos?
15. ¿De cuántos niños están conformados los grupos?
16. Aproximadamente, ¿cuántos niños y niñas hay por grupo?
17. La edad cronológica de los niños, ¿corresponde con el grado escolar?
18. ¿En qué lengua se imparten las clases?
19. ¿De qué forma se imparten las clases?
20. ¿Qué método de enseñanza es el más recomendable para enseñar a los niños?
21. ¿Cuál es la situación del consumo de alcohol en la comunidad?
22. ¿Qué personas son las que toman más alcohol? ¿Por qué motivos?
23. ¿Existe consumo de alcohol en la escuela?
24. ¿Qué actividades se realizan o se han realizado para contrarrestar el uso de alcohol?
¿Quiénes las realizan? ¿Cómo se desarrollan? ¿Qué personas participan? ¿Ustedes han participado en estas actividades?
25. ¿Cómo apoyarían ustedes las actividades para prevenir el uso de alcohol dentro de la escuela?
26. ¿Qué temas deben considerarse para prevenir este problema con los niños?

5. Guía de entrevista para grupo focal: adultos

1. ¿Qué problemáticas se presentan en la comunidad?
2. ¿Qué enfermedades padece la población?
3. ¿De que servicios carecen?
4. ¿Con quién acude la gente cuando tiene problemas de salud?
5. ¿Podrían mencionar algunas de las principales costumbres más arraigadas que tienen las personas de esta comunidad?
6. ¿Ante qué situaciones se reúne y se organiza la comunidad?
7. ¿Cómo se organiza la comunidad?
8. ¿En qué trabajan las personas de esta comunidad?
9. ¿A qué se dedican las mujeres de la comunidad?
10. ¿A qué se dedican los hombres adultos?
11. ¿Qué hacen los jóvenes? ¿Y los niños?
12. ¿Cómo están integradas las familias?
13. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes en la familia?
14. ¿Qué hacen las personas en su tiempo libre?
15. ¿Quiénes toman bebidas alcohólicas? ¿En qué situaciones?
16. ¿Les preocupa el alcoholismo?
17. ¿Qué se podría hacer para evitar este problema?
18. ¿Qué es lo que más les preocupa a ustedes de su comunidad?
19. ¿Qué es lo que más les preocupa de su familia?
20. ¿Qué es lo que más les preocupa de ustedes mismos?
21. ¿Ustedes participan en actividades para el bien común?
22. ¿Existen actividades para evitar el uso de alcohol y drogas? ¿Qué tipo de actividades?
¿Ustedes participan?

6. Guía de entrevista para grupo focal: jóvenes escolarizados

1. ¿Qué problemáticas se presentan en la comunidad?
2. ¿Qué enfermedades padece la población?
3. ¿De que servicios carecen?
4. ¿Con quién acude la gente cuando tiene problemas de salud?
5. ¿Podrían mencionar algunas de las principales costumbres que tienen las personas de esta comunidad?
6. ¿Cómo se organiza la comunidad?
7. ¿Qué les gusta hacer a ustedes en la escuela?
8. ¿Qué hacen ustedes después de ir a la escuela?
9. ¿Con quién viven?
10. ¿Qué les gusta hacer en su tiempo libre?
11. ¿En qué y dónde trabajan sus padres?
12. ¿Con quién pasan más tiempo ustedes?
13. ¿De dónde son sus amigos?
14. ¿Alguno de sus familiares toma bebidas alcohólicas? ¿En qué situaciones?
15. ¿Alguno de sus amigos toma bebidas alcohólicas? ¿En qué situaciones?
16. ¿Sienten curiosidad por tomar bebidas alcohólicas?
17. ¿Qué es lo que más les preocupa a ustedes de su comunidad?
18. ¿Qué es lo que más les preocupa de su escuela?
19. ¿Qué es lo que más les preocupa de su familia?
20. ¿Qué es lo que más les preocupa de ustedes mismos?
21. ¿Ustedes participan en actividades para el bien de la comunidad?
22. ¿Existen actividades para proteger la salud? ¿Qué tipo de actividades? ¿Ustedes participan?

7. Guía de entrevista para grupo focal: niños escolarizados

1. ¿Qué problemáticas se presentan en su comunidad?
2. ¿De qué se enferma la gente?
3. ¿Cómo se cuidan para no enfermarse?
4. ¿Que servicios hacen falta (luz, agua potable, etc.)?
5. ¿Qué hacen ustedes en su tiempo libre?
6. ¿Cómo se divierten?
7. ¿A qué les gusta jugar?
8. ¿Qué comen?
9. ¿Qué hacen en la escuela?
10. ¿Qué es lo que más les gusta de la escuela?
11. ¿Con quién viven?
12. ¿En qué y dónde trabajan sus papas?
13. ¿Con quién pasan más tiempo?
14. ¿De dónde son sus amigos?
15. ¿De qué les gusta que les platicuen?
16. ¿Qué programas ven en la televisión?
17. ¿Qué les gusta más: iluminar, recortar, leer, ver películas, escuchar cuentos, competir en equipos...?
18. ¿Qué es lo que más les preocupa de su casa?
19. ¿Qué es lo que más les preocupa en ustedes?
20. ¿Conocen a algún familiar que tome alcohol? ¿En qué situaciones lo hacen?
21. ¿Alguno de sus amigos toma alcohol? ¿En qué situaciones?
22. ¿Qué opinan de que sus amigos beban?
23. ¿A ustedes les da curiosidad probar alcohol?
24. ¿Qué harían si los invitarán a probar una bebida con alcohol?
25. ¿Qué harían para no beber?
26. ¿Qué harían para ayudar a un amigo que toma alcohol?
27. ¿Cómo ayudarían a un familiar que bebe?
28. ¿Qué hacen ustedes para cuidar su salud?

8. TWEAK⁸⁷

1. ¿Cuántas copas aguanta usted?
2. Durante el último año, ¿ha recibido alguna queja por parte de amigos cercanos o familiares sobre su consumo de bebidas alcohólicas?
3. ¿Toma usted en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse?
4. ¿Siente usted la necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas?
5. ¿Alguna vez le ha hablado un amigo o familiar de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, las cuales no recuerda?

⁸⁷ Instrumento validado en México para detectar dependencia de alcohol en población femenina (CONADIC, 2006).

9. AUDIT⁸⁸

1. En la actualidad ¿bebe alcohol?
2. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?
 - a) Una vez al mes o menos
 - b) Dos o cuatro veces al mes
 - c) Dos o tres veces por semana
 - d) Cuatro o más veces por semana
3. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?
 - a) 1 ó 2
 - b) 3 ó 4
 - c) 5 ó 6
 - d) 7 ó 9
 - e) 10 ó más
4. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas por ocasión?
 - a) Nunca
 - b) Menos de 1 vez por mes
 - c) Mensualmente
 - d) Semanalmente
 - e) Diario o casi diario
5. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?
6. ¿Se ha sentido molesto porque lo critican por su manera de beber?
7. ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber?
8. ¿Alguna vez ha tomado un trago a primera hora de la mañana?

⁸⁸ Instrumento validado en México para detectar dependencia de alcohol en población masculina (CONADIC, 2006).

10. Guía de entrevista estructurada

Nombre completo:			
Edad (años cumplidos):		Estado civil:	
Ocupación:		¿Hasta qué año estudió UD?:	
¿Dónde nació?:		¿Dónde vive?:	
¿Con quién vive?:		¿Cuál es su posición en la familia?	
¿Sabe hablar mazahua?:		¿Se considera mazahua?:	
¿Cuánto pesa UD?		¿Cuánto mide?	
¿Cuántas comidas hace al día?		¿Padece de alguna enfermedad?	

INSTRUCCIONES: Por favor, responda la información que se le solicita. Recuerde que NO hay respuestas buenas ni malas. Nos interesa mucho su opinión.

- 1) ¿Cuáles son los principales problemas de salud de su comunidad? ¿De qué se enferma más la gente que vive aquí?
- 2) ¿Cuáles cree que son las principales causas de estas enfermedades?
- 3) ¿Cuáles son las consecuencias de estos padecimientos?
- 4) ¿Cómo se resuelven estos problemas de salud?
- 5) ¿Qué servicios médicos institucionales (hospitales, clínicas, centros de salud, dispensarios, consultorios, etc.) existen en su comunidad? ¿Usted utiliza estos servicios médicos?
- 6) ¿Qué servicios médicos tradicionales (curanderos, yerberos, sobadores, etc.) hay en su comunidad? ¿Usted utiliza estas alternativas médicas?
- 7) ¿Cuáles de estos servicios médicos prefiere la gente, los institucionales o los tradicionales? ¿Usted cuáles prefiere? ¿Por qué?
- 8) ¿Cuáles son los principales problemas de salud que han padecido en su familia?
- 9) Ustedes, ¿cómo se organizan para resolver estos problemas de salud en familia?
- 10) ¿Cuáles son los principales problemas de salud que ha padecido usted?
- 11) Usted, ¿cómo ha resuelto estos problemas de salud?
- 12) En su comunidad, ¿se consumen bebidas alcohólicas?
- 13) ¿Considera usted que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema para su comunidad?
- 14) ¿Qué tipo de bebidas se consumen más?
- 15) ¿Qué es más peligroso beber cerveza, pulque o bebidas preparadas? ¿Por qué?
- 16) ¿Cuándo, en qué lugares y en qué tipo de eventos se acostumbra tomar estas bebidas?
- 17) ¿Quiénes consumen más alcohol (hombres o mujeres; ancianos, adultos, jóvenes o niños, casados o solteros)?
- 18) ¿Cuáles son las causas del consumo de alcohol? ¿Por qué cree usted que la gente bebe?
- 19) ¿Cuáles son los problemas que provoca el uso de alcohol en las personas que beben?
- 20) ¿Qué consecuencias trae el consumo de alcohol para la familia de las personas que beben?
- 21) ¿Cómo se resuelven los problemas generados por el consumo de alcohol?

22) ¿Alguien de su familia toma bebidas alcohólicas? (Sí) (No)

En caso afirmativo:

¿Quién?

¿Cómo actúa la familia al respecto?

23) Alguna vez en su vida, ¿usted ha probado bebidas alcohólicas? (Sí) (No).

En caso afirmativo:

¿Qué edad tenía usted cuando bebió por primera vez

¿Qué tipo de bebida tomó?

¿Quién le dio esta bebida?

¿Dónde estaba usted y qué estaba haciendo?

En ese momento, ¿le agradó beber alcohol?

¿Por qué cree que aceptó consumir alcohol?

24) En el último año, ¿usted ha tomado bebidas alcohólicas?

En caso afirmativo:

¿Qué tipo de bebida consumió?

¿Quién le invitó esta bebida?

¿Dónde estaba usted y qué estaba haciendo?

En esta (s) ocasión (es), ¿le agradó beber alcohol?

¿Por qué razón cree que consumió alcohol?

25) En el último mes, ¿usted ha tomado bebidas alcohólicas?

En caso afirmativo, después de contestar estas preguntas, pase a la siguiente sección

¿Qué tipo de bebida consumió?

¿Quién le invitó esta bebida?

¿Dónde estaba usted y qué estaba haciendo?

En esta (s) ocasión (es), ¿le agradó beber alcohol?

¿Por qué razón cree que consume alcohol?

En caso negativo, aquí concluye el cuestionario.

INSTRUCCIONES: Por favor, responda el dato que se le pide o marque con una "X" la opción que corresponda. Recuerde que NO hay respuestas buenas ni malas.

26) En la actualidad, ¿usted bebe con regularidad? (Sí) (No) ¿Con qué frecuencia?

a) Una vez al mes o menos

b) De dos a cuatro veces al mes

c) Dos o tres veces por semana

d) Cuatro o más veces por semana

27) ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas prefiere usted?

a) Pulque

f) Ron

b) Cerveza

g) Brandy

c) Tequila

i) Cocteles

d) Mezcal

j) Vino de mesa

e) Aguardiente

k) Otros (Especifique)

28) ¿En qué momentos, lugares y con quién prefiere beber alcohol? ¿Por qué?

29) ¿Cuáles cree que son los hechos, eventos o personas más significativos de su vida que lo han llevado a usted a beber alcohol? ¿Por qué?

11. Derechos humanos de los pueblos indígenas⁸⁹

Artículo 2o.- La nación mexicana es única e indivisible. La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quienes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.

Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentada en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.

El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional.

El reconocimiento de los pueblos y comunidades indígenas se hará en las constituciones y leyes de las entidades federativas, las que deberán tomar en cuenta, además de los principios generales establecidos en los párrafos anteriores de este artículo, criterios etnolingüísticos y de asentamiento físico.

Esta Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

- I. Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural.
- II. Aplicar sus propios sistemas normativos en la regulación y solución de sus conflictos internos, sujetándose a los principios generales de esta Constitución, respetando las garantías individuales, los derechos humanos y, de manera relevante, la dignidad e integridad de las mujeres. La ley establecerá los casos y procedimientos de validación por los jueces o tribunales correspondientes.
- III. Elegir de acuerdo con sus normas procedimientos y prácticas tradicionales, a las autoridades o representantes para el ejercicio de sus formas propias de gobierno interno, garantizando la participación de las mujeres en condiciones de equidad frente a los varones, en un marco que respete el pacto federal y la soberanía de los estados.
- IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimiento y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.
- V. Conservar y mejorar el hábitat y preservar la integridad de sus tierras en los términos establecidos en esta Constitución.
- VI. Acceder, con respecto a las formas y modalidades de propiedad y tenencia de la tierra establecida en esta Constitución y a las leyes de la materia, así como a los derechos adquiridos por terceros o por integrantes de la comunidad, al uso y disfrute preferente de los recursos naturales de los lugares que habitan y ocupan las comunidades, salvo aquellos que corresponden a las áreas estratégicas, en términos

⁸⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Documento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto del 2001.

de esta Constitución. Para estos efectos las comunidades podrán asociarse en términos de ley.

- VII. Elegir, en los municipios con población indígena, representantes ante los ayuntamientos. Las constituciones y leyes de las entidades federativas reconocerán y regularán estos derechos en los municipios, con el propósito de fortalecer la participación y representación política de conformidad con sus tradiciones y normas internas.
- VIII. Acceder plenamente a la jurisdicción del Estado. Para garantizar ese derecho, en todos los juicios y procedimientos en que sean parte, individual o colectivamente, se deberán tomar en cuenta sus costumbres y especificidades culturales respetando los preceptos de esta Constitución.

Los indígenas tienen en todo tiempo el derecho a ser asistidos por intérpretes y defensores que tengan conocimiento de su lengua y cultura. Las constituciones y leyes de las entidades federativas establecerán las características de libre determinación y autonomía que mejor expresen las situaciones y aspiraciones de los pueblos indígenas en cada entidad, así como las normas para el reconocimiento de las comunidades indígenas como entidades de interés público.

B. La federación, los estados y los municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos. Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

- IX. Impulsar el desarrollo regional de las zonas indígenas con el propósito de fortalecer las economías locales y mejorar las condiciones de vida de sus pueblos, mediante acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno, con la participación de las comunidades. Las autoridades municipales determinarán equitativamente las asignaciones presupuestales que las comunidades administraran directamente para fines específicos.
- X. Garantizar e incrementar los niveles de escolaridad, favoreciendo la educación bilingüe e intercultural, la alfabetización, la conclusión de la educación básica, la capacitación productiva y la educación media superior y superior. Establecer un sistema de becas para los estudiantes indígenas en todos los niveles. Definir y desarrollar programas educativos de contenido regional que reconozcan la herencia cultural de sus pueblos, de acuerdo con las leyes de la materia y en consulta con las comunidades indígenas. Impulsar el respeto y conocimiento de las diversas culturas existentes en la nación.
- XI. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación en especial para la población infantil.
- XII. Mejorar las condiciones de las comunidades indígenas y de sus espacios para la convivencia y recreación, mediante acciones que faciliten el acceso al financiamiento público y privado para la construcción y mejoramiento de vivienda, así como ampliar la cobertura de los servicios sociales básicos.
- XIII. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de

estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.

- XIV. Extender la red de comunicaciones que permita la integración de las comunidades, mediante la construcción y ampliación de vías de comunicación y telecomunicación. Establecer condiciones para que los pueblos y las comunidades indígenas puedan adquirir, operar y administrar medios de comunicación, en los términos que las leyes de la materia determinen.
- XV. Apoyar las actividades productivas y el desarrollo sustentable de las comunidades indígenas mediante acciones que permitan alcanzar la suficiencia de sus ingresos económicos, la aplicación de estímulos para las inversiones públicas y privadas que propicien la creación de empleos, la incorporación de tecnologías para incrementar su propia capacidad productiva, así como para asegurar el acceso equitativo a los sistemas de abasto y comercialización.
- XVI. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales y los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de culturas.
- XVII. Consultar a los pueblos indígenas en la elaboración del plan nacional de desarrollo y de los estatales municipales y, en su caso, incorporar las recomendaciones y propuestas que realicen.

Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones señaladas en este apartado, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, las legislaturas de las entidades federativas y los ayuntamientos, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán las partidas específicas destinadas al cumplimiento de estas obligaciones en los presupuestos de egresos que aprueben, así como las formas y procedimientos para que las comunidades participen en el ejercicio y vigilancia de las mismas.

Sin perjuicio de los derechos aquí establecidos a favor de los indígenas, sus comunidades y pueblos, toda comunidad equiparable a aquellos tendrá en lo conducente los mismos derechos tal y como lo establece la ley.