

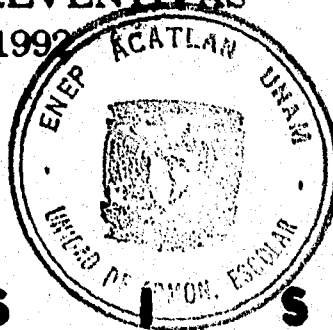
7  
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

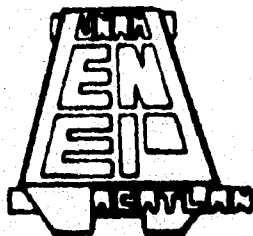
CAMPUS "ACATLAN"

EL ALCOHOLISMO EN MEXICO.  
POLITICAS PREVENTIVAS  
1989-1992



**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA  
P R E S E N T A ;  
ILEANA GUADALUPE LUGO PALENCIA



AGOSTO DE 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a la Maestra Teresa López González, por su valiosa e incondicional ayuda, sus consejos y todo el tiempo que me dedicó para que terminara esta investigación. De la misma forma al Dr. Jaime Rodríguez, quien me motivó y orientó para seguir adelante en la investigación del alcoholismo en México. Así también a mi asesora, la Maestra Ileana García, y a mis sinodales: el Maestro Silvestre Cortés Guzmán, el Lic. Juan Rangel y el Lic. Juan Bravo.

Finalmente, agradezco a mis compañeros del Tec de Monterrey, Campus Estado de México y, en especial, a mis amigas Brenda Cabral e Irma García, quienes me hicieron el favor de darle una última revisión a mi tesis.

**¡ Muchas Gracias !**

## **DEDICATORIAS**

**A mis padres por haberme brindado todo su apoyo, ayuda y cariño.**

**A mis hermanas Karina y Karla que siempre han estado conmigo.**

**A mi sobrinito Sergio.**

**A mis maestros, por haberme dado sus conocimientos, su paciencia y su tiempo.**

**A mis compañeros del Grupo Nueva Sonrisa, porque fueron la razón de este trabajo de investigación.**

**A mis compañeros de trabajo y a mis jefes por motivarme a terminar mis estudios.**

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	<b>Pág.</b>
<b>CAPITULO I: CARACTERIZACION Y TIPOLOGIA DEL ALCOHOLISMO</b>	
1. 1. El Proceso Salud- Enfermedad	1
1. 2. Causaciones Históricas del Proceso de Alcoholización	5
1. 3. Características y Etapas del Alcoholismo	9
1. 4. Características Físicas y Psicológicas del Alcoholismo	21
1. 5. Enfoques de Análisis del Alcoholismo	24
<b>CAPITULO II: ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO</b>	<b>32</b>
2. 1. El Alcoholismo en la Época Prehispánica	34
2. 2. La Colonia	38
2. 3. La Independencia	46
2. 4. El Porfiriato	51
2. 5. De la Revolución a 1940	52
<b>CAPITULO III: EL PROCESO DE INDUSTRIALIZACION Y EL ALCOHOLISMO DE 1940 A 1970</b>	<b>55</b>
3. 1. La Crisis y el Incremento en el Consumo de Alcohol de 1970 a 1982	75
3. 2. El Modelo Neoliberal y el Aumento del Alcoholismo en México	85
<b>CAPITULO IV: ALCOHOLISMO Y SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>101</b>
4. 1. Estado, Salud y Capitalismo	102
4. 1. 1. El Modelo Médico Hegemónico	103
4. 2. Estado y Seguridad Social	107
4. 2. 1. Historia de la Seguridad Social dentro del Capitalismo	109
4. 3. Prevención	115
4. 4. Políticas Preventivas contra el Alcoholismo en México 1989-1992	126
4. 4. 1. Normatividad del Consejo Nacional de Lucha contra las Adicciones (CONADIC)	131
4. 5. Programa Preventivo	149
4. 6. Algunos otros programas de rehabilitación que ofrecen recuperación al alcohólico en México	163

<b>4. 6. 1. Un ejemplo de atención al alcoholismo en el sector público</b>	<b>170</b>
<b>4. 6. 2. Cómo es atendido el alcoholismo en el sector privado</b>	<b>171</b>
<b>4. 7. Papel de la organización Alcohólicos Anónimos</b>	<b>174</b>
<b>4. 8. Cómo la población mexicana se convierte en pasiva a través del consumo de alcohol por aspectos culturales</b>	<b>179</b>

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFIA**

*Parodia: El día de hoy vamos a iniciar una campaña en contra de la tosdependencia y del toserismo (tuberculosis). Es realmente vergonzoso para todos nosotros que esas personas que continuamente tosen anden por la calle. Personas que no tienen fuerza de voluntad para dejar de toser, seres débiles que no tienen carácter, que por más que les pedimos que dejen de toser por nosotros, no lo hacen. Se ha convertido en un vicio para ellos el toser. Por lo tanto la campaña se distinguirá por el eslogan "DI NO AL TOSER".*

## INTRODUCCION

El alcoholismo es, como sabemos, una enfermedad incurable, progresiva y mortal que afecta a cualquier persona sin distinguir su edad, sexo, clase social, raza, ideología política o religión.

Este ha ido a la par de la evolución histórica y del hombre asimismo en algunas etapas de la historia se le ha considerado como alimento con un alto grado nutricional o como un medicamento con propiedades curativas. Sin embargo, el alcohol es algo más que una sustancia que sirve para desinhibirse, estar alegre, o para fugarse de la realidad. Desafortunadamente, el conocimiento acerca de lo que es el alcoholismo y sus consecuencias no ha sido dado a conocer a toda la población, tarea que correspondería al Estado, para prevenir dicha enfermedad.

Tal actitud del Estado se debe a que se fomenta la producción-consumo en la mayoría de la población, ya que la producción genera empleos, divisas e impuestos y el consumo tiene gran impacto social. De esta forma, el mismo Estado provoca que la población consuma bebidas alcohólicas ya que esto promueve la creación de empleos de donde más mexicanos tendrán una fuente de ingreso. Pareciera entonces un círculo vicioso del que el mismo individuo no puede salir: producción-consumo y consumo-producción\* .

Es así como correspondería al Estado, para romper dicho círculo vicioso, el crear políticas preventivas para que el individuo, a su vez, rompa el círculo vicioso en el que se haya inmerso.

Cabe mencionar que tal relación producción-consumo y consumo-producción no se da en forma consciente ya que el alcoholismo es y ha sido visto como un vicio (algo que está en la moralidad del hombre y no como una enfermedad), por lo que se cree que el individuo podrá dejarlo en cuanto quiera y con fuerza de voluntad.

Otro factor muy importante dentro de la producción-consumo es que el alcoholismo se debe a la profunda y permanente angustia de la sociedad, para la cual la intoxicación ofrece un alivio.

También puede atribuirse a la voracidad de los comerciantes de licor que se valen de la angustia de la población para que ésta gaste su, ya de por sí, bajo salario en bebidas alcohólicas.

---

\* Llamas Ignacio. "Producción y Consumo de Bebidas Alcohólicas en México", Revista Economía: Teoría y Práctica, México, Nueva Epoca, No. 1, UAM, 1990, Pp. 89-91.



Finalmente sabemos que los mismos médicos encargados de la salud de los trabajadores no tienen los conocimientos necesarios para prevenir a sus pacientes de ésta enfermedad.

Tomemos en cuenta que la mayoría de la población adicta al alcohol o alcohólica comienza desde muy temprana edad (12 años) con un conocimiento muy escaso, o nulo de lo que es el alcoholismo y en sus consecuencias.

En una encuesta aplicada en 1988 por la Secretaría de Salud con el fin de conocer los patrones y niveles de consumo de sustancias adictivas, tales como el alcohol, tabaco y drogas en una población entre los 12 y los 65 años de edad, se encontró que el 27.6% de la población que se encuentra entre los 12 y los 17 años de edad consume bebidas alcohólicas, mientras que lo hace el 53.5% de los individuos que tienen entre 18 y 65 años de edad.

Un punto muy importante, dentro de esta encuesta, fue la escolaridad ya que el número de dependientes aumenta a menor escolaridad y disminuye cuando el nivel es mayor.

El alcoholismo es un problema de salud pública que ha ido creciendo por varias causas:

- 1). Por la no difusión de políticas preventivas en contra del alcoholismo;
- 2). Por la relación producción-consumo y consumo-producción que el Estado no ha roto, y que ha aumentado el número de alcohólicos en nuestro país;
- 3). Por los hábitos, que datan desde la época prehispánica, de la población mexicana en el consumo de alcohol. No se considera a una fiesta como tal si no hay alcohol.
- 4). Porque es a través del alcohol como el individuo encuentra una fuga a su realidad: escasez de empleo, bajos salarios, problemas laborales, problemas familiares, poca o nula participación política, no existe una conciencia de clase, etc.

Bajo esta perspectiva el objetivo de este trabajo es el analizar las políticas preventivas hacia el alcoholismo en el trienio 1989-1992. Para ello en el capítulo 1 se analiza el problema del alcoholismo como una enfermedad. En un primer acercamiento definimos qué es el alcoholismo y los diferentes modelos que lo han estudiado a lo largo del tiempo: desde el modelo moral hasta el modelo interdisciplinario.

El alcoholismo ha ido a la par de la evolución del hombre debido a que en distintas etapas se ha asociado con propiedades curativas, alimenticias, afrodisiacas, etc., es decir, se le ha mitificado.

En el capítulo 2 el objetivo es analizar la evolución del alcoholismo en México. Para ello nos remontamos a sus antecedentes desde la época prehispánica pasando por la Colonia, la Independencia, el Porfiriato, la Revolución hasta llegar a 1940.

Por su parte en el capítulo 3 se verá desde la etapa que va desde 1940 con la sustitución de importaciones, del desarrollo estabilizador, el desarrollo compartido hasta el modelo neoliberal.

Se analizarán los aspectos económico, político y social y con ello compararemos las políticas preventivas en contra del alcoholismo que los diferentes gobiernos de esas épocas hicieron, desde 1940 hasta 1992.

Por último, en el capítulo 4, se analizarán las políticas de la Seguridad Social en torno al problema del alcoholismo en México. La Seguridad Social surge desde la Revolución Industrial y, con ella, toda una serie de instrumentos que la ayudarán a legitimar al Estado. En este contexto el Modelo Médico Hegemónico, cumple con un papel fundamental de no darle un sentido social a las enfermedades, es decir, aísla la enfermedad de un entorno social que puede ser la causa del alcoholismo, por ejemplo.

Asimismo la Seguridad Social es responsable de practicar, crear y difundir prevención, no sólo del alcoholismo, sino de todas las enfermedades que el individuo pueda adquirir, sin embargo en éste caso, como veremos, existen políticas preventivas, pero su difusión es muy escasa, además de los objetivos a cumplir, es decir, no hay una concientización hacia el individuo de lo que le puede ocurrir si éste, tiene contacto con el alcohol.

## Capítulo I: Caracterización y Tipología del Alcoholismo.

### 1.1.- El Proceso Salud-Enfermedad.

La mayoría de los trabajos sociológicos no plantean explícitamente soluciones a la alcoholización. Existe el surgimiento de una fuerte tendencia a considerar la refuncionalización de la ingesta y de los patrones de ingestión, más que una erradicación de los mismos, en la medida en que potencialmente, sólo los propios grupos podrán establecer una solución social a la alcoholización. Bajo el término de Culturalismo Integrativo, se ha incluido a los enfoques de Funcionalismo, Relativismo Cultural y Tendencias de Cultura y Personalidad.

Son estos enfoques los que han insistido en la función integrativa, los que por otra parte 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 este enfoque 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 enfoque estructuralista propone el concepto de anomia. Este concepto ha sido utilizado con relativa frecuencia en Latinoamérica, pero más a nivel de interpretación, que de investigaciones específicas.

Desde la perspectiva metodológica otros dos aportes son considerados por nosotros como muy significativos. El primero refiere a la relativización de los conceptos sobre alcoholización, que si bien puede ser cuestionada, ha servido para por lo menos limitar la hegemonía del modelo médico en cuanto a la medicalización del proceso de alcoholización. El segundo aporte refiere a la tendencia antropológica de no reducir sus hipótesis explicitadas o no explicitadas a meras hipótesis descriptivas, sino a tratar de producir hipótesis e interpretaciones de algo explicativo y/o comprensivo.

En su forma más general el proceso de salud-enfermedad se determina por la relación dialéctica del hombre con la naturaleza y con los otros hombres, es por eso que el mencionado proceso es un fenómeno histórico y social condicionado por el modo de producción imperante en un período histórico determinado, es decir, por el modo como el hombre se apropia y transforma la naturaleza y ésta a su vez lo transforma, por intermedio de las relaciones sociales de producción.

En ésta relación fundamental, el hombre manifiesta dos momentos el productivo y el reproductivo; el primero es en el que el hombre o colectividad se apropia de la naturaleza y lo transforma a través del proceso de trabajo.

En el momento productivo el hombre se consume produciendo por el desgaste energético durante la jornada de trabajo, desgaste que se determina por 4 factores que son:

- a). Las características de los medios de producción, ya sean industriales o agrícolas, y mayor o menormente desarrolladas tecnológicamente, lo que insidirá en el mayor o menor desgaste físico;
- b). Las relaciones establecidas entre los hombres y los medios de producción y las relaciones hombre-hombres; (propiedad o no de los medios de producción, relaciones técnicas, cooperación, explotación, etc.)
- c). El control que se ejerce sobre el proceso productivo, es decir, la puesta en marcha del proceso de trabajo;
- d). Las condiciones generales de trabajo por la jornada de trabajo, el ritmo, el salario, el riesgo, la protección y la estabilidad laboral.

El momento reproductivo está determinado por la forma de apropiación y su capacidad de acceso al consumo de bienes y servicios, para así reponer el desgaste sufrido en el momento productivo para garantizar su propia reproducción como sujeto social.

Esta reproducción se manifiesta en las condiciones generales de existencia, es decir, las condiciones concretas materiales en que el hombre se reproduce: alimentación, vivienda, vestido, servicios sanitarios y de salud, servicios culturales y educativos, descanso y su habitat ecológico.

En ambos momentos (productivo y reproductivo) el hombre se produce no sólo a si mismo, sino también a las condiciones y relaciones sociales, económicas y políticas, ya que la reproducción del sujeto es evidentemente un proceso histórico, por lo tanto, contingente y diverso a lo largo del tiempo y del espacio. El hombre se reproduce como un todo unitario, es decir, el momento productivo equivale al reproductivo y viceversa.

Posteriormente con la división social del trabajo, el excedente de producción y la aparición de la propiedad privada sobre los medios de producción. La aparición de las clases que determinan distintos perfiles de reproducción, lo que conduce a un proceso de explotación y de enajenación, por lo que la división clasista de la sociedad determina diferentes perfiles epidemiológicos y por lo tanto una morbilidad (aparición de enfermedades) y mortalidad diferenciables en las diversas clases sociales.

Esto debido a que mientras una clase posee los medios de producción y la otra sólo su fuerza de trabajo, el desgaste de la segunda es mayor y sus posibilidades de reposición menores, debido al bajo salario y al desempleo, que orilla a mayor riesgo de enfermar, ya sea por las condiciones de trabajo en que se desempeña o por la insuficiente reposición de fuerza de trabajo, tanto a nivel individual como en términos de la clase obrera.

En el capitalismo el trabajador puede ser sobreexplotado en el momento productivo, mediante la ampliación de la jornada de trabajo propiciándole un desgaste físico excesivo y un enajenamiento extremo que lo aniquila como persona.

Es sobreexplotado en su momento reproductivo, al restringírsele la capacidad de consumo de los productos que él mismo produce, en consecuencia, impidiéndole la reposición de su fuerza de trabajo. Por lo tanto, el origen y la distribución del proceso salud-enfermedad se condiciona por la escisión existente entre los procesos productivo-reproductivos de las diferentes clases sociales; como es obvio esto explica la morbilidad diferencial en los grupos humanos.

El proceso de trabajo, se enmarca en un modo de producción dominante, que por su parte se determina por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y por las relaciones sociales de producción que existen en ése momento.

En consecuencia, para reconocer el proceso salud-enfermedad se debe de partir del análisis global de la formación social dada, detectando las clases y fracciones de clase inmersa en ella, sus interacciones y su grado de organización.

Ahora bien, en tanto la sociedad esté formada por clases antagónicas, el perfil epidemiológico seguirá siendo clasista, lo que significa una simbiosis dialéctica entre el proceso salud-enfermedad y la lucha de clases por lo que cualquier triunfo o avance del proletariado en materia política, tenderá a mejorar las condiciones de vida y trabajo, reduciendo la posibilidad de ser víctima de la enfermedad.

Además de los elementos biológicos, ecológicos y estructurales, el proceso salud-enfermedad, está permeado de un componente ideológico (superestructural), pues aunque la salud y la enfermedad son reales su planteamiento como problema depende de la interpretación o conceptualización que haga de él el Estado, ya que para éste, la salud como la enfermedad están clasificadas según la definición que nos da la Organización Mundial de la Salud, es decir:

.... " la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo " <sup>1</sup>

De esta forma, el Estado Mexicano sustentará la conceptualización del derecho a la salud que tiene la población y, al mismo tiempo, le dará mayor o menor importancia al problema del alcoholismo como problema de salud.

Además de esta definición, la conceptualización de salud-enfermedad, dependerá o estará influida en valores o intereses clasistas, que empañan la visualización concreta del problema sanitario que se define a través de los intereses de clase que existan en ese momento.

Es por esto que aquí no caben las interpretaciones biologistas, ecologistas, sin negarles a estos factores injerencia en el proceso de salud-enfermedad sino, priorizando la influencia del proceso económico-social sobre la salud-enfermedad.

Por otro lado, consideramos al alcoholismo o proceso de alcoholización a las funciones y consecuencias positivas y negativas que cumple la ingesta de alcohol para los conjuntos sociales estratificados, y que implica sólo potencialmente el problema de la enfermedad mental.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud

Es en este contexto que plantearemos el problema del alcoholismo como un proceso de oposición entre salud-enfermedad mental. En otras palabras utilizaremos el concepto " proceso de alcoholización " para definir la relación contradictoria entre salud-enfermedad mental.

Cabe mencionar que los estudios históricos no definen el proceso de alcoholización como enfermedad. Aparece descrito y analizado como problema social, como problema de control social y jurídico. Sólo en los historiadores médicos, la alcoholización aparece planteada en términos de enfermedad.

No obstante, la conceptualización más relevante que surge, de los trabajos de los historiadores médicos, es la de considerar al alcohol y la alcoholización como un instrumento y/o medio, tanto desde la dimensión económico-política como socio-ideológica, tanto desde los sectores dominantes, como de las masas consumidoras.

La concepción dominante del proceso de alcoholización se daría en torno a dos ejes: a). económico-productivo y b). ideológico

En el primer caso se recupera la importancia en términos de producción y desarrollo económico y de la prevalencia que da el Estado hacia la política industrial, en este caso, las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas, por encima de la política sanitaria que tendría como función el crear políticas preventivas hacia el alcoholismo; y en el segundo el manejo que de la alcoholización se ha hecho tanto en la situación colonial como postcolonial en términos de estigmatización racial y/o clasista por parte de los sectores dominantes.

Históricamente podemos distinguir tres grandes causaciones del proceso de alcoholización: 1). la fiesta, 2). el desarrollo capitalista dependiente y 3). la situación colonial.

1). La fiesta, porque el alcohol ha sido utilizado durante toda la historia de México, incluyendo la época precolombina, durante los diferentes festejos que se llevaban a cabo, ya fuera en los rituales, en las fiestas religiosas y, en la actualidad, en cualquier tipo de fiesta, ya que una fiesta no se puede concebir si no hay alcohol.

2). Las principales funciones del alcohol en América Latina, como zona que ha tenido un desarrollo dependiente de los países industrializados son: refuerza la interacción social y los valores afiliados a ésta; refuerza la seguridad individual y colectiva frente a situaciones amenazantes; refuerza la seguridad individual y colectiva frente a un mundo vacío; refuerza 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; funciones de evasión y de creación de espacios propios de

acción; restablecimiento de la cohesión en procesos de cambios y/o de inseguridad social; funciones de la reducción de la ansiedad.

## 1.2.- Causaciones históricas del Proceso de Alcoholización.

Por otra parte, la situación colonial, porque es ahí cuando se intensifica el alcoholismo en México. Después de haber sido derrotados y conquistados los indígenas mexicanos por los españoles, se relajaron las leyes que se utilizaban en contra del uso excesivo de alcohol en la antigua Tenochtitlán, fue de esta forma como la sociedad novohispana permitió que los indígenas se embriearan por el alcohol, tal vez para así poder escapar a su dolorosa realidad: la de haber sido conquistados y esclavizados.

Finalmente, el desarrollo capitalista dependiente, porque durante esta etapa de la historia de México, es decir, desde los años 40 hasta la actualidad, las crisis económicas, políticas, sociales y culturales han sido cada vez más profundas, por lo que el individuo común ha recurrido con mayor frecuencia y en mayor cantidad al alcohol para fugarse de la realidad.

De estas tres causaciones: la fiesta, la colonia y la dependencia los historiadores han focalizado para América Latina con las dos últimas y de éstas, si bien inicialmente fue la situación colonial la que contó con mayores trabajos, últimamente algunos estudios se han proyectado sobre el desarrollo de la producción alcohólica durante los siglos XIX y XX.

La fiesta sería el lugar de la alcoholización ritual colectiva, el lugar donde operarían las transformaciones en un nivel imaginario, en las cuales se niega la escisión entre lo individual y privado y que provisoriamente trata de colocar entre paréntesis la situación dominante, la cual aparece periódicamente como amenazadora, como insegura y/o como opresora. Los cultos de posesión en los cuales los casos americanos (amerindios, afroamericanos) aparece frecuentemente el uso del alcohol procesan funciones similares a las de la "fiesta". La posesión busca realizar de manera instantánea el deseo (que es siempre deseo de lo Absoluto) 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.



La "degradación de la fiesta" y de los rituales de posesión convierten en mera borrachera microgrupal y/o individual lo que constituyó respuestas organizadas y normativas frente a procesos históricos de dominación. No obstante esta degradación del grupo de cantina o del grupo subcultural.

Tenemos, por otro lado, la situación colonial, el impacto de la misma en la apropiación de los medios e instrumentos de producción, el manejo del prejuicio en forma de control de masas, la generación de pauperización económica y de deprivación psicosocial aparecerán como causales de la alcoholización.

La situación colonial establecerá rasgos similares a los de la condición obrera, es decir, la existencia de una clase que vendiera su fuerza de trabajo y una situación donde hubiera explotados y explotadores, que en el caso de algunos países de América Latina se potenciaron a fines del siglo XIX, para generar un nuevo incremento de la alcoholización, junto con otros fenómenos ideológicos y económico-políticos como lo fueron el desarrollo de grandes migraciones desde países vitivinícolas (España, Portugal, Italia, Francia) y el desarrollo de burguesías regionales.

Los grupos y estratos sociales que predominantemente se analizan o mencionan en términos de alcoholización son las comunidades "indígenas", el campesinado, la clase obrera, las "clases bajas urbanas". Las clases dominantes sólo son estudiadas en función de su situación como dueños de los medios de producción y por ello el escape a través del alcohol.

Los estudios sociológicos han 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.

Se ha planteado a la alcoholización 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 peligrosa, la cual no obstante no es percibida como patológica.

Se considera a la alcoholización y el alcoholismo como un instrumento, como un medio social y cultural a través del cual los conjuntos sociales implementarían determinadas funciones.

La etiología del proceso de alcoholización está referida por la casi totalidad de los autores a la situación colonial y a los procesos de aculturación recientes, pero debe subrayarse que la relación situación colonia/alcoholización casi no ha sido sometida a investigación. Se la enumera como parte de un proceso de estigmatización étnico y se pasa a centralizar el análisis de las consecuencias funcionales.

La etiología constituye la funcionalidad del fenómeno.

Desde esta perspectiva la alcoholización es interpretada como parte de una estructura económica y, sobre todo, ideológica dentro de la cual cumple diferentes funciones, casi siempre referidas a integraciones aculturativas o de un nivel que linda con la supervivencia.

Una característica sociológica de esta disciplina es la de manejar lo que podemos denominar como variables globalizadoras, que implican la explicación del fenómeno.

Por otro lado, se ha señalado una doble funcionalidad de la alcoholización. Por una parte una funcionalidad negativa que permite la utilización del campesinado y/o indígena en determinadas relaciones de trabajo y facilita el control de la estigmatización, y otra funcionalidad que conduciría a este propio campesinado a una suerte de actividad antidominatoria basada en la construcción de comunidades "corporadas" donde el alcohol aparece como medio integrativo y diferenciador.

Pero ¿es el alcoholismo un proceso único o cuál es su caracterización?

2.- Pineda, Javier. Sociología Histórica de la Enfermedad Mental. Tesis de Sociología, ENEP Acatlán, 1985, Pp. 11-23.

3.- Menéndez, Eduardo. "Socioantropología del Proceso de Alcoholización en América Latina, 1970-1980", México, IMP, Pp. 247-258.

### 1.3.- Caracterización y Etapas del Alcoholismo.

Generalmente se considera al alcoholismo como el consumo excesivo de alcohol, pero debemos precisar que éste puede darse de diferentes maneras y causas, así como el contexto social, económico y político en donde se desenvuelve el individuo, así también, puede deberse a que se da una combinación entre la influencia social, así como, una tendencia al alcoholismo, por parte del individuo.

Esta enfermedad se puede deber a factores psicológicos que originan una dependencia del individuo hacia el alcohol, entendiéndose al alcohol como una droga.

**Consumo excesivo de alcohol debido principalmente a las influencias socioculturales.**

¿ Por qué el alcoholismo se encuentra tan difundido en algunas naciones, culturas y religiones mientras que es más bien raro o excepcional en otras ?

Si pudiéramos responder a esta pregunta avanzaríamos mucho en la etiopatogenia (origen de la enfermedad) del consumo excesivo de alcohol, pero por desgracia, no es así. Uno de los caminos más prometedores en lo que se refiere a la patogenia del alcoholismo es precisamente el estudio de los factores sociogenéticos que favorecen su desarrollo. Numerosos estudios señalan algunos hechos que, indudablemente, afectan la incidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, regiones y naciones.

Se sabe ya algo acerca de las diferencias socioculturales que acentúan el problema en el norte de Francia y en países como Suecia, Suiza, Polonia, la ex Unión Soviética, Estados Unidos, en tanto que permiten un índice de morbilidad relativamente bajo en Grecia, China e Israel. Las investigaciones más dignas de crédito indican que los grupos sociales con menor índice de alcoholismo tienen las siguientes características:

a). Desde pequeños, los niños ingieren bebidas alcohólicas pero en poca cantidad, muy diluidas y siempre dentro de un grupo familiar unido.

- b). Por lo general se consumen bebidas de bajo contenido alcohólico.
- c). Las bebidas se consideran alimentos y se consumen comúnmente con las comidas.
- d). Los padres son ejemplo de bebedores moderados.
- e). Las bebidas alcohólicas no tienen ningún valor subjetivo, es decir, ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso y no prueba que el bebedor sea más viril.
- f). La abstinencia es una actitud socialmente aceptable. En cambio, no es socialmente aceptable beber en exceso e intoxicarse.
- g). Finalmente, existe un acuerdo total respecto de lo que pueden llamarse las "reglas del juego en el beber".

Estos hallazgos apoyan las explicaciones que algunos autores ofrecen como base de ciertos modelos sociológicos. Se ha visto, con base en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, que existen tres formas en las que la organización influye en la incidencia del alcoholismo, a saber, el grado en el cual una cultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación a sus tensiones internas, las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros respecto del consumo del alcohol, y la medida en la que provee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Como una consecuencia lógica de sus tesis, Bales supone que una sociedad que genera tensiones internas como culpabilidad, agresión contenida, conflictos sociales e insatisfacción sexual, y cuya actitud es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. De acuerdo con éste autor, las actitudes culturales respecto del consumo de bebidas se clasifican en:

- + Abstinencia.
- + Uso ritual en ceremonias religiosas.
- + Uso social en situaciones de convivencia.
- + Uso utilitario en el cual existe una razón para beber.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Velasco Fernández, Rafael. Alcoholismo: visión integral, México, Editorial Trillas, 1988, Pp. 27-28.

### **Consumo excesivo de alcohol debido a la falta de control de los factores desencadenantes.**

Desde el punto de vista social, estas influencias pueden ejemplificarse con el caso del individuo que abandona el medio rural para buscar mejores oportunidades de empleo en una zona suburbana. Independientemente de que logre o no su objetivo, en su nueva situación puede sufrir presiones no previstas en torno al consumo del alcohol. Si los mecanismos de distensión no son suficientes, inicia una carrera hacia el alcoholismo que quizá no se hubiera desencadenado si se hubiera quedado en su pueblo.

En otros casos, resalta la importancia del tipo de trabajo que se desarrolla; los cantineros, los encargados de las relaciones sociales de las empresas, las personas que laboran en horarios desusados, etc., están expuestos a situaciones en las que los controles pueden debilitarse. Además existen factores psicológicos individuales que disminuyen la capacidad para enfrentar las presiones. Tal es el caso de la deficiencia mental, el daño cerebral con manifestaciones conductuales, la mayor sensibilidad emocional ligada o no a factores orgánicos e incluso algunos rasgos de carácter que no son precisamente "anormales".

Ciertos sujetos pueden tener mayor riesgo, por ejemplo, quienes muestran una tendencia a disfrutar los bienes de la vida aquí y ahora y dan poca importancia a las posibles consecuencias a mediano y largo plazos.

### **Consumo excesivo de alcohol asociado con enfermedad mental.**

En circunstancias especiales, casi todas las llamadas enfermedades mentales pueden constituirse en el principal antecedente para que un individuo empiece a consumir alcohol de una manera peligrosa. Los episodios de hipomanía en el curso de una psicosis afectiva, la propia esquizofrenia y, en general los estados psicopatológicos que generan intensa angustia y/o depresión, son condiciones que favorecen el abuso del alcohol; pueden considerarse como situaciones de riesgo, pero de ninguna manera debemos concluir que en cada caso de alcoholismo existe una patología subyacente "responsable" de la farmacodependencia.

Tal vez sea más útil reconocer que para ciertos sujeto, el alcohol es una medicación siempre a su alcance que reduce sensaciones y sentimientos desagradables; en este caso, beber en exceso es una complicación de la patología primaria, pero no su causa, ni su resultado necesario. A pesar de ello, es indiscutible que existen ciertas manifestaciones psicopatológicas ligadas al alcoholismo.<sup>5</sup>

#### **Consumo excesivo por efecto de la droga (entendiéndose al alcohol como tal)**

Diffícilmente podremos entender por qué algunas personas beben mucho si no tenemos presente que el alcohol es una droga que, al menos durante un lapso, es capaz de disminuir (o suprimir) los más variados sentimientos desagradables, en particular, la angustia y la depresión.

El bebedor puede padecer un sentimiento crónico de frustración, de inseguridad o de vacío vital, al cual domina con el alcohol. En todo caso, un consumidor excesivo de alcohol busca con frecuencia alterar su propia percepción de un mundo que encuentra complicado y amenazador o mejorar el concepto de sí mismo; por ejemplo, la bebida suele aumentar los sentimientos de poder personal y de masculinidad.

Desgraciadamente, para producir el efecto deseado el sujeto tiene que ingerir, en forma repetida y continua cantidades que amenazan su salud. Como de cualquier modo logra atenuar los sentimientos indeseables, es difícil persuadirlo acerca del peligro de una dependencia. Sin embargo, pronto aparecen problemas vitales preexistentes y hacen inalcanzables los propósitos iniciales. Para enfrentar estos efectos secundarios la única alternativa que el bebedor concibe es la de beber más y el proceso adquiere un carácter cíclico.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 22

<sup>6</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 19-29

### **Consumo excesivo del alcohol en situaciones de angustia.**

En el curso de la vida normal, existe siempre la posibilidad de que los individuos se sometan al estrés que provocan las situaciones difíciles. Un caso común es el de la mujer que, al llegar la madurez, toma conciencia de su fracaso matrimonial y experimenta continuos episodios de frustración y desesperanza; otro, el de un individuo que trabaja excesivamente bajo presiones de mucha responsabilidad. Pero existen muchas otras situaciones en las que se genera una angustia que no se había experimentado previamente o que, por lo menos, no se relacionaba con acontecimientos y vivencias de nuevo significado existencial; por ejemplo para muchos individuos la jubilación conlleva una especie de revelación "de golpe", de que pierden sus razones para vivir, empiezan a ser una carga para los demás. La viudez o el divorcio, la pérdida de un hijo, etc. también pueden generar estos sentimientos. En muchos de estos casos, el permanecer en estado de intoxicación alcohólica puede llegar a ser un fin en sí mismo, cuyo propósito es el de disminuir la angustia y volverte la espalda a una realidad insoportable.

El riesgo puede ser especialmente alto cuando se carece de apoyos emocionales alternativos (o se cree no tenerlos) o cuando en el curso de la vida no se encontraron maneras más efectivas para enfrentar infortunios y experiencias negativas. Sería un error, de cualquier modo, decir que la causa del alcoholismo de alguien es su fracaso existencial, su divorcio o cualquier otro acontecimiento doloroso. Siempre hay un organismo particular, con una historia también particular, sobre el que inciden los acontecimientos; si estos generan angustia, forman parte importante, a veces primordial, de una interacción de factores.<sup>7</sup>

### **Consumo excesivo de alcohol por razones psicodinámicas.**

De acuerdo con la experiencia de los psicoterapeutas más reconocidos en el campo del alcoholismo, las interpretaciones psicodinámicas que en forma recurrente y más frecuente pueden reconocerse son las siguientes:

---

<sup>7</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 24

1.- La ingestión excesiva de alcohol puede ser un indicador de que el individuo intenta identificarse con el padre alcohólico u otra figura importante de su infancia. En ocasiones, el paciente presiona inconscientemente a otros para que jueguen el papel que otras personas representaron frente a su padre; por ejemplo, forzan a su esposa a comportarse en la misma forma en que su madre lo hacía ante el padre permanentemente alcoholizado.

Dentro de una explicación como ésta, ni siquiera es necesario que el padre haya sido realmente un bebedor excesivo; lo importante es la experiencia traumática de un niño que crece en el seno de una familia en la que el alcohol desempeña un cierto papel, dentro del marco de conflictos emocionales no resueltos. Esta interpretación puede resultar todavía más compleja cuando el terapeuta se adentra en la búsqueda de tales conflictos que comprenden reacciones y expresiones de odio, amor, humillación, agresión, piedad, etc., pero ofrece más apoyo para un tratamiento eficaz, que cuando se basa en una explicación unitaria.

2.- Relacionado también con el proceso de identificación, el bebedor puede buscar su autodestrucción por considerarse merecedor de una pena o castigar a quienes "causaron" el alcoholismo de su idealizada figura paterna...sólo que es él mismo (hijo-padre). En éste juego de interpretaciones psicodinámicas por identificación, caben otras que son aplicables a ciertos casos particulares; por ejemplo, en virtud de que el padre era poderoso (o el paciente cree que lo era) sólo cuando bebía, él mismo bebe para adquirir poder (o creer que lo adquiere). También puede suceder lo contrario, es decir, que el paciente desee inconscientemente permanecer como un niño dependiente e indefenso al que se le reprende y perdona.

3.- Algunas veces, la alcoholización repetida se utiliza como una forma de evadir responsabilidades de la vida adulta. La droga tiene el valor de su efecto farmacológico y simboliza el alimento materno, el cuidado recibido en la infancia o la madre que prodiga calor y afecto incondicional.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 24-25



### Beber excesivamente por la preponderancia de factores biológicos.

Muchos textos acerca del alcoholismo dedican un amplio capítulo a los factores biológicos, los cuales pueden dividirse en fisiológicos y genéticos. La explicación de esta tendencia generalizada es que los aspectos biológicos pueden abordarse más objetivamente que los demás, lo cual no significa que se les considere más importantes.

Si bien es cierto que la investigación de los cambios que ocurren en el organismo del individuo alcohólico está sujeta al método científico, debemos reconocer que tales cambios pueden ser el resultado de una intensa y prolongada ingestión de alcohol; otra vez nos encontramos ante el problema de distinguir entre causas y efectos. A pesar de ello, es absolutamente válido investigar la relación entre los cambios fisiológicos y la ingestión de bebidas alcohólicas, aunque quizá resulte más trascendente para la patología y la clínica que para el estudio de la etiopatogenia del síndrome de dependencia del alcohol. Es así como todo defecto funcional, metabólico, nutricional e incluso genético, requiere la presencia de otros factores para adquirir su verdadera importancia como agente causal del alcoholismo.

*Factores Fisiológicos:* Durante los últimos años se ha estudiado intensamente el metabolismo del etanol, las respuestas orgánicas que provoca y su influencia en la evolución de la enfermedad, además de sus complicaciones físicas y psicológicas. Aunque de estas investigaciones se han derivado conocimientos de indudable utilidad, queda aún sin respuesta la pregunta de si el alcoholismo es meramente una aberración fisiológica.

La llamada teoría genotrófica tiene todavía cierta influencia, tal vez por que tiene aplicaciones terapéuticas que proporcionan buenos resultados, aunque sólo sean paliativos.

Los alcohólicos tienen un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertas sustancias de los alimentos; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de sed fisiológica por el alcohol, de manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible, cuyo fundamento fisiológico es una disfunción hipotalámica.

Esta teoría, sin embargo no se ha comprobado ni como explicación etiológica ni como fundamento de un tratamiento del alcoholismo. En realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que presentan los alcohólicos se explican mejor como consecuencia y no como causas de la enfermedad.

Con base en observaciones clínicas se llegó a pensar, y más tarde a comprobar, que la ingestión continua de alcohol estimula la síntesis de las enzimas necesarias para metabolizarlo. Los investigadores descubrieron que tanto en los individuos alcohólicos como en los abstemios, la velocidad de metabolización del alcohol aumenta si éste se administra en grandes cantidades durante un período de dos semanas. Ambos grupos muestran también un aumento en la producción de cortisona, que intensifica la actividad enzimática en otros sistemas biológicos. Al parecer, la producción de cortisona en los sujetos alcohólicos forma parte de una reacción general ante el consumo de alcohol y es posible que esté relacionada con el aumento de la angustia durante ciertos períodos, principalmente cuando se presentan los síntomas de la abstinencia.

Una hipótesis reciente, sostiene que en los individuos alcohólicos existe un defecto en el metabolismo del acetaldehído (el primer producto de la degradación del etanol) que resulta en la producción de compuestos precursores de los alcaloides opiáceos. Parecería entonces que el cuerpo produce sus propias sustancias adictivas y que existen bases fisiológicas comunes a todas las farmacodependencias, lo cual, a su vez, explicaría por qué los alcohólicos desarrollan con frecuencia tolerancia no sólo al alcohol, sino también a otras drogas.

Los factores fisiológicos, según hemos visto, no definen la etiología del alcoholismo (al menos hasta ahora); en cambio, el papel que estos factores juegan en la evolución del alcoholismo es muy claro. El alcohol tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central que depende de la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que se metaboliza y sus efectos desaparecen, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un período proporcional. Las manifestaciones clínicas de la acción depresora varían desde fenómenos psíquicos relativamente simples hasta la supresión de los centros vitales y la muerte.

Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común a la mañana siguiente, en forma de temblores o agitación y molestias que pueden aliviarse temporalmente al ingerir otra vez alcohol; esta mejoría se hace cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa, eventualmente se convierte en una necesidad y se establece una dependencia física y psicológica.

Pero ¿cuándo cruza el bebedor los límites de la verdadera dependencia? ¿cuáles son los mecanismos fisiológicos involucrados en el inicio del alcoholismo como enfermedad?

Por ahora sólo hay respuestas parciales a esas dos preguntas, pero se reconoce que las investigaciones fisiopatológicas avanzan prometedoramente hacia explicaciones cada vez más seguras acerca del fenómeno del alcoholismo.

Por lo que se refiere a los *Factores Genéticos*, los estudios realizados por diversos autores, al parecer, demuestran la naturaleza familiar del alcoholismo pero de acuerdo con éstas y otras investigaciones, el impacto de los posibles factores familiares depende de la severidad del alcoholismo de las personas sometidas a la investigación. Cuando se trata de alcohólicos hospitalizados, puede afirmarse que alrededor del 50% de los familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos), padece o padecerá alcoholismo. Esta tendencia familiar no implica necesariamente que existan factores genéticos, dado que todos los miembros de una familia reciben las mismas influencias psicológicas y culturales.<sup>9</sup>

#### **Beber excesivamente como resultado de un proceso cíclico.**

Se observa claramente en el caso de un hombre que debido a su prolongado estado de alcoholización llega a perder su autoestima y a considerarse indigno y culpable, de manera que cree que la única salida para contrarrestar su depresión es continuar bebiendo; se da cuenta entonces que sólo otros bebedores crónicos o sus compañeros de cantina lo aceptan y respetan. Al integrarse a ese grupo, estrecha las salidas y se inicia una conducta que empieza a ser reiterativa; el círculo se cierra y el comportamiento se perpetúa.

Antes de llegar a este estadio, el alcoholismo del individuo ha provocado ya, sin duda, situaciones que propician el proceso, no solamente por el daño que genera en el aspecto de la competencia social, sino porque hay siempre una respuesta de los demás; nadie, excepto otros bebedores crónicos, desea estar en compañía de una persona con tales antecedentes.

El daño que la intoxicación crónica produce en el sistema nervioso central, bien puede ser un factor que hace perdurar el hábito de ingerir alcohol. En ciertos casos, esto es obvio; pero se sospecha que incluso un daño cerebral no detectable clínicamente puede provocar la necesidad fisiológica de mantener altos niveles de alcohol.

---

<sup>9</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 29, 30, 31.

... " El principal mecanismo que acelera este proceso cíclico es el de la dependencia física. La instalación del síndrome de dependencia es precisamente el dato clínico que traduce esta característica de autoperpetuación de la conducta del alcohólico. Cualesquiera que sean los factores que inicialmente inducen a un individuo a beber en exceso, hay algo en su comportamiento que parece tener una dinámica propia "...<sup>10</sup>

El alcoholismo ha sido tomado a través del tiempo como un vicio y no como una enfermedad, sin embargo la palabra vicio se define como la falta de rectitud o defecto moral en las acciones o hábito de obrar mal o defecto o exceso especial que provoca demasiado apetito de una cosa, que incita a usar de ella frecuentemente <sup>11</sup>

El modelo moral considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y quien abusa de él, un infractor de las normas morales, un sujeto potencialmente peligroso para la sociedad o un débil moral que debe ser humillado, castigado y marginado.

Los seguidores del modelo moral afirman que quien abusa del alcohol es un vicioso y rechazan el modelo médico, argumentando que éste trata de justificar lo que es injustificable. Dentro del modelo moral hay dos corrientes: una moderada que acepta el consumo del alcohol siempre y cuando no sea excesivo y otra radical, que condena el uso del alcohol, por moderado que sea. Ambas tendencias afirman que la única manera de no caer en el alcoholismo es mediante la fuerza de voluntad. Muchos grupos religiosos (musulmanes, mormones) y civiles (Ejército de Salvación) predicán éste modelo.

Aunque los grupos de AA apoyan el modelo médico, su filosofía conserva muchos elementos del modelo moral. Una gran cantidad de médicos, sacerdotes, jueces y otros líderes de la comunidad, siguen aplicando este modelo. El modelo moral no ha aportado nada valioso a la comprensión científica de la etiología y el desarrollo del alcoholismo.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 33

<sup>11</sup> Elizondo, José Antonio. "El ABC del Alcoholismo". Revista de las Adicciones, No. 6, Enero-Marzo. Cuernavaca, Morelos, 1992.

<sup>12</sup> Velasco Fernández, Rafael. Alcoholismo: Visión Integral, México, Trillas, 1988. Pp. 42.

La clasificación tiene valor en la medida en que reduce la confusión o por lo menos debe servir para reconocer y organizar los conceptos y los conocimientos que se tienen en un momento determinado. Además para seguir siendo efectivas, es necesario revisarlas periódicamente con el fin de adaptarlas a los nuevos conocimientos. Si pensamos en el sentido de la praxis, debemos esperar que una buena clasificación contribuya al desarrollo de programas comunitarios más efectivos, por lo menos en tres aspectos:

- 1). Los sistemas de clasificación han de proporcionar una base para un enfoque comprensivo e integral de los complejos problemas relacionados con la intoxicación, la dependencia y los aspectos clínicos y sociales concomitantes.
- 2) Deben facilitar los esfuerzos multidisciplinarios para enfrentar el problema del alcoholismo.
- 3). Finalmente, deben ser adecuados y suficientes para originar y encauzar las actividades gubernamentales contra el alcoholismo.

También podemos señalar las dificultades que inevitablemente tiene que enfrentar cualquier clasificación; por ejemplo, es prácticamente imposible que proporcione un esquema exacto para el manejo de casos específicos, puesto que cada caso es una combinación única de factores como el grado y la cualidad de dependencia, la intoxicación y la respuesta orgánica. El alcoholismo es una forma especial de farmacodependencia que no puede incluirse en los modelos de otras adicciones. Los efectos agudos y crónicos no sólo se deben a la acción depresora del alcohol sobre el sistema nervioso central, sino también al hecho de que, a diferencia de otros fármacos depresores, el etanol es también una fuente de energía, un alimento de alto contenido calórico aunque deficiente como sustancia nutritiva.

Dentro de la definición del alcoholismo encontramos una primera clasificación que obedece a la observación clínica relacionada con la periodicidad de la intoxicación. En ésta se consideran dos grandes grupos:

- 1.- El alcoholismo intermitente, que se caracteriza por la incapacidad para detenerse una vez que se inicia la ingestión de alcohol y que cursa con períodos variables de abstinencia.

2.-El alcoholismo inveterado que se distingue por la incapacidad para abstenerse del alcohol, es decir, que se ingiere cotidianamente.

Es evidente que ambas formas indican una dependencia fisiológica, psicológica y/o sociocultural.

Una clasificación universalmente conocida es la de Jellinek; se considera una de las mejores puesto que es útil desde el punto de vista clínico y, en general, cumple con lo señalado al principio. Dada la dificultad para clasificar un fenómeno tan complejo, Jellinek consideró diversos elementos en una combinación que le permitió establecer cinco formas de alcoholismo. Los elementos que están involucrados son: el consumo excesivo, las complicaciones, la dependencia psicológica y/o física y la forma del consumo del alcohol.

Los diferentes tipos de alcoholismo que define Jellinek son los siguientes:

Alcoholismo Alfa, Beta, Gamma, Delta y Epsilon.

De estos, el alcoholismo Gamma es el que más se acerca a las características que poseen los alcohólicos en México, es decir, existe una dependencia física o psicológica con la pérdida de control o incapacidad para beber moderadamente.

El bebedor puede dejar de ingerir bebidas alcohólicas durante semanas o aún meses, pero al volver a hacerlo, pierde el control totalmente. Evidentemente, puede presentarse el síndrome de abstinencia.

Así también, el alcoholismo tiene dos definiciones más dentro de los trastornos mentales:

La primera está contenida en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Médica Americana, el DSM-III, cuya formulación ha significado un gran acontecimiento en la Psiquiatría moderna.

La segunda es la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la llamada ICD-9CM (International Classification of Diseases, 9a edición modificada).

En el DSM-III el alcoholismo está incluido en la categoría de los trastornos por el uso de sustancias con los números 305.0 y 303.9, el primero con el nombre del Abuso del Alcohol y el segundo, con el de Dependencia del Alcohol (Alcoholismo). Esta clasificación hace una primera distinción válida para toda sustancia capaz de generar adicción, es decir, entre el abuso y la verdadera dependencia.

Las etapas en que se divide el alcoholismo son las siguientes:

1a etapa: El individuo sólo manifiesta pocas alteraciones físicas y en sus relaciones interfamiliares, conserva precariamente su empleo sin ser productivo.

2a etapa: Los cambios son mayores, abandona más frecuentemente el trabajo y sus relaciones familiares se vuelven difíciles y se deterioran.

3a etapa: Bebe diariamente, ha perdido el empleo y su contacto social es deficiente y desorganizado.

Así, existen factores biológicos que determinan cuándo un individuo será o no será alcohólico, al igual que existen, también, factores sociales que van a ser definitivos en el desarrollo del alcoholismo en éste:

- 1). Las presiones a las que se encuentran sometidos, los mismos, para satisfacer sus necesidades básicas;
- 2). La competencia que existe entre él y otros individuos por satisfacer sus necesidades más elementales y las de su familia;
- 3). La desintegración familiar;
- 4). La excesiva publicidad de las bebidas alcohólicas<sup>13</sup>

#### 1.4.- Características Físicas y Psicológicas del Alcoholismo.

Como hemos mencionado anteriormente, el alcoholismo no es un vicio, sino una enfermedad dividida en tres aspectos :

a). Incluye la parte física del individuo, es decir, su cuerpo y los órganos más afectados por la enfermedad, como serían el estómago, el hígado, el páncreas, el corazón, entre otros y la predisposición con la que ya nace el individuo para ser o no ser un enfermo alcohólico.

b). Incluye la parte psicológica, ya que es la parte en el individuo donde se presentan una serie de conductas repetidas, si es el caso de un hijo (a) de un enfermo de

---

<sup>13</sup> Nava Robles, Ma. de los Angeles. "El Alcoholismo y sus causas sociales" en El Alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 103.

alcoholismo, ó de conductas que no fueron superadas en la etapa en que debían de haberlo sido.

e). Tener una personalidad adictiva que consiste en un patrón duradero, maladaptativo de hipersensibilidad a las emociones, que lleva a encontrar en el uso de sustancias psicoactivas una forma de anestesiarlas, porque el sujeto las percibe como muy dolorosas. El uso de la o las sustancias psicoactivas debe haber afectado una o más de sus áreas personales: la familiar, la laboral, la física o la legal/económica; de lo contrario, no se puede efectuar el diagnóstico.<sup>14</sup>

Los individuos alcohólicos, tendrán una serie de características comunes entre sí, con respecto a la enfermedad, que los llevarán a una tolerancia cada vez mayor al consumo de bebidas embriagantes, siendo que la tolerancia es el incremento progresivo de la resistencia a los efectos de una droga, de manera que el sujeto tiene que ingerir cada vez, mayores dosis para obtener los efectos esperados.

En el alcoholismo se presenta en las etapas iniciales, pero ésta situación se invierte después.

Es así como se trata de un padecimiento de carácter crónico. La cronicidad es un elemento esencial del concepto del alcoholismo y no debe confundirse con el estado de intoxicación alcohólica aguda.

Otra característica esencial es la ingestión repetida y excesiva del alcohol, a pesar de la desaprobación general y del daño que produce al individuo. La incapacidad del alcohólico para alejarse de la droga (ya que el alcohol es considerado como la única droga legal), aunque la experiencia compruebe que esto lo conduce hacia la ruina total, implica que el alcoholismo es una farmacodependencia.

... " En 1974 el Comité de Farmacodependencia de la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó un extenso reporte que incluía la siguiente definición, que ha sido ampliamente aceptada:

La farmacodependencia es un estado psíquico, y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga.

Se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo que denotan una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica, con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar que produce el abstenerse al tomarla "<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Edwards G. , Gross, Keller, M. M. et al. Alcohol Related Disabilities. WHO offset Publications No. 32, Ginebra, 1977, Pp. 26.

<sup>15</sup> Edwards G. , Gross, Pp. 26.



Según Keller, el alcoholismo es una dependencia aprendida (ó condicionada) del alcohol, que conduce inevitablemente a la ingestión cuando ocurre un estímulo crítico, sea interno ó ambiental.

Por otro lado, y finalmente, la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó un documento en el que da una definición de las características físicas del alcoholismo:

... " Quedan muy pocas dudas de la designación científica más adecuada para la condición básica del asunto en discusión (el alcoholismo), es el de dependencia del alcohol...la solución más sencilla consiste en usar la palabra alcoholismo como sinónimo de dependencia del alcohol como la hace el Comité del Consejo Nacional contra el Alcoholismo (NCA) en Estados Unidos, que definió unánimemente al alcoholismo como una dependencia patológica del alcohol "16

Así también, el alcoholismo es una enfermedad trifásica, es decir, es incurable, progresiva y mortal. De tal forma que, aunque un alcohólico mantenga la sobriedad, la enfermedad seguirá avanzando.

Keller, por su parte, señala también la necesidad de que exista un daño físico, mental o social, como condición para llamar alcohólico a un individuo. Esto se relaciona naturalmente con la cronicidad del trastorno.

Las complicaciones y otras situaciones patológicas que se asocien al consumo del alcohol, merecen también definiciones descriptivas que les asignen un lugar conveniente en la patología general.

Sin embargo, podríamos hablar de que los individuos juegan diversos roles en la sociedad, por lo que a algunos les toca jugar el papel de los enfermos alcohólicos, cabe decir que estos roles son impuestos por la misma sociedad, ya que cualesquiera que sean las explicaciones que se utilicen para definir las características de una persona y el papel que juega con la sociedad a la cual pertenece, no pueden ser estáticas: están sujetas a un proceso evolutivo y su elaboración depende de la cultura y la comunidad a la cual el sujeto pertenece.

---

16 Velasco Fernández, Rafael. "Alcoholismo, visión integral" en El Alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. México, 1983, Pp. 81-83.

Debido a la naturaleza gregaria del ser humano, cada persona desempeña diferentes papeles, sea como trabajador, como ciudadano común, como hijo o padre, etc., uno de ellos es el bebedor.

La forma en que un individuo bebe y el proceso que sigue para convertirse, ó no, en un consumidor excesivo de alcohol, no sólo es consecuencia de sus características fisiológicas, genéticas y bioquímicas en general, sino también, y de manera muy importante, de las influencias socioculturales.

De ésta forma, destacamos la utilidad de un enfoque realmente comprensivo del alcoholismo, necesario para el médico que no desea permanecer con una noción puramente biológica, incompleta o reduccionista.<sup>17</sup>

La personalidad de los alcohólicos, es compleja. Está constituida por creencias y actitudes que no pueden alterarse con tanta facilidad.

Esta parte más perdurable de la personalidad es capaz tan sólo de cambios lentos a medida que la persona asume nuevas responsabilidades o padece grandes experiencias emocionales.

La personalidad de un individuo se manifiesta a través de su conducta, la cual consiste en la totalidad de sus acciones y reacciones características. La anormalidad en la personalidad radica en un exceso ó una falta de un número de atributos, tales como la agresividad, que son comunes a todos.

Podemos estudiar la personalidad de los pacientes alcohólicos, pero no podemos establecer hasta qué punto los hallazgos son aplicables a todos los alcohólicos, ya que tan sólo una minoría es examinada por un psiquiatra o un psicólogo. No existe una personalidad alcohólica única.

---

<sup>17</sup> Velasco Fernández, Rafael. Pp. 81-83

### 1.5.- Enfoques de análisis del Alcoholismo.

**Modelo Sociocultural :** Este modelo hace hincapié en que el alcoholismo es sólo una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo independientemente de sus problemas psicológicos o de su predisposición biológica hacia la bebida. Kessel y Walton (1988) afirman que en las culturas en las que se alienta la ingestión de alcohol, prolifera el alcoholismo.

La socióloga Ma. del Pilar Velasco habla de 4 criterios de causalidad social en el alcoholismo: la familia, la organización social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y otros aspectos socioculturales.<sup>18</sup>

Los estudios que consideran a la familia como el elemento más importante en la génesis y desarrollo del alcoholismo se centran en la formación de la personalidad, en la importancia que adquieren la actitud y la conducta de los padres respecto de la bebida y en las experiencias negativas (como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, el hacinamiento y otras) que contribuyen a crear insatisfacción y desorientación e impelen al individuo a buscar satisfacción en el alcohol y en otros fármacos.

En lo que se refiere a los aspectos relacionados con la organización social, los estudios más recientes y las hipótesis más acertadas sugieren que el alcoholismo puede considerarse como un comportamiento opcional que responde a la continua frustración que genera la desorganización social.

Los rápidos cambios, la creciente industrialización, los controles sociales, la exaltación del individualismo versus la independencia funcional, la competencia, etc., constituyen factores que producen tensión, misma que el individuo puede reducir mediante la ingestión de alcohol.

---

<sup>18</sup> Velasco, Ma. del Pilar. "Aspectos Sociológicos" en El Alcoholismo en México, Molina, P. y Sánchez Medal, L. (eds). Fundación de Investigaciones Sociales, México, 1983.

Las estadísticas señalan que a mayor disponibilidad de alcohol, más problemas tiene la sociedad como consecuencia de su consumo. Aunque algunos trabajos que se han realizado recientemente respecto del impacto de la publicidad en el alcoholismo indican que este elemento, al parecer, afecta su incidencia, está totalmente comprobado que la publicidad aumenta la disponibilidad.

La mayor disponibilidad de alcohol, el decremento del costo real de las bebidas alcohólicas, el debilitamiento de las restricciones para consumirlo, la incorporación al mercado nacional de nuevas marcas comerciales, etc. , son elementos que guardan relación con la incidencia del alcoholismo.

Entre otros aspectos socioculturales que también intervienen en el desarrollo del alcoholismo, destacan el sexo, la edad, el estado civil, la raza, la religión, los ingresos y el nivel educativo.

El modelo sociocultural ha hecho contribuciones importantes al desarrollo de estrategias para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo y ha enriquecido el panorama del fenómeno del consumo del alcohol y sus problemas. Sin embargo, carece de utilidad si no se utiliza junto con los modelos biológicos y psicológicos.

**Modelo Psicológico:** Este modelo plantea que el alcoholismo no es una enfermedad, sino simplemente un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, un trastorno de la personalidad o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados, por los efectos gratificantes del alcohol.

El modelo psicológico define al alcoholismo como un problema estrictamente individual, aunque no minimiza ni excluye la influencia de los factores sociales.

La teoría psicoanalítica afirma que el alcoholismo es el resultado de perturbaciones y carencias emocionales durante la infancia que, a su vez, ocasionan una inmadurez emocional. De acuerdo con esta teoría, el alcohólico busca los efectos del etanol para aliviar sus sentimientos de angustia, culpabilidad, hostilidad, inferioridad y depresión que son el reflejo de trastornos más profundos (y usualmente no reconocidos). Se supone que el consumo del alcohol para obtener alivio se refuerza a través de la repetición y su abuso se desarrolla como una respuesta habitual al malestar interno.

Hace algún tiempo, los psicoanalistas pensaban que el alcoholismo era el resultado de intensas influencias orales durante la infancia. Observaron que el alcohol provoca alteraciones en el estado de ánimo, en los procesos del pensamiento y, finalmente, conductas regresivas. Los psicoanalistas suponen que la gratificación que se obtiene por el uso y los efectos del alcohol representa un escape de la realidad. En otros estudios se habla de las cualidades eróticas del sueño que induce el alcohol y de la disolución de inhibiciones durante la intoxicación, lo que permite representar dramáticamente los impulsos que, de otra forma, no se expresan y los cambios casi mágicos que el alcohol provoca al aumentar la estima personal, aliviar la pobreza, vencer la soledad y elevar el estado de ánimo. Incluso su capacidad para generar una sensación de calor y satisfacción, son importantes desde el punto de vista psicológico.

La psicodinámica de los patrones conductuales que comúnmente exhiben los sujetos alcohólicos es la siguiente: el alcohólico tiene una tendencia suicida crónica porque considera que el medio ambiente es rechazante, cruel y frustrante; esto se debe a que se cree que sus padres lo traicionaron.

Lo anterior le genera deseos de destruir a sus padres pero, simultáneamente, tiene un gran temor de perderlos, así como una enorme necesidad de obtener gratificación y satisfacción de ellos. Esta ambivalencia lo obliga a redirigir hacia sí mismo la ira que siente contra sus padres. Todo esto le provoca sentimientos de culpabilidad e inutilidad, una necesidad de autocastigo y, finalmente, de autodestrucción.

De acuerdo con las teorías de la personalidad, el alcoholismo es la consecuencia de un trastorno de la misma. Se considera que los alcohólicos poseen un tipo específico de personalidad caracterizada por exagerada sensibilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales.

Las teorías psicológicas del aprendizaje se fundamentan en los conceptos teóricos del reforzamiento y constituyen un intento de explicar el alcoholismo, no como una enfermedad, sino como el resultado de una historia de aprendizajes en que la conducta operante de beber alcohol se incrementa en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios psicológicos que implica.

El modelo psicológico es útil siempre y cuando se integre a otros modelos de corte biológico y sociocultural. El modelo psicológico aislado, en especial el que se maneja dentro del marco psicoanalítico, resulta reduccionista, limitado e incompleto. Esto se debe a que el modelo psicodinámico presupone que la conducta de dependencia desaparece una vez que, a través de la terapia psicoanalítica, el sujeto logre madurar o resolver sus conflictos neuróticos. A pesar de ello, la mayoría de las evaluaciones a largo plazo de estos pacientes, señalan la persistencia de la conducta de dependencia.

**Modelo Médico:** Este modelo se basa en el principio de que el abuso del alcohol es sólo el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o neurobioquímico. De acuerdo con el modelo, el abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permiten predecir la conducta del alcohólico y que tienen al igual que cualquier otra enfermedad, el alcoholismo tiene una etiología, fisiopatogenia, historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, por la que pueden desarrollarse estrategias para prevenirlo.

El Modelo Médico también se ha superado durante los últimos años debido a que las actividades sanitarias se han orientado hacia la prevención del alcoholismo, el trabajo con sujetos que beben excesivamente sin ser alcohólicos y a que se ha destacado la importancia de estudiar los factores socioculturales.

Sin embargo, lo anterior no significa que el modelo médico sea obsoleto; por el contrario, los elementos que ha aportado no sólo siguen vigentes, sino que han estimulado la investigación y el hallazgo de evidencias que han permitido desarrollar nuevos modelos para estudiar el alcoholismo.

Por otro lado, gracias al modelo médico quedó perfectamente integrado el síndrome de dependencia del alcohol, y que se fundamenta en la presencia de diez síntomas cardinales que se agrupan en tres tipos de cambios, a saber, subjetivos, conductuales y psicobiológicos. El síndrome de dependencia del alcohol permite diferenciar perfectamente las alteraciones que provoca el consumo del alcohol en individuos que aún no presentan el síndrome de dependencia.

**Modelo Epidemiológico:** El comité de expertos en problemas relacionados con el consumo del alcohol de la Organización Mundial de la Salud sugiere que los problemas relacionados con el alcohol, que afectan no sólo al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en general- pueden contemplarse a través del modelo epidemiológico.

De acuerdo con éste, el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y sociocultural).

Entre los problemas concernientes al individuo se incluye el desarrollo del alcoholismo y muchos problemas adicionales de tipo físico, mental y social, que no necesariamente se relacionan con la dependencia.

Respecto de las posibles repercusiones del alcoholismo en la familia, hay que tener presente que posiblemente existen otras causas responsables del conflicto familiar y que, de hecho, estos problemas pueden haber inducido al individuo a beber en exceso.

Finalmente, los problemas que surgen debido al uso inadecuado o excesivo de alcohol, pueden afectar a la comunidad en diversas formas (el orden público, conductas ofensivas, violencia, accidentes, disminución de la productividad, costo económico de la mano de obra y de los servicios, etc.). De acuerdo con lo anterior, la prevención de la enfermedad requiere centrar los esfuerzos en el agente, en el huésped y en el ambiente e interrumpir las líneas de comunicación entre ellos.

Es evidente que el modelo epidemiológico ha sido muy valioso en la integración de estrategias preventivas de los problemas que genera el consumo de alcohol.

**Modelo Interdisciplinario:** Este modelo, que es el ideal, propone la aplicación simultánea y racional de todos los anteriores.

Como ha podido apreciarse, las aportaciones que las diversas disciplinas científicas han hecho en forma aislada no explican adecuadamente el fenómeno del alcoholismo. Debido a que el alcoholismo es un fenómeno multicausal, su tratamiento integral tiene que ser interdisciplinario.

Los modelos médico y psicológico son fundamentales para el tratamiento y la rehabilitación de los alcohólicos, pero ello no excluye la importancia de los factores socioculturales. Los modelos sociocultural y epidemiológico son básicos para la prevención del alcoholismo, pero también pueden utilizarse los elementos psicobiológicos de los demás modelos.

Incluso el modelo moral aporta algunos conceptos útiles; por ejemplo, introducir la idea de beber con moderación y responsabilidad entre los bebedores no alcohólicos. En sociedades como la nuestra, que son tan tolerantes para el beber excesivo y en las que es tan mal vista la abstinencia, el modelo moral podría propagar actitudes de cambio que darían lugar al fenómeno inverso y deseable, es decir, condenar el exceso en el beber y considerar una virtud la abstinencia y el beber con moderación.<sup>19</sup>

Es así como a lo largo de éste capítulo hemos intentado dar a conocer en qué consiste el alcoholismo y las diferentes descripciones que se le ha dado a través del tiempo, desde la conceptualización de éste como vicio (Modelo Moral) hasta los descubrimientos científicos en la actualidad que lo conceptualizan como una enfermedad mental que no se debe a un sólo factor, ya sea éste biológico, genético, químico, psiquiátrico, psicológico o social, sino que es la suma de todos estos y, por lo tanto, merece la atención de los especialistas de cada una de las ramas mencionadas para poder reintegrar al individuo a la sociedad.

Hemos visto que el alcoholismo no se da por una causa en particular, sino por diversas causas como ya han sido descritas aquí, al inicio del capítulo.

Por otro lado, hemos visto en este apartado, cómo el individuo alcohólico va a contar con determinadas situaciones sociales y familiares que lo van a condicionar como tal, es por eso que aquí incluimos dichas descripciones que van a ser condiciones muy importantes para que el individuo desarrolle éste mal.

---

<sup>19</sup> Velasco Fernández, Rafael. Alcoholismo: Visión Integral. México, Editorial Trillas, 1988, Pp. 39-46.



Finalmente, se ha hablado aquí de los diferentes modelos que intentan dar una explicación y, más que nada, un intento de reintegrar al individuo a la vida social, por lo que tenemos la descripción de varios modelos. Lo más importante de todo esto es que el único modelo que intenta acercarse a la realidad del individuo alcohólico es el modelo interdisciplinario, además de que ofrece una opción hacia la reintegración del individuo alcohólico a la sociedad.

A continuación veremos en el capítulo 2, la parte histórica del alcoholismo en México, principalmente, y, también, en el mundo.

Sabemos que el alcoholismo es tan antiguo como el hombre mismo, es por eso que nos remontamos hasta la antigüedad (Epoca Prehispánica), hasta nuestros días (1992) para conocer, a lo largo del tiempo, cómo ha sido visto y tratado y qué tanta importancia se le ha dado para prevenirlo a lo largo de la historia de nuestro país.

## CAPITULO II.- Antecedentes Históricos del Alcoholismo en México.

Para entender cómo se ha dado el proceso de alcoholización en México, necesitamos conocer sus antecedentes históricos con el fin de establecer que el alcoholismo no es un mal de la actualidad sino que data de mucho tiempo atrás. Debido a que el objetivo de nuestro trabajo es saber si, actualmente, hay políticas preventivas en contra del alcoholismo en México, es por eso que recurriremos a la historia para conocer si a través del tiempo ha habido dichas políticas preventivas o estrategias similares y cómo se ha intentado, si es que se ha hecho, prevenir el alcoholismo en nuestro país.

Dentro de la historia del alcoholismo en el mundo encontramos que el alcohol es la droga con el historial más antiguo de todas las conocidas. Su origen se pierde en el tiempo y sólo se hacen conjeturas sobre su descubrimiento y su desarrollo. Parece ser que el hombre del neolítico lo conocía, y posiblemente también el del paleolítico, lo que hace que perdamos la noción del tiempo.

Encontramos el uso del alcohol a través de la historia en diferentes culturas, tanto del mundo oriental como occidental, y su uso ha sido como alimento o como medicamento.

Los judíos atribuyen su invención a Noé, los griegos a Dionisio (Baco) y los latinos a Saturno.

En China era conocido desde hace 2,000 años antes de Cristo.

En las pirámides se encontraron numerosos recipientes para bebidas alcohólicas.

Los aztecas bebían abundantemente en celebraciones religiosas, ya que si no llegaban a cierto grado de alcoholización sus dioses se enfadaban.

En el norte de Nigeria, todavía existen pueblos que consideran que el camino de los humanos hacia los dioses se hace con una cerveza en la mano.

Los egipcios tenían una especie de cerveza llamada zitus a la que Diódoro consideraba inferior al vino. Tácito habla de las escandalosas borracheras de los romanos. Plinio se extiende en la explicación de las borracheras de los pueblos de la Galia y de España.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> San Juan, Mario Alfonso. Alcohol y Alcoholismo, México, Editorial Mezquita, 1982, Pp. 29-31.

Aquí se bebía la "Celia" o "Ceria" y en las galias la "Cerevisia" o "Cervisia". Los bretones, por aquellos tiempos, trasegaban un licor de miel fermentada. Por Nubia y Abisinia bebían el vino de dátiles y palmas y el "Bousa" de harina de mijo.

Todos los pueblos entonces conocidos bebían y tenían sus bebidas propias y autóctonas.

Esta antigüedad envuelve al alcohol en un misterio, mito, magia y leyenda, lo que le lleva a apreciarlo y valorarlo sin reconocer o sin querer ver lo que en él existe de perjudicial.

En la época antigua, y hasta hace pocos años, el alcohol era de los poquísimos medicamentos existentes. Medicamento que se estudiaba, prescribía y dosificaba con el mismo cuidado que actualmente los antibióticos, y dadas las supuestas virtudes curativas se grabó en la Humanidad como un producto útil, farmacológico e incluso sano. Error todavía arraigado en las sociedades más primitivas.

Además era un producto alimenticio básico y fundamental en esas pobrísimas economías llegando en la Edad Media, durante las guerras de religión entre católicos y protestantes, a formarse treguas durante las vendimias, como también se hacía durante la recolección de los cereales, pues sin cereal y sin vino morían ambos bandos contendientes.

El alcohol se mantenía a unos límites que podemos denominar normales, hasta que se racionalizaron su fabricación, industrialización y difusión comercial.

Hasta éste momento, que podemos situar en 1850, se bebía fundamentalmente vino, y el que local o familiarmente se producía.

..." Durante esos siglos existieron los abusos de él, los carnavales, las fiestas de los pueblos con borracheras colectivas, etc. , pero eran de unas determinadas épocas y en cierto modo tenían una justificación, como era el de haber terminado las duras faenas de la siega y la recolección, y el haber ganado pocos acontecimientos agradables de sus vidas, como matrimonios, nacimientos, etc. " 2

---

<sup>2</sup> San Juan, Mario Alfonso. Pp. 29-31

## 2.1. - El Alcoholismo en la Epoca Prehispánica.

De acuerdo al origen y desarrollo del consumo de alcohol en el mundo podemos saber cómo se ha desarrollado éste en México, a través de la historia y según las investigaciones que se han realizado sobre el mismo.

El nombre pulque, la bebida más popular en aquel entonces en la antigua Tenochtitlán, se deriva del participio náhuatl poliuhqui, aún cuando la misma se haya aplicado sólo al pulque ya fermentado.

La afición por la bebida, en México, surge desde fines del primer milenio de nuestra era, según la tradición tolteca; la cual menciona la leyenda de que el noble llamado Papántzin descubrió la manera de obtener el aguamiel y sus derivados.

Por lo que toca a los mexica, la obtención del necutli y el octli están unidos a un enredo mitológico en el que sobresalen Máyahuel (la mujer de los 400 senos, la cual fue transformada en maguey por su fecundidad).

El descubrimiento de la obtención del pulque, significó para las tribus nahuas de gran beneficio, sobre todo en las peregrinaciones. El pulque era visto y utilizado, entonces, como un producto que mitigaba la sed, por un lado, y, por otro, como un gran alimento.

Sin embargo, el pulque, también era visto con malos ojos por los efectos que causaba en los individuos.

.... " El Dios mexica del vino era Ome Tochtli que significaba Dos Conejo, y en el calendario adivinatorio se asegura que todos los nacidos bajo éste signo serían borrachos en algunas de las diversas maneras conocidas como "Centzontochtli" que equivale a 200 conejos "<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Molina Píñero, Valentín...et al. El Alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 214.

Sin embargo, el maguey producía por sí sólo muchas cosas necesarias para la vida de los pobres. Además de servir de vallas para sus campos, el tronco se empleaba en lugar de vigas en los techos de las casas, y las hojas como tejas. De ellas sacaban papel, hilo, agujas, vestidos, calzado y cuerdas; y de su jugo hacían vino, miel, azúcar y vinagre.

El vino estaba vedado para los jóvenes, sin embargo a los viejos si se les permitía el consumo del alcohol. Este era permitido, sólo a las personas mayores de 50 años, ya que se le atribuía, al alcohol, un poder medicinal.

Se pensaba, en aquel entonces, que la sangre se iba resfriando y que el vino le era remedio para calentar y dormir, y todos los viejos bebían de 2 a 3 tazas pequeñas de vino al día y con ello no se emborrachaban.

De ésta forma es como era utilizado el vino en la época prehispánica: como medicina, como alimento y como bebida refrescante, según Fray Juan de Torquemada:

.... " A las paridas era cosa común darles, en los primeros días de su parto a beber un poco de vino, no por vicio, sino por la necesidad. La gente plebeya y trabajadora, cuando acarreaban madera del monte o cuando traían grandes piedras, entonces bebían para esforzarse y animarse " <sup>4</sup>

Sin embargo, el alcohol era visto como algo diabólico, que causaba la perdición del hombre, la degradación de su familia y de la sociedad, por lo que estaba duramente penado beber consuetudinariamente.

.... " Este es el vino que se llama octli, que es raíz y principio de todo mal y toda perdición, porque éste octli y ésta borrachería es causa de toda discordia y disensión y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infernal que trae consigo todos los males juntos " <sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Molina Piñeiro, Valentín. Pp. 215

<sup>5</sup> Molina Piñeiro, Valentín. Pp. 215

Como consecuencia, la embriaguez era entre los indígenas un grave delito, a los borrachos consuetudinarios les derribaban sus casas, porque eran indignos de contarse entre los vecinos; los privaban de los oficios públicos que tenían y quedaban inhábiles para tenerlos en adelante, además de que eran condenados a muerte, tanto el mancebo del Calmécac, como el sacerdote y la mujer moza que se embriagaban.

Los gobernantes de aquella época y de esa cultura, tomaban muy en cuenta la alcoholización de sus súbditos por lo que les prohibían el uso de ésta bebida a través de la concientización:

El Emperador inmediatamente después de su elección, hablaba a todo el pueblo. Era esa una inspirada exhortación a que nadie se emborrachara, ni hurtara, ni cometiera adulterio: exhortalos, explica, a la cultura de los dioses, al ejercicio de las armas y a la agricultura.

El soberano decía:

.... " lo que principalmente encomiendo es que os apartéis de la borrachería, que no bebáis octli, porque es como beleños que sacan al hombre de su juicio, de lo cual mucho se apartaron y temieron los viejos y las viejas, y lo tuvieron por cosa muy aborrecible y asquerosa, por cuya causa los senadores y señores pasados altorcaron a muchos, y a otros quebraron las cabezas con piedras, y otros muchos azotaron "6

Y además decía:

Este es el vino que se llama octli, que es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque éste octli y ésta borrachería es causa de toda discordia y deserción, y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos; es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infernal, que trae consigo todos los males juntos.

---

6 Román Celis, Carlos. El Alcoholismo en México: IV Historia y Legislación. Méxlco, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , 1984, Pp. 216.

De ésta forma es como el Emperador de los aztecas los incitaba a no beber, pero no a través de amenazas sino de una profunda concientización de los males que el alcohol pudiera causar al que lo bebe.

Además, el alcoholismo, en la sociedad azteca, era duramente penado entre los mexicas, como se menciona a continuación:

.... " No cabe duda que la embriaguez era entre los indígenas un grave delito, al grado de como se desprende de la pintura del Códice Mendocino, a los borrachos consuetudinarios les derribaban sus casas, porque eran indignos de contarse entre los vecinos; los privaban de los oficios que tenían y quedaban inhábiles para tenerlos en adelante, además de que eran condenados a muerte "<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 216

## 2.2.- La Colonia.

Al llevarse a cabo la conquista de Tenochtitlán, y con ella la de sus pobladores, el alcohol fue para los españoles la droga que les serviría para dominar a los indígenas. De ésta forma, la nueva sociedad novohispana sería mucho más tolerante con el alcoholismo y permitiría el acceso al alcohol sin ningún problema, al contrario de cómo sucedía en la sociedad azteca.

El fin era, entonces, el mantener el poder sobre los recién conquistados y que estos no se rebelaran. El medio más útil para esto sería el alcohol, sin embargo el abuso de éste era tan grande que se llegaron a tomar medidas por parte de la Corona, éstas regulaciones no tenían nada que ver con las leyes que imperaban en la época prehispánica, ya que las últimas no tenían a la muerte como última instancia, sino el envío a las Filipinas, de tal forma que, la Corona, al igual que los gobernantes de la Nueva España fueron muy tolerantes y permisivos en la producción y consumo del alcohol y en el incremento del alcoholismo entre los indígenas, ya que una vez que dejaron de estar en vigor las severísimas leyes con las cuales se castigaba a los indios que bebían en forma desmedida, el alcoholismo se extendió de modo general, al grado de que se hizo necesario que el Emperador Carlos I de España, expidiera el 24 de agosto de 1529 la Ley XXXVII, que aparece en la Hoja 192, Título I del Libro de la Recopilación de Indias, denominada sobre la bebida del pulque, usada por Indios de la Nueva España y que decía que los indios de la Nueva España usaban de una bebida llamada pulque, que destilan los magueyes, plantas de mucho beneficio para diferentes efectos, y aunque bebida con templeza podría tolerar, porque ya estaban acostumbrados a ella, se experimentaron notables daños, y perjuicios de la forma con que la confecciona, introduciéndole algunos ingredientes nocivos a la salud espiritual y temporal, pues con pretexto de conservarla, y que no se corrompan la mezclan con ciertas raíces, agua hirviendo y cal, que les



obliga a perder el sentido, abraza los miembros principales del cuerpo, y los enferma, entorpece y mata con grandísima facilidad, y lo que más es, estando enajenados cometen idolatrías, hacen ceremonias y sacrificios de la Gentilidad, y furiosos traban pendencias, y se quitan la vida, cometiendo muchos vicios carnales, nefandos e incestuosos, con que han obligado a los Prelados Eclesiásticos fulminen censuras: y por autos y acuerdos del Virrey y Real Audiencia, se prohíba en atención a extirpar tantos vicios, y quitar la ocasión de cometerlos, por lo que deseamos el bien espiritual, y temporal de los Indios, y aún de los Españoles que también la usan. Se ordenaba y mandaba que en el Jugo simple, y nativo del maguey, no se pudiera echar ningún género de raíz, ni otro ningún ingrediente, que le hiciera más fuerte, cálido y picante, así por inmixción, destilación o infusión, como por otra cualquiera forma, que cauce estos, o semejantes efectos aunque sea artículo de preservarla de destemplanza o corrupción. Y se ordenaba a los Virreyes y Audiencia de México, que velaran con particular cuidado sobre el cumplimiento de esta ley, y no permitieran más pulquerías, sitios, ni partes donde fuera vendido, que las del número e hicieran guardar las ordenanzas, que para éste fin hubiera hecho, por vía de buen gobierno imponiendo las penas convenientes, conque no sean pecuniarias.

El 23 de Julio de 1671, se formaron las ordenanzas, sobre el uso de ésta bebida, y contribución, que de ella resultó, con ocho capítulos, las cuales vistas por los de el consejo con la atención, y cuidado, que pide la importancia y gravedad de la materia aprobó, con calidad de que el número de las pulquerías no excediera de treinta y seis, y que de éstas las veinticuatro sean para hombres, y doce para mujeres, y la visita de todas se reparta por cuarteles, y la hagan los Alcaldes del Crimen, Corregidor, y demás Justicias, y que los Ministros inferiores sólo pudieran hacer las denunciaciones, y las Justicias substanciaren y determinaran las causas poniendo todo cuidado y desvelo.

Finalmente se encargaba y mandaba al Virrey, y Audiencia que atendieran con mucho cuidado el remedio de estos abusos, e hicieran observar precisa y puntualmente lo dispuesto por las dichas ordenanzas, castigando con toda severidad y demostración a los transgresores, de suerte, que al ejemplo sirva de escarmiento a otros y se quitara y cesara en su ejercicio el Conservador nombrado el Arrendador, Acentista de la Contribución <sup>8</sup>

Fué así como el alcohol, que era objeto de durísimas penas en la antigua Tenochtitlan, se convierte, en la conquista, en el único medio que tenían los indígenas conquistados de fugarse, además de la religión impuesta por los españoles.

La fuga, entonces, era permitida por el nuevo régimen.

La fuga era por todas las crueldades que los españoles cometían contra ellos , todos los abusos y todas las faltas a la dignidad humana.

Los españoles así, aprovechaban la ventaja que les daba el alcohol sobre los indígenas y toleran las " borracherías " de los mismos, mientras los indios permanecían idiotizados, los españoles utilizarían la oportunidad y abusarían de ellos, de su trabajo, de sus familias, de su tierra, etc.

Así, también, se incrementó la producción de bebidas alcohólicas con la siembra de uva en diferentes regiones del país.

..... " A raíz de que los indígenas habían sido derrotados, diezmados y esclavizados dejaron de ver en el pulque la bebida de los valientes y los sabios, convirtiéndolo poco a poco en el licor de los vencidos "<sup>9</sup>

Cuando habían transcurrido tres años de su dominación Hernán Cortés dispuso el 20 de mayo de 1524, que todo encomendero que tuviere repartimiento sembrara mil sarnientos por cada 100 indios y, al parecer, fueron los españoles los que injertaron las vides que habían traído de la península sobre las cepas de las variedades silvestres que había en diferentes regiones y a los cuales todavía se les conoce como cimarronas.

---

<sup>8</sup> Berruecos Villalobos, Luis. "Aspectos Culturales del Consumo de Alcohol en México" en El Alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 218.

<sup>9</sup> Berruecos Villalobos, Luis. Pp. 218

En 1531, Carlos V ordenó que todos los navíos con destino a las Indias llevaran plantas de viñas y olivos, y entre 1536 y 1541 ya había un viñedo de 4 leguas de Puebla, en el Valle de Cristo, en tanto que el Padre Ponce, en su "Relación Breve" anotaba que en Tehuacán "dánse muchas buenas uvas", además de que hay noticias de otras plantaciones en tierras de Michoacán.

Por ésa misma fecha, el Consejo de Indias aprobó en Madrid la petición del sevillano Alonso de Herrera para que fabricara en exclusividad, por un término de 20 años cerveza o aceite de nabina, no sólo en la Nueva España, sino en todas las posesiones de la Corona <sup>10</sup>

Vemos como, por un lado, era ampliamente promovido el alcoholismo, sin embargo, por otro se dictaron leyes creadas en España, para castigar a los alcohólicos, y encontramos que, a diferencia de los castigos impuestos por los aztecas, antes de la conquista, los castigos hechos a los indígenas por los españoles resultaban muy ligeros:

.... "era notorio que los indios y la gente plebeya de ambos sexos se han dedicado al vicio de la embriaguez con tan audaz libertad que creen que no es delito o se persuaden a que pueden cometerlo inmunes del castigo, puesto que ya se exponen en las plazas y calles públicas a sólo ser irrisión de sus moradores, principalmente los días de precepto y en las fiestas de los barrios y con más abundancia en los parajes inmediatos a las tabernas y pulquerías" <sup>11</sup>

El bando ordenaba que todo ebrio o español plebeyo, fuera aprehendido y puesto en la cárcel y vuelto de la embriaguez les sean dados 50 azotes en el Palo de la Plaza y se le corte el cabello.

---

<sup>10</sup> Berruecos Villalobos, Luis. Pp. 219

<sup>11</sup> Román Celis, Carlos. El Alcoholismo en México: IV Historia y Legislación. México, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , 1984, Pp. 221.

A los reincidentes se les imponía la pena de 100 azotes y 1 mes de cárcel, y a los que eran detenidos por tercera vez, aparte de los castigos anteriores, se les confinaba, y a los españoles plebeyos a presidio por el mismo tiempo, "aperebiéndoseles que de continuar en la ociosidad" o que desertaren, se les aplicaría el destierro y remisión a Filipinas o a otras partes.

Cabe mencionar, con qué tanta frecuencia eran llevados a cabo los castigos mencionados, y si era conveniente, para los españoles, el llevar al pie de la letra éstos castigos.

Lo menciono porque, es a raíz de la llegada de los españoles a América, cuando surge el alcoholismo como enfermedad, es decir, la necesidad de beber por parte de los indios y la gran tolerancia que los españoles mostraron hacia ellos es lo que crea un incremento en el alcoholismo en la Nueva España.

La corona española impuso castigos, pero éstos no se comparaban a los que en la sociedad Azteca habían regido por mucho tiempo. Vemos que los cambios bruscos en la vida del hombre donde se da la explotación del hombre por el hombre mismo, crea la ansiedad y, para desahogarse, el hombre ha recurrido a diversas formas de fuga, entre las cuales está el alcohol.

Vemos también el paso de una sociedad con reglas muy estrictas, como la azteca, y el cambio a una sociedad, que en ciertos aspectos era muy relajada, como lo era la sociedad novohispana.

De la misma forma, vemos como hay un mestizaje del alcohol en la Nueva España, es decir, no se bebe por completo el pulque, ni tampoco el vino que traían los españoles de la metrópoli. Incluso se llega a traer la uva de España para que sea sembrada en la Nueva España y consumida por los habitantes de ésta.

Por otro lado, existió una gran tolerancia hacia el alcoholismo el cual se vio favorecido por los españoles como medida, para que los indígenas permanecieran idiotizados y no se sublevaran en contra de los conquistadores.

.... " El arte del cultivo de la vid y la crianza de vinos y licores derivados de la uva, no fueron conocidos, en lo que a México toca, por los pueblos prehispánicos, aún cuando existían en diferentes regiones varias especies de uvas silvestres a la que generalmente se les conoce como cimarronas.

Explica en la Enciclopedia de México que como los licores formaban parte de la dieta de los pueblos mediterráneos, en las expediciones que vinieron al descubrimiento y a la conquista de América ocuparon un lugar importante entre las provisiones necesarias que traían los tripulantes de los navíos, la gente de armas y los colonizadores"<sup>12</sup>

Cuando la antigua ciudad de Tenochtitlán fue conquistada por los españoles, éstos, de inmediato, impusieron sus leyes. Por lo que decidieron mantener idiotizados a los indígenas por medio del alcohol.

Fue así como Hernán Cortés, dispuso el 20 de marzo de 1524 que todo encomendero que tuviere repartimiento sembrara mil sarmientos por cada cien indios y, al parecer, fueron los españoles los que injertaron las vides de la Península sobre cepas silvestres.

Al correr de los años, el cultivo de los viñedos fue en aumento en diferentes regiones del virreinato. El conquistador Francisco de Urdiñola, introdujo en la zona de lo que es hoy Durango, el cultivo de la vid en 1593.

Por otro lado, en 1604, el obispo de Guadalajara, Alonso de la Mota y Escobar, escribió que:

.... " Está este pueblo de las Parras fundado en un Valle de los más fértiles de tierras y pastos, y más ameno y fresco de manantiales, fuentes y ríos que hay en toda la Vizeaya.... Púsosele el nombre de las Parras por las muchas silvestres que de suyo produce en todo él, mayormente en las riveras de los ríos"<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 221

<sup>13</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 222

Es éste Valle muy acomodado para viñas porque allende de las muchas cepas puestas a mano que en él se dan de uvas de Castilla, cargan de mucho fruto y racimo, y vienen a madurar con tanta sazón, y con tanto dulce y mosto, que se hace vino, tan bueno que se echa muy bien de ver que se hiciese con la curiosidad y cuidado debido sería el vino tan bueno como el de España. Y cuando en éste nuevo mundo fuese necesario plantar viñas para tener vino en cantidad, este Valle sería el más a propósito de cuantos hoy acá se sabe, y juntamente se dan en él todas las frutas de Castilla, grandes y hermosas "<sup>14</sup>

Debido a éste incremento de los cultivos y a la buena calidad de los vinos, pronto los mercaderes que recibían el vino de la Península y los comerciantes que de allá lo enviaban, presionaron a la Corona para que se instruyera al virrey Luis de Velasco, lijo, Marqués de Salinas, en el sentido de no consentir que se labrasen paños, ni se pusiesen viñas, para que no se enflaqueciese el trato y el comercio.

Hay datos de que por Veracruz entraba un promedio anual de 40,000 pipas de vino.

Es así como el pulque, cerveza o vinos (bebidas alcohólicas) además de ayudar a idiotizar a los indígenas, era un gran negocio, para los españoles, ya que no había ninguna necesidad de traer los vinos desde Europa, sino que ya podían ser creados aquí en México.

Finalmente, el alcoholismo llegó a ser tan permitido en la sociedad novohispana que se delimitaron las áreas de su venta, donde no habría restricción de ningún tipo, excepto en horarios: .... " El artículo 1º establecía el término de dos meses para que quedaran reducidas todas las vinaterías al centro de la capital bajo la demarcación que sigue:

---

<sup>14</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 223

Desde la esquina del Colegio de las Vizcaínas, caminando al oriente, hasta la primera esquina de la segunda calle de Mesones; desde ésta hasta el convento de Regina; de allí hasta la esquina de la calle de Quemada; desde ésta hasta el Colegio de las Indias, siguiendo hasta la del Colegio de Indias, siguiendo hasta la espalda de la parroquia de San Sebastián; desde allí hasta la puerta del costado de la iglesia de Santo Domingo; desde allí hasta la esquina del de la Concepción; y de ella hasta cerrar el cuadro en la del Colegio de las Vizcaínas, donde ha comenzado.

Se permite, además, que haya vinaterías en las calles que están desde la puerta del costado de Santo Domingo vía recta hasta el puente de Tezontle : desde la esquina de la calle de San Camilo hasta la garita de San Antonio Abad; y desde el puente de la Mariscala hasta el paraje que llaman Buenavista <sup>15</sup>

Vemos entonces, por un lado, como al iniciar la época colonial se incrementa el índice de alcoholismo en México, esto es debido a la gran tolerancia que gozaban, ahora, los indígenas por parte de los españoles (castigos ridículos que imponía la Corona Española, a diferencia de la sociedad azteca) y, por otro, el inicio de la producción de diversos vinos, en donde los españoles traían los sarmientos y la uva era sembrada en diferentes regiones del país, especialmente en el norte de éste.

Fue así como el incremento de la producción de vinos y bebidas alcohólicas, así como la tolerancia y permisividad que vivían ahora los habitantes de la Nueva España, esto aunado a la gran explotación que vivían los indígenas, crearían un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas y, por lo tanto, del alcoholismo.

Toda ésta situación de idiotización a través del alcohol, abuso además de intereses por parte de los criollos es la que lleva a la lucha por independizarse de la Metrópoli, su capítulo que veremos a continuación.

---

<sup>15</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 224

### 2.3.- La Independencia.

Después de tres siglos de colonización española, el alcohol ya era parte de nuestra cultura. Servía para celebrar, para olvidar, o solamente para sentirse bien ante las diferentes presiones que hubiera podido vivir un individuo durante la época colonial, especialmente los indígenas, los cuales se vieron en una situación de esclavitud y de desprotección por parte de los españoles.

Es decir, para la época de la Independencia, promovida por los criollos el alcohol ya era parte de nuestra cultura y, como tal, pocos serían los intentos para erradicarlo de nuestra sociedad. Además, la Independencia era un factor de suma importancia, por lo que el alcoholismo en aquellos años jugaría un papel de mucho menor importancia.

.... " Tres meses antes de que Hidalgo iniciara la lucha por la Independencia Nacional, el 5 de junio de 1810, la Real Audiencia de la Nueva España expidió el último de sus bandos de gobierno que se conoce acerca de ebrios, vinaterías, cervecerías, pulquerías, fondas, bodegones, etc. en el que se señala que una larga y dolorosa experiencia ha hecho ver el poco efecto que han producido cuantas providencias se han adoptado por los excelentísimos señores virreyes para extinguir el abominable vicio de la embriaguez, raíz fecundísima de muchos crímenes; y ésta misma experiencia ha obligado a conocer la necesidad de formar un reglamento, que al mismo tiempo que ordena el expendio de licores en las tabernas y otras casas de trato en que se ministran, pongan freno a los que sin ningún miramiento a aquellas justas providencias, a sus familias, oficios y ocupaciones, se entregan a la embriaguez hasta el término de expirar en éste estado miserable como frecuentemente se está viendo "16

---

16 Román Cells, Carlos. Pp. 224.



El bando de referencia establecía severas sanciones para todos los infractores, sin excepción alguna, en favor de quienes pertenecían a los fueros militares o de otras jerarquías.

Ya en el México que empezaba a ser independiente, encontramos que el Congreso de 1822, antes de ser disuelto por Iturbide, emitió el 9 de agosto de ese año un decreto sobre los derechos e impuestos aplicados al pulque, vino y aguardiente, pedido con el fin de subvenir en lo posible a las graves carencias del erario.

El decreto consistía en los derechos e impuestos aplicados al vino, pulque y aguardiente y decía a la letra:

1.- Que el pulque fino a su entrada en ésta capital, pague nueve y un tercio granos arroba, y los tlachiques u otomíes cinco y un tercio sólo para la hacienda pública, quedando la recaudación de estos derechos, así como los impuestos a los pulques que se expendan fuera de ésta capital, en los mismos términos que estableció la extinguida junta gubernativa del Imperio.

2.- Que todo aguardiente de importación marítima a su entrada al imperio pague un cuarenta por ciento de derecho sobre sus aforos, y lo mismo en las aduanas interiores a donde fuere guiado.

El mismo derecho se establece para la cerveza, cidra y demás bebidas de fermento ultramarinas.

3.- Los vinos de importación marítima pagarán un treinta y cinco por ciento en los mismos términos que explica el artículo anterior.

4.- Los aguardientes y vino de uva fabricado en las provincias de América que hayan proclamado su independencia del gobierno español, pagarán los primeros un treinta por ciento y veinticinco los segundos.

5.- El aguardiente de caña llamado chinguirito, fabricado en el imperio, pagará un veinte por ciento sobre sus aforos.

6.- El vino mescal y todo otro licor sacado del pulque, fruta o cualesquiera otra planta del imperio, sufrirá el cuatro por ciento sobre la alcabala común que ahora los satisface.

7.- Los vinos y aguardientes de uva y coco fabricados en el imperio, quedan libres en lo absoluto de todo derecho " 17

Por su parte, Vicente Guerrero, durante su gobierno, expidió un decreto en el cual mencionaba lo siguiente: ..... " Desde las oraciones de la noche se dejará de vender en las pulquerías, y serán arrestados como sospechosos los que se encuentren en ellas después de ésta hora... y desde las doce de la noche en adelante no se consentirá en la ciudad reunión que pase de ocho personas, y las que la formaren en mayor número serán arrestadas mientras se averigua si son o no sospechosos " 18

El primer presidente de México, don Guadalupe Victoria, expidió el 7 de febrero de 1825 un Bando de Policía y Buen Gobierno, cuyos conceptos en contra del alcoholismo y otros problemas sociales continúan teniendo plena vigencia en nuestros días, como por ejemplo, el que señalaba que "Ninguna forma de gobierno dará la felicidad de los pueblos, ni las leyes ni providencias más sabias facilitarán a los ciudadanos la seguridad individual de sus personas, afianzará sus propiedades y proporcionará su salubridad, comodidad y tantos bienes trae consigo una buena política, si en los funcionarios públicos a quienes toca y está encargado éste ramo, no hay toda firmeza necesaria para hacer ejecutar las mismas leyes y providencias y en los demás habitantes docilidad, exactitud y sumisión para obedecerlas y cumplirlas.

---

17 Román Celis, Carlos. Pp. 225

18 Román Celis, Carlos. Pp. 226

El Dr. Valentín Gómez Farfás (1833) suprimió las providencias dictadas en diversos ordenamientos anteriores, porque no habían producido el efecto de contener los excesos de la embriaguez y estableció otras, principalmente en beneficio del erario, ya que no era posible "proscribir de entre nosotros el abuso de los licores, principio de tantas desgracias y aún de la degradación de nuestro pueblo".

En la época de la Invasión Francesa promovida por los conservadores que impusieron a Maximiliano como emperador de México y, por último, hasta el rescate de la soberanía nacional por el Presidente Juárez, solamente encontramos la expedición de decretos, reglamentos, bandos, avisos y otras normas de carácter administrativo destinadas a fijar, por ejemplo, las condiciones de cantinas y pulquerías, impuestos, licencias, venta de licores, horarios autorizados o restricciones durante el carnaval, la semana mayor y las fiestas cívicas o religiosas, pero no se implantaron disposiciones especiales para combatir el alcoholismo.

De ésta forma, vemos cómo la producción de aguardiente se vio incrementada a través de los años, podríamos decir, por el incremento de la incertidumbre política, económica y social que vivía el país, es así como el consumo también se vio incrementado.

**PRODUCCION TOTAL DE AGUARDIENTE**  
( Millones de Litros) 1899-1911.

Zonas	1899-1899	1905-1905	1910-1911
República Mexicana	39,279	39,736	37,127
Norte	5,928	6,729	589
Golfo de México	7,886	8,107	10,121
Pacífico Norte	1,350	1,473	2,211
Pacífico Sur	2,045	2,710	3,073
Centro	22,070	22,718	15,827

Como podemos ver a través del cuadro <sup>19</sup> anterior, el incremento en la producción de bebidas alcohólicas y del consumo de las mismas se da por regiones, siendo el centro del país en donde más producción-consumo existió en los últimos años del siglo pasado y primeros del presente, debido a que en éstas regiones se explotaban las haciendas pulqueras, además el pulque era y es considerado todavía, como un alimento de alto valor nutritivo por lo que su producción aumentó de manera considerable, a diferencia de las demás regiones del país.

<sup>19</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 81

#### 2.4.- El Porfiriato.

En la dictadura de Porfirio Díaz, se favoreció a las antiguas y nuevas haciendas pulqueras, las extensiones de sembrados de vides en los valles de Coahuila y Baja California de fábricas de tequila como la de "La Providencia" que fue la primera que exportó esta bebida a los Estados Unidos, y el inicio de la era moderna de la industria cervecera que estableció embotelladoras en Toluca, Monterrey, Orizaba, Sonora, Chihuahua y Mérida.

En 1882, don Porfirio ordenó que para el mejor desarrollo de la industria vinícola, la Secretaría de Fomento, Colonización, Industria y Comercio distribuyera sarmientos de vides de Burdeos a diversos agricultores del país.

Unos días antes de que el General Porfirio Díaz entregara el poder al General Manuel González, en un paréntesis de la dictadura, el gobernador del Distrito Federal, Carlos Rivas, volvió a expedir el 27 de noviembre de 1884 un Reglamento de Pulquerías, el cual tuvo, según la brevísima exposición de motivos, la aprobación del C. Presidente de la República, por haber demostrado la experiencia de los ordenamientos anteriores adolecían de algunos inconvenientes.

Se fijó la prohibición de establecer nuevos expendios o casillas dentro del siguiente cuadro: De la esquina del Puente del Zacate, caminando hacia el Oriente por la Cerca de San Lorenzo, Espalda de la Misericordia, Puerta Falsa de Santo Domingo, calle de Cocheras, Chiconautla, Puente del Cuervo: De éste punto hacia el Sur por las calles de las Inditas, Plazuela de Loreto, 3a., 2a., y 1a. de Vanegas, Jesús María, Puente del Fierro y Calle de los Ciegos. De ahí hacia el Poniente por las calles de las Gallas, Puesto Nuevo, San José de Gracia, Puente de las Dimas, 1a y 2a de Mesones, Portal de Tejada y Vizcainas. De éste punto hacia el Norte por las calles 3a, 2a y 1a de San Juan de Letrán, Santa Isabel, Puente de Mariscala y Rejas de la Concepción, hasta el Puente de Zacate de donde partió la primera línea<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 228

## 2.5. -De la Revolución a 1940.

En el curso del movimiento revolucionario, que inició Madero, se implantaron medidas de emergencia totalmente contrarias a las que establecieron los reglamentos del porfiriato, como ocurrió el 18 de marzo de 1915, cuando siendo gobernador del D. F. el Gral. Gildardo Magaña, dictó la única " ley seca ", que hasta ahora conocemos en virtud de las facultades de que se hallaba investido y por considerar que era una necesidad urgente el restablecimiento del orden público, " que se altera principalmente con el consumo de bebidas embriagantes y con los juegos de azar.

Sin embargo, como vemos a través del cuadro 21, en esos años hubo un incremento en la producción-consumo de bebidas embriagantes durante esta época, debido tal vez a la inestabilidad que se vivía en el país tanto en el orden económico, político y/o social. Tal inestabilidad crearía en los habitantes angustia, estrés, miedo, etc. por lo que el individuo buscaría la necesidad de fugarse de tales sentimientos a través del consumo de bebidas embriagantes.

Otro factor que favoreció y ha favorecido el consumo-producción de alcohol, ha sido a lo largo de la historia, el establecer relaciones sociales a través del consumo de bebidas embriagantes. Tal como lo vimos al inicio del trabajo, "la fiesta" será el lugar donde los individuos se relacionen entre ellos mismos y puedan encontrar una fuga a los terribles sentimientos de ansiedad, miedo, angustia, etc.

**PRODUCCION Y CONSUMO DE CERVEZA**  
**(Miles de Litros) 1925-1940.**

Años	Producción	Ventas en el país	Consumo por hab. (lts)
1925	54,000	53,650	3.5
1926	68,000	70,436	4.5
1927	72,000	71,153	4.5
1928	68,000	69,809	4.5
1929	72,000	70,742	4.3
1930	72,000	71,644	4.3
1931	55,000	54,772	4.3
1932	42,000	41,848	2.4
1933	53,000	51,962	3.0
1934	67,000	67,322	3.8
1935	83,000	81,517	4.5
1936	99,000	98,975	5.4
1937	121,000	122,395	6.6
1938	130,000	136,278	7.2
1939	163,000	159,407	8.3
1940	179,561	176,087	9.0

A través del cuadro anterior <sup>21</sup> notamos que a medida que pasan los años, el incremento de la producción-consumo de la cerveza se ha ido incrementando desde los años 20 hasta los años 40.

Esto es muy significativo, ya que a la medida que se den los cambios económicos, políticos y sociales dentro del país, el incremento de la angustia en el individuo provocará buscar una fuga y ésta será a través de las bebidas alcohólicas, tales como la cerveza que es de fácil acceso a la mayoría de la población.

Por lo que respecta a las políticas preventivas en 1932, el Presidente Pascual Ortiz Rubio, con intervención del Consejo de Salubridad General, extendió una campaña antialcohólica orientada a influir grandemente en el porvenir de la patria, a través de la Srta. de Gobernación y de Industria, a la que se sumó la de Guerra ordenando que se sustentaran conferencias y se sumaran otras medidas, en la inteligencia de que todos aquellos elementos pertenecientes al Ejército que persistieran " con orientación en sus prácticas viciosas " serían dados de baja, previos los trámites legales.

Al correr de los años y, con estos, la creación de nuevos intereses económicos, principalmente, van a llevar a México a una "Revolución Industrial", es decir, se crearán nuevas condiciones que harán que la población del campo emigre hacia la ciudad, que se creen nuevas fuentes de empleo en las recientes industrias, que se originen las ciudades industriales y, con todo esto, la explotación de esa mano de obra que llegará del campo.

Esto causará un mayor incremento en el consumo de alcohol.

Esta será tarea del siguiente subcapítulo: analizar desde la época de sustitución de importaciones hasta nuestros días y los efectos que la incipiente industrialización tendrá en la población rural mexicana, así como también la creación de políticas preventivas en contra del alcoholismo.

---

<sup>21</sup> Román Celis, Carlos. Pp. 94



### Capítulo III.- El Proceso de Industrialización y el Alcoholismo de 1940 a 1990.

La nueva sociedad que se inaugura en los años 40 va a establecer grandes cambios dentro de la población en México, tales como la emigración de sus lugares de origen a las grandes urbes, en donde se concentraba el empleo para ellos; así también, vamos a ver a lo largo de este subcapítulo, las grandes crisis que ha vivido nuestro país, a partir de esos años, y que esto ha llevado a que una gran parte de la población busque una fuga y ésta será hacia el alcohol. Es de ésta forma, como las crisis han permitido que crezca el nivel del alcoholismo en nuestro país, además de una inexistencia de políticas preventivas hacia la enfermedad, por parte del Estado y de una gran ignorancia a nivel de la mayoría de la población. Es, entonces, objetivo de este capítulo demostrar el que durante la historia de México no han existido políticas preventivas en contra del alcoholismo, y, mucho menos, una concientización y difusión a nivel de la población que está expuesta a adquirir la enfermedad. Así también, veremos cómo el Estado ha promovido la inversión y la instalación de capital y de industria extranjera en México, dándole una gran prioridad a ello y dejando de lado a la gran mayoría de la población mexicana llegando a ser la clase explotada que vende su fuerza de trabajo a la clase empresarial, tanto mexicana como extranjera, la que va a sufrir en su mayoría el alcoholismo.

Debido a la situación que vive constantemente, es decir, una angustia causada por la falta de oportunidades: bajos salarios, falta de empleo, vivienda, educación, etc., por lo que para fugarse de esta realidad recurre al alcohol como el medio más inmediato para dejar de sentirse angustiado y ansioso.

Sin embargo, no queda exenta de éste mal la clase dueña de los medios de producción.

Podremos ver, entonces, que mientras más profunda sea una crisis económica, política y/o social mayor será el grado de angustia de la población y, también, mayor será la necesidad de desahogar esta angustia. Esto lo logrará a través de la fuga en el alcohol, siendo posible el llegar al alcoholismo, si es que el individuo muestra alguna de las características que ya vimos en el capítulo I.

Por lo que respecta a los años 40 y la industrialización en México, lo que va cambiando no es la producción de bebidas alcohólicas sino cómo se producen. Esto es la estructura de la producción bajo un tipo de relaciones sociales determinadas históricamente.

Los cambios en los productos con contenido etílico en México responden al proceso de conglomeración e interiorización de las empresas extranjeras en la rama. Si bien, la producción que dominaba durante el transcurso de los primeros 50 años del presente siglo era la de pulque, de cerveza y en menor medida de aguardientes y la elaboración en gran escala de la segunda se remonta a finales del siglo XIX, la masificación de la producción y, por tanto, del consumo se observa cuando el proceso de sustitución de importaciones consolida la producción de bienes de consumo en los años 60.

Posteriormente se irán desplazando y destruyendo relaciones de producción no capitalista (producción artesanal y/o familiar), se irán subordinando las pequeñas y medianas industrias a las grandes empresas y se registrará un proceso que dará lugar al predominio propiamente monopolista en la industria de bebidas alcohólicas, lo que a su vez cambia la estructura de la rama, y los vinos y licores desplazan al pulque y se consolida la cerveza en los años 70.

En el cuadro 1 notamos un porcentaje importante en lo que se refiere a la estructura porcentual de la producción de bebidas alcohólicas y cerveza, en relación a la rama de productos alimenticios, refrescos y tabaco. En esos años, también, encontramos que las ramas más dinámicas de la división denominada "Productos alimenticios, bebidas y tabacos", son las bebidas alcohólicas y cerveza. En conjunto, su PIB pasa del 87,9% al 90,4% entre 1970 y 1980 al interior de la división desarrollándose, con mucho mayor celeridad, que carnes y lácteo, preparación de frutas y legumbre, molienda de trigo, molienda de nixtamal y molienda de café, azúcar, aceites y grasas comestibles y tabaco. (Véase Cuadro 2)

**Cuadro 1: Estructura Porcentual Bebidas Alcohólicas y Cerveza 1970-1978, en relación con Productos Alimenticios, Refrescos y Tabaco.**

Conceptos	1970	1972	1974	1976	1978
Productos Alimenticios	27.9%	26.34%	25.16%	25.23%	23.34%
Bebidas Alcohólicas	5.6%	5.5%	5.0%	6.5%	6.73%
Cerveza y Malta	8.44%	8.22%	10.03%	9.08%	10.23%
Refrescos y Aguas Gas	6.77%	5.9%	5.6%	5.3%	7.0%
Tabaco	6.5%	6.3%	5.3%	5.1%	5.4%

Fuente: S. P. P. Sistema de Cuentas Nacionales, México, 1981 y 1982.

**Cuadro 2. PIB, Bebidas Alcohólicas y Cerveza 1970-1980.**  
**Estructura Porcentual de la rama de Bebidas Alcohólicas.**

Años	1970 (%)	1976 (%)	1978 (%)	1980 (%)
Aguardientes, a base de agaves excepto pulque.	5.8	8.3	7.1	6.2
Vinos y Licor	30.2	31.0	30.3	32.4
Pulque y otras bebidas ferm.	6.2	4.6	4.0	3.4
Cerveza	57.7	56.1	58.6	58.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) y Banco de México: Sistema de Cuentas Nacionales, México 1981 y 1982.

En este cuadro se muestra la estructura porcentual de cada una de las ramas que abarca la industria alcoholera, la cual nos permite ver que las industrias de vinos y licores y cerveza abarcan el mayor porcentaje de ésta. Así tenemos que entre estas dos ramas en 1970 abarcaron el 87.9%; en 1976 el 87.1%; en 1978 el 88.9% y en 1980 el 90.4% de toda la industria productora de bebidas alcohólicas.

Por otro lado, la forma de organización de las cervecerías era de la siguiente forma:

La integración horizontal y vertical de las empresas que operan en el ramo de la cerveza es total.

La integración, como se sabe, no es un hecho nuevo. E incluso empezó a desarrollarse desde los inicios del presente siglo, y el caso de Cervecería Cuauhtémoc puede recordarse como un ejemplo clásico.

**Cuadro 3. Grado de Integración en la Industria Cervecera.**

Empresa	Malta	Vidrio	Lata	Cartón	Coronas	Etiquetas
Cuauhtémoc	X	X	X	X	X	X
Moctezuma	X	X	X	X	X	X
Modelo	X	X		X		X

Fuente: S. P. P. Escenarios Económicos.

Este grupo, el de Monterrey, lo crearon en 1890 dos de los fundadores de la fábrica de cerveza "Cervecería Cuauhtémoc" en la ciudad de Monterrey, Nuevo León: Isaac Garza y Francisco G. Sada.

El éxito económico y rápida expansión de la cervecería los llevó a fundar otras empresa. En 1903 se estableció una planta de corcholatas metálicas (Fábricas Monterrey, S. A.). En 1909 se creó una fábrica de vidrio (Vidriera Monterrey, S. A.) con la idea de proveer a la cervecería de envases para su producto. En 1926 se estableció una fábrica de cartón (Empaques de Cartón Titán, S. A.), con el objeto de proveer de empaques a la misma cervecería. En 1936 el grupo comenzó a producir sus propias materias primas y a procesar los desperdicios y alimentos para ganado bovino y avícola (Malta, S. A.). En 1942 el grupo se vio impedido de obtener de los Estados Unidos suficientes láminas de acer, por lo que fundó su propia planta (HYLSA, Hojalata y Lámina, S. A.). En 1943 establecieron un Instituto Tecnológico con el propósito de satisfacer sus necesidades de personal (Instituto Tecnológico de Monterrey), y en 1945 entraron al negocio de la industria química a fin de surtir los requerimientos de su fábrica CYDSA (Celulosa y Derivados, S. A.). También desarrollaron otras industrias menores pero girando a base de las anteriores.

Se deduce fácilmente que la empresa madre de estos consorcios y conglomerados fue la Cervecería Cuauhtémoc, e incluso el slogan que se lee en las páginas donde aparece su información financiera del Anuario Financiero de la Asociación Nacional Bancaria, es muy elocuente: "Pionera de la industria regiomontana". El que una empresa de bienes de capital de la magnitud de HYLSA surja de una cervecería y no a la inversa, da cuenta del atraso estructural del país.

De esta forma, es como la industria de bebidas alcohólicas refleja nítidamente la deformación y subdesarrollo del aparato productivo del país; contribuye a profundizar la dependencia, principalmente financiera, ya que además de que todas las empresas, propiamente monopolistas, tienen un alto grado de integración con el capital trasnacional son responsables del desequilibrio de la balanza de pagos del país.

En los últimos años se registra una aceleración en el crecimiento de la rama y, principalmente, de los consorcios más grandes. Sin embargo, éste no trajo consigo una mayor independencia con respecto al capital trasnacional, sino una acentuación de la dependencia. Esta no sólo se manifestó en la mexicanización y trasnacionalización de la mayor parte de los consorcios, sino también en el ámbito financiero.

La crisis afecta severamente a toda la rama, pero los que se organizan en forma de consorcio y conglomerado son los que están en mejores condiciones de superarla y a la postre se expresará, en mayores niveles de concentración y dominio del mercado.

Ante la inflexibilidad de la demanda de las bebidas alcohólicas, la propia crisis crea las condiciones para el aumento del consumo y, en ocasiones, algunos productores tienen una fuerte expansión. Pero el hecho trasciende lo económico, además de convertirse en una base poderosa de la acumulación y fuente de ganancias. La angustia producida por la crisis orilla a los trabajadores a consumir mayores cantidades de bebidas alcohólicas, buscando una "puerta de escape" a la intensificación y acortamiento de la jornada de trabajo, la reducción de su poder adquisitivo, la inestabilidad en el empleo y en general ante la baja de calidad de vida, mediatizando sus luchas e incluso embruteciéndose al no agudizar la vista para descubrir la verdadera causa de la crisis: el capital monopolista, privado y estatal, nacional y extranjero.

Lo que afecta, en múltiples sentidos, a la sociedad, el alcoholismo es motivo de satisfacción y ganancias para unos cuantos, veámoslo en las propias palabras de un industrial de la rama, recogidas hace unos días por un conocido columnista de Excélsior:

Juan Grau, hombre fuerte de Bacardí, está feliz. El mercado de rones se ha destapado como consecuencia del encarecimiento natural de las bebidas importadas. Llega a tal grado la demanda de sus productos que, en medio de la crisis, él ya tiene trabajando tres turnos en sus plantas.

Entre 1940 y 1950 el Estado promovió no sólo las inversiones nacionales y extranjeras en la industria sino que elaboró una amplia gama de políticas económicas exitosas que desarrollaron la economía en general y que impulsaron decididamente la industrialización sustitutiva; los que directamente beneficiaron y fortalecieron a los empresarios nacionales y extranjeros. Todo ello a pesar de las protestas de ellos mismos por la intervención creciente del gobierno en la promoción de una alta variedad de industrias.

De tal forma, que el Estado sólo favoreció a una clase, la clase que en aquel momento estaba surgiendo (la clase empresarial) y desprotegió a las clases marginadas.

De ésta manera, los niveles de vida de la clase marginada son muy bajos y el nivel de protección a la salud y de prevención es mínimo o casi nulo, podríamos decir. Entre 1940 y 1950 el Estado promovió no sólo las inversiones nacionales y extranjeras en la industria sino que elaboró una amplia gama de políticas económicas exitosas que desarrollaron la economía en general y que impulsaron decididamente la industrialización sustitutiva; los que directamente beneficiaron y fortalecieron a los empresarios nacionales y extranjeros. Todo ello a pesar de las protestas de ellos

mismos por la intervención creciente del gobierno en la promoción de una alta variedad de industrias.

Es así como, el Estado no cuida la salud de sus trabajadores, sino que más bien crea, en el caso del alcoholismo, políticas preventivas que hablan de la producción de alcohol, de los horarios de las cantinas, etc., pero nunca van a hablar de la protección de la clase marginada.

Por otro lado, en aquel entonces, se desconoce al alcoholismo como una enfermedad, ya que ésta fue considerada como tal a partir de 1957, y es considerado como un vicio o una preferencia del individuo, por lo que la creación de una prevención como educación antialcohólica es nula.

En cuanto a la creación de políticas preventivas contra el alcoholismo, las encontramos desde 1940, en donde el Presidente Lázaro Cárdenas, con el refrendo del Jefe del Departamento del Distrito Federal, Lic. Raúl Castellano, importantes reformas, que ahora han sido olvidadas, al Reglamento de Expendios de Bebidas embriagantes del Distrito Federal, las cuales entraron en vigor el 16 de mayo de 1940. Su texto ordenaba:

Artículo 3º -Queda prohibido establecer cantinas y vinaterías a una distancia radial menor de 200 metros unas de otras, de pulquerías, expendios de cerveza o cualquier otro establecimiento en que se vendan bebidas embriagante, así como escuelas, templos, hospitales, cuarteles, hospicios, casas de asilo, centros deportivos, centros obreros, fábricas con más de 20 trabajadores, teatros, cines, salones de espectáculos, cabarets y salones de baile. Tampoco se permitirá el establecimiento de cantinas y vinaterías en las Avenidas de Francisco I. Madero, Juárez, Cinco de Mayo y 16 de Septiembre, ni en el primer cuadro de la ciudad.

Para los efectos de este Reglamento se entiende por vinatería todo giro comercial que se dedique exclusivamente a la venta de vinos y licores para su consumo fuera del establecimiento, siempre que tales ventas no se hagan sólo en botellas o cascos cerrados.

Artículo 12º - En las fondas y restaurantes, únicamente se permitirá vender vinos, licores y cervezas cuando éstos sean consumidos con los alimentos y previa licencia correspondiente; licencia que sólo se expedirá cuando dichos establecimientos reúnan los siguientes requisitos:

- a).- Que se encuentren a una distancia radial no menor de 200 metros de otros similares que tengan la misma autorización, de cantinas, vinaterías, pulquerías o expendios de cerveza.
- b).- Que tengan cocina independiente estufa moderna.
- c). Estar provistos de vajilla, cristalería, cubiertos, batería de cocina y mantelería suficiente para su servicio, de acuerdo con su categoría.
- d). No tener mostrador o barra de cantina.

- c). Estar provistos de vajilla, cristalería, cubiertos, batería de cocina y mantelería suficiente para su servicio, de acuerdo con su categoría.
- d). No tener mostrador o barra de cantina.
- e). En los casos en que se autorice el uso de mostrador, éste será de los de tipo conocidos con el nombre de "quick lunch"; cuyos mostradores deberán tener instalados bancos fijos giratorios al frente.
- f). En los restaurantes que por su categoría y por constituir centros sociales o de turismo de importancia, se crea conveniente, previo acuerdo expreso del C. Jefe del Departamento, que se expedirá para cada caso concreto, podrá autorizarse el establecimiento de barras y el servicio de cantina.
- g). Tener bodega apropiada para conservar envases y existencia de vinos y licores.
- h). Tener instalación completa de servicios sanitarios para ambos sexos.
- i). Tener puerta de escape para el servicio doméstico, a efecto de evitar su exhibición y contacto con los comensales.
- j). Cuando se trate de establecimientos de última categoría, solamente se autorizará la venta de cerveza.

Artículo 24.- El que abriere una cantina o vinatería sin la licencia correspondiente, será castigado con multa de \$50.00 a \$100.00, o con arresto hasta por 15 días, sin perjuicio de que se le clausure, desde luego, el establecimiento, y de que la autoridad competente haga efectivo el pago de los impuestos causados. Lo mismo se observará cuando los establecimientos mencionados en el artículo 12 vendan vinos o licores sin la licencia respectiva.

El 4 de julio de 1940, una circular más de la Secretaría de Hacienda determinó que los fabricantes de whisky serían considerados como productores de aguardiente.

También el presidente Cárdenas envió el 3 de septiembre de 1940<sup>1</sup> a la Secretaría de Hacienda, con copia a la de la Economía Nacional, la disposición que sigue:

En virtud de que el Acuerdo que dicté en fecha del 20 de agosto de 1940 por el que se prohibió la elaboración directa de alcohol con caña de azúcar, tendrá ejecución en todos los casos en los que ha sido posible el envío de la caña a los ingenios azucareros, substituyendo el guarapo empleado por las fábricas de alcohol por mieles incristalizables, y considerando que sólo en un muy reducido número de casos no se han celebrado los convenios relativos a permuta de caña por mieles, a consecuencia de la incostabilidad del transporte de ella a las fábricas de azúcar, he tenido a bien acordar lo siguiente:

---

<sup>1</sup> Bernal Sahagún, Víctor. El Alcoholismo en México: Negocio y Manipulación. México, Editorial Nuestro Tiempo, 1985, Pp. 44-111.

1.- En los casos en que ante la Junta Técnica Calificadora de Alcoholes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se compruebe fehacientemente la incoasteabilidad de la producción de azúcar con caña de ingenios alcohólicos, por los altos costos del transporte de la caña, podrá autorizarse la fabricación de alcohol con guarapo.

2.- Se tomarán las medidas necesarias para procurar en la fecha más próxima posible, la transformación de las fábricas de alcohol de guarapo en ingenios azucareros.

Por otro lado, con un total de 176 artículos, contando entre ellos a nueve transitorios, expidió el general Manuel Avila Camacho, presidente de la República, teniendo en su gabinete como secretario de Hacienda y Crédito Público al Licenciado Eduardo Suárez, el Reglamento de la Ley de Impuesto sobre Alcoholes, Aguardientes y Mieles Incristalizables, que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de noviembre de 1942.

Contiene su Título Primero De los Causantes, cinco capítulos, de los cuales el I está dedicado al registro de las personas que pretendían dedicarse a elaborar alguno o algunos de los productos gravados con impuesto: el Capítulo II se refería a la solicitud de la propia elaboración de los productos, con la declaración del equipo, planos, inventarios y ubicación de la fábrica, cantidades de materia prima, garantías, capacidad máxima de destilación en 24 horas, y hasta la duración de la fermentación; el Capítulo III trataba del recurso de inconformidad, el IV sobre los libros que debían llevar los causantes y el V acerca de las obligaciones de los fabricantes de alcohol, con innumerables detalles sobre el papeleo fiscal, las características de los envases de metal, vidrio o madera, disposiciones sobre sus almacenes, depósitos, agencias y otras de sus dependencias, así como que deberían abstenerse, en lo absoluto, de adquirir o conservar dentro de sus fábricas, alcohol rectificado comercial y emplear éste en la dilución de sus productos.

El Título Segundo consta de dos capítulos dedicados al registro y a los requisitos exigidos a las fábricas, tales como que las tinajas destinadas para lavaduras, mezclas y fermentación debían tener, grabada con caracteres indelebles, desde su capacidad en litros, hasta las condiciones para el añejamiento artificial de los productos.

El Título Tercero se refería a la determinación y pago del impuesto, con sus correspondientes capítulos dedicados al señalamiento del volumen de producción y de la determinación del impuesto sobre mieles, en tanto que el Título Cuarto reproducía disposiciones anteriores para la constitución de la Sociedad Nacional de Productores de Alcohol, los libros que debería llevar dicha Sociedad, el pago de impuesto y su bonificación, el tipo de interés que podía cobrarse por las operaciones de préstamo, sueldos de interventores y auxiliares, etc., mientras que el Título Quinto dictaba



disposiciones para los almacenistas, los portadores, los poseedores o adquirentes de aparatos; los peritos y los Almacenes Nacionales de Depósito.

El Título Sexto, con un capítulo único, establecía los requisitos y fórmulas para la desnaturalización del alcohol.

El Título Séptimo hacía mención de las dependencias de la Secretaría de Hacienda que intervinieran en la determinación y recaudación del impuesto, como la Junta Técnica Calificadora, integrada por cinco representantes de las fábricas entre los que había un químico y cuyo presidente era designado por la Secretaría, en tanto que otro de ellos mismos debía ser el jefe del Departamento de Impuestos sobre Bebidas Alcohólicas.

El Título Octavo estaba dedicado a la aprobación, revalidación o cancelación de garantías; el Noveno a las visitas de inspección, atribuciones de los inspectores y comprobación de las infracciones y, por último, el Décimo contenía Disposiciones Diversas.

El 14 de abril de 1944, el presidente en turno, General Manuel Avila Camacho expidió el Reglamento de Cafés Cantantes y Salones de Baile que había sido puesto en vigor el 16 de marzo de 1937, por considerar que en la asamblea contra el vicio, verificada en la Cd. de México, en cumplimiento de lo dispuesto por el decreto presidencial de fecha 30 de diciembre de 1943, se llegó a la conclusión de que debían dictarse nuevos reglamentos respecto a diversas actividades económicas, entre ellas de venta de bebidas embriagantes, de cerveza, pulque, aguamiel y tlachique, y el funcionamiento de cabarets, salones de baile, etc.

Así también, en la misma fecha, el General Avila Camacho dictó el Reglamento de Expendios de Bebidas Alcohólicas, que eran las que contenían más del 5% de alcohol.

Se estableció que hubiera cantinas de primera y de segunda clase, en el concepto de que siempre se considerarían de primera las comprendidas dentro del primer cuadro de la Ciudad de México y se podían abrir a una distancia radial de 200 metros unas de otras, con la única adición de que no podían establecerse en colonias proletarias.

Otras de las disposiciones de este Reglamento eran las siguientes: Artículo 4º- Se entiende por vinatería todos los giros comerciales que se dediquen exclusivamente a la venta de vinos y licores para su consumo fuera del establecimiento, siempre que tales ventas no se hagan sólo en botellas o cascotes cerrados

Artículo 5º- Solamente se permitirá la venta de vinos y licores por litros y medios litros, quedando terminantemente prohibido se expendan en cantidades menores a las señaladas en este artículo. La

infracción a la disposición anterior será sancionada con la cancelación de la licencia y clausura de la vinatería.

En el año de 1947 fueron hechas nuevas reformas al Reglamento de la Ley de Impuestos sobre Alcoholes, Aguardientes y Mieles Incristalizables, para fijar la jurisdicción de las doce Delegaciones Regionales de Inspección de este ramo e introducir prevenciones substanciales en materia de inspección, que estaba a cargo de la Sociedad Nacional de Productores de Alcohol, misma que se realizaría en el futuro bajo la jefatura de un interventor de la Secretaría de Hacienda ante la mencionada sociedad.

Las doce Delegaciones Regionales de Inspección distribuidas en todo el territorio de la República, agrupaban cada una a diversas Oficinas Federales de Hacienda.

Durante el mandato del presidente Miguel Alemán fueron contados los ordenamientos que se expidieron sobre este capítulo de aguardientes.

El Departamento del Distrito Federal emitió, también, un acuerdo el 29 de octubre de 1951 fijando los requisitos para la expedición de licencias para el funcionamiento de los restaurantes con servicio de cantina, a los que por su categoría y por constituir centros sociales o de turismo, se les podría autorizar el establecimiento de barras y el servicio de cantina.

Entre estos figuraba la ubicación del local en zonas residenciales o de afluencia turística, dadas las necesidades entonces de la Ciudad de México, con una inversión mínima, en su instalación real de \$150,000.00 tener un informe favorable de la Cámara Nacional de Comercio y el visto bueno expedido por la Comandancia del Cuartel General de Bomberos.

En cuanto a los aguardientes de uva el presidente don Adolfo Ruiz Cortés, expidió el 6 de agosto de 1954 el Reglamento de vinos y aguardientes de uva, cuya elaboración, manejo almacenamiento, depósito, envase, transporte, venta o suministro al público y registro eran de la competencia, casi en su totalidad, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual tenía el auxilio de otras dependencias.

Se consideraron como aguardientes derivados de la uva, los productos obtenidos por destilación de vino de uva fresca, vino de uva pasa, orujos de uva fresca, previamente sometidos a fermentación alcohólica, así como a las mezclas que contengan un mínimo de 50% de aguardiente de uva fresca.

Es así como el Estado, por su parte, crea, más no difunde, políticas preventivas hacia el incremento del alcoholismo, por ejemplo, en la época en que el Presidente Pascual Ortiz Rubio decretó medidas pertinentes para obtener la baja en los precios de los artículos de consumo necesario, así como de

los forrajes, que no debían destinarse a la elaboración de alcohol, por lo que como parte de la intensificación de la Campaña Antialcohólica emprendida por el Gobierno Federal en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 117 constitucional, y en cumplimiento también de los postulados revolucionarios de elevación moral y material de las clases laborantes, se imponía la disminución de la producción y el consumo de alcohol.

En el período de 1955 a 1970 se intenta acelerar el crecimiento de la economía, procurando controlar la inflación y el desequilibrio externo que estaban ahondando desequilibrios estructurales, es decir, los desajustes en la estructura social provenientes de la concentración de los ingresos en pocas manos; los del aparato productivo dependiente de la tecnología y de los insumos importados que requieren de grandes capitales para poder ser captados.

En lo relativo a flujos de mano de obra debidos a la modernización agrícola de las dos décadas de las que se habla se puede percibir que de 1940 a 1950 más de 60,000 trabajadores agrícolas activos emigraron hacia los centros urbanos y fueron absorbidos principalmente por la dinámica del sector industrial y en menor medida por la de servicios.

Fue así como una gran parte de la población mexicana cambió su forma de vender su fuerza de trabajo, es decir, la mayoría de ellos estaban dedicados a la agricultura, al iniciarse la industrialización en México, ellos tienen que emigrar hacia las grandes ciudades y venderán su fuerza de trabajo ahora trabajando en las fábricas.

Sus condiciones de vida eran deprimentes ya que su alimentación era muy poca y falta de los principales nutrimentos como las proteínas, sus condiciones higiénicas eran pésimas, vivían hacinados y en lugares en donde había poca protección hacia ellos. De ésta forma, una gran parte prefiere fugarse a través de la bebida que rebelarse ante las condiciones tan deplorables en las que vivían. De esta forma, a través de los cuadros 4 y 5, vemos cómo se dio el incremento tanto de la producción como del consumo de bebidas alcohólicas en esa época.

**Cuadro 4: Comportamiento del consumo de Bebidas Alcohólicas en relación a la industria de manufactura, productos alimenticios y de tabaco (en millones de pesos de 1960) y Estructura Porcentual.**

Conceptos	1960	(%)	1961	(%)	1963	(%)	1965	(%)	1967	(%)
Manufactura	159703.2	100	173236.1	100	207952.3	100	267420.2	100	325024.8	100
Prod. Alim.	7691	4.8	8552	4.9	9629	4.6	1959	4.47	13498	4.15
Bebidas Alcoh.	2463	1.5	2500	1.4	2869	1.3	3613	1.35	4143	1.27
Tabaco	534	0.33	532	0.30	536	0.22	581	0.20	668	0.20

Fuente: Banco de México, Sistema de Cuentas Nacionales, 1960-1969, México, 1969.

**Cuadro 5: Comportamiento de la Producción de Bebidas Alcohólicas en relación a la industria manufacturera, de productos alimenticios y de tabaco (en millones de pesos de 1960) y Estructura Porcentual.**

Conceptos	1960	(%)	1961	(%)	1963	(%)	1965	(%)	1967	(%)
Manufactura	159703.2	100	173236.1	100	207952.3	100	267420.2	100	325024.8	100
Prod. Alim.	11502	7.20	12687	7.32	14400	6.92	17518	6.55	19898	6.12
Bebidas Alcoh.	4335	2.71	4378	2.52	4968	2.38	6286	2.35	7226	2.22
Tabaco	1275	0.79	1337	0.77	1405	0.67	1632	0.61	1719	0.53

Fuente: Banco de México, Sistema de Cuentas Nacionales, 1960-1969, México, 1969.

A través de los cuadros 4 y 5 notamos que existe un incremento, tanto de la producción como del consumo de bebidas alcohólicas. Esto puede deberse a varios factores, entre ellos está el desconocimiento que existía por parte de la población hacia el consumo de bebidas embriagantes, por otro lado podemos ver que al incrementarse la población también se incrementa la demanda de bebidas alcohólicas a diferencia de otros sectores productivos.

Existe, además, una estrecha relación entre el consumo y la producción de bebidas alcohólicas:

..... " El indicador más seguro de la incidencia de los problemas relacionados con el alcohol se encuentra, sin duda, en las pautas de consumo: como éstas se relacionan a su vez con las tendencias tienen una gran importancia desde el punto de vista de salud pública"<sup>2</sup>

Es así que a mayor producción de bebidas alcohólicas, mayor será el consumo.

En los años de 1950 a 1960 el fenómeno (la emigración del campo a la ciudad) se repitió, pero con menor intensidad ya que se calcula que sólo fluyeron unos 480 mil trabajadores agrícolas activos y la absorción por parte de los anteriores sectores fue más lenta. Esta situación volvería a repetir el patrón en donde la falta de vivienda, educación, alimentación, salud, etc. crearían en los individuos la necesidad de recurrir al alcohol para fugarse de su realidad.

En 1960 fue cuando el presidente de México expidió una ley antialcohólica que consistía en lo siguiente:

Se facultaba al Consejo de Salubridad General para dictar y poner en vigor medidas en la campaña contra el alcoholismo, la que es de interés público, con la sola restricción de sujetar dichas medidas a la revisión por parte del Congreso de la Unión.

El artículo 250 del Código Sanitario tiene a todas luces la campaña contra el alcoholismo, en tanto tiende a restringir la apertura de establecimientos donde se vendan bebidas embriagantes, y en vista de que su vigencia terminará el 30 de marzo de 1960, el propio Consejo de Salubridad General, teniendo en cuenta los más altos intereses de la colectividad, consideró la conveniencia de prorrogar temporalmente dicha prohibición, y en tal virtud, tuvo a bien expedir el siguiente decreto.

Por disposición del Consejo de Salubridad General y por el término de cinco años contados a partir del 30 de marzo del año en curso, las autoridades sanitarias federales y locales negarán permiso de apertura a expendios de bebidas embriagantes y clausurarán los que con infracción de esta disposición se establezcan. La prohibición anterior obliga a las autoridades hacendarias federales locales y municipales y las del Departamento del Distrito Federal.

El mismo Presidente expidió el Reglamento Sanitario de Bebidas Alcohólicas, el 31 de mayo de 1963. Este reglamento exceptuaba a los productos medicinales que contenían alcohol.

---

<sup>2</sup> Walsh, Brendan & Grant, Marcus. "El Comercio de Bebidas Alcohólicas y sus Efectos sobre la Salud Pública", Foro Mundial de la Salud, 1985, vol. 6.

Por otra parte, se reglamentó también la propaganda que debía dirigirse a la mayoría de la población, cabe hacer notar que ésta propaganda debe estar dirigida sin engaños, éste aviso fue dirigido por, el entonces secretario de Salubridad.

A pesar de las pocas y malas posibilidades de empleo que existían en la ciudad, éstas se siguen incrementando y así también la necesidad de satisfacer de los más elementales servicios a la población recién llegada.

En la década de 1960 a 1970 el flujo de trabajadores que emigran del campo a la ciudad se incrementa a unos 800,000 trabajadores agrícolas y la capacidad de absorción por parte del sector industrial va generando serios congestionamientos en el sector agrícola y una creciente masa de trabajadores urbanos subocupados y desempleados que encontrarán en el alcohol una fuga "irreal" a sus problemas.

Los datos anteriores nos señalan claramente la etapa acelerada de modernización de la economía mexicana que se da desde la Segunda Guerra Mundial y que se prolonga hasta la década de los 50. En la agricultura éste movimiento se expresa con un aumento de la producción agrícola impulsada por la gran demanda del mercado externo que permite, al mismo tiempo, la ampliación de la frontera agrícola y la mecanización de algunos de sus procesos. Se da, una constante liberación de la fuerza de trabajo agrícola que al coincidir con el fuerte crecimiento industrial, es absorbida sin mayores dificultades por el mismo. Por su lado, las demandas de la población urbana en crecimiento, en especial los grupos medios, presionan sobre la propia estructura de la industria que se vuelve más compleja, más especializada y más diversificada pues tiene que producir bienes no tradicionales los que requieren maquinarias y equipos más sofisticados y, por ello, de mayor contenido tecnológico.

Así, en la medida en que ambos procesos de modernización, el de la agricultura y el de la industria y en expansión convergen, la absorción de mano de obra agrícola no se presenta problemática, pero cuando la industria requiere etapas más complejas de asimilación de tecnología e insumos importados y no se diversifica comienzan de modo acelerado a surgir en el interior de la misma fenómenos de expulsión de mano de obra que no son compensados con la creación de nuevos subsectores industriales.

Aún más, los anteriores se entrecruzan con los flujos de mano de obra rural que tampoco pueden ser absorbidos por una nueva etapa de modernización del sector agrícola que requiere de crecientes procesos de inversión en nuevas empresas agrícolas más sofisticadas tecnológicamente.

Aún más, los anteriores se entrecruzan con los flujos de mano de obra rural que tampoco pueden ser absorbidos por una nueva etapa de modernización del sector agrícola que requiere de crecientes procesos de inversión en nuevas empresas agrícolas más sofisticadas tecnológicamente.

Esto es, no sólo la capacidad de responder a la demanda interna y externa por la vía de los bajos precios de los productos correspondientes a los bajos salarios, que los campesinos y los trabajadores agrícolas perciben, sino mediante una mayor eficiencia productiva fruto del incremento de la productividad agrícola.

Si la transferencia de mano de obra del campo a la ciudad, resultó ser en un momento ventajosa para el desarrollo del sector industrial en su fase dinámica ya que las ganancias de los empresarios industriales se incrementaban; no pudo, en un segundo momento, despertar expectativas de mayor rentabilidad para invertir en una ampliación de la oferta para instrumentar una estructura industrial orientada a satisfacer las demandas masivas de la población del campo y de la ciudad no indujeron a generar una mayor demanda y, por tanto, tendieron a privilegiar procesos industriales de bienes sofisticados y de lujo, que se concentraron en las urbes más dinámicas y que exigían altos desembolsos de divisas.

Además, requerían de maquinarias y equipos altamente intensivos en capital y con crecientes requerimientos de materia prima y de insumos importados. Hecho que tampoco ayudó a generar equilibrios dinámicos entre el sector agrícola y el industrial mexicanos.

Como consecuencia de la escasa diversificación y expansión industrial los fenómenos concentradores se fueron afianzando y la incapacidad de la estructura industrial en absorber la mano de obra del campo creció; con impactos importantes en la producción agrícola cuyos ritmos de crecimiento fueron disminuyendo, de tal suerte que, para 1950-1960 la caída del producto agrícola era ya alta en relación con la década anterior.

En lo que respecta a los asalariados agrícolas su situación fue totalmente desventajosa, en relación con los de las ciudades y del sector industrial en particular ya que la mayoría de ellos no llegó siquiera a obtener el salario mínimo; dado que, por una parte, existía un excedente de mano de obra que forzaba los exigüos salarios a la baja y, por otro lado, los niveles de organización sindical casi eran inexistentes por lo que carecían de posibilidades de hacer valer la defensa de sus derechos.

Existía dependencia agrícola hacia la inversión privada, ya que ésta tuvo entre 1950 y 1955 una tasa de crecimiento promedio anual del 12.2% que para el período de 1955 a 1960 baja al 4.8 y en la década de 1960 bajó a -1%.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Aldás Dávila, Francisco. Del Milagro a la Crisis. México, Editorial Fontamara, 1995, Pp. 290.

La política económica explícita de hacer de la agricultura la base de la industrialización no sólo se dio a partir del mecanismo de los precios castigados, de los salarios bajos, de la escasez de créditos y de inversiones para la misma sino que se complementó con la de destinar las divisas generadas por las exportaciones agropecuarias para transferir vía compra de productos importados .

De éste modo, la industria fue protegida y privilegiada y por ello se tornó, no sólo incapaz de generar las divisas requeridas para su propia actividad sino que descapitalizó, empobreció e impidió que el campo se modernizara a la par con el sector industrial y de servicios que se desarrollaron y concentraron en las principales urbes del país.

La política económica explícitamente implementada desde 1950 hasta 1970, es decir, en el período del "desarrollo estabilizador", que privilegió las inversiones destinadas al sector moderno o capitalista que aportaba las divisas para la sustitución de las importaciones en detrimento de los sectores tradicionales o campesinos que eran los que se encargaban de surtir alimentos para el consumo básico de la gran masa de la población, derivaba del proyecto que el Estado tenía hacia el mantenimiento de un alto nivel de crecimiento económico para modernizar al país, fue así como el poder de los empresarios agrícolas se hizo sentir en la estrategia adoptada por el gobierno.

Los campesinos, a partir de haber sido beneficiados con el reparto agrario a fines de los años 30 continuaron cultivando sus tierras con la escasa ayuda gubernamental a partir de métodos tradicionales y sujetos a los riesgos del temporal.

En esas condiciones a pesar de los esfuerzos por contribuir con sus productos, a mantener la suficiencia alimentaria éstos desmejoraron sus rendimientos y por ende fueron afectados en sus ya bajos ingresos.

En 1968 los primeros contaban con una relación de capital por predio de 110 mil pesos y con un ingreso promedio anual de 10 mil pesos. En contraste, los segundos sólo contaban con un capital por predio de 6,000 pesos y sus ingresos promedio anual eran de 500 pesos lo que significa una diferencia entre 18 y 20 en cuanto a su disponibilidad de capitales e ingresos.

Para 1970 el sector de subsistencia, o sea, los ejidatarios, minifundistas, jornaleros y comuneros habían incrementado sus niveles de pobreza, dada la mayor concentración de la tierra, de los medios de producción y de los capitales.

Por su parte, el sector industrial y el comercial urbanos pueden sin mayores dificultades expandirse dinámicamente gracias a los excedentes transferidos en forma de inversiones, para diversificar y ampliar las ganancias, lo que permite a los sectores mencionados absorber sin dificultades los



flujos de mano de obra excedente que emigra del campo a la ciudad; logrando así beneficios adicionales, dada la tendencia a la baja de los salarios urbanos por incremento de la oferta.

A partir de 1956 y hasta 1960 se percibe una etapa de descenso sostenido de la producción agrícola caracterizado por la disminución del ritmo de expansión de la superficie cosechada y signos de leve baja en los rendimientos de algunos productos, que tiene origen en la caída de la demanda externa de productos del sector.

Ello trae como consecuencia un descenso en las exportaciones y una disminución del volumen de divisas necesarias para alimentar el proceso de sustitución de importaciones.

En éstas circunstancias se percibe, por un lado, la incapacidad estructural de una dinámica hacia adentro del sector agrícola, reforzada por el modelo de política económica sustentado en el llamado "desarrollo estabilizador" que al regular en el mercado interno el precio de los productos agrícolas hacia la baja, genera una tendencia hacia el descenso de la demanda masiva de los mismos, lo cual se ve también entorpecida por la creciente concentración de los ingresos en los sectores más altos de la población.

Así la tendencia al congelamiento del sector agrícola irá afectando a la funcionalidad del modelo macroeconómico diseñado.

Surge así el problema del financiamiento puesto que la caída de las exportaciones agrícolas por la baja de la demanda externa impide la generación de las divisas necesarias para impulsar una fase industrial más dinámica.

Las presiones adicionales de la demanda interna de productos industriales motivada por el incremento de la población urbana fuerza al gobierno a buscar montos adicionales de financiamiento acudiendo de manera creciente al endeudamiento externo.

La nueva opción que el gobierno mexicano eligió desde 1956 a 1970 estabilizó momentáneamente los desequilibrios más visibles generados en las anteriores etapas del proceso de industrialización sustitutiva tales como el desequilibrio de los precios y el tipo de cambio con lo que pudo controlar el proceso inflacionario, pero empeoró la estructura agraria y con ella se entorpeció la dinámica básica del comercio exterior que la había impulsado. En el largo plazo, los desequilibrios estructurales entre el sector agrícola rezagado y el sector industrial que se aceleró se profundizaron. Por otro lado, la política de subsidios y apoyos al sector privado, financiados por el endeudamiento interno e internacional produjo excelentes resultados pues, al mismo tiempo que consolidó nuevos procesos industriales, amplió la base de alianzas entre los capitales nacionales y el capital

extranjero, particularmente el nortamericano que, fue atraído por la alta rentabilidad y la seguridad que se daban a los mismos.

En ésta forma y aprovechando las facilidades estatales se fueron instalando las plantas industriales de las empresas trasnacionales en suelo mexicano, se amplió por un tiempo el nivel de empleo y del mismo modo que surgieron nuevos grupos de obreros modernos, se estrecharon las alianzas entre el capital nacional e internacional, dedicados a la producción de bienes de consumo duradero.

Surgieron, de ésta forma, nuevos desajustes entre los grandes sectores de la economía: entre la estructura agraria y la industrial y entre las dos anteriores y los servicios. En el interior de los mismos el proceso de polarización se repetía: un pequeño y concentrado sector moderno agrícola y un amplio y desperdigado sector atrasado.

En la industria y en sus respectivas ramas la heterogeneidad estructural también era marcada: escasas empresas de alto contenido tecnológico, se codeaban con una abundante gama de pequeñas fábricas de bajo contenido de capital pero abundante mano de obra.

Todo ello explicaba la disparidad de los ingresos, la polarización y pulverización de los mismos y su grado de concentración.

Por otra parte, los efectos de la concentración industrial en la década de 1960-1970, fue alentada por el propio Estado. Este en su afán de impulsar en el país la transferencia tecnológica para modernizar la planta productiva y generar mayores empleos, fomentó y apoyó la entrada de las filiales de los grandes consorcios internacionales que realmente la estancaron ya que, éstas en lugar de ganarse el mercado del país mediante el esfuerzo de investigación innovadora se constituyeron en las absorbedoras de la tecnología desechada por sus matrices; la que, a su vez, al ser vendida a muy altos precios, aprovechando de sus ventajas comerciales, mermaron los recursos valiosos del país.

En cuanto a las políticas preventivas que se establecieron durante esta década, el Secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Salvador Aceves Parra, dirigió el 6 de febrero de 1969, un aviso a las agencias de publicidad a los fabricantes, distribuidores e interesados en hacer propaganda sobre bebidas alcohólicas, con fundamento en el Código Sanitario y el Reglamento, cuyos considerandos son los siguientes:

**PRIMERO.-** Que ha sido preocupación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a la cual entre otras autoridades compete la acción sanitaria federal, el llevar a cabo la campaña general contra el alcoholismo.

SEGUNDO.- Que en los términos de los ordenamientos legales sanitarios, compete a la Secretaría de Salubridad y Asistencia aprobar previamente la propaganda de bebidas alcohólicas.

TERCERO .- Que entre las facultades legales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia está la de prohibir y evitar la propaganda que engañe al público sobre las propiedades y uso de las bebidas, o que desvirtúe o contraríe las disposiciones que se dicten sobre educación higiénica y salubridad.

CUARTO .- Que debe evitarse toda propaganda que relacione en alguna forma el aumento del prestigio social de las personas o el perfeccionamiento de su conducta con el consumo de bebidas alcohólicas, o que les atribuya a éstas propiedades nutritivas; sedantes o útiles para el mejoramiento de estado de ánimo, fatiga o tensión; mayor éxito en el amor o que asocie en alguna forma a estos productos con las actividades deportivas o del hogar o en general que sugiera, indique o promueva su consumo por estos efectos.

QUINTO .- Que la propaganda de bebidas alcohólicas afecta el interés público, he tenido a bien dictar el siguiente:

#### ACUERDO

PRIMERO .- A partir de esta fecha sólo se permitirá la propaganda de bebidas alcohólicas que haga referencia a la calidad del producto mismo, técnica de elaboración, características del mismo y no a los efectos que produzcan en el hombre debido a su contenido alcohólico.

SEGUNDO .- Las propagandas que hubieran sido autorizadas por la Secretaría con anterioridad a este Acuerdo, y que contraríen lo dispuesto en el punto que antecede, deberán cesar dentro del término de 60 días contados a partir de la presente publicación.

TERCERO .- Quienes contravengan los términos del presente Acuerdo, se harán acreedores a las sanciones previstas en los ordenamientos legales aplicables.<sup>4</sup>

En lo económico, la promoción del modelo estabilizador con el que se dio el impulso inusitado a la nueva sustitución de bienes intermedios, de consumo durable y de capital, ahondó los desequilibrios y evidenció la desigualdad estructural existente en los mismos. Ello condujo a una mayor concentración del ingreso y de las riquezas en general y, por ende, a un mayor deterioro del ya reducido ingreso de la mayoría de la población mexicana.

<sup>4</sup> Román Celis, Carlos. El Alcoholismo en México: IV Historia y Legislación, México, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , 1984, Pp. 311 y 312.

El fracaso estriba en el desaprovechamiento crónico de la riqueza mayor que tiene México, su fuerza de trabajo; puesto que el modelo de industrialización impulsado resultó ser intensivo en capital por lo que sólo pudo aprovechar una limitada cantidad de ésta y tuvo que endeudarse continuamente para poder tener altas tasas de crecimiento en su sector industrial, hecho que una década más tarde lo condujo a la crisis financiera y a la bancarrota definitiva del modelo que a lo largo de 1970 se intentó en vano rectificar.

La tarifa que el país pagó y aún paga por el fomento al empleo y la calificación parcial de sus técnicos y profesionales no compensa las pérdidas sufridas por el alto precio de los productos y por las distorsiones derivadas de un doble objetivo contradictorio: cuidar los intereses de la matriz foránea y contribuir al desarrollo del país sin tomar en cuenta la salida de recursos del país por conceptos de regalías y repatriación de utilidades.

### **3.1.- La Crisis y el Incremento en el Consumo de Alcohol de 1970 a 1982.**

Como vimos en el subcapítulo anterior las décadas que abarcaron 1950 a 1970 se distinguieron por un gran apoyo, por parte del gobierno a la clase empresarial que en aquel momento surgía.

Por otro lado, vimos cómo existían leyes y decretos por parte de diferentes presidentes que gobernaron a México, que surgen por el incremento de la producción y el consumo de alcohol, pero que no llegaban al fondo del problema, es decir, la prevención del alcoholismo en México y, con ello, la creación de políticas preventivas por parte del Estado.

Mucho menos encontramos una educación antialcohólica, que hiciera conocer a la mayoría de la población sobre los riesgos de consumir alcohol, muy al contrario, ya que la misma explotación hará que el individuo se fugue con la bebida y la sociedad lo tolerará.

Finalmente vimos también las condiciones en las que vivía la mayoría de la población en el desempleo o en el subempleo dadas las condiciones de dependencia económica que tenía México hacia los países industrializados, y es muy claro, al estar los países ricos en guerra (2a. Guerra Mundial y Guerra de Corea), México vivió un gran desarrollo económico, sin embargo al terminar éstos conflictos bélicos, México seguiría dependiendo económica, política y socialmente de los países poderosos.

Bajo estas condiciones llegamos a la década de los 70 en donde seguiría predominando el tipo de desarrollo dependientes. En ese entonces en México<sup>5</sup> el nivel de desempleo se acumulaba rápidamente, mientras la satisfacción de las necesidades de educación, servicios sociales, sanitarios y de vivienda daban cuenta de un retraso de mucho tiempo. En el campo y en la ciudad los trabajos y el empleo se restringían mientras los ingresos de los obreros y campesinos respondían con retardo a los incrementos de los precios, por lo que el mercado interno de productos se resentía causando impactos negativos en el crecimiento de la planta industrial.

La distribución del ingreso y de la propiedad eran cada vez más concentrados y las desigualdades regionales y sociales mayores. Los habitantes de las ciudades, en su mayoría empleados en el sector público o en los servicios de comercio y administración privados, comenzaban a sentir que sus ahorros ya no les permitían acceder a un status a la medida de sus crecientes obligaciones.

En cuanto al desarrollo que tuvo México, en ese entonces, la acumulación del excedente social en las dos últimas décadas era extraordinaria: la planta productiva se había diversificado en amplias proporciones pero las condiciones sociales de existencia de las grandes masas populares no habían mejorado.

Como vemos, el bienestar social se había pospuesto y, con ello, el fortalecimiento de la independencia económica y de la soberanía nacional estaban siendo puestos en entredicho. Fue así como el Estado Mexicano promovía el desarrollo del capitalismo pero descuidaba su función primordial de dirección y unificación de la formación social que le había dado origen.

De esta forma, el gobierno siguió apoyando a la clase empresarial con créditos y medidas proteccionistas, esto con el fin de crearles incentivos y de garantizarles utilidades adecuadas para así establecer y desplegar una sólida base industrial capaz de solventar la ampliación del mercado interno, sin embargo las medidas facilitaron la penetración de capital extranjero, la ineficiencia productiva de la planta nacional así como la concentración del ingreso y la reducción del consumo de los sectores medios, asalariados y populares, dados los altos precios de los productos y su dudosa calidad.

---

<sup>5</sup> México ha vivido una dependencia económica, política y social hacia los países industrializados, en este caso, hacia los Estados Unidos, ya que al obtener ayuda de éste, México tendría que limitarse a las órdenes de dicho país, tanto en el sector político, económico y social y, la mayoría de las veces, estos dictámenes se han encontrado muy lejos de la realidad social de los mexicanos, es decir, de conocer las verdaderas carencias y necesidades de la población. Es así como los Estados Unidos ordenan y México obtiene el préstamo que solicita vía Fondo Monetario Internacional.

Este, entonces, era el momento propicio para hacer una rectificación de las políticas económicas, es decir, de establecer un incremento de la productividad agrícola e industrial a través de que el Estado jugara un papel más activo en la elaboración de una verdadera estrategia de desarrollo que corrigiera los desajustes y desequilibrios que existían en ése entonces.

En éstas circunstancias el gobierno de Echeverría se iniciaba con cautela, urgido por la necesidad de establecer reformas políticas prioritarias, pero también presionado por las dificultades económicas crecientes.

A través de los cuadros 6 y 7 se demuestra, tanto el incremento en la producción de bebidas alcohólicas como de la industria alcoholera en relación a otras industrias en los años 70, esto debido al gran impulso que adquiere esta industria para mantener pasiva a la población por medio del incremento en el consumo de alcohol.

Así también, se demuestra la tasa de crecimiento de la industria de la industria de bebidas alcohólicas y cerveza en relación con las industrias alimenticias, refrescos y tabaco. Podemos notar un incremento notable en el año de 1976 debido a la devaluación del peso frente al dolar que se dio en el fin del sexenio de LEA, así como una disminución en la industria cervecera.

**Cuadro 6: Comportamiento de la Producción de Bebidas Alcohólicas en relación a las industrias manufacturera, productos alimenticios, cerveza y malta, refrescos y aguas gaseosas y tabaco (en millones de pesos a precios de 1970) y Estructura Porcentual.**

Comportamiento de la Producción de Bebidas Alcohólicas (Millones de pesos a precios de 1970)										
Conceptos	1970	(%)	1972	(%)	1974	(%)	1976	(%)	1978	(%)
Industria Manu- facturera.	105203.0	100	119967.0	100	140963.0	100	155517.2	100	176398.3	100
Productos Ali- menticios	29372.7	27.9	31601.2	7.58	35479.3	12.27	39242.8	10.60	41188.9	1.29
Bebidas Alcoh.	1655.5	1.57	1741.1	5.17	1749.9	3.09	2575.8	43.50	2775.7	10.78
Cerveza y Malta	2481.5	2.35	2600.6	4.8	3558.7	36.84	3566.4	0.21	4216.8	5.44
Refrescos y Aguas c/gas.	1990.2	1.89	1886.7	-1.65	2016.1	6.85	2107.6	4.53	2897.7	21.53
Tabaco	1918.5	1.82	2006.2	4.57	1883.4	-6.12	2029.2	7.74	2226.1	5.8

Fuente: S. P. P., Sistema de Cuentas Nacionales, México, 1970.

**Cuadro 7: Tasas de Crecimiento de la industria de bebidas alcohólicas, en relación a la industria manufacturera, alimenticia bebidas y tabaco, cerveza y malta, refrescos y aguas gaseosas en los años de 1970-1978.**

Conceptos	1972	1974	1976	1978
Industria Manu- facturera	14.03	17.50	10.32	9.53
Prod. Alimenti- cios Bebidas y Tabaco.	7.58	12.27	10.60	1.29
Bebidas Alcoh.	5.17	3.09	43.50	10.78
Cerveza y Malta	4.8	36.84	0.21	5.44
Refrescos y Aguas c/gas.	-1.65	6.85	4.53	21.53
Tabaco	4.57	-6.12	7.74	5.8

Fuente: S. P. P. Sistema de Cuentas Nacionales, 1970.

Este, entonces, era el momento propicio para hacer una rectificación de las políticas económicas, es decir, de establecer un incremento de la productividad agrícola e industrial a través de que el Estado jugara un papel más activo en la elaboración de una verdadera estrategia de desarrollo que corrigiera los desajustes y desequilibrios que existían en ése entonces.

En éstas circunstancias el gobierno de Echeverría se iniciaba con cautela, urgido por la necesidad de establecer reformas políticas prioritarias, pero también presionado por las dificultades económicas crecientes.

Fue así como el gobierno de Luis Echeverría inicia con una política contraccionista y la que se explica como medida para contrarrestar las fuertes presiones inflacionarias surgidas en 1968, después de la prolongada estabilidad de precios y salarios.

A mediados de 1971 se empieza a notar que la desaceleración de la economía y los riesgos crecientes que éste proceso instaura en los empleos de mano de obra y en los programas sociales, pueden conducir a avivar las tensiones sociales ya existentes entre los sectores mayoritarios del país por lo que el gobierno se ve forzado a cambiar el énfasis de su política económica.

Por lo que respecta al sector agropecuario, los estrangulamientos productivos crecieron incidiendo negativamente sobre la producción, por lo tanto, se tuvo que recurrir a las importaciones para cubrir éste déficit.

En cuanto al sector industrial, no existía una reforma que lo liberara del excesivo proteccionismo, por lo que éste perdía competitividad internacional y eficiencia interna con el correspondiente impacto negativo a la balanza de pagos y en la oferta de manufacturas.

Así pues la creciente demanda interna impulsada por el gasto público y la rigidez de la oferta en el sector agrícola e industrial acrecentaron las importaciones y contribuyeron con presiones adicionales a incrementar la inflación interna.

Todo esto, junto con el incremento del déficit presupuestal aceleraron el endeudamiento externo. Esto no sólo contribuyó a incrementar la dependencia económica y a debilitar la soberanía nacional sino que constituyó el círculo vicioso que terminó con las posibilidades del crecimiento económico que tanto se había buscado.

Pero, en realidad, en 1971 la fase depresiva del crecimiento económico empezó a ser superada gracias al gasto gubernamental deficitario financiado con endeudamiento externo fácilmente alcanzable en el mercado de capitales internacionales, lo que dió como resultado inmediato la recuperación de la producción industrial en 1972-1973. Pero la inflación ya había empezado a arraigarse en el país. La crisis del desarrollo con inflación se había declarado y, con ella, se entraba en la recesión más profunda de los últimos 30 años.

Con ésta situación, las clases marginadas fueron las más golpeadas, por lo que el único medio que encuentran para fugarse es el alcohol.

Durante el gobierno del presidente Luis Echeverría Álvarez, se dictaron normas que correspondían a la fabricación de bebidas alcohólicas, entre ellas se encuentra la circular del 15 de noviembre de 1976 y que hablaba de lo siguiente:

... " CIRCULAR que fija la distribución de mieles incristalizables y el volumen máximo de alcohol que deberá elaborarse en el ejercicio fiscal de 1977.

En cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 119, 121, 122 y 126 de la Ley Federal del Impuesto a las Industrias del Azúcar, Alcohol, Aguardiente y Envasamiento de Bebidas Alcohólicas en vigor y considerando que la producción de mieles incristalizables durante la zafra 1976-1977 se estima en 1,231.508 toneladas (UN MILLON DOSCIENTAS TREINTA Y UN MIL QUINIENTAS OCHO) referidas a 85º brix a 10º C de temperatura, así como las necesidades y posibilidades de empleo de esas mieles y del consumo de alcohol de la industria nacional, esta



Secretaría ha determinado que durante el ejercicio fiscal de 1977, la distribución de mieles incristalizables y volúmenes máximos de producción de alcohol a que se refieren los artículos antes mencionados sea la siguiente:

	Ton. de Miel
I.- A LA PRODUCCION DE ALCOHOL Y AGUARDIENTE	214, 703
De este volumen se destinarán productores asociados:	
1.- Para la elaboración de 38, 800, 000 litros de alcohol potable a 15° C.....	155, 200
2.- Para la elaboración de 13, 550, 750 litros de alcohol de características especiales a 15° C.....	52, 203
A Productores no asociados.	
3.- Para la elaboración de aguardientes.....	5, 300
II.- A LA PRODUCCION DE ALCOHOL PARA DESNATURALIZAR PARA CONSUMO INTERNO	163, 200
A Productores no asociados	
II.- A LA PRODUCCION DE ALCOHOL PARA DESNATURALIZAR PARA CONSUMO INTERNO	163, 200
A Productores no asociados	
1.- Para la elaboración de 40, 800, 000 litros de alcohol a 15° C.....	163, 200
2.- Para la elaboración de 1, 400, 000 litros de alcohol a 15° C empleando guarapo como materia prima.	
III.- PARA ALIMENTACION ANIMAL.....	410, 000
IV.- PARA USOS DISTINTOS A LOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE.....	443, 605

La Dirección General de Industrias será la encargada de vigilar el cumplimiento de lo dispuesto en esta circular, así como para llevar a cabo las investigaciones y estudios necesarios en relación con la producción y consumo a efecto de hacer las modificaciones pertinentes.

Para que sirvan de comparación con las cifras anteriores, extractaremos datos a continuación de la Circular del 24 de noviembre de 1980 que fijó la distribución de mieles incristalizables para la zafra 1981, cuya estimación fue de 1,194, 273 toneladas, y de ellas se destinaron a la producción de alcohol para desnaturalizar, para consumo interno, 166, 424 toneladas; para la alimentación animal 643, 953 toneladas y, para usos distintos a los señalados anteriormente, 45, 840 toneladas.

Con innumerables datos técnicos, la participación de las secretarías de Salubridad y Asistencia y la de Patrimonio y Fomento Industrial, así como otros diez organismos y empresas, se publicó el 27 de junio de 1980.

Por otra parte, el secretario de Salubridad y Asistencia, en 1980, doctor Mario Calles López Negrete, acordó la creación del Comité Mixto Consultivo de Publicidad de Alimentos, Bebidas y

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Medicamentos, el 10 de diciembre de 1980, con base en la legislación administrativa y sanitaria que le da competencia a la Secretaría en materia de nutrición, educación para la salud, campaña de alcoholismo y en todo lo concerniente a las condiciones sanitarias del país y de su población. Este acuerdo se abrogó el 18 de mayo de 1976, y señala en sus artículos:

**PRIMERO** .- Se crea el Comité Mixto Consultivo de Publicidad de Alimentos, Bebidas y Medicamentos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

**SEGUNDO** .- El Comité será presidido por el Titular y el Subsecretario de Salubridad fungirá como su suplente. Los directores Generales de Asuntos Jurídicos de Comunicación Social y de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos integrarán al Comité con el carácter de Vocales. Este último actuará además, como Secretario Técnico.

El Director General de Radio, Televisión y Cinematografía de la Secretaría de Gobernación, será invitado a integrarse como miembro del Comité.

Por parte de los organismos que legalmente representan a los industriales, comerciantes y publicistas fungirán como Vocales los Presidentes de la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos, Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Consejo Nacional de la Publicidad y Cámara Nacional de la Industria de la Radio y la Televisión.

El Presidente podrá invitar a los Directores Generales del Canal 11 del Instituto Politécnico Nacional, de la Corporación Mexicana de Radio y Televisión, S. A. de C. V. , y del Instituto Nacional del Consumidor y a los altos ejecutivos de empresas de radio y televisión a asistir a las sesiones del Comité.

**TERCERO** .- El Comité tendrá las siguientes facultades de estricto carácter consultivo:

- 1.- Recomendar reformas a la legislación sanitaria en lo concerniente a la publicidad de alimentos, bebidas y medicamentos.
- 2.- Sugerir planes, programas, campañas y medidas en el campo de la publicidad de alimentos, bebidas y medicamentos con fines sanitarios.
- 3.- Analizar desde el punto de vista de la salud los problemas de la publicidad de alimentos, bebidas y medicamentos y proponer soluciones.
- 4.- Opinar sobre toda cuestión que presente cualquier miembro del Comité, que se relacione con los aspectos sanitarios de la publicidad de los alimentos , bebidas y medicamentos.

Los acuerdos del Comité tendrán el carácter de recomendaciones para las autoridades sanitarias.

**CUARTO** .- El Comité expedirá su reglamento interior, el cual definirá la periodicidad de las sesiones, las reglas de funcionamiento y los planes de labores.

QUINTO.- El Secretario Técnico acordará con el Presidente las convocatorias y órdenes del día, distribuirá la documentación, auxiliará en la conducción de las sesiones, levantará el acta y hará el seguimiento de la ejecución de los acuerdos del Comité Mixto.<sup>6</sup>

Por otro lado el gobierno, no obstante, se oponía a la devaluación del peso porque estaba dispuesto a seguir solicitando préstamos para mantener las reservas y la continua convertibilidad del peso; además en el plano político era inconveniente avalar el deterioro de los ingresos reales de los sectores populares a causa de la inflación persistente pues, con ello, se debilitan las bases institucionales de apoyo social necesarias para contrarrestar las presiones de la iniciativa privada, opuesta a la participación del Estado en la economía y deseosa de entrometerse directamente en la toma de decisiones políticas.

En cuanto al incremento del alcoholismo en México, encontramos que está ligado al incremento de la población así como a la falta de políticas preventivas por parte del Estado, ya que el consumo per cápita por litros de alcohol en la población mexicana, a partir de 1982, ha sido desde 28.6 hasta 42.6 litros.

El consumo de cerveza presenta el mayor porcentaje con respecto a los destilados y con una tendencia ascendente durante los años setenta. Desde 1972 hasta años posteriores el consumo de destilados fue progresivo. Al contrario de estos, el consumo de licores se reduce en una gran proporción.<sup>7</sup>

Es decir, una gran parte de la población bebedora prefiere las bebidas espirituosas como el tequila, el vodka, el whisky que los vinos ligeros y esto se debe al poco hábito de beber los vinos suaves, por el contrario, se acentúa el consumo de bebidas que anestesian rápidamente al bebedor.

Es así, como encontramos que éste querer ser anestesiado rápidamente por las bebidas alcohólicas de alta graduación de alcohol, está muy relacionado con las grandes y graves crisis que la población, especialmente marginada, ha tenido que vivir durante los últimos años y la incapacidad de mejorar su situación: familiar, laboral, personal, etc.

A todo esto agregamos la falta de una formación antialcohólica, que existe en toda la sociedad y que el Estado ha tratado de establecer, pero de manera muy leve, por lo que no ha existido una difusión o una educación antialcohólica en nuestro país.

---

<sup>6</sup> Román Celis, Carlos. El Alcoholismo en México: IV Historia y Legislación. México, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , 1984, Pp. 313-315.

<sup>7</sup> Secretaría de Salud/CONADIC. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas 1992-1994. México, 1992, Pp. 29.

Por otro lado, la crisis económica de 1976, se da dentro de un marco político de creciente debilitamiento del Estado para intervenir en la economía, dadas las presiones internas de la burguesía financiera, fuertemente consolidada y, por tanto, reacia a someter sus intereses a los de la burguesía industrial en crisis, y las exigencias externas provenientes de la creciente preponderancia del capital financiero internacional, al cual debe recurrir constantemente para financiar el gasto público dedicado a las inversiones de mayor dinamismo económico.

Para mediados de 1982, momento en el que estalló la crisis, México contrataría nuevos préstamos externos a corto plazo en condiciones financieras más duras. Esto aumentó peligrosamente el nivel de la deuda externa que alcanzó en 1981 el valor de 52,960.6 millones de dólares, de los cuales 42,206.7 millones pagaderos a largo plazo y 10,753.9 a corto. Se vio obligado, como medida de emergencia, a reducir en un 4% los gastos presupuestales en todas las áreas, lo que incidió directamente en la desaceleración del alto crecimiento que México había experimentado en los años precedentes.

El momentáneo auge petrolero había profundizado los desequilibrios sociales de un desarrollo económico que se volvía a revelar como injusto, depredador y por ello profundamente contrario a los ideales de la revolución mexicana porque afectaba profundamente a las grandes mayorías del país.

Por otra parte, el desequilibrio externo experimentó un déficit de 11 mil 704 millones de dólares, lo que volvió al país aún más dependiente económica y financieramente y contribuyó a generar, al mismo tiempo, un mayor desequilibrio fiscal.

Cabe mencionar, que el sexenio de José López Portillo fue el primero en establecer políticas preventivas contra el alcoholismo en México, éste ordenamiento fue expedido el 15 de enero de 1981, y éste se refiere al "Reglamento General para Establecimientos Mercantiles y Espectáculos Públicos en el Distrito Federal"; éste comprendía la reglamentación de:

La venta de bebidas alcohólicas en diferentes sitios como en los bares, cabarets, cantinas, cervecerías, establecimientos de hospedaje, peñas, salones de baile, salones de fiesta, salones discoteca, tiendas de autoservicio con venta de bebidas alcohólicas, venta de bebidas alcohólicas al copeo, venta de bebidas alcohólicas en envase cerrado, venta de cerveza y venta de pulque.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Molina Piñero, Valentín. El Alcoholismo en México: Tomo IV. Historia y Legislación. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1984, Pp. 315 y 316.

Asímismo, en éste sexenio fue creado el Consejo Nacional Antialcohólico, el 31 de marzo de 1981, éste fue creado por el, entonces, secretario de salubridad doctor Calles López Negrete por considerar:

Que uno de los problemas sociales que incide más desfavorablemente en la salud de los mexicanos está constituido por la ingestión immoderada de bebidas alcohólicas;

Que el alcoholismo es una enfermedad en expansión permanente que afecta la productividad del trabajo y deteriora la integración familiar;

Que el ejercicio cabal de las facultades que la legislación confiere a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en materia de educación para la salud de rehabilitación de inválidos, de control sanitario y de la publicidad de los productos alcohólicos contribuirá a mejorar el manejo del problema que para la sociedad representa el alcoholismo;

Que expresamente el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos dispone que es materia de salubridad general la campaña nacional del alcoholismo, incluyendo las medidas relacionadas con aquélla, que limiten o prohíben el consumo del alcohol;

Que la gravedad y extensión que ha alcanzado ese problema de salud pública, hacen imperativo que participen en su atención las diversas unidades administrativas competentes de la Secretaría y distintas dependencias y entidades federales, estatales y municipales, así como personas de los sectores social y privado; y

Que la gravedad y extensión que ha alcanzado ese problema de salud pública, hacen imperativo que participen en su atención las diversas unidades administrativas competentes de la Secretaría y distintas dependencias y entidades federales, estatales y municipales, así como personas de los sectores social y privado; y

Que un órgano colegiado es un medio idóneo para coordinar esfuerzos, examinar propuestas y reunir la iniciativa de las dependencias, unidades y personas competentes o involucradas.

Es así, como el inicio de la creación de políticas preventivas formalmente, surge con el sexenio de José López Portillo, sin embargo, habría que comentar que las políticas se crean, pero no se aplican y la mayoría de la población no las conoce, éste problema se ha ido arrastrando hasta nuestros días en donde vemos que las políticas existen, pero poca es la difusión y menor es la concientización de los individuos acerca del alcoholismo, es decir, no se ha dado, ni difundido una educación antialcohólica.

Notamos, en ésta década, como la producción de bebidas alcohólicas se vio disminuída, esto puede ser a causa de que con el gobierno de José López Portillo, se inaugura la creación de políticas preventivas hacia el alcoholismo, asimismo un centro antialcohólico que se encargará de ayudar a los enfermos de éste mal.

Entre estos mismos años, el grado de desigualdad existente en la distribución mexicana del ingreso, excede de la que impera en la mayoría de los países en desarrollo del mundo. Tan sólo en el 5% superior de los niveles de ingreso de México se puede notar una tendencia hacia una distribución equitativa. Las familias que se hallan en los dos o tres deciles inferiores claramente han retrocedido en forma relativa y quizá absoluta, desde que se inició el "milagro mexicano"<sup>9</sup>

### 3.2.- El Modelo Neoliberal y el Aumento del Alcoholismo en México.

Este período abarca desde 1983 hasta 1992, se da en dos sexenios: el de Miguel de la Madrid, quien desde su mandato empieza a abrir las puertas a los mercados extranjeros para que haya mayor competencia entre ellos y el mexicano, y el de Carlos Salinas de Gortari, el que establece una gran apertura comercial entre México y el resto del mundo, a través del Tratado de Libre Comercio.

A la entrada de Miguel de la Madrid a la presidencia de México, la crisis del 82 no fue una coyuntura o un momento pasajero, sino la manifestación estructural de desequilibrios y resquebrajaduras anteriores que dentro del contexto más amplio de la crisis generalizada del capitalismo a nivel mundial nos manifiesta el colapso definitivo del proyecto nacional de modernización basado en la industrialización sustitutiva.

Por otro lado, en este período, México entra al Acuerdo de Aranceles y Comercio (GATT), y se establece la política de calidad y de productividad (políticas japonesas) para los trabajadores mexicanos, queriendo y creyendo que a través de éstas se incrementaría la producción en la mayoría de las empresas nacionales.

En éste gobierno se trataría de corregir la inflación, la inestabilidad cambiaria y la escasez de divisas, así como proteger la planta productiva y el empleo para prevenir tensiones sociales.

Seguidamente, se impulsaron una serie de iniciativas jurídico-administrativas tanto para agilizar las medidas gubernamentales de manejo de la crisis, como para consolidar a las fracciones en el bloque de poder.

---

<sup>9</sup> Aldás Dávila, Francisco. Del Milagro a la Crisis. Editorial Fontamara. México, 1995, Pp. 298.

La disminución de gasto gubernamental, presuntamente hecha para desalentar la inflación, se revelaba errática pues sólo conseguía incrementar la recesión de la planta productiva. La recesión más alta que experimentaba la economía mexicana desde los años 30 no tardó en repercutir significativamente en los salarios y en el empleo de los trabajadores.

Con la inflación del 100% en los 5 primeros meses del 83 y el miserable incremento del 15% al 20% en los salarios, la represión económica emprendida realizaba en los asalariados un verdadero desfaldo de su fuerza de trabajo. Por otro lado, el incremento del desempleo abierto estimado en un 13% para 1983 y la amenaza de cierres y despidos de trabajadores permitió a los empresarios maniobrar hábilmente para intensificar el trabajo sin la correspondiente respuesta combativa de los asalariados.

En realidad lo que se estaba haciendo era fortalecer a los sectores comerciales y financieros monopólicos internos para anudar con el capital extranjero una alianza más estrecha que conjugaría la crisis productiva mexicana liquidando a las empresas ineficientes en su lucha por los mercados.

Por parte de la sociedad civil, ésta asimiló el impacto de la crisis económica y ésta no tuvo expresión directa en una crisis social o política inmediata, sin embargo se dieron ciertos indicios de descomposición social y de resquebrajamiento político. Desafiando las amenazas del gobierno se jugaba con las necesidades populares a sabiendas de que, en una economía de libre mercado, los controles de los precios son una quimera. Todo ello iba fermentando tensiones sociales reprimidas que en cualquier momento podrían desbordarse.

En las urbes, el clima instaurado por la recesión económica y la inflación erosionaron la moral social y las ansias de sacar ventaja de los más incautos, propiciaba un verdadero ambiente de psicosis y de tensión social que llenaba de inseguridad a los sectores altos y medios de la población, los que percibían la rápida descomposición social de los sectores marginales y lumpen proletariados.

Este es el caso del incremento del alcoholismo, debido a la gran inestabilidad, inseguridad e incertidumbre que vivía la sociedad mexicana, especialmente las clases medias y marginadas, que eran quienes mantenían el peso de la crisis.

Su única fuga, entonces, fue el alcohol. Con esto hubo un considerable aumento de alcohólicos en México y, con ello, mayor demanda de servicios: hospitales, terapias, médicos especializados en ésta enfermedad, etc.

**Cuadro 8: Tasas de Crecimiento de la industria de bebidas alcohólicas en relación a la industria manufacturera, alimentos bebidas y tabaco, cerveza y malta y producción de tabaco en los años de 1980-1987.**

Conceptos	1983	(%)	1985	(%)	1987	(%)
Manufactura	11.56	100	11.40	100	-3.27	100
Alimentos, Bebidas y Tabaco.	3.19	27.7	5.27	26.2	0.36	27.2
Bebidas Alcohólicas	2.2	13.6	-3.53	13.4	-3.43	13.9
Cerveza y Malta	-20.6	13.6	11.66	13.4	11.03	13.9
Refrescos y Aguas c/gas	-1.06	9	4.30	8.9	-6.65	8.3
Tabaco	-10.52	4.9	12.62	5.2	-7.1	4.8

Fuente: INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales, 1981-1987.

El índice de crecimiento de la industria alcohólica (tanto de bebidas alcohólicas como de cerveza) en el período 1980-1987 fue importante. Esto podría deberse a la situación de inestabilidad que vivió el país durante esa época, pasando por la crisis de 1982 y la entrada de Miguel de la Madrid a la presidencia, así como también su política de apertura al comercio mundial con la entrada de México al GATT, y la falta de empleos y de oportunidades que existían en ese momento.

Por otro lado, en el campo, la recesión tuvo menor impacto y la producción agropecuaria hasta se recuperó de su caída en 1982, no obstante, en las regiones de economía campesina los productores siguieron empeorando sus condiciones ya precarias por lo que el gobierno para no perder su base de sustentación política más sólida pensó en reestructurar sobre otras bases el llamado Sistema Alimentario Mexicano (SAM) e incrementó moderadamente los precios de garantías de los productos agrícolas.

En los meses de mayo y junio, de ese mismo año, dadas las crecientes dificultades para el despegue de la economía los estragos fueron sentidos por las clases sociales más dinámicas del país los obreros industriales, los asalariados y profesionales de la empresa privada y por las burocracias asentadas en los sectores modernos del país. Las tensiones sociales fueron creciendo y las demandas por mejorar en las condiciones de vida fueron haciéndose opinión pública.



De ésta forma, tampoco se olvidaba en éste trance una alianza más estrecha con la burocracia política tendría que ser muy bien cuidada y era preciso seguir manteniendo a todo precio el apoyo de los sectores obreros, campesinos, medios y populares a partir de aumentos salariales, reformas administrativas y de justicia, proyectos y programas de apoyo al agro, al empleo, a la vivienda, a la educación e insistiendo en la renovación moral y en el nacionalismo revolucionario para que los grandes sectores mayoritarios de la nación aceptaran la crisis y el doloroso ajuste, que abriría las puertas del país dinámica de la economía mundial a la esperanza o a la ilusión en ese momento en profunda recesión.

A mediados de 1984 la política económica encaminada al pago de la deuda externa seguido por el gobierno de México se había dado en vano. Las renegociaciones unilaterales para sacar la economía a flote no habían sido suficientes para neutralizar las altas tasas de interés que seguían encareciendo los créditos y la inflación continuaba presionando sobre los ingresos de la población.

Fue necesaria la acción política y las constantes presiones de los sectores más golpeados por la misma (los obreros, los sectores medios y populares y los profesionales quienes junto con los campesinos, dentro de la legalidad e insitucionalidad vigentes, externaron sus protestas) para ir poco a poco desmoronando el Bunker en el que se escudaban. Así fue como el primero de mayo se manifestaron en contra de la misma y para que no quedara duda, manifestaron por escrito su rotundo no a la política equivocada del gobierno un mes y medio después.

Para los años de 1984-1985, según los datos periódicos de la Banca, los ahorros crecieron constantemente, pero con las altas tasas inflacionarias los beneficios del dinero a intereses, fueron devorados por la inflación más alta que los réditos alcanzados y que percibieron, de todos modos, no les quedaba otra alternativa que convertirlos en dólares o gastarlos rápidamente en viajes o diversiones. Los sectores obreros y populares, que por definición no ahorran pero si gastaron más de lo que se les remunera por la riqueza que aportan al país, en definitiva fueron los que continuaron soportando todo el peso de la inflación y de la recesión de la economía que continuaba su vertiginoso y sostenido ascenso para comienzos de 1985.

El incremento del gasto productivo generaría empleos e incrementaría el salario sin causar presiones inflacionarias. Con ello, las condiciones férreas del ajuste pactadas con el FMI se fueron aflojando y ésta batalla de la fracción de burguesa industrial hegemónica en descenso siguió reinando por un tiempo más sobre las fracciones comerciales, industriales y financieras monopólicas y sus burocracias e intelectuales orgánicos.

Vendrían en poco tiempos nuevos ajustes luego de la tregua en los que la lógica del capital financiero y de los industriales y comerciantes monopólicos acelerarían los ajustes para un ordenamiento más eficiente y racional de la economía y de la política. Ambos necesarios para una mayor concentración y centralización del poder y de la riqueza en México que prepararía a los más poderosos para competir abiertamente en los nuevos espacios mundiales que se abrían. Así, la estrategia recesiva del FMI que había ayudado a los países desarrollados a realizar sus procesos de ajuste tecnológico, pasándoles la factura a los países en desarrollo, era el caso patético de México, se trocaba en una nueva ideología que fundamentaría la necesidad de adecuar las estructuras productivas obsoletas e ineficientes a los cambios mundiales que se avecinaban. La culpa ya no la tenía el gasto gubernamental sino las políticas proteccionistas, la actividad contraproducente de participación del Estado en la economía y en la reglamentación excesiva de la Inversión Extranjera Directa.

Se trataba de sacar en las economías en desarrollo ya sañeadas de sus deudas, la raíz del mal, mediante la liberación comercial, la privatización de las empresas estatales, luego se flexibilizarían las leyes para la entrada de las inversiones extranjeras y la Ley del Trabajo. El neoliberalismo aparecía con su nueva cara en los círculos financieros internacionales y estaba dispuesto a hacer cumplir la nueva receta si los países en desarrollo querían tener acceso a la inversión extranjera directa que sería la salvación de sus economías maltrechas.

Estas ideas estaban en la base del Plan Baker que se propuso en la reunión anual del FMI en octubre de 1985 en Seúl y que México adoptaba como programa de liberalización comercial y buscaba así un nuevo apoyo para la salida de la crisis de la deuda. En todo caso, la tendencia al mayor acercamiento de México a los Estados Unidos se profundizaría.

Ya se disponía de un nuevo mito, el de la liberación comercial que traería el progreso a las naciones y remozaría sin más a las envejecidas estructuras productivas aún adaptadas a los nuevos cambios tecnológicos mundiales. Así pues, el antiguo mito, el embrujo, el ceremonial, y el ritual al que México se había sometido con paciencia para salir de la crisis, mediante la crisis a la que condujo el ajuste, gracias a las sugerencias de la burocracia allegada a los centros financieros monopólicos y en detrimento del pueblo, se estaba ya rompiendo en la realidad y el discurso político gubernamental ya lo había captado. Por lo que se confeccionaba para el consumo interno del pueblo una nueva ideología, la de la nueva modernización y apertura al mundo con lo que se alcanzaría el desarrollo y progresos sociales.

Es así como el 25 de julio de 1986, México entró definitivamente al Acuerdo sobre Aranceles y Comercio (GATT), como parte del proyecto neoliberal de Miguel de la Madrid, con esto se consolidó el programa de apertura comercial.

La economía entraba en una nueva fase de recesión y de inflación galopante.

La derrama de dólares que el Banco de México efectúa para detener la fuga de capitales, para apaciguar la creciente demanda de divisas para reducir los pasivos por parte de las empresas y para cubrirse de las expectativas de la devaluación, así como, los pagos a los acreedores disminuyeron las reservas del Banco de México, dándose fuertes presiones en la balanza de pagos que hicieron insostenibles para la economía del país mantener la paridad cambiaria. En ésta situación el organismo bancario anuncia su retiro del mercado y sobreviene la devaluación de un 35% en noviembre de 1987.

El panorama económico ya árido sufrió un nuevo deterioro, se subieron las tasas de interés en afán de contener la fuga de capitales del país, lo que incrementó la inflación que, con las presiones de compras masivas, que se dan durante la época decembrina, se calculaba que llegaría al 450% a finales de enero de 1988 pero ésta sobrepasó esa previsión en un 15%.

La nueva ideología modernizadora bautizada también como "Reconversión Industrial", iba ya abriéndose campo en el contexto socio-cultural mexicano, justificada por la necesidad de mayores montos de inversión, bajo el impulso de los capitales internacionales, para aumentar las exportaciones de México al mercado más grande del mundo, con lo que se lograría un nuevo despegue y crecimiento que generaría progreso y bienestar para los sectores sociales mayoritarios del país. Entre tanto, era preciso pagar el precio de un nuevo ajuste económico y de una nueva fase de apertura que recaería, una vez más, sobre la grande mayoría silenciosa que volvería a embelezarse con el nuevo canto de la sirena, orquestado desde las cimas del poder. Vemos, de ésta manera, como las condiciones económicas y políticas afectan a la sociedad, es decir, el grado de inseguridad durante todos estos años ha sido muy grande, en cuanto a falta de las más mínimas condiciones de bienestar para la mayoría de la población, como por ejemplo, salud, vivienda, empleo, educación, etc. por lo que el individuo recurre a la fuga a través del alcohol. Es así como el papel del Estado es proporcionar a la sociedad las armas para prevenir las enfermedades que podrían causarle graves consecuencias al individuo mismo y a la sociedad, debido a los altos costos que pueden originar.

Es así como en el gobierno de Miguel de la Madrid se intentó hacer algo por prevenir el alcoholismo:

...." Acerca de éste grave problema de salud pública, periódicamente se han venido realizando en nuestro país diversos eventos de carácter científico, especialmente médico, cultural, social, político o administrativo, y aún los ha habido de tipo internacional como el de la junta de la Asociación Mundial Antialcohólica que tuvo lugar el 4 de octubre de 1959, pero ninguno le ha igualado en significación al Seminario sobre el Alcoholismo en México, organizado conjuntamente por la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Durante la semana comprendida entre el 14 y el 18 de noviembre de 1984, se realizaron quince sesiones dedicadas al análisis del alcoholismo en sus aspectos históricos, antropológicos, sociológicos, económicos, agrícolas, industriales, comerciales, fiscales, médicos, psicológicos, criminalísticos, laborales, epidemiológicos, de salud pública, preventivos, de seguridad social y publicitarios, en cuyo análisis y recomendaciones participaron sesenta destacados representantes de treinta instituciones, organismos, dependencias y asociaciones que en una u otra forma tienen relación con esta lacra que afecta a todos los estratos de la vida nacional "10

Así también, en el gobierno de Miguel de la Madrid se crea el Centro de Documentación sobre el Alcoholismo en México.

...." Sólo porque se trata de una enfermedad social y humana que flagela día a día y en todos los niveles a los hogares mexicanos, hemos de insistir en la necesidad de que el actual gobierno de la República que preside el Lic. Miguel de la Madrid, incluya de modo prioritario en su programa de labores, medidas destinadas a refrenar el alcoholismo, como parte del compromiso que tiene de llevar a cabo la renovación moral de la sociedad, comenzando con la instalación, funcionamiento e impulso de un Centro de Documentación sobre el Alcoholismo en México, toda vez que ni siquiera se conocen datos estadísticos verdaderos acerca de los daños y perjuicios que ocasiona, por ejemplo, como generador de delitos y en menoscabo de la economía nacional "11

Finalmente, se propuso la enseñanza antialcohólica obligatoria ya que se llegó a la conclusión de que los estragos del alcoholismo eran funestos, no sólo en el individuo que es adicto a la bebida, sino en su propia familia y en la sociedad misma. Para todos, es un azote devorador que avanza día

---

10 Román Celis, Carlos. El Alcoholismo en México: IV. Historia y Legislación. México, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C., 1984, Pp. 342 y 343.

11 Román Celis, Carlos. Pp. 342 y 343.

a día, paulatinamente, ante la indiferencia de aquellos que tienen el deber de quienes podrán participar en la proscripción de un enemigo que ahoga todo principio de vida superior y verdaderamente humana.

Por otro lado, las condiciones que existían al iniciarse el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, fueron el establecimiento del Pacto para la Estabilidad y el Crecimiento Económico (PECE), el cual era el mismo acuerdo que había establecido Miguel de la Madrid, con los sectores obrero, campesino y empresarial. Este, entonces, es la continuación del pacto anterior pues viene a reforzar la política de estabilización, cuyos resultados en términos de bajar la inflación habían sido muy alentadores. Sin embargo, éste se daba dentro de un nuevo contexto de significación esperanzadora que el nuevo presidente se encargaría de evocar en su discurso de toma de posesión.

Después de la crisis y del sacrificio económicos que el pueblo de México había soportado con la dura etapa de ajuste que le tocó encarar al anterior gobierno con responsabilidad y claridad estratégica, se creía que, había un Estado más eficaz, una economía más sana, libertades intactas y una más vigorosa vida política y se avanzaba hacia el cambio, hacia la modernización de México, pues ésta era indispensable para poder atender las demandas de los 85 millones de mexicanos de hoy, a los que se sumaran diez millones de mexicanos más en los próximos seis años.

Con esto se invitaba de nuevo el primero de diciembre de 1988, al pueblo de México a reanudar el pacto original con tres promesas del gobierno en turno que reanudarían y complementarían los anhelos de la revolución mexicana, a saber: la ampliación de la vida democrática del país, la recuperación económica y la estabilidad y el mejoramiento productivo del bienestar popular.

El nuevo pacto reforzaría los ajustes anteriores para consolidar el saneamiento de las finanzas públicas, controlaría los precios y salarios para el abatimiento de la inflación e instrumentaría un programa económico de transición para fortalecer la capacidad negociadora del país y poder así concertar con los acreedores internacionales mejores condiciones para pagar la deuda, ello garantizaría la estabilidad futura del país.

Por su parte, la actividad exportadora se mantuvo constante convirtiéndose en la más importante fuente de generación de divisas, no obstante, las tasas de interés, necesarias para atraer capitales foráneos, resultaron ser demasiado altas y onerosas para las finanzas gubernamentales lo que provocó para mediados del año una etapa de incertidumbre sobre los beneficios del pacto que se incrementó, cuando el gobierno decidió junto con los sectores firmantes renovarlo por segunda vez. El ritmo creciente de las importaciones, favorecido por la dinámica económica y reforzado por la subvaluación del tipo de cambio, provocó un continuo deterioro de la balanza de pagos y las

presiones sobre el tipo de cambio volvieron a crear desconfianza sobre las medidas estabilizadoras, razón por la que el gobierno aceleró las negociaciones con el FMI para garantizar un mediano crecimiento gracias a una reducción de la transferencia de recursos por pago de la deuda y de sus intereses.

Por fortuna la firma del acuerdo para la negociación de éstos, anunciada el 23 de julio de 1989 en su Mensaje a la Nación, permitiría la liberación futura de recursos para destinarlos al fomento de la actividad productiva lo que fue desvaneciendo poco a poco las dudas que se tenía sobre lo acertado de las medidas de política económica.

De éste modo, la estabilización siguió su marcha alentada por la Definición de los términos y condiciones de la renegociación de la deuda y por el anuncio oficial de una nueva era de cooperación y amistad entre México y los Estados Unidos hecho por el presidente mexicano ante el Congreso de Estados Unidos a comienzos de octubre de 1989.

Por otro lado, se renovó el PECE por tercera vez sin mayores variaciones en sus objetivos, el 3 de diciembre de 1989 y duraría hasta el 27 de mayo de 1990.

En los inicios de 1990 se vivieron los tiempos más complicados del año pues la actualización de los precios del sector público provoca una ligera aceleración de la inflación (de 3.4% en diciembre de 1989 al 4.8% en enero de 1990). No obstante, con el crecimiento de la actividad económica, facilitada por las expectativas de la culminación de la renegociación de la deuda, la tendencia estabilizadora continuó, a su vez, la balanza fiscal tuvo un saldo positivo en las cuentas operacionales y el tipo de cambio experimentó una relativa estabilidad lo que amplió el horizonte para un crecimiento más dinámico a mediano plazo de la economía mexicana. La confianza perdida fue recuperándose, cuanto y más que el gobierno pudo bajar las tasas de interés que había mantenido altas para contrarrestar la fuga de capitales y fomentar el ahorro interno, ante la carencia de crédito externo para corregir los déficits fiscales.

Ello dió al gobierno un mayor nivel de maniobra para acelerar el crecimiento económico y convencer interna y externamente a los que dudaban del éxito del ajuste. Se aprovechó de la coyuntura para impulsar la estrategia de integración de México a la economía norteamericana mediante la negociación de un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y luego con el Canadá. Lo que reforzaría la nueva era de amistad y la modernización emprendidas.

El aumento de los precios del petróleo, a consecuencia de los acontecimientos del Golfo Pérsico, los alicientes al comercio exterior de bienes y servicios, la presentación del Programa de Ciencia y Tecnología, la formalización de los acuerdos con la banca comercial para la renegociación de la

deuda externa del país, la firma del paquete financiero que representaría un alivio de un poco más de 4 mil millones de dólares en promedio anual de 1990 a 1994, la presentación del Programa de Intercambio de la deuda pública por capital y el anuncio de la desnacionalización de la banca que se dieron a lo largo de los 6 primeros meses de 1990, aumentaron la confianza de la iniciativa privada nacional e internacional en la estabilidad del país y se inició un nuevo retorno de capitales.

Otro factor que influyó para que el gobierno de CSG tuviera legitimidad, especialmente con el sector empresarial, fue la política de la elevación de la calidad y de la productividad con la filosofía de los japoneses, el cual nada tiene que ver con la situación de los trabajadores mexicanos, pero que se les vendió la idea como la mejor opción para incrementar la productividad de la empresa. Esto con el fin de establecer una competencia entre las empresas mexicanas, las norteamericanas y canadienses.

En cuanto al alcoholismo, el Plan Nacional de Desarrollo que corresponde al gobierno de CSG, tenía por objetivo el proporcionar a la población del mínimo de bienestar: salud, empleo, vivienda, educación, etc.

El PND habla de la seguridad social y el objetivo de ésta, que es proporcionar dicho servicio a la población, en general.

Es así como la salud es entendida, por el Estado Mexicano como:

..." La salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo.

La salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos"<sup>13</sup>

Es así, como vemos que la definición que ofrece el PND es la misma que nos da la Organización Mundial de la Salud, donde ésta es una utopía, y donde el papel del Estado lo es también. De ésta forma, el gobierno de CSG nunca pudo acercarse a la definición de salud en la implantación y promoción de ésta.

---

<sup>13</sup> Salinas de Gortari, Carlos. Plan Nacional de Desarrollo, México, 1989, Pp. 104.

Para proporcionar la salud es necesaria la seguridad social y el fin de ésta durante el sexenio de CSG era:

..." La asistencia y la seguridad social complementan a la salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social en ésta materia.

La seguridad social atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación.

La mayoría de los mexicanos tiene acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud, y se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población. <sup>14</sup>

El objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios "<sup>15</sup>

De ésta forma, es como vemos, que los objetivos del gobierno de CSG, en cuanto a la implantación y distribución de la salud son unos y la realidad es otra.

Como podemos ver, el interés, tanto de éste gobierno como de los anteriores fue el crear todas las condiciones necesarias para que la clase dueña de los medios de producción (clase empresarial) se pudiera desarrollar en nuestro país, no importando las condiciones de explotación en las que pudiera vivir el trabajador de las clases más desprotegidas y marginadas.

Poca fue, también, la importancia que el Estado pudiera dar a la Seguridad Social y a los problemas de salud que el trabajador pudieran adquirir, es así como a lo largo de éste sexenio y de los que lo precedieron, poco se hizo por concientizar a la población acerca de lo que es el alcoholismo y cómo enfrentarlo cuando se adquiere.

No ha existido, hasta la fecha, una educación antialcohólica que se de desde la educación elemental, hasta la educación preparatoria y/o profesional.

Pocos son los hospitales públicos y privados que ofrecen un tratamiento al enfermo alcohólico y a sus familias, dañadas también por la enfermedad. Existen pocos, también, médicos especializados que ofrezcan ayuda en un caso de emergencia.

---

<sup>14</sup> Salinas de Gortari, Carlos. Plan Nacional de Desarrollo. México, 1989, Pp. 104.

<sup>15</sup> Salinas de Gortari, Carlos. Pp. 104



Es así, como vemos, que el problema del alcoholismo está muy difundido en nuestro país, debido a la gran tolerancia que hay hacia éste, pero muy poca es la posibilidad de ayuda y de salida a la enfermedad.

Encontramos también que el número de defunciones por las consecuencias del alcoholismo es muy grande, al igual que por homicidios y accidentes automovilísticos.

De la misma forma sucede con los delitos que van desde el robo hasta el homicidio, pasando por las violaciones.

En el cuadro 9, se muestran las principales causas de mortalidad en México, entre las que encontramos en los primeros lugares se encuentran los accidentes automovilísticos causados, principalmente, por el exceso en el consumo de bebidas alcohólicas, otra de las causas con mayor mortalidad es la cirrosis hepática y los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, que son causados, también, por el excesivo consumo de bebidas embriagantes.

**Cuadro 9.- Tasas de Mortalidad y Participación Relativa de las defunciones por Alcoholismo y Afecciones Relacionadas con el Alcohol a Nivel Nacional, 1990.**

Causa de Defunción	Absolutos	Participación Porcenual	Tasa Específica
<b>TOTAL NACIONAL</b>	422,803	100.0	517.43
Alcoholismo	2,586	0.61	3.14
Psicosis Alcohólica	71	0.02	0.09
Congestión Alcohólica	1,755	0.42	2.15
Gastritis Alcohólica	61	0.01	0.07
Cirrosis Hepática Alcohólica	9,578	2.27	11.72

Fuente: INEGI, DGE, Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, 1990.

En el cuadro 10, se muestra los delitos más comunes, cometidos bajo la influencia del alcohol o bajo el efecto de otra droga.

Sin embargo, queremos hacer notar que el alcohol es la droga legal más utilizada por los delincuentes ya que es de fácil acceso y a éste ingresan desde muy temprana edad (12 años).

También, podemos mencionar, que el alcohol es la puerta de entrada a otras drogas, así es que con él se inician los futuros drogadictos.

**Cuadro 10.- Presuntos Delincuentes Registrados en los Juzgados de Fuero Común en el Distrito Federal, 1987.**

Delito	Total	Estado en que se encontraba		
		Con aliento alcohólico	Ebrio	Bajo la influencia de otra droga.
TOTAL	17,701	881	2,860	164
Lesiones	4,768	290	587	27
Robo	4,095	283	495	82
Homicidio	596	39	86	10
Abuso de Confianza	132	-----	3	-----
Fraude y Estafa	426	3	6	-----
Rapto y Estupro	87	3	6	-----
Daño en Propiedad ajena.	3,444	142	1,103	14
Violación	417	22	52	4
Otros delitos no especificados.	25	4	3	1

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, INEGI, 1987.

Finalmente, en el cuadro 11, vemos las principales causas de muerte en la población mexicana, a la vez de los años perdidos en vida.

Es importante resaltar la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, así como los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona.

Estas, comúnmente, se deben al alto grado de alcoholismo que vive la población mexicana y que es pacíficamente aceptado por ella.

**Cuadro 11.- Defunciones Generales, Años Potenciales de Vida Perdidos y Edad Promedio a la Muerte, según 10 principales causas. Estados Unidos Mexicanos, 1990.**

Causa	Volumen	Tasa	Edad Promedio a la Muerte
Enfermedades del Corazón	52,999	65.23	79.39
Tumores Malignos	41,168	50.67	61.06
Accidentes	39,400	48.49	35.00
Diabetes Mellitus	25,782	31.73	66.16
Ciertas infecciones originadas en el período perinatal.	23,063	28.39	0.50
Neumonía e Influenza	22,205	27.33	33.95
Enfermedades Infecciosas Intestinales.	22,198	27.32	22.07
Enfermedades Cerebro Vascular.	19,760	24.32	70.84
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	17,902	22.03	54.18
Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente p/ otra persona.	14,497	17.84	33.66
Distritmia Cardíaca	6,743	8.30	71.03
Signos, síntomas y Estados mal definidos.	9,718	11.96	50.91
Las demás causas	127,372	156.77	43.07

1.- Tasa por 100,000 habitantes

2.- Edad promedio de las defunciones ocurridas por una causa específica respecto al total de defunciones.

Es así, como a través de los cuadros 9, 10 y 11 demostramos que el alcohol es causa de serios problemas sociales, tales como homicidios, accidentes de tránsito o cirrosis hepática, una de las muertes que ocupan los índices más altos dentro de la mortalidad por enfermedad en México.

Por tal motivo la urgencia de establecer una creación y difusión de políticas preventivas que sean impartidas como una educación antialcohólica, que aliviará y disminuirá en gran proporción los problemas que la bebida causa.

El deber de crear y difundir las políticas preventivas, que se acerquen a la realidad y no a la utopía como las que conocemos, es obligación del Estado a través de la seguridad social.

Será, entonces, tarea del capítulo 4 hablar sobre la seguridad social y, específicamente de las políticas preventivas contra el alcoholismo, que ha creado el Estado durante el trienio 1989-1992 y tres diferentes opciones que ofrecen ayuda a los que padecen ésta terrible enfermedad: la del sector público, la del sector privado y la de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

#### Capítulo IV: Alcoholismo y Seguridad Social.

A lo largo de los capítulos anteriores, hemos visto como el alcoholismo ha sido conceptualizado por la mayoría de la población mexicana como un vicio y no como una enfermedad, esto se debe a la ignorancia que existe sobre el tema a nivel de la gran mayoría de los habitantes de México.

Por otro lado, hemos visto también, como ésta enfermedad surge desde la misma aparición del hombre sobre la tierra, donde primero fue utilizado en rituales que permitían el uso y hasta el abuso de él, además de haber sido visto a lo largo de la historia: como alimento ó como medicamento, entre otros usos. Sin embargo, su aparición como enfermedad mental y su incremento como tal tiene muy poco tiempo, es decir, ésta aparece como una fuga por la cual puede escapar el individuo de sus problemas económicos, de sus tensiones laborales, familiares, psicológicas, escolares, etc.

Pero no siempre ha sido así, a través de la historia de México, encontramos, que el alcoholismo estaba prohibido en la sociedad azteca, ya que estaba penado hasta con la muerte; pero al llegar los españoles a conquistar y colonizar la antigua Tenochtitlán, dieron una amplia permisividad para que los indígenas bebieran todo lo que quisieran, esto, con el fin de mantenerlos idiotizados y sin ninguna capacidad de cuestionamiento. Al pasar el tiempo, el alcohol ha ido formando parte de nuestra cultura, como hemos visto, poco se ha hecho por crear un conocimiento en la mayoría de la población, al contrario, se ha fijado más la idea de que el alcoholismo es un vicio y que con un poco de voluntad se evitará el volver a caer en las garras de éste.

Es así, como pocos son los afortunados en saber que esta es una enfermedad mental y que existen posibilidades para obtener una recuperación, pero con una debida atención y, sobre todo, a tiempo. Como hemos visto, el alcoholismo se viene dando e incrementando como una enfermedad mental desde el siglo pasado cuando hay un cambio económico, político, cultural y social en la Inglaterra de la "Revolución Industrial". En México, como vimos en el capítulo anterior, este incremento se da en este siglo con el cambio de modelo económico y así, también, los cambios que surgen con éste: económico, político, cultural y, por lo tanto, lo social.

Ante esta situación de cambio económico corresponde al Estado crear la Seguridad Social, tanto en la Inglaterra de la "Revolución Industrial", como en el México de los años 40. ¿Para qué? Pues para establecer una prevención, en el caso del alcoholismo, que ofrezca un conocimiento verdadero a la mayoría de la población y no mantener en la ignorancia y en la especulación a ésta.

Es función, entonces, de la Seguridad Social establecer los lineamientos para que haya una política preventiva hacia el alcoholismo y, más que nada, el difundir una cultura antialcohólica, basándose en dar un conocimiento de las causas y las consecuencias de la enfermedad a toda la población.

Hablar de la Seguridad Social, de las políticas preventivas contra el alcoholismo y de diferentes programas que han ayudado a muchos individuos que han sufrido esta enfermedad, será tarea de este capítulo.

#### 4.1.- Estado, Salud y Capitalismo.

Como hemos visto a lo largo de los dos capítulos anteriores, el alcoholismo es una enfermedad que está muy relacionada con la educación que la sociedad nos impone, es decir, la cultura que nos es inculcada, desde pequeños, para hacer determinadas cosas que son aceptadas por la sociedad. También hemos visto, que es una tendencia biológica con la que el individuo ya nace, es decir, una predisposición; sin embargo, la falta de una educación antialcohólica, y/o el apoyo de la sociedad y del Estado hacia el alcohol han hecho que la cantidad de individuos que sufren este mal se incremente.

Hemos visto, también, que existe una relación directa entre crisis económicas, políticas y culturales e incremento del número de alcohólicos en la sociedad. Debido a la angustia que producen tales crisis y que el medio más inmediato para fugarse es el alcohol.

De ésta forma corresponde a éste capítulo analizar la interrelación que hay entre el Estado, la salud en el modo de producción capitalista. Pero ¿qué relación hay entre los tres?

Sabemos que el Estado va a crear diferentes aparatos ideológicos para así establecer un control a la población, tanto de la clase dueña de los medios de producción como de la clase vendedora de su fuerza de trabajo. Uno de estos aparatos ideológicos del Estado, es la Seguridad Social y, dentro de ella, existen más divisiones que harán que la misma cumpla con la función que el Estado le ha asignado.

Dentro de la sociedad capitalista, entonces, la salud es un eje político, ya que a ésta sólo tiene derecho la clase trabajadora y bajo el concepto de salud que va a crear y a aplicar el Estado en todos y cada uno de los miembros de la clase subalterna.

Es así como se pretende convertir a la salud en un eje político en el más amplio sentido del concepto, es decir, implicando en el proceso salud-enfermedad las acciones de los conjuntos sociales, en particular de los trabajadores.

... " La concepción de salud no aparece generada en abstracto, es producto de un proceso social e ideológico en el cual la salud aparece tempranamente como objetivo social de los trabajadores y a veces como objetivo directo de sus luchas sindicales y políticas "<sup>1</sup>

Así pues, todo concepto es producto de un proceso social e ideológico. El Estado crea sus aparatos ideológicos y los introyecta a la sociedad es así como la salud y todo el aparato que la rodea (Institucionalización de la Seguridad Social y del Modelo Médico Hegemónico), pertenecería a los aparatos ideológicos del Estado el cual va a cumplir con una función muy específica: dar protección y bienestar a la clase trabajadora, esto es según el concepto que tiene el Estado y la clase dueña de los medios de producción, sin embargo la realidad es otra muy distinta a lo que podría ser el objetivo del Estado.

El Estado crea la seguridad social y el concepto de salud sólo para explotar más a sus trabajadores y para legitimar las enfermedades que la misma explotación causa.

En cuanto a los procesos de salud, Franco Basaglia continúa diciendo:

En cuanto a los procesos de salud, se menciona que:

... " La salud de los trabajadores nos refiere de ésta manera a una comprensión mayor de los procesos de salud, ya no como la visión profesionalizada del personal de salud, sino como un proceso del cual la práctica médica es sólo una parte del conjunto de las prácticas sociales, y que además refiere necesariamente a los procesos estructurales donde esta práctica, la enfermedad y la salud de los conjuntos sociales se determinan.

Tradicionalmente la enfermedad ha sido aceptada como patrimonio de la práctica médica. Gran parte de la acción médica específica ha estado encaminada funcionalmente a negar las determinaciones sociales e ideológicas, tratando de fundar una mirada autónoma "<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Basaglia, Franco. La salud de los trabajadores: aportes para una política de salud, 2a ed. , México, Nueva Imagen, 1980, Pp. 129.

<sup>2</sup> Basaglia, Franco. Pp. 129

Es así como el Estado, a través de la seguridad social y del Modelo Médico Hegemónico, dará a las enfermedades una causa totalmente independiente de lo que rodea al individuo, es decir, aislará a la enfermedad del entorno laboral, social, familiar, económico, político, etc. en donde el individuo se desarrolle.

#### 4.1.1.-El Modelo Médico Hegemónico (MMH)

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) es donde comienza a operar la clase dueña de los medios de producción además del Estado, es decir, es como la puerta de entrada a ése complejo mundo de los médicos: desde los engorrosos trámites burocráticos hasta el lenguaje técnico que utilizan los mismos para explicar el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad.

Sin embargo, aunque todo eso parezca muy simple tiene un gran fondo ideológico, político, educativo y económico. Es decir, mientras menor sea el grado de conocimientos de una persona mayor será la respuesta a los objetivos de el MMH y de la clase dueña de los medios de producción y del Estado.

Pero ¿qué es el MMH?

.... " El Modelo Médico es una construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (básicamente el médico) como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. El MMH es, en consecuencia, una construcción que supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo.

La salud de los trabajadores, el manejo de la salud y enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfermedad por los conjuntos sociales y por la práctica médica son parte de esa construcción dinámica que denominamos MMH "<sup>3</sup>

Por otro lado, el MMH se maneja autónomamente y no permite que los diferentes sectores sociales se involucren en él, de tal forma, que el MMH define a las enfermedades como algo que no es propiciado por la sociedad, sino que son causadas aisladamente y no tiene nada que ver con ella.

---

<sup>3</sup> Basaglia, Franco. Pp. 155



Planteada la salud y sobre todo la enfermedad como área autónoma por el modelo de los médicos como escindida de las determinaciones sociales, una de las tareas "no conscientes" de la práctica y teoría médica será fundamental, extrañar, imposibilitar la participación de los conjuntos sociales como parte activa del modelo de los médicos. Se instituye para aquellos una función pasiva, en la cual se enmascaran las determinaciones sociales, y emergiendo la enfermedad como un abstracto.

Es así como la función del MMH no es prevenir, sino curar las enfermedades que la misma sociedad capitalista provoca en el individuo. Esta política causa un gran gasto público al Estado en la creación de hospitales, asilos, centros de readaptación, etc.

Pero ¿por qué el Estado prefiere invertir una gran cantidad de dinero en vez de prevenir?

La respuesta es muy simple, porque desea detentar el poder a través del conocimiento de las enfermedades y de su tratamiento, es por eso que este conocimiento no es compartido a la sociedad a través de la prevención.

La prevención vendría a ser una alternativa muy conveniente para el Estado, ya que evitaría un gran despilfarro de dinero en instituciones como hospitales, centros de readaptación e incluso en asilos; por otro lado, la población estaría educada y sabría el riesgo que corre al contraer alguna enfermedad, pero como mencioné anteriormente, al Estado y a la clase dueña de los medios de producción les interesa que la población se mantenga en la ignorancia absoluta, pero esto tiene grandes repercusiones económicas para esta clase, ya que prefiere gastar a educar porque, entonces, la educación, a través de la prevención, daría a conocer a toda la población las desventajas de las enfermedades y el cómo evitarlas.

Históricamente el MMH se instituye inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del XIX, y en los Estados Unidos en la última mitad de dicho siglo.

El MMH se instituye prácticamente a partir de la Revolución Industrial, es decir, se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de libre cambio; durante el período clásico de la constitución de la clase obrera, en los años de desarrollo de la nueva ciudad industrial; además coincidirá más adelante con el nuevo proceso de expansión colonial. El MMH no sólo se instituye con estos procesos, sino que los expresa en el área salud-enfermedad.

Los caracteres estructurales del MMH son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y la eficacia pragmática. El biologismo del MMH se caracterizará por el exclusivismo creciente de las explicaciones biológicas sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas; ésta exclusividad supondrá en los hechos la negación de

los factores sociohistóricos. Este biologismo conducirá necesariamente a las concepciones de una historia natural, es decir bioecológica, de la enfermedad donde la historia social de la enfermedad está excluida. El biologismo del modelo supone la evolución, pero no la historia de la enfermedad. Otra de las características del MMH es la asunción de lo ideológico como negativo, como opuesto a la eficacia positiva de la práctica médica.

Por último, la institucionalización y mantenimiento del MMH requiere de un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social y podríamos decir que hay un desconocimiento de la sociedad hacia cómo opera el MMH.

Esta negatividad del MMH hacia lo social e histórico aparece paradójica sobre todo en la etapa de su institucionalización. La paradoja radica en que es en ésta etapa, sobre todo entre 1830-1900, cuando en los países europeos de mayor desarrollo capitalista se generan determinados hechos sociales y económicos relacionados directamente con las condiciones de salud de los conjuntos sociales.

No sólo es el libro de Engels<sup>4</sup> sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra<sup>4</sup>; sino toda una serie de informes sociológicos de signo político o ideológico-religioso recorren Europa en ese período señalando el estado de la vivienda obrera, de la familia obrera, de las condiciones de vida y de la salud de los trabajadores, y junto a éstos informes específicos que señalan las tasas diferenciales de morbilidad y de esperanza de vida según la inserción ocupacional; estos trabajos señalan no sólo una patología de la pobreza, sino también la problemática de la asistencia de la pobreza.

Algunos de estos informes se instalan dentro de procesos que conducirán a nivel de Estado y de los grupos sociales hegemónicos a generar ciertas modificaciones en los niveles asistenciales.

Es de ésta forma como surge la Seguridad Pública, en los inicios del capitalismo industrial, pero ésta Seguridad Pública va a ser manejada por el Estado bajo la más estricta vigilancia de la clase dueña de los medios de producción y con la ideología que, tanto el Estado como ésta clase, van a generar y a introyectar a las clases subalternas, a través del MMH. A continuación describiré cómo surge la Seguridad Social en el modo de producción capitalista, cuál es su definición, su historia y finalmente cómo ha funcionado dentro del modo de producción capitalista con respecto a las enfermedades mentales.

---

<sup>4</sup> Engels, Federico. La Clase Obrera, México, Alianza Universidad, 1983.

#### 4. 2.-Estado y Seguridad Social

A través del tiempo sobre todo cuando surge la Revolución Industrial, el dueño de los medios de producción busca "proteger" a la clase trabajadora, creando para ello instituciones que cumplan con ésta función. Esta consiste, como ya vimos , en la creación de aparatos ideológicos del Estado como la educación, la religión, el derecho, entre otros , pero uno de estos aparatos es la Seguridad Social y con éste el Modelo Médico Hegemónico, del cual ya hemos hablado anteriormente.

Esta protección se da en un sólo sentido ya que los dueños de los medios de producción crearon una aparente protección hacia los obreros , ya que para quienes realmente se crea es para ellos, para poder extraer más provechosamente la plusvalía de los trabajadores.

Por otro lado, la salud pública va a responder siempre, desde su creación, a un modelo que le fue asignado y que responde también al Estado-clase dueña de los medios de producción.

Es así como encontramos que:

La salud pública basará sus actividades fundamentalmente en el desarrollo de la epidemiología<sup>5</sup>. Pero ¿qué epidemiología generan las diferentes saludes públicas? generan, como era coherente esperar dentro de la racionalidad del MMH, una epidemiología basada en indicadores biológicos, ahistóricos y asociales. Estos indicadores son, como sabemos, el sexo, la edad y la localización desprendidos básicamente de toda información social.

De hecho la epidemiología se constituye en una suerte de demografía deshistorizada; se construyen series históricas, y pirámides demográficas , las que son utilizadas no como expresión de procesos sociales, sino de procesos biológicos abstraídos de la determinación social de los mismos.

Es así como el desarrollo de ésta epidemiología corresponde a la etapa no sólo del desarrollo de nuevas teorías sobre el trabajo, sino de la implementación de nuevas condiciones de trabajo y productividad que afectarán profundamente la salud de los trabajadores.<sup>6</sup>

Es decir, la relación que existe entre la Seguridad Pública y epidemiología, tal como la concibe el MMH no es casual, sino que va a legitimar al Estado y, por lo tanto, a los dueños de los medios de producción.

---

<sup>5</sup> Epidemiología: Ciencia que estudia todo lo relativo a las epidemias, tales como causas directas e indirectas, propagación, extinción, prevención, sus efectos demográficos y económico-sociales.

<sup>6</sup> Basaglia, Franco. Pp. 215

Sin embargo la intervención del Estado no sólo va a la intervención de él en la salud pública, sino más allá, ya que es quien crea las políticas de seguridad social, ya que surge que el Estado hace suyas algunas realizaciones directas de protección a la salud; esto no sólo se expresa en lo ya señalado, sino también en las políticas de seguridad social que algunos estados establecerán en los inicios del período imperialista, y que tendrán un eco inmediato en varios de los países capitalistas avanzados<sup>7</sup>

El Estado, entonces, es quien maneja la relación salud-enfermedad en la sociedad capitalista, en éste caso, y quien determina quién está enfermo, quién amerita estar en un hospital y qué enfermedad tiene.

Por otro lado, el manejo que da el Estado a la enfermedad es diferente al que da el MMH, ya que como dice Franco Basaglia, el Estado maneja lo social a partir de un nivel de la realidad distinto del MMH, mientras éste niega o margina las determinaciones sociales el Estado las asume, no puede hacer otra cosa, y trata en función de los procesos sociales determinantes de la propia funcionalidad capitalista de establecer las medidas sociales directas o indirectas sobre salud.

No obstante éstas diferencias en el manejo de lo social, tanto del Estado, la sociedad hegemónica, como el MMH sintetizado en los conjuntos sociales comparten algunos supuestos sobre lo social. Esto será como algo dado, natural y no conflictivo.<sup>8</sup>

#### **4.2.1.-Historia de la Seguridad Social dentro del Capitalismo.**

Para entender qué es la Seguridad Social, tenemos primero que definirla, y conocer cómo funciona dentro de la sociedad.

La Seguridad Social o Salud Pública, surgió más como una necesidad de la clase dueña de los medios de producción que de la clase trabajadora misma.

Este surgimiento ha legitimado a la clase burguesa y al Estado, al vigilar la salud de los trabajadores, sin embargo ésta es la definición más conocida que se da al surgimiento de la Seguridad Social, primero en Inglaterra y después en todos los países desarrollados del mundo y finalmente en los países con un nivel menor de desarrollo, como México.

Por su parte Michel Foucault habla sobre la medicina de Estado y sus inicios.

---

<sup>7</sup> Basaglia, Franco. Pp. 217

La medicina del Estado se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre éste problema específico vale la pena mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el siglo XVII, mucho antes que en Francia e Inglaterra, lo que puede denominarse ciencia del Estado. El concepto de " Staatswissenschaft " es producto de Alemania, y bajo el nombre de ciencia del Estado se pueden agrupar dos aspectos que surgen en esa época en el propio país:

1.- Por un lado, un conocimiento cuyo objeto es el Estado: no sólo los recursos naturales de una sociedad, ni las condiciones de su población, sino también el funcionamiento general de su maquinaria política.

Las investigaciones sobre los recursos y el funcionamiento de los Estados constituyeron una especialidad, una disciplina alemana en el siglo XVIII.

2.- Por otro lado, la expresión abarca también la serie de procedimientos mediante los cuales el Estado obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento.

A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época denominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocupan por la salud de su población.

El mercantilismo no era simplemente una teoría económica, sino también una práctica política que consistía en regular las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercaderías y la actividad productora de la población. La política mercantilista se basa esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitan al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podrá costear el mantenimiento de los ejércitos y toda la maquinaria que asegure la fuerza real de un Estado con relación a los demás.

Desde ésta perspectiva, Francia, Inglaterra y Austria comenzaron a calcular la fuerza activa de sus poblaciones. Así se originan en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población que aparecieron en el siglo XVII.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Basaglia, Franco. Pp. 216

Pero tanto en Francia como en Inglaterra la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de esas tablas de natalidad y mortalidad, índice de salud de la población, y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar su nivel de salud.

En Alemania, por el contrario, se desarrolló una práctica médica efectivamente concentrada en el mejoramiento de la salud de la población. Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron entre 1750 y 1770 programas en ese sentido: fue lo que se llamó por primera vez policía médica y consistía en:

1.- Un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad que el existente con las simples tasas de natalidad y mortalidad, con base en información pedida a los hospitales y los médicos en ejercicio de la profesión en diferentes ciudades o regiones y el registro, a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

2.- Un fenómeno importante de la normalización de la práctica y del saber médico fue el de dejar en manos de la Universidad, y sobre todo de la propia corporación de los médicos, la decisión sobre la formación médica y la concesión de títulos.

Surge así la idea de una normalización de la enseñanza médica y especialmente de un control estatal de los programas de enseñanza y de la concesión de títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza por aplicarse al médico antes que al enfermo. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania.

3.- Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos.

4.- La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región, su dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere su saber. Es así como un proyecto adoptado por Prusia en los comienzos del siglo XIX forma una pirámide de médicos que incluye desde el médico de distrito encargado de una población de 6,000 a 10,000 habitantes hasta los responsables por una región mayor y una población entre 35,000 a 50,000 habitantes. Aparece en ése momento el médico como administrador de la salud.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de varios médicos en una organización médica estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse medicina de Estado. Esa medicina de Estado no tuvo por objeto la formación de una fuerza laboral adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaron en ése momento.

Así también, la Seguridad Social es definida como:

.... " Un intento del Estado capitalista por minimizar el antagonismo entre el capital y el trabajo asalariado, antagonismo que se presenta debido a que, por un lado, el capital es un producto colectivo que no puede ser puesto en movimiento sino por la actividad conjunta de todos los miembros de la sociedad, y por el otro, porque al ser trabajo asalariado, condición indispensable para que exista y se incremente el capital, el obrero recibe por su trabajo sólo una parte de valor del mismo, la cual es estrictamente lo que necesita para la mera reproducción de su vida "9

Es decir, la Seguridad Social ha sido manejada como un "derecho y un beneficio" entre el trabajo, extracción de plusvalía, y el obrero.

La seguridad social, entonces, la lucha contra los efectos de la contradicción capital-trabajo, los cuales se manifiestan tanto en la pauperización creciente de amplios sectores del proletariado como en la extenuación física y mental y en la muerte prematura de los miembros de la clase trabajadora. Sin embargo, la Seguridad Social deja de lado la lucha contra la causa principal de esa contradicción: la existencia de una estructura y organización social que permite y alienta la explotación de una clase por otra.

La Seguridad Social, al ser un factor de equilibrio entre el capital y el trabajo, actúa como mediatizador de la lucha de clases, ya que proporciona al trabajador cierta seguridad en el consumo de los artículos y servicios básicos para la subsistencia y el cuidado de la salud del obrero y de su familia cuando aquél queda sin empleo.

Por otro lado, la Seguridad Social está reconocida por organizaciones internacionales, las cuales legitiman a la clase dueña de los medios de producción y al Estado:

.... " De acuerdo con la OIT (Organización Internacional del Trabajo), la Seguridad Social constituye un sistema de conjunto que comprende una serie de medidas oficiales cuyo fin es proteger a la población o a gran parte de ésta en contra de las consecuencias de los diversos riesgos sociales como la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, las cargas de familia, la vejez, la invalidez y el fallecimiento del sostén de la familia"10

---

<sup>9</sup> Rojas Soriano, Raúl, Capitalismo y Enfermedad, México, Folios Ediciones, 1985.

<sup>10</sup> Rojas Soriano, Raúl. Pp. 85

De ésta forma la Seguridad Social es entendida como un derecho que debe tener toda persona que pertenezca a la clase trabajadora. Sin embargo, dicha protección, podríamos decirlo, opera en un sentido ya que quien verdaderamente se protege es, en primer lugar, la clase dueña de los medios de producción y el Estado. Estos se protegen, a su vez, extrayendo la plusvalía del trabajador, justificando la enfermedad que obtuvo en el trabajo que éste desempeña y que no le alcanza para reponer las calorías perdidas en el mismo. Por otra parte, se observa un deterioro creciente en la salud colectiva, quienes padecían de diversos problemas como la desnutrición, accidentes de trabajo y la patología crónico-degenerativa cuya explicación requería de una indagación en el mundo del trabajo.

De esta manera, efectivamente, había cambios en el perfil de morbilidad, pero no en el sentido esperado de un mejoramiento sensible, sino con la conformación de una problemática de salud colectiva con una mezcla de la patología de la pobreza y la riqueza. Es inútil pensar que la seguridad social protege a la clase trabajadora de las enfermedades que su mismo trabajo les causa, es decir, que es un círculo vicioso ya que el trabajo produce la enfermedad y la seguridad social la cura y así sucesivamente. Es así como el surgimiento de la seguridad social va a tener un fin determinado, pero para analizar el surgimiento de ésta, es necesario conocer cuándo y en dónde es creada la seguridad social.

La Seguridad Social surge como una institución que tendrá como objetivo la protección de las clases mayormente explotadas por los dueños de los medios de producción de la remota época de la Revolución Industrial.

Dicho surgimiento no deriva de la creación de ésta institución como tal, es decir, sin ningún conflicto social, sino al contrario, el surgimiento de la seguridad social fue precisamente la lucha de las clases más explotadas en contra de los explotadores dueños de la incipiente industria del siglo pasado.

Diversos sectores productivos de varios países se vieron obligados a organizarse para hacer frente a la creciente explotación de que eran objeto por parte del capital. Surgieron así los sindicatos, en un principio rechazados y cuyos dirigentes fueron perseguidos por la clase explotadora junto con las autoridades gubernamentales.

La lucha organizada del proletariado a través de los sindicatos se concentró en arrancar al capital diversas reivindicaciones en el aspecto económico. Lenin define la lucha económica como la lucha colectiva de los obreros contra los patrones por conseguir condiciones ventajosas de venta de la fuerza de trabajo, por mejorar las condiciones de trabajo y de vida de los obreros.



Las luchas económicas de los obreros durante el último tercio del siglo pasado dieron por resultado que en Alemania Otto von Bismarck formulara tres leyes que serían la base de los sistemas de seguridad social.

La primera ley se promulgó en 1883, y se refiere al seguro obligatorio de enfermedad; la segunda se dictó en 1884 y comprende el seguro por accidentes de trabajo de los obreros y empleados de las empresas industriales y la tercera formulada en 1889, se refiere al seguro obligatorio de invalidez y vejez.

Con estas leyes se buscaba establecer los canales adecuados para evitar que las reivindicaciones que exigía el proletariado, y que amenazaba a la burguesía rebasara los límites permitidos por el sistema capitalista. Quien administra, ahora, y en aquel entonces la seguridad social es el Estado cuyo principio era buscar restablecer la salud y otorgar prestaciones económicas a los obreros, es decir, se procuraba mantener en buen nivel de salud a la mano de obra que era ocupada en el proceso productivo, ya que ello redundaría en beneficio de la empresa.

La salud, entonces, representa un medio para ambas clases (burguesía y proletariado), pero dirigido a la consecución de diferentes fines; en el proletariado, la capacidad de continuar en el proceso productivo para obtener un salario con el cual poder subsistir; para la burguesía significa el contar con una mano de obra en condiciones adecuadas para seguirla explotando.

Es importante destacar que la seguridad social surgió en un ambiente en que imperaba el liberalismo, filosofía por antonomasia de la burguesía. Esta doctrina pugna desde su nacimiento por la defensa de la propiedad privada y considera que la libertad económica y la libre expansión de la empresa no deben ser obstaculizadas ni restringidas.

En este contexto, la doctrina de la seguridad social responde al ideal del liberalismo en cuanto que ofrece uno de los medios para que no se constriña el crecimiento de la empresa, el cuidado de la salud de la clase obrera.

De esta forma es como surge la seguridad social, dentro del capitalismo incipiente de la Revolución Industrial.

Sin embargo, y como se habla aquí, la finalidad del establecimiento de leyes protectoras de la clase explotada no va a crear en el obrero un derecho eterno a la protección de la seguridad social, sino que este derecho conlleva toda una serie de obligaciones y de situaciones que el obrero tiene que aceptar al ingresar como tal dentro de una empresa, fábrica, empleo, etc. De esta manera, el obrero debe comparar este derecho, la salud, con su fuerza de trabajo.

A continuación veremos, definiremos lo que es la prevención y qué se está haciendo por prevenir las enfermedades, tales como el alcoholismo en nuestro país.

#### 4.3.- Prevención

La prevención del verbo prevenir (en el sentido de precaver, evitar o impedir), significa evitar que algo, generalmente maligno, suceda. En este caso, evitar que se haga uso indebido del alcohol. En la medicina, la prevención consiste en desarrollar la resistencia del individuo y de su grupo a la propagación de diferentes enfermedades en la prevención del uso indebido de alcohol se trata de lograr que resistan a la oferta del mismo.

La prevención ha sido dividida en tres etapas: Prevención primaria, Prevención secundaria y Prevención terciaria.

- a). La prevención primaria, entendiéndola en el sentido correcto de la palabra, osea evitar que se haga uso indebido del alcohol;
- b). La prevención secundaria, que consiste en la detección temprana de los usuarios y la intervención para evitar que sigan bebiendo alcohol o que lleguen a ser farmacodependientes y;
- c). La prevención terciaria que es, en realidad, el tratamiento médico y la reinserción social de los farmacodependientes "recuperados".

Los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria son tomados del vocabulario médico y no siempre convienen cuando se trata de la prevención de problemas relacionados con el uso de drogas, ya que éstos son mucho más socioculturales que médicos.

En términos simplemente de rentabilidad, la prevención supera los logros del tratamiento por el número de vidas que puede preservar para la sociedad. Es así que en muchos países la educación preventiva sistemática aparece cada vez más como la solución razonable, la única viable y efectiva para reducir la demanda de alcohol y las drogas con la consecuente desaparición del mercado ilegal. La prevención más actualizada se orienta hacia las situaciones y motivos que inducen al consumo de alcohol y drogas. Esta nueva tendencia, basada en medidas sociales y ambientales tendientes a generar mejores condiciones de vida, ha tenido mayores repercusiones que cualquier otro recurso utilizado hasta el momento.

El objetivo general de la prevención del uso indebido del alcohol y de las drogas sería entonces, evitar o reducir en la medida de lo posible el uso extramédico de las drogas que causan dependencia, pero también con un criterio más ajustado a la realidad, es buscar la reducción de la incidencia y la gravedad de los problemas individuales y sociales vinculados con el uso indebido de estas sustancias.

Los diferentes enfoques que encontramos como medio de prevención del uso indebido de alcohol y drogas son:

1). El enfoque ético-jurídico, que predomina en todos los países afectados hasta los años setenta, se sustenta en la consideración de que el abuso de drogas ilegales es simplemente una conducta delictiva que la sociedad debe castigar con toda severidad para impedir que se extienda. La atención se centra en el individuo como principal responsable, y en la droga o el alcohol como agente corruptor.

El modelo ético-jurídico ignora las importantes relaciones causales con el grupo de pares y el sistema sociocultural. Así el drogadicto o el alcohólico no es más que un delincuente, una persona inmoral, y como tal se le debe tratar. La amenaza y el castigo son los principales instrumentos de prevención de este modelo, cuya finalidad es aislar al farmacodependiente de los otros ciudadanos y lograr que las drogas ilícitas queden fuera del alcance de la gente.

Para justificar la promulgación de leyes y medidas representativas, se estigmatiza al adicto y se recurre a una información alarmista relativa a los peligros de las drogas prohibidas y el alcoholismo.

2). El enfoque médico-sanitario es menos represivo y en todo caso, más humano, sin dejar de ser una visión limitada de la farmacodependencia. Se sigue considerando el problema en términos esencialmente individuales y personales. El drogadicto ya no se concibe como un delincuente sino más bien como víctima de una enfermedad a quien en vez de castigar, hay que curar.

Pero la patología reside siempre en el individuo. Como cualquier enfermedad contagiosa, la farmacodependencia puede pasar de una persona enferma a otra sana, por lo que es necesario aislar a la primera para evitar el contacto. De acuerdo con este modelo, el control social sigue siendo la única solución, sólo que su ejecución se transfiere de las autoridades de justicia a las de salud pública.

Para los efectos de prevención del uso indebido de las drogas y el alcohol se confía mucho en la eficacia de la información sobre los mismos. La información preventiva inspirada por este modelo insiste en los riesgos del consumo de drogas y alcohol para el organismo humano, con el supuesto de que el instinto natural de los hombres a conservar su salud hará el resto.

En el enfoque sanitario desaparece la preocupación por distinguir entre drogas lícitas e ilícitas, ya que se trata, ante todo, de proteger la salud pública.

3). El enfoque psicosocial reconoce la infinita complejidad de cada ser humano y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante, en la génesis de la farmacodependencia. El uso indebido de drogas y alcohol se visualiza como un comportamiento humano que, al igual que otras conductas, depende de múltiples factores interrelacionados, y en el que no necesariamente influyen las medidas represivas o sanitarias. Es una respuesta a circunstancias del entorno social y familiar, en el que el individuo como tal desempeña un papel limitado ya que en gran medida éstas no dependen de él.

4). El enfoque psicosocio-cultural viene a completar el cuadro de las posibles políticas de prevención introduciendo, con todo su peso, los factores socioeconómicos y el determinante cultural, hasta entonces descuidados por las estrategias de prevención de la farmacodependencia.

Una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la cual viven y se desenvuelven los consumidores de drogas y alcohol, y dejar de considerar el aspecto propiamente cultural del uso de ciertas drogas por parte de ciertos grupos, particularmente en América Latina.

Más que castigar se debería educar y mejorar sus condiciones de vida. Dadas estas premisas, la noción misma de la prevención del uso indebido de alcohol y drogas se amplía para englobar una acción modificadora de los factores sociopolíticos, económicos y culturales desfavorables que lo generan en el nivel regional.

La educación preventiva del uso indebido de alcohol y drogas es una disciplina relativamente nueva, como lo es el problema que trata de evitar. El mismo concepto educación preventiva carece todavía de una definición clara. No se tiene la suficiente claridad sobre el significado y los posibles alcances de la educación como mecanismo preventivo del uso indebido de estas sustancias. Incluso para la mayoría de los educadores, la educación preventiva sigue siendo una noción demasiado vaga, que lo engloba absolutamente todo (hasta la represión del consumo y el castigo de los traficantes), cuando no se reduce simplemente a las campañas informativas sobre los peligros de las drogas.

La educación preventiva consiste en utilizar la educación como técnica de prevención en el sentido de desarrollar o fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos y grupos ante la oferta, hasta ahora inevitable, de alcohol y drogas.

Entre los factores que intervienen en el uso indebido de alcohol y drogas, la educación preventiva apunta al elemento inicial, que es la persona del consumidor, con sus razones y motivaciones.

Lo que causa problema no es el alcohol y/o la droga, por peligrosa que sea, sino la persona que la necesita ¿y cómo influir en la persona para que no la necesite, sino es a través de su educación?

La educación preventiva del uso indebido del alcohol y drogas se aparta de toda acción represiva para lograr que el joven o el adulto, por decisión propia y porque sabe y entiende lo que significa el abuso del alcohol y/o de las drogas, no las necesite y rechaza libremente la oferta. El objetivo de la educación preventiva es que este rechazo sea el resultado, más que el miedo o el deseo de complacer al educador, de una elección libre y sin que sienta como una privación.

Para lograrlo, se parte de la información: ésta debe proporcionar el conocimiento objetivo acerca de las drogas y el alcohol, y las razones de su consumo. El conocimiento conduce normalmente a la motivación, que a su vez influye en las actitudes (una disposición hacia algo según lo que se siente, se cree o se sabe acerca de ello) y en los comportamientos (la forma de actuar en determinadas situaciones).

La educación preventiva, además de proporcionar una información objetiva y equilibrada, debe facilitar a los jóvenes las habilidades necesarias e impulsar todo tipo de actividades que se constituyen en opciones al consumo indebido del alcohol y de las drogas.

Esta forma de educación no será efectiva sino en la medida en que llegue a cambiar las actitudes y comportamientos favorables a la salud. Es bien conocido que gran parte de lo aprendido en la escuela (en lo que se refiere a la parte cognoscitiva de la enseñanza) se olvida relativamente pronto.

En cambio, una vez adquiridos, las actitudes y comportamientos tienen mucho más posibilidades de perdurar.

La educación preventiva vá mucho más allá de la transmisión unilateral de conocimientos, ya que su objetivo es la formación de la personalidad de los jóvenes para que sean más capaces de enfrentarse con sus problemas y de vivir experiencias satisfactorias o placenteras sin necesidad de drogas.

Abarca un amplio conjunto de actividades concertadas en torno a situaciones que ponen en juego al docente y al discípulo, y una experiencia que tiende a multiplicar las ocasiones de desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y fisiológico de los jóvenes. En otras palabras: la educación preventiva es expansión de la conciencia, en contraste con la imposición de valores.

Aquí la comunicación se da en doble sentido: educadores y educandos son a la vez transmisores y receptores de mensajes. Mientras que la información es un proceso unidireccional, la educación es bidireccional.

El primero, la información, se puede realizar por medio de programas de corta duración (una conferencia o una lectura); el segundo, la educación, es un proceso más largo y requiere continuidad.

Estas distinciones resultan fáciles en teoría. En la práctica, información y educación se confunden y se complementan.

Una información correcta constituye un instrumento útil de educación: más aún, es indispensable para poder tomar decisiones bien fundamentadas. Por otro lado, la información tiene mucho más probabilidades de llegar a sus fines si se administra dentro del marco de una verdadera comunicación en doble sentido, es decir, dentro de un proceso educativo.

De todas las formas para transmitir una información, las más recomendables son los debates que permiten a los destinatarios participar, es decir, expresarse mediante sugerencias y preguntas que desemboquen en diálogo. En materia de alcohol y/o drogas las exposiciones unilaterales, discursos, sermones o prédicas, tienen, en general, muy poco efecto preventivo.

Algunas precauciones que deben observarse en la información sobre drogas son: No exagerar, ni mentir, en primer lugar, la información sobre drogas tiene que ser creíble, y para ello debe ser objetiva, desapasionada y apelar más a la razón que el temor provocado por exageraciones. Lo más seguro es atenerse a los resultados de la investigación científica y a la experiencia vivida por los consumidores. Las inexactitudes, las verdades a medias, las generalizaciones excesivas y el sensacionalismo matan la credibilidad. Lo que se diga ha de guardar relación con lo que vive la gran mayoría de los consumidores de drogas.

En cuanto queda en falso, la credibilidad se desmorona como un castillo de naipes se extienden la desconfianza y una duda generalizada.

No se deben discriminar entre drogas legales e ilegales. Para lograr mayor credibilidad, así como para no crear un desfase entre los jóvenes y el mundo adulto, se aconseja no discriminar entre las drogas ilícitas y las otras que los adultos consumen libremente con el visto bueno de la sociedad.

Es inútil y deshonesto negar o ignorar que algunas drogas legales pueden ser mucho más peligrosas que otras ilegales.

Los jóvenes tienden a rechazar, y con razón, estas distinciones arbitrarias, que pueden aparecer como otra forma de discriminarlos. Es mucho más convincente presentar las drogas en función de sus efectos dañinos en el organismo y el peligro de dependencia psíquica o física que pueden acarrear, independientemente de que estén prohibidas o no.

En la educación preventiva, por un lado, se procura que el receptor comprenda en qué consiste y a qué necesidades responde el uso indebido de drogas, pero por otro lado se trata también de enseñarle habilidades que le permitan resistir a la oferta, así como opciones para que pueda satisfacer sus necesidades elementales de ser joven sin caer en el consumo de drogas.

Además de una adecuada dosificación de conocimientos sobre y alrededor de la droga, los ejercicios de clarificación de valores, la toma de decisiones en situaciones conflictivas, el desarrollo de la comunicación, de la autoestima y las opciones son otros tantos procedimientos de la educación preventiva del uso indebido de drogas.

La educación preventiva se inscribe en una importante corriente de la pedagogía moderna llamada educación afectiva. Esta surgió durante la década de 1960 impulsada por un grupo de psicólogos y educadores humanistas de Estados Unidos y Europa; y su aplicación se reveló particularmente provechosa para la prevención del uso indebido de drogas.

El problema de la droga es tratado en forma afectiva más que cognoscitiva; en otras palabras: se insiste más en los sentimientos y las motivaciones de la persona para drogarse y/o alcoholizarse, que en impartirle conocimientos concretos relacionados con la sustancia, y se favorece mucho el diálogo que permite a los alumnos manifestar de qué forma ellos perciben o viven el problema.

En la práctica, esto significa trabajar en grupos pequeños para darle a cada uno las oportunidades de expresarse libremente. Se utilizan técnicas específicas tales como la interpretación de papeles o dramatización (para ayudar a los jóvenes a conocerse a sí mismos y aprender a comunicarse con otros), los ejercicios de toma de decisiones, etc. El resultado está puesto no sobre la droga y/o el alcohol, sino en la persona, con sus problemas y necesidades.

La educación afectiva no se limita a inculcar conocimientos, sino que se preocupa también por los sentimientos, creencias y valores de los educandos; y los hace partícipes de la instrucción. Implica una forma diferente de enseñar a la que muchos educadores no están acostumbrados. Hay quienes se sienten incómodos en un ambiente de clase informal, o en todo caso menos rígido, el cual se necesita para estimular la participación de los alumnos a fin de que puedan ser los protagonistas de

su propio aprendizaje. Para un maestro acostumbrado al que le corresponde, ante todo, mantener el orden en el salón de clases, las técnicas afectivas amenazan con romper la disciplina habitual.

Para que una educación de tipo afectivo sea posible, se requieren varias condiciones. Por un lado, sus métodos tendrán validez únicamente si el educador cree en ellos, si es sensible a los problemas personales de sus alumnos y si se siente a gusto en una relación menos distante con ellos.

La educación afectiva requiere también de cierta habilidad en el manejo de técnicas de aprendizaje dinámicas y de grupo. Una discusión en clase, por ejemplo, que constituye una de las técnicas afectivas más comunes, si no media una buena dirección, puede fácilmente degenerar en el caos.

Al mismo tiempo, el educador tiene mucha más libertad de actuar según se sienta, adaptar los métodos a su propia sensibilidad y a la de sus alumnos. Los métodos afectivos no son fórmulas invariables, aplicables automáticamente con cualquier grupo y en cualquier lugar. Sirven más bien para indicar una forma de enseñar, son fórmulas que hay que llenar de contenidos. El educador tendrá que utilizar constantemente su imaginación, inventar e innovar según las necesidades de sus alumnos.

Por otro lado, la eficacia de una educación de tipo afectivo está directamente relacionada con el ambiente escolar. Este debe ser lo suficientemente libre para que los alumnos no tengan temor de expresarse con sinceridad. Un sistema demasiado rígido, en el que los jóvenes son tratados con desconfianza, en donde faltan la espontaneidad y la alegría de aprender, no es propicio para el aprendizaje afectivo.

La educación afectiva necesita de una escuela humanista. Un ambiente escolar humanista es libre y abierto no solamente para los alumnos, sino también para los profesores. Se distingue por el calor humano, la amistad y el sentimiento de seguridad. El objetivo básico es lograr que los niños vayan a la escuela no porque los obligan, sino porque les complace asistir.

El modelo conceptual de prevención por medio de opciones reposa en una idea sencilla: si una persona usa drogas y/o alcohol para responder a una necesidad insatisfecha, la solución radica en tratar de cubrir esta necesidad por otros medios que no sean nocivos.

Todos los estudios de motivación demuestran que quienes abusan de las drogas y/o del alcohol lo hacen para compensar alguna carencia, ya porque la droga les parece el medio más fácil y rápido para lograrlo.

Una persona con estas características, para no estar deprimida, tomará unas pastillas; o para no sentirse cohibida en una reunión social, beberá varias copas de alcohol; o porque quiere ser aceptada por el grupo, fumará la marihuana que pasa de mano en mano.



Todos los estudios de motivación demuestran que quienes abusan de las drogas y/o del alcohol lo hacen para compensar alguna carencia, ya porque la droga les parece el medio más fácil y rápido para lograrlo.

Una persona con estas características, para no estar deprimida, tomará unas pastillas; o para no sentirse cohibida en una reunión social, beberá varias copas de alcohol; o porque quiere ser aceptada por el grupo, fumará la marihuana que pasa de mano en mano.

Con la mayoría de las drogas psicotrópicas, en efecto, el consumidor se sentirá temporalmente mejor.

Pero si esta persona descubriera actividades compartidas que lo llenaran de agrado y disipara su malestar o su timidez, si le enseñaran cómo comunicarse mejor y obtener la aceptación de los demás, si le ayudaran a desarrollar sus capacidades y sentirse útil, tal vez ya no pensaría en recurrir a la droga. En general, si supiera que hay mejores y más duraderos medios para experimentar placer o plenitud que las drogas, éstas perderían su atractivo. La educación preventiva debe tener en cuenta el contexto social en que viven los destinatarios de los programas, las condiciones de vida, las relaciones con los padres, las posibilidades de recreo en la comunidad, etc. Para ser más eficaz un programa de educación preventiva, aunque su centro principal sea la escuela, deberían extenderse fuera de las aulas para alcanzar a los padres de familia y a la comunidad. Sólo así se podrá, por un lado, adaptar los programas al ambiente y, por el otro, lograr que los padres y la comunidad se involucren en ellos.<sup>12</sup>

Además de lo ya analizado, y en términos de política preventiva, la prevención debe ser, entonces, una política en materia de salud que implicaría acciones sobre todo en el mediano-largo plazo (3/5 años y más). Sobre esto, que es indiscutible, se derivan dos puntos: 1) La necesidad de incluir la prevención en el esquema de planificación social, cuyos resultados serán advertidos en el largo plazo. Para esto es condición indispensable una estructura social con continuidad político-institucional para asegurar la eficacia de los planes. 2) En planificación social, al manejar el aspecto presupuestario, se debe concebir que la inversión que requiere la puesta en marcha de esta política se amortiza en el futuro, con el descenso en los costos que subyace al trastorno mental: incapacidad laboral, costos en asistencia, medicamentos, etc. Tampoco esto ha sido una característica permanente del pensamiento económico en países como el nuestro.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Massón, Edith. Prevención del uso indebido de drogas. México. Trillas, 1991, Pp. 55-141.

<sup>13</sup> Bulacio, Bruno J. ...et al. El Problema de la Drogadicción: enfoque interdisciplinario. Editorial Paidós, México, 1988, Pp. 123-130.

En el caso del alcoholismo en México, los posibles bebedores deben conocer qué consecuencias les traerá el beber alcohol, pero además de todo esto, saber qué es el alcoholismo y qué tanto riesgo se corre al beber, de convertirse en alcohólicos

Desafortunadamente tenemos un doble problema ya que el individuo tiene acceso a la bebida desde muy joven fugándose, primero, de la realidad en la que vive, en el caso de la clase vendedora de su fuerza de trabajo, y de la misma manera sucede en el caso de los individuos pertenecientes a la clase dueña de los medios de producción. Con esto quiero decir que el alcoholismo se da a todos los niveles sociales y no hay alguna excepción de sexos, posición social, nivel intelectual, edad, religión, postura ideológica o política, clase social, etc.

Por otro lado, encontramos a un Estado que niega la existencia del alcoholismo en México, que apoya ampliamente la fabricación de bebidas embriagantes y que fomenta su consumo, excepto en días de informe presidencial o de votaciones, para que todo mundo esté ¿conciente de lo que escucha o de lo que hace?

Así también, en los hospitales no existe aún una conciencia y un conocimiento sobre el alcoholismo ni a nivel institucional, ni a nivel médico. De esta forma encontramos que ha habido estudios en los que se llega a ver la necesidad de médicos e instituciones capacitados para tratar el alcoholismo en México.

Uno de estos estudios es el proyecto: "El Proceso de Alcoholización en México" <sup>14</sup> los supuestos eran:

- a). La práctica y el saber médico no cuentan con instrumentos técnicos y teóricos que permitan solucionar y/o reducir significativamente el incremento de las consecuencias negativas generadas por el uso y el consumo de alcohol;
- b). tanto a nivel del médico general como de especialistas, los profesionales tienen problemas técnicos para detectar, diagnosticar, tratar y/o curar el alcoholismo (se atienden sólo sus consecuencias que van desde el maltrato a la esposa e hijos, hasta la gastritis y la cirrosis hepática);
- c). la mayoría de las instituciones médicas tienden a secundarizar en su práctica esta problemática, dadas las dificultades técnico-teóricas 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.

---

<sup>14</sup> Cortés, Beatriz. "Instituciones Médicas y Alcoholismo o de la Inexistencia del paciente alcohólico", México, Cuadernos de la Casa Chata, 1986.

Para las instituciones de seguridad social y para los médicos que en ellas laboran, el alcoholismo es una enfermedad producida por el acostumbramiento a la ingestión de la misma cada vez con más frecuencia y volumen llegando con el tiempo a la pérdida de la autocritica cada vez con menores volúmenes de alcohol, hasta el grado en que una cantidad mínima puede producir el delirium tremens, y el alcoholismo es un padecimiento crónico caracterizado por la ingesta inmoderada de alcohol y que daña la salud del bebedor e interfiere en sus relaciones interpersonales.

Para las instituciones de seguridad social y para los médicos que en ellas laboran, el alcoholismo es una enfermedad producida por el acostumbramiento a la ingestión de la misma cada vez con más frecuencia y volumen llegando con el tiempo a la pérdida de la autocritica cada vez con menores volúmenes de alcohol, hasta el grado en que una cantidad mínima puede producir el delirium tremens, y el alcoholismo es un padecimiento crónico caracterizado por la ingesta inmoderada de alcohol y que daña la salud del bebedor e interfiere en sus relaciones interpersonales.

En lo que se refiere al proceso de diagnóstico/tratamiento/curación, es decir, curar a tiempo el alcoholismo está referido al alcohólico avanzado y no al sujeto con problemas de consumo de alcohol. Por lo que mientras el origen del alcoholismo puede referirse a un sinnúmero de causas y/o factores, su curabilidad sólo se coloca en la voluntad del enfermo alcohólico.

Es aquí donde entraría con mayor eficacia la creación de políticas preventivas, desde una edad temprana en que éstas políticas formen parte de la cultura y del contexto del individuo, ya que, desafortunadamente, el bebedor es visto como una persona que lo que quiere es dar problemas a su familia, a sus compañeros de trabajo, a la sociedad, en lugar de verlo y tratarlo como a un enfermo que requiere las mismas atenciones que cualquier otra enfermedad.

Es así como el problema central de la creación de políticas preventivas hacia el alcoholismo, es que éste es visto como un vicio, el cual ya definimos en el capítulo 1, y no como una enfermedad, no existen los conocimientos necesarios en los médicos de diferentes instituciones de seguridad social del país, tales como ISSSTE, IMSS o SSA, por lo que en lugar de remediar el mal, lo convierten en un problema más grande debido a su poco interés en conocer el alcoholismo y en su ignorancia sobre lo que es y cómo tratarlo.

También tenemos a los medios masivos de comunicación y a las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas, que han contribuido al incremento de bebedores en México.

Por otro lado, existe en la actualidad una creciente inquietud por determinar la influencia de la publicidad, particularmente la emitida por TV sobre el problema del alcoholismo y el interés público ha sido de tal magnitud que una importante empresa privada de la TV mexicana ofreció

recientemente a la Comisión de Radio, Televisión y Cinematografía de la Cámara de Diputados, reducir hasta en un 50% los anuncios a partir de 1981. En principio, quien ha de regular la publicidad de bebidas embriagantes no será la empresa privada, sino el Estado, que es el guardián de la salud y de la educación del pueblo"<sup>15</sup>

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad, parece ser que el Estado no es el "guardián de la salud y de la educación del pueblo", parece entonces, irónico pensar que es el Estado el que velará por la salud y por la orientación, a través de la educación del pueblo; ya que al crear, en primer lugar, las políticas preventivas éstas educarían a la población en la forma de comportarse ante el alcohol y esto daría como consecuencia la salud tan mencionada previamente.

Las funciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) son, entre otras, el control sanitario de las bebidas en lo que se refiere a la adulteración, contaminación y alteración según lo dispuesto en los artículos 235, 236 y 237 del código sanitario, que se refieren a los criterios modelo y a los lineamientos a seguir. Es de su entera competencia controlar la propaganda y la publicidad sobre las bebidas alcohólicas, limitando los mensajes de forma tal que no se refieren a los efectos que la bebida pueda producir en el hombre debido a su contenido alcohólico.

También supervisa los mensajes comerciales para que no induzcan al consumo de alcohol aduciendo razones de salud, para que no se asocien con actividades deportivas, del hogar, o del trabajo y para que no se utilicen en la propaganda personajes infantiles o adolescentes, ni ésta vaya dirigida a ellos.

Es así, que las leyes y los reglamentos creados para prevenir el alcoholismo sólo están escritos, pero que la mayoría de las veces no son llevadas a efecto.

De ésto se puede desprender que: El Estado, a través de la SSA, maneja a su antojo a la población alegando que existen leyes que la protegen en contra del alcoholismo, sabiendo de antemano que no es así, sino que está favoreciendo la producción/propaganda de las bebidas alcohólicas.

Por último, prevenir el alcoholismo consistirá en : Sensibilizar a la población con pláticas o conferencias, incluir en los textos escolares el tema del alcohol y el alcoholismo cómo se produce, cuáles son sus efectos y qué peligros puede implicar su uso con elementos que han demostrado ser útiles en otros países. De tal forma, que la cultura antialcohólica o preventiva hacia el uso del alcohol llegue a formar parte de nosotros mismos.

---

<sup>15</sup> "Legislación y Alcoholismo" , Revista de Salud Mental, Verano, 1981, Pp. 24

Es así que prevenir es educar, es dar a conocer, tanto a todas las capas sociales, como de las instituciones médicas, educativas, en fin de toda la sociedad el cómo tratar el alcoholismo, partiendo de la idea de que es una enfermedad como tantas otras y que merece un manejo adecuado y no la negación, tanto del Estado como de las instituciones de seguridad social, y de la población en general.

Actualmente, el alcoholismo es visto como un vicio que el individuo puede abandonar cuando él lo desee, sin embargo mientras el alcoholismo sea visto de ésta forma no se llegará a nada, al contrario, se llegará al mismo punto, es decir, a la negación\* Estado-Sociedad que existe en nuestros días.

#### 4.4.- Políticas Preventivas contra el Alcoholismo en México de 1989-1992.

..." ¿A quién culpar? ¿a las autoridades políticas y las administraciones escolares que dejan construir mastodónticas aglomeraciones sin dotarlas de los más elementales servicios sociales; a las autoridades sanitarias que con frecuencia no son capaces de cuidar la salud de todos los ciudadanos porque están distraídos con problemas parciales, particulares no siempre de pertinencia sanitaria?16

Al igual que Mario Timio se pregunta qué sucede con las autoridades políticas y el bienestar de la población, así también nosotros lo hacemos al ver que existen instituciones de salud que pueden hacer muy poco por el problema del alcoholismo.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1989-1994, habla de la salud en los mismos términos que la conceptualiza la Organización Mundial de la Salud:

... "La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo

Para el Estado Mexicano, la salud va ligada al desarrollo, es decir, a mayor nivel de salud, mayor será el grado de desarrollo de un país.17

Contrariamente vemos que en México, no existe el debido conocimiento, ni la debida seriedad con la que debe ser tratado el alcoholismo, no existe una infraestructura dedicada especialmente a ésta enfermedad, existe aún una cultura que permite que se dé éste. ¿Podríamos hablar entonces de un alto nivel de salud en México?

---

\* Se entiende como negación al proceso de no aceptación de la enfermedad. La negación se encuentra dentro de las primeras etapas del alcoholismo y puede darse a nivel individual, como social.

16 Timio, Mario. Clases Sociales y Enfermedad. Nueva Imagen, 1980, Pp. 26

17 Definición que proporciona la Organización Mundial de la Salud.

¿Podríamos decir que es, el nuestro, un país desarrollado, porque existe un excelente nivel de salud? ¿Podríamos hablar, más específicamente, de una cultura antialcohólica, o al contrario, de una cultura que fomenta que haya alcoholismo y alcohólicos?

El PND, habla de la prevención y del autocuidado como una cultura que debe impulsarse en la sociedad. Pero vemos que prevenir y autocuidarse no es tener miedo de las enfermedades, sino saber qué consecuencias tendrá el beber, por ejemplo.

El prevenir lleva al conocimiento de lo que son las enfermedades, cuáles son sus causas y qué consecuencias habrá si nos enfermamos, esto es el autocuidado.

El PND, en ninguno de sus párrafos incluye la prevención en la farmacodependencia, más si menciona el refuerzo de las campañas contra las adicciones y la farmacodependencia.

Dentro de los programas del sector salud, encontramos al Consejo Nacional de Lucha contra las Adicciones (CONADIC).

¿Qué es el CONADIC? ¿Cuándo fue creado? ¿Con qué fines?

El programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas forma parte del programa a mediano plazo del sector salud. Tiene como propósito fundamental el coadyuvar al mejoramiento de los niveles de salud de la población, disminuyendo los índices de alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas.

Los objetivos del CONADIC, se apoyan en el artículo 4º Constitucional que dice:

...."Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general"<sup>18</sup>

El artículo 185 de la ley general de salud establece que la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el consejo de salubridad general, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que comprenderá, entre otras las siguientes acciones:

1). La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;

---

<sup>18</sup> CONADIC. Programa Contra el Abuso de Bebidas Alcohólicas: 1992-1994, Secretaría de Salud, Pp. 11

2). La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva;

3). El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población de alto riesgo.

Parte de los objetivos del CONADIC se encuentran muy por encima de la realidad que existe en México en cuanto a alcoholismo; pareciera ser, de nuevo, la negación del Estado para atacar el problema teniendo metas muy elevadas que no corresponden a la realidad mexicana, porque una cosa es lo que está escrito en la ley y otra muy diferente es la realidad.

En primer lugar, se habla en el artículo 4º de que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Encontramos, por otro lado, el artículo 185 en donde se habla de la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, a través de la prevención (educación preventiva); la educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, cosa que va de la mano con la educación preventiva; el fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales.

Desafortunadamente, en México, como en todo el mundo, el alcohol forma parte del contexto de la mayoría de la población, no existe celebración ya sea cívica, deportiva, social o cultural donde no haya bebidas alcohólicas, es decir, la única forma en que la sociedad mexicana se desahogue y/o se divierta es a través del alcohol, ya que el alcohol acompaña al mexicano a lo largo de su vida y hasta en su muerte.

Sin embargo, el CONADIC, en su artículo 186 no niega que hace falta la investigación y el conocimiento sobre las causas del alcoholismo y qué se debe hacer para controlarlo, encontrando que los efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas han influido de manera notable en el incremento de bebedores.

Es muy importante, también, el conocer los hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y esto quiere decir que los bebedores de la Cd. de México no beben en la misma forma que los campesinos, o los miembros de una tribu, ya que puede existir todo un contexto social, económico, político y hasta religioso que ayude a que el alcoholismo surja más rápido en un lugar (ciudades) que en otro (campo). Es decir, las condiciones donde se desenvuelva el individuo y el apoyo que el alcohol tenga por parte de la sociedad, marcará el que se dé un incremento en el consumo de éste.

Finalmente, habla de los efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los diferentes ámbitos en que se desarrolla el individuo: familiar, social, deportivo, espectáculos, laboral y educativo.

Por otro lado, en el artículo 218 se establece que toda bebida alcohólica deberá ostentar en los envases la leyenda "el abuso en el consumo de éste producto es nocivo para la salud", escrito en letra fácilmente legible, en colores contrastantes y sin que invoque o se haga referencia a alguna disposición legal.

Es realmente irónico el creer que una política preventiva se encierre en una advertencia.

Una persona que no tiene el mayor conocimiento de lo que es el alcoholismo puede decidir, si es dañino, pero no puede saber qué tan dañino es el producto o qué cantidad de éste podría ser dañino, es aquí cuándo nos preguntamos ¿dónde está la educación preventiva? ¿dónde están las políticas preventivas? y ¿se puede basar una política preventiva en una simple advertencia?

En cuanto al aspecto laboral, y el fomento de éste hacia el alcoholismo, la Ley Federal del Trabajo señala:

..." Dentro del aspecto jurídico laboral en su artículo 47, fracción XIII, título 4º que define los derechos y obligaciones de los trabajadores y los patrones en su capítulo I, artículo 133, fracciones IV y V, en los que se señala que para ambos, trabajadores y patrones, queda prohibido presentarse en los establecimientos y al trabajo en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante "19

Podemos ver, que según la Ley Federal del Trabajo, que el presentarse o el permanecer en estado de ebriedad en el trabajo está prohibido, sin embargo la realidad dista mucho de lo que la Ley propone, ya que, incluso, la sociedad llega a tal nivel de tolerancia hacia el alcoholismo, que los mismos patrones le dan el día al empleado alcoholizado para curarse la resaca, o los médicos les dan incapacidades con el mismo fin.

Vemos así que la Ley Federal del Trabajo es algo que no tiene bases, ni conocimiento de la realidad que vive la sociedad mexicana en cuanto al alcoholismo y a la tolerancia de éste por parte de la sociedad.

Por su parte, el CONADIC pretende establecer actividades preventivas a diferentes niveles como son: Promoción de la Salud; Educación, y Detección y manejo oportuno de casos.

Las actividades deben desarrollarse según el CONADIC, en las escuelas, en el plan familiar, laboral y de la comunidad.

---

19 Menéndez, Eduardo L. "Trabajo, Proceso de alcoholismo y enfermedad laboral" en Morir de Alcohol, México, CNCA, 1989, Pp. 186.



Así también, el artículo 219 de la Ley General de Salud, menciona la ubicación y el horario de funcionamiento de los establecimientos en que se expenden bebidas alcohólicas.

Por lo que se refiere a éste artículo podría decir que tanto la ubicación, como el horario en que son vendidas las bebidas alcohólicas depende única y exclusivamente de la Secretaría de Salud, ya que en la realidad vemos que tanto el horario como la ubicación dependen únicamente del usuario.

Es decir, a mayor demanda de bebidas alcohólicas, más flexibilidad habrá en el horario del lugar en cuestión. De la misma forma sucede en el artículo 220 que determina que en ningún caso y de ninguna forma se expenderán bebidas alcohólicas a menores de edad.

Por otro lado, el CONADIC maneja la moderación en el consumo, tanto del tabaco como del alcohol. Pudiendo parecer como una trampa escondida detrás de las palabras moderación en el consumo, ya que no sabemos qué cantidad de vasos de alguna bebida alcohólica puede significar moderación. Es así como el individuo puede no tener freno al beber, ya que no existe una cantidad establecida para decir lo que es moderado o no.

La moderación es algo muy subjetivo y que no se puede manejar como una política de prevención. Además de que en la cultura mexicana, con respecto al alcohol, nunca ha habido una moderación, siempre se nos ha enseñado que el llegar a una condición donde ya no respondan los 5 sentidos es lo aceptable por la sociedad, e incluso la misma sociedad acepta de modo gracioso el que una persona se encuentre ebria y no pueda ni sostenerse.

#### **4.4.1.- Normatividad del Consejo Nacional de Lucha contra las Adicciones (CONADIC).**

En cuanto a la normatividad del CONADIC, la norma técnica 197 establece la atención médica a todos aquellos individuos enfermos alcohólicos o personas que presnten abuso en el consumo de las mismas. Todas las instituciones siguen ésta norma, tanto del sector público como privado.

Para la instituciones de Salud Pública como las del sector privado, el enfermo alcohólico es:

.... la persona que presenta de manera crónica o recurrente un desórden de la conducta caracterizado por dependencia del alcohol, que le conduce a la ingestión compulsiva de bebidas alcohólicas de modo que interfiere con su salud, sus relaciones interpersonales y su capacidad para el trabajo "20

---

20 Cortés, Beatriz.

El CONADIC, define a los enfermos alcohólicos como aquellas personas que aún no siendo dependientes no controlan su consumo y como consecuencia presentan, ya sea problemas personales, de salud o familiares, sociales, laborales y/o legales.

Las unidades de salud prestarán servicio, tanto al enfermo alcohólico como a sus familiares en el proceso terapéutico.

La atención al enfermo alcohólico y personas que abusan del alcohol comprenden el conjunto de acciones que tienen como finalidad promover, proteger y restaurar su salud. Por medio de las siguientes actividades:

Preventivas, Curativas y de Rehabilitación Psicosocial.

La norma 197 del CONADIC dice que todas las instituciones médicas, tanto del sector público como del sector privado, prestarán ayuda a todos aquellos enfermos alcohólicos o personas que tengan problemas con el abuso del alcohol<sup>21</sup> El criterio está uniformado en todos los establecimientos públicos como privados; sin embargo podemos ver que desgraciadamente, sólo el sector privado, en algunos casos, puede atender a los alcohólicos y darles un tratamiento integral, es decir, ser atendidos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos generales, enfermeras e incluso obtener la ayuda de Alcohólicos Anónimos.

En el caso del sector público tenemos que:

.... " Del análisis de la información obtenida en clínicas y servicios especializados del ISSSTE surge que en éstas instituciones los médicos de primer nivel diagnostican y tratan muy escasamente problemas de alcoholismo y, que si bien, los psiquiatras lo consideran prioritario, en la práctica las actividades específicas son escasas "<sup>22</sup>

De acuerdo con dichas instituciones, del sector público y privado, el alcohólico es uno y el que abusa de la bebida es otro, es decir, no se puede hablar de abuso de bebidas alcohólicas sin hablar de alcoholismo ya que el abuso en el consumo de dichas bebidas lleva a la dependencia de ellas y, al mismo tiempo, al alcoholismo, después de una fase de tolerancia del cuerpo y de una necesidad del mismo, por el alcohol.

En el artículo 5º se habla de que las unidades de servicio (hospitales o clínicas) prestarán servicio tanto al enfermo alcohólico como a su familia.

---

<sup>21</sup> Aclaro que tanto las personas dependientes del alcohol y las que no controlan su consumo tienen el mismo problema, es decir, en ambos casos se podría hablar de alcoholismo.

<sup>22</sup> Cortés, Beatriz.

.... "Por lo que respecta a las instituciones públicas, se realizan acciones públicas, se realizan acciones de tratamientos en dos niveles: Por una parte, con base en la estructura de servicios preexistentes se resuelven las manifestaciones fundamentalmente orgánicas mediante consultas a médicos generales o a especialistas, a través de los hospitales generales y clínicas de la SSA, del IMSS y del ISSSTE, siendo éstas tres instituciones las más importantes en términos de cobertura. Tratándose de casos agudos se recurre a la desintoxicación en los servicios de urgencia, a los que se agrega en el D. F.

Lo más importante es hacer notar, que en éste tipo de asistencia no se administran tratamientos propiamente antialcohólicos, sino que se atienden las repercusiones parciales de la ingestión en el marco de la atención de problemas de salud en general. Por otra parte, se generaron servicios específicamente dedicados al tratamiento y rehabilitación del alcohólico "<sup>23</sup>

Sin embargo, quiero hacer notar, que no hay una adecuada preparación de los médicos, en el sector público, tanto a nivel clínicas como hospitales: ..." la práctica y el saber no cuentan con instrumentos técnicos y teóricos que permitan solucionar y/o reducir significativamente el incremento de las consecuencias negativas generadas por el uso y consumo de alcohol; tanto a nivel médico general como de especialistas, los profesionales tienen problemas técnicos para detectar, diagnosticar, tratar y/o curar el alcoholismo.

La mayoría de las instituciones médicas tienden a secundarizar en su práctica ésta problemática, dadas las dificultades técnico-teóricas que tienen y, sobre todo, por la escasa curabilidad obtenida "<sup>24</sup>

Además de no tener la preparación adecuada, el alcoholismo sigue siendo visto, en México, como un vicio<sup>25</sup> y no como una enfermedad, de ahí que tienda a ser secundarizado o negado, tanto por la sociedad como por el Estado.

En el artículo 8 del Capítulo II de la Normatividad del CONADIC, encontramos las actividades que promueve, dicha institución para prevenir el alcoholismo, éstas son: Promoción de la Salud, Educación y Detección y manejo oportuno de casos.

Por su parte, se refiere a la promoción de la salud, en los siguientes términos: Artículo 9. La promoción de la salud consiste en el fomento y el apoyo de grupos organizados de alcohólicos, de sus familiares y de personas interesadas en el alcoholismo y problemas relacionados con él, para desarrollar actividades sociales, de autoayuda y de autoasistencia.

<sup>23</sup> Turull Torrcs, Francisco. "El Manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en México". Revista de Salud Mental.

<sup>24</sup> Cortés, Beatriz.

Encontramos, entonces, que dichos grupos son Alcohólicos Anónimos , además de AL-Anón, HAA y Alateen, quienes organizados se ayudan y ayudan a otras personas con el mismo problema. Encontramos, entonces, que dichos grupos son Alcohólicos Anónimos , además de AL-Anón, HAA y Alateen, quienes organizados se ayudan y ayudan a otras personas con el mismo problema. En lo que se refiere a la educación encontramos en el artículo 10 lo siguiente:

... " La educación se lleva a cabo mediante la información y orientación proporcionada de los usuarios de los servicios de salud, particularmente a los sujetos en riesgo, a sus familiares y a la comunidad con el objeto de modificar sus actitudes y encausarlos al uso responsable del alcohol "25

Con respecto al artículo 10, podemos decir, que desafortunadamente falta una educación preventiva en nuestro país, ya que una de las causas de que las personas se enfermen es la falta de educación, en otras palabras de prevención.

Por otro lado, existe una contradicción en el artículo 10, ya que menciona el uso responsable del alcohol y anteriormente se menciona la promoción de grupos de autoayuda (AA), el cual propone la abstinencia total.

El artículo 11, habla de la detección oportuna de casos.

Por el contrario, Beatriz Cortés, menciona en su estudio<sup>26</sup> el poco interés que existe en los hospitales dependientes del sector salud para detectar a tiempo el alcoholismo de los pacientes.

... " el considerar el alcoholismo como vicio o irresponsabilidad provoca el rechazo del personal médico y paramédico y reduce la respuesta institucional antes mencionada, es decir, la de los servicios generales, en tanto que en los servicios especializados la atención se centra casi exclusivamente en el aspecto de la dependencia del alcohol.

A nivel de demanda y uso de servicios, se observa que la captación de casos es tardía, pues la mayoría de las veces se trata a pacientes con severos problemas de salud que sólo buscan o logran una remisión sintomática, lo cual generalmente culmina en la deserción al cabo de pocas consultas "26

---

25 CONADIC.

26 Cortés, Beatriz.

Se supone que las instituciones de salud, hacen la detección de casos oportunamente a través de:

- Identificación de patrones de consumo.
- Identificación de problemas familiares, sociales, laborales y escolares.
- Identificación precoz de alteraciones somáticas: digestivas, nutricionales, del sueño, temblores, traumatismos, accidentes frecuentes, etc.
- Identificación de alteraciones psiquiátricas: depresión, ansiedad, síndromas mentales y agresividad o violencia precipitada por la ingestión de bebidas alcohólicas.

La identificación para el CONADIC, se logrará a través de la aplicación de cuestionarios, encuestas, entrevistas estructuradas, etc. y de visitas domiciliarias.

Como hemos visto en éste capítulo, existe un modelo de medicina que se practica desde la Revolución Industrial, dicho modelo es creado con el fin de legitimar a la Seguridad Social de aquellos tiempos, sin embargo, éste modelo sigue vigente aún hoy en día: Modelo Médico Hegemónico (MMH)

Como también hemos visto dicho modelo (MMH) no toma en cuenta el entorno social del individuo, sino sólo los factores biológicos, orgánicos, etc. que afectan al individuo, es decir, atiende únicamente los síntomas, pero no lo que los causa.

Este modelo aún funciona en nuestro país para conveniencia, tanto del Estado como de la clase en el poder. Es por eso que no se lleva a la práctica

ningún tipo de identificación como lo hace notar el artículo 11:

.... " Debe quedar claro que aquí no se cuestiona el uso de indicadores sociales, económicos y/o culturales tanto para la detección como intervención específica, sino que estamos subrayando el hecho de que dichos indicadores aparecen comparativamente como los más usados cuando es respecto de los mismos que los médicos tienen la menor formación profesional.

En el caso de los médicos, en su currículum universitario e institucional, estos profesionales no aprenden a manejar indicadores, variables o estructuras sociales para diagnosticar, ni para tratar, ni para curar.

Lo que emerge en éstas respuestas no es formación técnica, sino saber institucional saturado de ideologías adquiridas en su proceso de formación como sujeto "27

---

27 Cortés, Beatriz. Pp. 15

De ésta forma se concluye en que el CONADIC es una dependencia de la SSA y que en dicha secretaría impera el Modelo Médico Hegemónico debido al criterio uniforme que se maneja en dicha institución, como en todas las instituciones estatales. Por lo tanto, es poco fiable lo que menciona el artículo 11.

Por su parte, propone una serie de actividades que pretenderían "curar", sabiendo que el alcoholismo no tiene cura sino control.

Actividades Curativas:

Artículo 12.- Los procedimientos de atención curativa que se proporcionan a enfermos alcohólicos o personas que abusan del alcohol son las siguientes

- Consulta general y especializada;
- Atención de urgencias;
- Hospitalización si es necesaria y
- Seguimiento del caso.

Como ya hemos mencionado, en páginas anteriores, en las clínicas y hospitales del sector salud (IMSS, ISSSTE, SSA) no existe:

- a). Consulta general, ni especializada que atienda a los alcohólicos avanzados, no tan avanzados y en proceso de volverse alcohólicos, el grado es determinado de acuerdo a la necesidad que tenga el individuo de ingerir alcohol, de su depresión y de su estado físico (desnutrición).
- b). Si no existe atención a alcohólicos avanzados, mucho menos vamos a encontrar en URGENCIAS un sector para el alcoholismo. En realidad, como menciona Beatriz Cortés<sup>29</sup>, sólo se atienden las consecuencias del alcoholismo en sus diferentes niveles: accidentes de trabajo, accidentes automovilísticos, esposa e hijos golpeados, cirrosis hepática, gastritis, etc.
- c). En el caso de la hospitalización, si es necesaria, existe un número reducido de hospitales del sector salud que pudiera atender a enfermos alcohólicos, tal es el caso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, que depende de la SSA, y un número muy reducido de camas en los hospitales del ISSSTE: Adolfo López Mateos, 20 de Noviembre y Darío Fernández.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Cortés, Beatriz. Pp. 23

d). En lo que se refiere al seguimiento del caso, podríamos decir que éste es casi imposible en el enfermo alcohólico que entra a una clínica u hospital para ser desintoxicado y se da de alta inmediatamente. Es decir, para que haya un seguimiento del caso, al ingresar al hospital el paciente debe ser concientizado de lo qué es la enfermedad y salir con la idea de que padece una enfermedad que necesita de atención después de la hospitalización.

Desafortunadamente no sucede así porque, como ya hemos mencionado, no existe una cultura antialcohólica en nuestro país.

Por otro lado, está la poca capacidad hospitalaria (# de camas), ya que el paciente alcohólico, para rehabilitarse, necesita de un mínimo de 3 semanas, por lo que la emergencia en el uso de camas, entre otros, hace que el enfermo sea dado de alta del hospital en un tiempo muy pequeño (2 ó 3 días), sin la posibilidad de darle la ayuda integral necesaria.

#### Actividades de Rehabilitación Psicosocial.

Artículo 19.- Las actividades de rehabilitación psicosocial del enfermo alcohólico y personas que abusan del alcohol tienen como propósito modificar sus hábitos de consumo y ayudarle a que mejore la calidad de vida: personal, familiar, laboral y social.

Artículo 20.- Para el proceso de rehabilitación debe propiciarse la participación de la familia, de los grupos de autoayuda y hacer uso de los recursos disponibles de la comunidad.

Es importante dentro de éstos dos artículos el modificar, algo que es muy difícil hacer. Estamos hablando de modificar la cultura del alcohol que ha existido en México, aún antes de la llegada de los españoles.

Modificar, también implicaría que el Estado renunciara a sus intereses, que la clase dueña de los medios de producción renunciara a los suyos y que las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas también lo hicieran.

Es decir, se puede modificar la conducta del bebedor, más no se pueden modificar los intereses que del alcohol dependen y ¿en qué sentido se podría modificar sin afectar los intereses de los demás?

La única forma, sería creando políticas de prevención, para que el individuo tenga conocimiento del riesgo que corre al beber.

### Infraestructura del Sector Salud.

En lo que se refiere a la infraestructura en programas de alcoholismo, el Estado Mexicano ofrece:

a). Prevención; b) Atención; c) Tratamiento; d). Rehabilitación ; y e) Investigación

Los cuatro primeros puntos son realizados por los programas de Psiquiatría y Salud Mental de los Centros de la SSA.

Dicha secretaría ofrece hospitales (tipo IIIA) a pacientes alcohólicos.

En éstos hospitales atienden psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

En lo que se refiere a la investigación (es), según el CONADIC: ..... " Por otro lado, en relación al interés por realizar investigación en el campo de los problemas asociados al consumo de alcohol, tanto a nivel institucional como de los propios investigadores, no es nuevo en el país. Sin embargo, dada la magnitud del problema, los esfuerzos realizados en éste campo resultan insuficientes, dispersos y no sistematizado, además de que hasta el momento los recursos humanos y los presupuestos dedicados a la investigación son contados.

En las instituciones de salud, de los 2067 proyectos de investigación clínica llevados a cabo entre 1981 y 1982 reportados en el Programa Universitario de Investigación Clínica, solamente 8 trataron el problema del consumo de alcohol, 3 de ellos se orientaron a la terapéutica médica y 5 al diagnóstico.

En general, la investigación biomédica está más desarrollada y cuenta con más recursos que la investigación clínica y sociomédica <sup>29</sup>

Podríamos decir, en cuanto a la investigación, que todo viene de una misma intención que es no darle importancia a lo social, es decir, las enfermedades para el MMH (Modelo Médico Hegemónico), modelo que impera en México, hasta la fecha, y está totalmente aparte de lo que es el entorno social.

Es, de ésta forma, como la investigación clínica y sociomédica no ha tenido un impulso, por parte del sector salud.

---

<sup>29</sup> Turull Torres, Francisco.



Por la misma razón, se cuenta con un número pequeño de investigadores en lo que se refiere al alcoholismo. Sin embargo, es de gran importancia que éstos obtengan el apoyo de la sociedad y del Estado para realizar una concientización de la mayoría de la población, tanto bebedora como en vías de serlo.

Por otro lado, existen diversas instituciones que llevan a cabo la investigación como son:

IMP (Instituto Mexicano de Psiquiatría)

CIJ (Centros de Integración Juvenil)

IPN (Instituto Politécnico Nacional)

UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México)

INSAME (Instituto de Salud Mental)

#### Coordinación General del Consejo Nacional contra las Adicciones.

El CONADIC lleva a cabo tareas de coordinación y concertación con los sectores público, social y privado en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación, capacitación e investigación, todo ello dentro del marco de los Programas Nacionales contra las Adicciones.

Podemos ver que los objetivos del CONADIC quedan en objetivos que se deben llevar a cabo, pero la pregunta es ¿cuándo?

Hemos visto en la última parte de este capítulo el aspecto legal y la normatividad del CONADIC (que incluye tanto a dependencias del sector público como privado), además de conocer la infraestructura con que se cuenta en el problema del alcoholismo en México.

Sin embargo, otros estudios (no oficialistas) nos muestran que el alcoholismo en las dependencias del sector público (IMSS, ISSSTE, SSA) es visto como un motivo de incapacidad, como un vicio, con una total ignorancia de los médicos hacia éste punto.

Encontramos, también, que no existen consultorios especializados, no hay camas para estos enfermos en los hospitales del sector salud. Es decir, hay una falta de interés y una gran ignorancia al respecto por lo que podríamos decir que, en México, no hay una educación antialcohólica.

Pocos son los estudios, como ya vimos, que se hacen de manera seria y profesionales que conocen del tema. Vemos, por otra parte, que hay mucho en cuanto a políticas de prevención, sin embargo éstas no han sido dadas a conocer, y los pocos que las conocen son: Las personas que trabajan en el CONADIC, y que por estar en contacto con las políticas preventivas, llegan a conocer a fondo, El Estado y los investigadores interesados en el tema.

De ésta forma, la realidad es triste porque no existe o no se ha dado una educación antialcohólica, que luche por crear una conciencia en los individuos.

Esta falta de interés y ésta cultura que crea y recrea la idea de que el beber es un vicio, no es gratis. Esta se debe a los intereses, como se ha visto, tanto del Estado como de las clases dueñas de los medios de producción y de las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas.

...." Por lo que respecta a las instituciones públicas se realizan acciones de tratamiento en dos niveles:

Por una parte con base en la estructura de servicios preexistentes, se resuelven las manifestaciones fundamentalmente orgánicas mediante consultas a médicos generales o especialistas, a través de los hospitales generales y las clínicas de la SSA, del IMSS y del ISSSTE, siendo éstas tres instituciones las más importantes en términos de cobertura. Tratándose de casos agudos se recurre a la desintoxicación en los servicios de urgencia, a los que se agrega en el D. F.

En éste tipo de asistencia no se administran tratamientos propiamente antialcohólicos, sino que se atienden las repercusiones parciales de la ingestión en el marco de la atención de problemas de salud en general. Por otra parte, se generaron servicios específicamente dedicados al tratamiento y rehabilitación del alcohólico.

Sus programas desarrollados por equipos interdisciplinarios de salud, incluyen a la desintoxicación, el tratamiento médico y el psiquiátrico, así como una orientación acerca de la naturaleza y efectos del daño, todo lo cual se maneja en consulta externa.

En cuanto al internamiento por complicaciones psiquiátricas, el Hospital Psiquiátrico de la SSA dedica un piso a los alcohólicos, además de prestarles atención ambulatoria.

Un tercer tipo de respuesta es el desarrollo en el sector privado por algunos centros e institutos también especializados en el tratamiento del alcoholismo, los cuales operan sin coordinación con instituciones oficiales. Finalmente, los grupos de Alcohólicos Anónimos y su colateral Al-Anón, juntos con otros de menor despliegue como Alcohólicos en Rehabilitación y Asociación Mexicana de Alcohólicos, constituyen una importante ayuda a la que puede agregarse la función de los sacerdotes, quienes con su respaldo religioso se han convertido en agentes de persuasión mediante el mecanismo de las llamadas "juras".

Cabe hacer notar que AA y los sacerdotes son las fuentes principales a las que recurren con más frecuencia a los sectores sociales más populares <sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Campillo, Carlos. "La Prevención en el abuso de alcohol en México" en El Alcoholismo en México: III Seminario de Análisis, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C., México, 1983, Pp. 108.

## Objetivos del CONADIC

El objetivo específico del CONADIC, es la disminución del alcoholismo a su vez existen objetivos específicos como son:

- a). Disminuir la prevalencia de casos de alcoholismo;
- b). Promover la participación de los sectores público y privado que realicen acciones educativas formales, no formales e informales, a fin de prevenir los riesgos del uso y abuso de bebidas alcohólicas.
- c). Crear conciencia respecto al conocimiento y defensa del derecho a la dignidad y a la condición humana (ver al alcoholismo como enfermedad y no como vicio).

Al parecer, los objetivos del CONADIC no son realistas, sino utópicos ya que pretenden cambiar toda la estructura política, económica e ideológica del Estado. Sin embargo, todas éstas políticas preventivas y acciones a realizar, quedan escritas en el papel, pero poco hace el CONADIC, y el Estado en sí, para difundirlas y crear conciencia en la población.

Encontramos, también, que no existen consultorios especializados, no hay camas para estos enfermos en los hospitales del sector salud. Es decir, hay una falta de interés y una gran ignorancia al respecto por lo que podríamos decir que, en México, no hay una educación antialcohólica.

Pocos son los estudios, como ya vimos, que se hacen de manera seria y profesionales que conocen del tema. Vemos, por otra parte, que hay mucho en cuanto a políticas de prevención, sin embargo éstas no han sido dadas a conocer, y los pocos que las conocen son: Las personas que trabajan en el CONADIC, y que por estar en contacto con las políticas preventivas, llegan a conocer a fondo, El Estado y los investigadores interesados en el tema.

Todo éste aparato ideológico, como son las políticas preventivas, tienden a legitimar al Estado, no a través de la concientización sino de promover políticas que no van de acuerdo a la realidad del problema en México.

Vemos, entonces, que el objetivo de la creación del CONADIC y con él la creación de políticas preventivas no va más allá de la realidad mexicana, sino que la cubre a través de la creación de dichas políticas que son utópicas y/o que poco se apegan a la realidad ya que nunca van a estar por encima de los intereses del Estado, ni de las empresas fabricantes de alcohol.

Algunos otros objetivos del CONADIC

Objetivos :

Abatir los índices de inicio, especialmente en la gente joven.  
 Apoyar el tratamiento, rehabilitación e incorporación a la comunidad.  
 Reducir la morbinortalidad derivada del alcoholismo.  
 Disminución del Alcoholismo en México

Objetivos Particulares:

Disminuir la prevalencia de casos del alcoholismo;  
 Promover la participación de los sectores público y privado que realicen acciones educativas formales, no formales e informales a fin de prevenir los riesgos del uso y abuso de bebidas alcohólicas;  
 Crear conciencia respecto al conocimiento y defensa del derecho a la dignidad y a la conducta humana, es decir, ver al alcoholismo como una enfermedad.  
 Estos son los objetivos que el CONADIC tiene como propósito establecer en la población mexicana, pero es muy difícil unificar un criterio en cuanto a las políticas preventivas.  
 ..... " La concepción de los problemas asociados con el consumo de alcohol en México, es muy complicada en virtud de la multiculturalidad de la población : con un total de poco más de 80 millones de personas, en donde más del 100% se refiere a la población indígena que habla más de 50 lenguas diferentes, nos enfrentamos con un mosaico muy diversificado en donde las acciones tienen que plantearse con estrategias ad-hoc.  
 Se define lo que para éste trabajo son los patrones culturales, sobre todo, porque al parecer, la educación es fundamental en la prevención. Para poder educar primero deben conocerse dichas características socioculturales, económicas y educativas de la población. Se insiste en que el alcohol permea todos los ciclos de la vida del individuo, desde el nacimiento hasta la muerte"<sup>31</sup>  
 Existe, además, una desinformación y falta de educación de la población en torno a los efectos del consumo del alcohol excesivo de tal manera grave que los sujetos no conocen sus propios límites de consumo, ni saben, por ejemplo, qué es conveniente hacer cuando se llega a la desintoxicación o los efectos del beber.

---

<sup>31</sup> Berruecos Villalobos, Luis. "Aspectos Culturales del Consumo de Alcohol en México" en El Alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983.

...." Además hay una amplia permisividad en las prácticas de consumo, sobre todo hacia los episodios de intoxicación. Las bebidas alcohólicas son de fácil accesibilidad, lo que quiere decir que tener la oportunidad de beber en México, es un asunto sencillo y poco complicado, porque la bebida es barata, los horarios son amplios, la variedad de establecimientos autorizados para venta no está limitada y las penas y los castigos por conducir en estado de ebriedad son benignos, por ésta razón la necesidad de establecer medidas preventivas es importante "32

También es muy común encontrar en la población una serie de mitos en torno al alcohol que deben ser combatidos; algunos de ellos reflejan la creencia de que el alcohol no es una droga y que más bien es un alimento, o los que beben mucho difícilmente pueden llegar a convertirse en alcohólicos porque tienen la capacidad de resistencia. Otros piensan que la combinación de bebidas y no la cantidad de las mismas, es la que provoca la intoxicación y que cuando ésta aparece, la solución es tomar un café cargado o meter la cabeza en agua fría.

Otros afirman que el alcoholismo es hereditario y unos más piensan que el alcohólico no nace, sino que se hace

.... " Es preciso hacer más investigación cultural sobre los factores como la exposición temprana de niños al alcohol, el contenido de alcohol en las bebidas más típicas de las tradiciones, para entender realmente los tipos de patrones de consumo. Falta aún información sobre el comportamiento de ingesta de los padres, la importancia moral atribuida al acto de beber, la asociación del beber con conceptos como la virilidad o la impotencia, la aceptación social y moral de la abstinencia y en general, las variaciones culturales en torno a las reglas del beber social "33

Tampoco existe mucha información, acerca de la producción, circulación y venta de bebidas alcohólicas y su relación con el consumo. Se sabe, por ejemplo, que aunque el consumo per cápita en México no es tan alto como en los países europeos, seguramente el consumo ha crecido de manera alarmante en los últimos años. No existe información respecto a políticas de precios, publicidad y mercadotecnia de comercio exterior o ventas y medidas para el control de las mismas.

---

32 Berruecos Villalobos, Luis. Pp. 122

33 Berruecos Villalobos, Luis. Pp. 122

..." Necesitamos conocer con más detalle de la etiqueta que encierra el acto de beber, los lugares y tipos de bebida, los sistemas normativos y las reglas sociales que canalizan el comportamiento desviado. Hay que recordar que los problemas de ingestión se dan dentro de un contexto social y que no deben ser vistos como síntomas privados de un bebedor en tanto que la decisión de beber o no es privada y personal, sino como un reflejo de la estructura social en que se vive "<sup>34</sup>

Estrategias, líneas de acción y acciones específicas.

Dentro de las estrategias del CONADIC, para evitar el consumo de bebidas alcohólicas encontramos:

1.- Desarrollar programas para identificar en forma adecuada y oportuna al individuo cuyo consumo de alcohol resulta dañino para él y para su familia.

Como vemos, dicha estrategia pretende reconocer al individuo afectado por el alcoholismo. Sin embargo, las instituciones del sector salud y privadas tienen grandes problemas para identificar al enfermo alcohólico, ya sea por un total desconocimiento de lo que es la enfermedad, una gran falta de interés hacia el alcoholismo, ya que se piensa que es un vicio y no una enfermedad, es decir, se maneja tanto a nivel social como médico el desconocimiento hacia lo que es el alcoholismo.

2.- Proporcionar atención integral al enfermo alcohólico y al individuo que abusa del consumo de bebidas alcohólicas, considerando los aspectos de tratamiento, rehabilitación y reinserción social con la participación activa (responsable) del individuo, su familia y la sociedad.

La estrategia menciona el dar atención integral al enfermo alcohólico, sin embargo en la realidad no es así, desafortunadamente un enfermo alcohólico es ingresado a un hospital, pero de ninguna manera se le da atención integral, sino que es desintoxicado para darlo de alta inmediatamente. Encontramos que la atención integral sólo se ofrece en los hospitales privados y muy especializados, tanto en drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, codependencia, anorexia-bulimia, etc.

---

<sup>34</sup> Bernicco Villalobos, Luis. Pp. 123

Educación para la Salud dentro del CONADIC

Lo que el CONADIC, nombra EDUCACION PARA LA SALUD, consiste en 10 puntos que pretenden educar a la población hacia una cultura antialcohólica.

Los puntos son:

- 1.- Fomentar en la población actitudes, valores y hábitos para el autocuidado de la salud, con el fin de disminuir los índices del uso y abuso del alcohol.
- 2.- Propiciar la participación comunitaria en la elaboración y/o actualización del diagnóstico situacional, diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de programas preventivos en cada localidad.
- 3.- Integrar y sistematizar la información sobre el consumo de bebidas alcohólicas y alcoholismo que es impartida en los diversos niveles de educación formal.
- 4.- Elaborar y adecuar programas educativos de sensibilización, orientación y capacitación para la formación de recursos humanos en la prevención del uso y abuso del alcohol.
- 5.- Propiciar la participación de los sectores privado y social en la realización de campañas educativas para prevenir el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.
- 6.- Coadyuvar a la promoción de una educación para la salud difundiendo entre la población la normatividad jurídica relativa al uso y abuso de bebidas alcohólicas.
- 7.- Orientar los mensajes preventivos hacia grupos de mayor riesgo.
- 8.- Aprovechar los resultados de las investigaciones para el diseño de los mensajes que se difunden en los medios de comunicación.
- 9.- Propiciar la unificación de criterios entre las instituciones sobre el contenido de los mensajes para la información respecto al consumo de bebidas alcohólicas.
- 10.- Fortalecer las campañas del consumo responsable de bebidas alcohólicas.

De acuerdo a lo mencionado por los 10 puntos de "Educación para la Salud" vemos que todo queda en el papel y en el trabajo de escritorio ya que difícilmente existirá una concientización de la población, del sector salud, de los diferentes sectores de la población: público y privado, para cambiar lo que ya tiene raíces muy profundas dentro de la ideología del mexicano: el alcohol.

El CONADIC, llama "Educación para la Salud" a la legitimación de la sociedad civil hacia el Estado, es decir, con una serie de políticas y medidas preventivas, en las que el Estado pretende tener credibilidad hacia la población implementando éstas políticas para terminar con el alto índice de alcoholismo en México.

Es por eso que la tan mencionada "Educación para la Salud", no es tal y que es muy importante, ahora sí, crear una conciencia desde abajo y desde la educación primaria sobre lo que es el alcoholismo, cuáles son sus causas y cuáles sus consecuencias.

A dicha educación le llamaríamos "Educación Antialcohólica", ya que como vimos en el capítulo I, la salud es un estado utópico al que pretende llegar el individuo en la sociedad, sin embargo estamos muy lejos de hacerlo.

Pero en lo que se refiere a la "Educación Antialcohólica", sabemos que el alcoholismo no es un estado utópico, de felicidad, de salud mental ó física al que podemos llegar, sino que fácilmente podemos llegar a él si no tenemos las armas necesarias (conocimientos) para defendernos y ser así no totalmente saludables en cuanto al concepto de la OMS, pero sí ser lo más saludables en la medida en que nuestros conocimientos nos lo permitan.

#### Legislación y Reglamentación

La legislación y Reglamentación del CONADIC, tiene como objetivo primordial proponer las medidas conducentes para la eficaz aplicación y revisión permanente de las disposiciones legales vigentes, en materia de producción, distribución, venta, publicidad y consumo de bebidas alcohólicas.

Por su parte el CONADIC, ha creado una legislación y una reglamentación para cumplir con los objetivos de dicha institución, es decir, establecer una normatividad en cuanto a la producción, distribución, venta, publicidad y consumo de bebidas alcohólicas. Sin embargo, sabemos que tal normatividad es aparente ya que como vimos al principio del capítulo, no existe un control real sobre los puntos anteriores.



### Investigación dentro del CONADIC

La investigación pretende:

- 1.- Fortalecer la formación de recursos humanos.
- 2.- Fortalecer la infraestructura para el desarrollo de proyectos de investigación.
- 3.- Generar nuevos conocimientos del problema a través de la investigación interdisciplinaria.
- 4.- Orientar la descentralización de la investigación fortaleciendo principalmente las zonas de mayor riesgo.
- 5.- Propiciar la evaluación del impacto de acciones.

Además, la investigación, tiene como meta crear una concientización en la población, pero encontramos que los resultados de la investigación no llega a la mayor parte de la población, mucho menor es la aplicación a la sociedad.

Existe, en México, la investigación hacia el alcoholismo, pero hemos visto que no hay la difusión necesaria, vemos que ésta falta de convocatoria hacia la investigación hacia el alcoholismo se debe a que es parte de los intereses del Estado, de la clase dueña de los medios de producción y de las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas.

De ésta forma, vemos como existe la investigación en nuestro país, pero ésta no corresponde a la magnitud del problema que se presenta en México.

Lo más importante es que ésta investigación no sirva para crear medidas utópicas que nunca se van a cumplir, sino para que se dé mayor apoyo a la misma, en todos sentidos y, sobre todo, a la difusión y aplicación de resultados a la población, que es la que más sufre con la ignorancia de la que es objeto.

Es necesario, hacer saber a la población en su mayoría los efectos que tiene el ser un alcohólico, los efectos que conlleva a nivel laboral, escolar, familiar, social y, lo más importante, a nivel personal.

#### 4. 5. -Programa Preventivo contra el Alcoholismo.

Para que haya políticas preventivas en contra del alcoholismo, primero necesitamos saber qué son las políticas públicas y cuáles se aplicarían a nuestro problema: el alcoholismo en México.

La definición de un problema de políticas públicas tiene más importancia que su simple definición conceptual. Si una política establece de manera muy estrecha sus objetivos, es muy probable ignorar o subvaluar varios efectos importantes de su propuesta de acción. Si se pierden de vista variables importantes que afectan el comportamiento del sistema en consideración, se pueden perder oportunidades para elegir las políticas adecuadas o pasar por alto restricciones en la elección de las políticas. En los dos casos, las recomendaciones de la política serán inapropiadas.

En la política en contra del alcoholismo, la definición del problema es particularmente crítica. Considérense, por ejemplo, definiciones alternativas y sus implicaciones en la política gubernamental. Algunos consideran que el objetivo de la política en contra del alcoholismo es sin más la reducción del consumo. La abstinencia es deseable, incluso si no provoca ningún cambio de conducta; por tanto, las políticas recomendadas comprenden el establecimiento de programas de desintoxicación, internar a los pacientes en hospitales psiquiátricos y poner en práctica estrictas restricciones al suministro de alcohol.

Para otros, el objetivo es mejorar la calidad de vida de los consumidores. Cualquier mejora en su salud, independencia económica o autoestima es deseable, incluso si el individuo continúa bebiendo.

Otros definen el objetivo de la política como protección de la sociedad frente a la conducta peligrosa de los consumidores. Es deseable, entonces, abatir el número de los delitos cometidos por los consumidores; la cárcel y el tratamiento obligatorio se convierten en los instrumentos apropiados. De manera similar, algunos piensan que la variable más influyente en la conducta de los consumidores es el consumo mismo de alcohol. Si los consumidores dejaran de usarlo repentinamente, su salud mejoraría, se restablecería su dignidad y autonomía y se reducirían los delitos.

Finalmente, otros afirman que el pobre número de oportunidades que enfrentan los consumidores es el factor que más influye en la predisposición a beber y en el comportamiento del consumidor. Bajo este punto de vista, las políticas que expandan las

oportunidades son necesarias y suficientes para prevenir el alcoholismo y para mejorar la conducta y la condición de los consumidores presentes.

En el cuadro 1 se identifican los atributos del mundo que se ven afectados significativamente por el beber o por las políticas diseñadas para controlarlo.

El propósito del cuadro es simplemente mostrar un amplio y ordenado esquema de recuento para distinguir los cambios importantes en la concepción del problema del alcoholismo o los efectos que implica usar algún instrumento particular para tratar con el problema.

Cuadro 1		Atributos del Problema del Alcoholismo.
	Salud	Mortalidad Morbilidad Intoxicación
Efectos de los usuarios	Dignidad y Autonomía	Responsabilidades conven Satisfacción en la vida
	Crímenes	Pérdidas económicas de las víctimas Costos de protección
Efectos en otros	Contagio	Miedo y Ansiedad Serv. especiales a los consumidores. Porción de serv. grates
	Recursos Públicos	Valor de las inst. p/otros Impacto en la base impositiva. Estado de los derechos civ. Poder del crimen organizado Grado de movilidad social Preferencias morales y estéticas

Los objetivos del gobierno deberían comprender en principio todos los atributos del problema. Específicamente, el gobierno debería buscar:

- 1). mejorar la salud de los consumidores;
- 2). reforzar su dignidad y autonomía;
- 3). reducir los delitos que cometen;
- 4). reducir el contagio del uso de bebidas alcohólicas;
- 5). consolidar la moral de la sociedad;
- 6). reducir los recursos públicos que absorben los consumidores de bebidas alcohólicas.

En términos de estos objetivos y de los atributos más detallados que se enlistan en el cuadro 1, deberíamos describir el estado del problema del alcoholismo y evaluar el impacto de las políticas y los programas específicos.

Hay seis objetivos enlistados, a pesar de la controversia sobre cuáles conciernen propiamente al gobierno. Hay muchos que consideran que el gobierno debería intervenir en las decisiones privadas sólo cuando éstas tengan un efecto dañino en los demás. Los que sostienen esta noción argumentan que el gobierno debería preocuparse únicamente por los "efectos externos" del consumo excesivo de alcohol como el delito o el contagio. Ellos insisten en que no hay ningún efecto del alcohol en el consumidor individual que justifique la intervención del gobierno. Los consumidores podrían enfermar, sentirse atrapados en una forma de vida despreciable, depender psicológica y económicamente de su familia y amigos, pero esto no sería motivo de ningún tipo de intervención gubernamental.

En cambio, otros invocan la intervención gubernamental en las decisiones privadas cuando éstas tienen consecuencias significativas, que el decisor no puede determinar o es incapaz de evaluar. Así, el gobierno está autorizado para impedir que los niños (y otros que no entiendan completamente las consecuencias del consumo de alcohol) tengan acceso a éste. Comúnmente se asume que la negación del acceso puede lograrse por medio de una "política regulatoria". Consecuentemente, el gobierno está autorizado para implantar tal política. Pero ¿qué pasa si esa política regulatoria fracasa? En este caso no está claro si el gobierno debería imponer una "política de prohibición" para que, al tiempo que niegue a los niños el acceso al alcohol, conceda derechos de decisión a los adultos supuestamente competentes.

Otros más están persuadidos de que el gobierno tiene la obligación de motivar y ayudar a cada uno de sus ciudadanos para que disfruten una vida digna.

Este punto de vista permite la intervención gubernamental no sólo para reducir los efectos externos y prevenir el consumo de alcohol en los que son capaces de estimar las consecuencias, sino también para contribuir a desarrollar la dignidad y la autonomía de los consumidores individuales.

Si nos vemos forzados a tomar parte en esta controversia, una posible estrategia sería reducir el conjunto de objetivos gubernamentales y simplificar así el análisis. Sin embargo, no se puede decidir cuál es el conjunto apropiado de objetivos de gobierno hasta no ver cuáles son las consecuencias de tener un conjunto restringido. Debido a que aún no estamos seguros de los efectos específicos de las diversas políticas ni tampoco de la importancia que se debe otorgar a los diferentes efectos, parece que lo mejor es dejar los que se presentan en el cuadro 1, para recordarnos todo lo que puede estar en duda al elegir cualquier política específica hacia el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Los instrumentos de políticas que el gobierno puede usar para manipular los atributos del problema del alcoholismo son diversos y numerosos.

Una de las más importantes diferencias de los instrumentos de políticas es la relativa amplitud o estrechez de su ámbito de acción. Algunas políticas se diseñan para influir en un amplio ámbito de conducta; otras no. Algunas se diseñan para influir solamente a la gente que consume actualmente bebidas alcohólicas; otras se concentran en un segmento mucho mayor de la población total. Podemos entonces definir el ámbito de una política en términos de (1) el rango de conducta que el diseño de la política busca influir, y (2) el grupo de población afectada por la política.

Las políticas que difieren según sus ámbitos se dividen, a veces vagamente, entre las que atacan síntomas del problema del alcoholismo y las que atacan sus causas de raíz. Supuestamente, las políticas que atacan síntomas están diseñadas principalmente para reducir el consumo de quienes las usan actualmente. Las políticas que atacan las causas tienen ámbitos más amplios: buscan modificar más aspectos de la conducta, no solamente el consumo excesivo de alcohol, y extender su influencia a una porción mayor de la población total.

La clasificación en términos de síntomas y causas desata en seguida la controversia sobre los méritos relativos de los programas específicos. Supone que las posiciones que atacan sólo síntomas son cónicas, pasajeras, ineficientes, en otras palabras indeseables, y que las políticas que atacan causas son evidentemente superiores.

<b>Cuadro 2: ÁMBITO DE LOS INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS ALTERNATIVAS.</b>			
Políticas que influyen en la conducta de la sociedad en general.		Políticas que influyen solamente en la conducta de quienes ya consumen alcohol.	
Políticas que influyen en un amplio rango de conducta. 1	Políticas que influyen solamente en el consumo de alcohol. 2	Políticas que influyen en un amplio rango de conducta. 3	Políticas que influyen solamente en el consumo de alcohol. 4
Macropolítica de empleo	Prohibición de todas las ventas y uso de alcohol.	Comunidades Terapéuticas	Desintoxicación Ambulatoria
Programas de Bienestar	Programas de educación sobre drogas y alcohol.	Psicoterapia Individual	
Programas de Salud Pública.	Detección temprana y programas de cuarentena.	Servicios Auxiliares y tratamiento especializado.	
Programas Antipobreza	Programas de inmunización antagonista	Libertad bajo palabra y condicional.	
Programas de capacitación			
Prohibición de tratos discriminatorios en las contrataciones .		Consumidores internados en hospitales psiquiátricos	
Programas de delincuencia juvenil		Programas de empleo asegurado	
Cárceles y Prisiones.			

Si uno define ampliamente los objetivos de la política contra el alcoholismo, se alcanza a juzgar intuitivamente que las políticas que se han limitado a reducir el consumo de alcohol de los actuales consumidores no van a tener un impacto sustancial en el problema. Gran parte de la conducta negativa y de la infeliz condición de los consumidores persistiría a pesar de la reducción del consumo de alcohol. Muchas personas cuya conducta deseamos modificar - hijos, padres, esposas, vecinos- seguirían fuera de nuestro alcance. Pero, así como es un error confiar totalmente en políticas estrechas, es también un error confiar en las muy amplias. Hay dos razones para creer que las políticas amplias fracasan. Primero, tales políticas han tenido en general efectos mucho más débiles que los esperados en la conducta y la condición global de vida de la gente; muchos de los grandes problemas sociales de la década de los años sesenta fracasaron en su intento de mejorar la vida de las personas a las que se intentaba servir. Ya pasaron los tiempos de la gran confianza en los efectos mágicos de las leyes antidiscriminatorias, los programas de capacitación laboral y los organismos antipobreza.

Segundo, debido a que se separa a los alcohólicos del resto de la sociedad por causa de discriminación racial, discriminación por causa de antecedentes penales, y por la deficiencia de sus actitudes, salud y habilidades, los adictos tienden a ubicarse entre los menos ayudados por la expansión del empleo o la ampliación de los servicios sociales generales. Incluso cuando las políticas amplias se persiguen con ahínco, los alcohólicos requieren atención especial y apoyo para superar las barreras restantes. Tal atención y apoyo pueden únicamente venir de políticas con ámbitos bastante estrechos. En algunos casos, las políticas muy estrechas podrían ser suficientes para esto, pero, en otros, se necesitan programas más extensos e intensos. Existe entonces un importante efecto de complementariedad entre los programas con diferentes ámbitos: las combinaciones probablemente tengan más efectividad que una sola clase de política.

Nótese que los programas listados de la columna 3 abordan un tema especial: ¿por qué los programas diseñados para ir más allá de la mera reducción del alcoholismo deberían restringirse solamente a los alcohólicos? Muchas de las técnicas de rehabilitación empleadas por estos programas son aplicables en general. Hay en el mundo otros tipos de gente en desventaja, peligrosa y degradada, que podrían beneficiarse de ellas tanto o más que los bebedores. En consecuencia, la equidad dictaría que estos programas fueran accesibles también para los no bebedores.

No obstante, hay dos argumentos para restringir las políticas a los bebedores. Primero, se puede argumentar que los alcohólicos son mucho más peligrosos, degradados y enfermos que el resto de la gente pobre; merecen atención especial. Segundo, se puede argumentar que los bebedores pueden ser extraordinariamente tratados mediante varios programas sociales; mientras que es difícil tener algún impacto en los hábitos, actitudes y habilidades de la gente pobre común y corriente, hay algo en los bebedores que les hace mejorar drásticamente su conducta y condición con mayor facilidad. Una vez que éstos son rescatados del alcohol, y si así lo desean, espontáneamente se rehabilitan por sí mismos o se muestran más dispuestos a seguir las directrices que conducen a la rehabilitación.

Los instrumentos de políticas enlistados en la segunda columna del cuadro 2 afectan a la población en general y buscan influir en las conductas sólo con relación al consumo de alcohol. Por definición, los programas de este ámbito particular son programas preventivos: están dirigidos a la gente que ahora consume heroína y buscan reducir la probabilidad de su uso en el futuro.

El ámbito de estos programas señala un problema en su diseño: ¿cómo podemos concentrarnos en los que son vulnerables al alcohol y no dispersar sus efectos entre la población? En efecto, es difícil distinguir al vulnerable del ímune; por ello, fracasar en este punto conduciría a inevitables errores en el momento de decidir cuándo y dónde empezar el programa preventivo. Muchos grupos vulnerables serán ignorados. Y a pesar de que nos gustaría estrechar el ámbito de los programas preventivos para incidir solamente en los consumidores potenciales, el hecho es que los programas están dirigidos a una población general relativamente indiferenciada.

Los instrumentos de políticas de las dos últimas columnas del cuadro son similares en dos aspectos importantes. Primero, por que se concentran sus efectos en gente que actualmente consume alcohol; esto los distingue de las políticas generales (columna 1) y de las preventivas (columna 2). Segundo, logran sus efectos al combinar servicios de rehabilitación y supervisión directa de la conducta de los consumidores.

Las diferencias entre estos dos tipos de programas son igualmente importantes y no están comprendidas en su totalidad en las distinciones del cuadro 2. Éste indica únicamente que los programas difieren respecto al rango de conducta que el diseño busca influir.



La segunda diferencia tiene que ver, en cambio, con la extensión de la supervisión directa y los servicios de rehabilitación de los programas; por ejemplo, las comunidades terapéuticas ofrecen supervisión y servicios de rehabilitación extensivos. Las cárceles ofrecen supervisión extensiva pero pocos servicios de rehabilitación. Los programas de desintoxicación ambulatoria ofrecen poco de los dos. La tercera de las diferencias mayores concierne a la durabilidad de la mejora: virtualmente todos los programas pueden mejorar la conducta y la condición de los consumidores mientras permanecen bajo supervisión directa, pero relativamente pocos, quizás ninguno, puede decir que estas mejoras persistan por períodos prolongados después de la supervisión.

Los programas supervisados se distinguen naturalmente respecto de los que brindan tratamiento y de los que son de custodia. Hay varias connotaciones fuertes asociadas a esta clasificación. Una es que los programas de tratamiento tienen más posibilidad de brindar mejoras amplias y duraderas de la vida de los bebedores. Los programas de custodia pueden tal vez lograr una influencia amplia o una limitada, pero se asume que el efecto sólo dura mientras el consumidor permanezca participando en el programa o bajo supervisión directa.

Una segunda connotación es que los programas de tratamiento tienen que ver principalmente con la salud y la dignidad individuales de los consumidores y sólo de manera secundaria con la protección del resto de la sociedad frente a los efectos de su desafortunada situación. En consecuencia, se asume que brindan servicios extensos de rehabilitación y solamente un mínimo de custodia. Se piensa que los programas de custodia tienen que ver principalmente con la protección de la sociedad y sólo de manera secundaria con la salud y la dignidad de los consumidores individuales; de acuerdo con esto, se asume que brindan más control sobre la vida de los consumidores voluntariamente buscan programas de tratamiento, se les debe obligar a participar en los programas de custodia.

De nuevo, hay observaciones y juicios en esta distinción natural que, sin embargo, podría ser engañosa. La clasificación apresurada de un programa puede llevarnos a suponer la presencia de características que el programa no tiene de hecho, o puede llevarnos a confiar demasiado en estas suposiciones. El cuadro 3 presenta una clasificación convencional de programas bajo las categorías de tratamiento y custodia, y luego explora la naturaleza de los programas de manera más explícita atendiendo a las siguientes cinco preguntas:

¿Qué tan amplio es el cambio a alcanzar en la conducta?

¿incide el programa principalmente en la salud y la dignidad de los consumidores o impacta en el resto de la sociedad?

¿cuál es la inversión relativa en la rehabilitación comparada con la de la custodia?

¿la participación en los programas es voluntaria u obligatoria?

Aunque la totalidad de los juicios que revela el cuadro son debatibles, sugieren que la clasificación convencional introduce distinciones entre programas que pueden tener efectos bastante semejantes y borrar distinciones entre los programas que pueden ser muy diferentes.

### *Un modelo sencillo del problema del alcohol.*

El gran número de objetivos y la diversidad de instrumentos de políticas complican el diseño de la política sobre el alcoholismo. Hay demasiadas cosas que tomar en cuenta. En consecuencia, necesitamos un modelo del problema de el alcoholismo que nos permita concentrarnos en pequeños componentes sin perder de vista la forma en que la que se combinan para integrar un problema más grande. Idealmente este modelo debería ser capaz de:

- 1). sugerir términos sencillos para sintetizar y comparar los efectos de las diversas políticas;

- 2). identificar los principales componentes del problema del exceso en el consumo de alcohol que se pueden atacar por medio de intervención gubernamental;

- 3). facilitar el ordenamiento de los instrumentos de políticas en los varios subgrupos que atacan el mismo componente del problema;

- 4). alertarnos acerca de la interdependencia de los diversos ataques dirigidos a diferentes componentes;

- 5). introducir explícitamente la dinámica que determina la magnitud y el carácter del problema a lo largo del tiempo.

Podemos construir un sencillo pero útil modelo a partir de unas cuantas observaciones básicas.

a). **Objetivos estratégicos de la política sobre el alcoholismo: reducción del número de consumidores y mejoramiento de su conducta y condición.**

Estas observaciones básicas suponen que los objetivos estratégicos de la política contra el alcoholismo deberían ser 1) reducir el número de gente que bebe; y 2) mejorar la conducta y la condición de los consumidores actuales.

Deberíamos, además, ser capaces de resumir virtualmente todos los efectos importantes de la política contra el alcoholismo en términos de cambios en el número de consumidores o de cambios observables en la conducta y la condición de los consumidores.

Estos son, en términos simples, los efectos de los varios programas, ampliamente divergentes que necesitamos resumir y comparar.

Dados nuestros dos objetivos estratégicos, los factores que determinan el número de consumidores y que influyen en su conducta y condición deberían ser las metas de la política gubernamental. Si estos factores pueden ser manipulados con los instrumentos disponibles de la política, serán mayores las oportunidades para una intervención gubernamental exitosa. En la medida que caigan lejos del alcance de los instrumentos de políticas, frustrarán y restringirán los esfuerzos del gobierno.

b). **Factores que determinan el número de consumidores.**

Los factores que determinan el número de bebedores son las tasas conforme a las cuales las personas se convierten en consumidoras o dejan de serlo. Uno puede pensar en estas tasas como flujo hacia adentro y hacia afuera de la población incluyen:

- 1). la tasa a la que los consumidores se abstienen voluntariamente de beber;
- 2). la tasa a la que los consumidores mueren;
- 3). la tasa a la que los consumidores participan (voluntaria o involuntariamente) en diversos tipos de programas de supervisión;
- 4). la tasa a la que los consumidores se "curan" por medio de diversos tipos de programas.

Los flujos importantes hacia dentro de la población de consumidores incluyen:

- 1). la tasa a la que los no consumidores se vuelven consumidores;
- 2). la tasa a la que los no consumidores abandonan, escapan, o se zafan de los programas supervisados;
- 3). la tasa a la que los consumidores que se "han curado", o quienes se han abstenido voluntariamente, recaen en el consumo de alcohol.

Pequeños cambios en los tamaños relativos de estos flujos pueden llevar a diferencias sorprendentemente grandes en el número de consumidores tolerados dentro de los próximos cinco o diez años. En consecuencia, cada uno de estos flujos debería ser un blanco importante de los programas y políticas de gobierno.

En general, los objetivos del gobierno deberían expandir los flujos hacia afuera de la población y reducir los flujos hacia adentro. La obvia excepción es el objetivo de reducir la tasa a la que los consumidores mueren: las muertes de consumidores constituyen el mayor costo del problema de alcoholismo y señala el fracaso de los programas gubernamentales.

c). Factores que influyen en la conducta y en la condición de los consumidores.

Comúnmente suponemos que el principal factor de la conducta y la condición del bebedor es su grado de consumo. Si de repente dejara de consumirlo, disfrutaría de mejor salud, tendría más dinero para pagar la renta de su habitación o comprar comida y cometería menos delitos. La creencia de que el beber en sí mismo influye profundamente en la conducta del consumidor es la principal razón de que veamos las consecuencias directas de su conducta, como el costo del uso de alcohol, y dejemos de considerar la pobreza, la discriminación o las inequitativas oportunidades de educación. Pero, mientras que sería claramente equivocado suponer que el beber no tiene efecto alguno en la condición y la conducta del consumidor, sería un error mayor suponer que el uso de la droga, en sí mismo, explica todo su estado.

Un segundo factor que influye en la conducta y la condición de los consumidores tiene que ver con los hábitos, habilidades y actitudes que moldearon su vida antes de empezar con el alcohol.

El consumo de alcohol, comparado con otras ocupaciones y entretenimientos, impone una estructura totalmente rígida en la vida del individuo, pero no la transforma completamente. Hasta en aquellos que se vuelven desesperadamente adictos, elementos significativos de sus vidas previos a su adicción, permanecen como parte importante de sus vidas después de la adicción. Y en el caso de los que no se han involucrado profundamente en el alcoholismo, la influencia de su vida antes de la adicción es mucho más fuerte en su situación presente.

Así, buena parte de la conducta del consumidor resulta simplemente de una continuación de las actitudes, habilidades y hábitos que marcaron su vida antes de que se volviera adicto. Posiblemente, su conducta no cambiará a menos que sus actitudes, habilidades y hábitos cambien también.

El conjunto de las oportunidades de desarrollo disponibles para los consumidores representa un tercer factor importante. Es común decir que los consumidores quedan atrapados por su dependencia hacia el alcohol. Por consiguiente, si pudiera deshacerse de ella, disfrutarían de una vida mejor. Un punto de vista alternativo es que los consumidores tienen bastante autonomía para decidir si continúan o no como consumidores. La razón que ellos frecuentemente aducen es que no resultan significativamente atractivas las opciones de vida disponibles para ellos. Si se adopta este punto de vista, los cambios en su nivel de desempleo, en el grado de discriminación contra ellos (como adictos, exconvictos, o miembros de grupos minoritarios), e incluso los cambios en su estatus marital tendrían algún efecto importante en su conducta y condición de vida. Obviamente la respuesta del bebedor a un cambio de oportunidades puede ser significativamente afectado por su nivel de consumo de alcohol y por sus actitudes, hábitos y habilidades. Sin embargo, dado un cierto nivel de consumo de alcohol y un cierto conjunto de actitudes, hábitos y habilidades, se puede esperar ver algún cambio en la conducta y la condición del bebedor en respuesta al cambio en su conjunto de oportunidades.

Un cuarto factor es la participación de los bebedores en los programas de supervisión. Estos programas afectan la conducta individual al cambiar los factores antes señalados (reducción de consumo de alcohol; alteración de sus habilidades, actitudes y rutinas; y ampliación del conjunto de oportunidades disponibles para ellos. Sin embargo, inciden también en la conducta si logran supervisar de alguna manera la conducta durante una parte del día. En consecuencia, incluso si un programa de supervisión fracasara en sus esfuerzos por cambiar los otros factores que gobiernan la conducta del bebedor, probablemente se lograría algún cambio con sólo interrumpir la rutina diaria del bebedor.

Es así como la forma apropiada de probar la definición de un problema de políticas es averiguar si tiene valor heurístico (Parte del método histórico que se ocupa del conocimiento de las fuentes. Su acción viene seguida y completada por la crítica, cuya

misión es averiguar el valor real de estas fuentes: textos, documentos, restos, etc.)<sup>1</sup> para investigar el problema y hacer recomendaciones de políticas.

Frecuentemente este valor heurístico deriva de la especificación de categorías analíticas intermedias y una identificación explícita de las relaciones lógicas y empíricas que las unen. Las categorías analíticas intermedias exponen y sugieren diferencias de detalle pero organizan las reglas de comparación. La especificación de los eslabones lógicos y empíricos alertan al analista sobre redundancias, efectos complementarios importantes y oportunidades perdidas. Si hay muchas categorías sugerentes, y si los lazos lógicos y empíricos son intrincados pero bien definidos, entonces la agenda del analista se llena de cuestiones interesantes a considerar y de importante efectos a rastrear. Si es capaz de actuar inteligente e imaginativamente a lo largo de la formación de la agenda es otro asunto; pero, no podríamos atribuir su fracaso a una definición superficial y ad hoc al problema.<sup>35</sup>

### Programa Preventivo contra el Alcoholismo

**Objetivo General:** Promover la reducción del consumo de bebidas alcohólicas, así como los daños y riesgos a la salud, considerando entre ellos a los problemas psicológicos, económicos y sociales que se relacionen con el consumo del alcohol, para preservar la salud y el bienestar de los mexicanos.

**Objetivos Específicos:**

- 1). Promover una cultura antialcohólica a través del establecimiento de una educación para la salud que se difunda a todos los niveles (incluye al ámbito familiar, laboral, escolar, de la comunidad, etc.) y/o sectores educativos, políticos y sociales, y que dé a conocer qué es el alcoholismo.
- 2). Que esta cultura antialcohólica cuente con la difusión y la promoción de todos los sectores de la sociedad, especialmente los sectores educativo y salud, a través de la difusión de ésta: pósters, folletos, audiovisuales, películas, anuncios comerciales, etc.
- 3). Los medios masivos de comunicación tendrán como tarea el difundir dicha cultura, dando un tiempo establecido previamente y sin engaños a la venta-consumo de bebidas alcohólicas.

---

<sup>35</sup> Aguilar Villanueva, Luis (Ed). Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. México, Editorial Porrúa, 1993, Pp. 189-218.

- 4). El sector salud, a su vez, vigilará la aplicación de las disposiciones legales vigentes en la producción de bebidas alcohólicas, en su distribución, venta, publicidad y consumo.
- 5). Es muy importante que a través de la difusión de una cultura antialcohólica, el alcoholismo sea visto como una enfermedad y no como un vicio.
- 6). Se destinarán recursos, tanto humanos como económicos, a la investigación en materia de alcoholismo.

#### Estrategias:

a). Dar a conocer a toda la población qué es el alcoholismo y cómo llega a afectar al individuo, tanto en el ámbito laboral, familiar, escolar, personal, etc.

Para tal fin, se pretende promover este conocimiento a través del sector educativo, tanto en la educación primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato.

En todos ellos, los programas educativos en el área de Ciencias Sociales incluirán el tema una vez al año y también será incluido en los libros de texto a nivel primaria.

También, se pretende promover este conocimiento a través del sector salud, dando a conocer qué es el alcoholismo a través de folletos, pósters, volantes, audiovisuales, etc., para así llegar a la población derechohabiente de la SSA, el IMSS y/o el ISSSTE para que conozca, a través de datos verídicos, la enfermedad y sus consecuencias.

b). Ya que la enfermedad se encuentra en el individuo, darle a éste el conocimiento de qué es y cuáles son sus consecuencias si sigue bebiendo.

El médico general tendrá la obligación de hablar con él, y de las posibilidades que existen para obtener el control de la enfermedad: Grupos de terapia, psicólogos, psiquiatras, grupos de autoayuda, etc.

c). Dar atención integral y en instituciones dedicadas a la enfermedad, al alcohólico.

Tomando en cuenta que debe ser un lugar especializado, donde el enfermo debe permanecer durante un mes para su rehabilitación y después de que salga del hospital, darle seguimiento, recomendándole la ayuda de un psicólogo, psiquiatra o grupos de autoayuda.

d). Establecer programas y lugares de ayuda a los familiares de los alcohólicos, para brindarles orientación.

### Cultura Antialcohólica.

Busca el difundir en la población la prevención hacia el alcoholismo, a través del conocimiento de la enfermedad y cómo evitarla.

Esta cultura antialcohólica promueve la concientización de la mayoría de la población hacia el autocuidado.

Así también se elaborarán y difundirán campañas de información y orientación a toda la población y, en especial, dirigidas a las clases marginadas que son las que tienen mayor posibilidad de adquirir el alcoholismo.

Cabe mencionar que la cultura antialcohólica no sólo compete al sector público, sino que también se busca la participación del sector privado.

### Legislación y Reglamentación.

Su intención es proponer las medidas para la adecuada aplicación y revisión permanente de las disposiciones legales vigentes, en materia de producción, distribución, venta, publicidad y consumo de bebidas alcohólicas.

### Investigación.

Crear investigadores que se dediquen al estudio del alcoholismo: sus causas, consecuencias y prevención, principalmente, en las diferentes escuelas de educación superior que existen en México, a través de proporcionarles, a los mismos, apoyo a cursos de actualización y capacitación en el área de investigación.

Esta actualización y/o capacitación para la investigación del alcoholismo, podría ser promovida por la industria productora de bebidas alcohólicas, además del Estado.



#### 4.6.- Algunos otros programas de rehabilitación que ofrecen recuperación al alcohólico en México.

En su estudio acerca del panorama en México de la atención a los problemas relacionados con el consumo del alcohol, Turull<sup>36</sup> identificó cinco tipos de respuesta, una de las cuales ya no se da actualmente y otra se ha modificado. Las dos primeras respuestas corresponden a las instituciones públicas de salud; la primera de ellas consiste en los servicios de consultas médicas que se realizan en los hospitales generales y clínicas de la Secretaría de Salud, el ISSSTE y DIF; a pesar de que estas instituciones son las más importantes en términos de cobertura, no realizan tratamientos propiamente antialcohólicos, sino que sólo atienden las repercusiones físicas de la ingestión de alcohol.

Por otro lado, a partir de la conceptualización del alcoholismo como una enfermedad se generaron servicios especiales para el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes alcohólicos, cuyos programas, desarrollados por equipos interdisciplinarios de salud, incluyen tratamiento médico general y médico especializado (psiquiatras), y consultas externas de orientación acerca de la naturaleza y los efectos del daño provocado por el alcohol.

La SS llevó a cabo esta actividad a través del Centro para la Prevención del Alcoholismo (CEPRA) y del Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares (CAAF), institución manejada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con fines asistenciales, pero principalmente de investigación respecto de ese problema.<sup>36</sup>

Ninguno de ellos funciona en la actualidad; el primero amplió sus servicios a problemas de salud mental comunitaria en general (Centro Comunitario de Salud Mental), y continúa atendiendo el problema del alcoholismo, pero sin dedicarse específicamente a ello. El mismo tipo de atención se ofrece en los servicios de salud mental de los Centros de Salud de la SS.

El tercer tipo de respuesta es el que desarrolla el sector privado, a través de unas cuantas instituciones especializadas en el tratamiento del alcoholismo, que operan independientemente en las instituciones oficiales.

---

<sup>36</sup> Turull Torres, Francisco. Estrategias Preventivas ante los problemas del alcohol. Trabajo presentado en la reunión OMS-IMP, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1981, Pp. 1-13

Los programas terapéuticos que aplican varían desde la desintoxicación hasta los médicos aversivos y las terapias directivas.

El cuarto tipo de respuesta (no médica) está representado por los servicios de orientación profesional y terapia educacional basados en los principios de AA, que se brindan en los centros de trabajo. El único ejemplo es un instituto que se formó en Petróleos Mexicanos y que, por desgracia, ya no existe.

Finalmente, otro tipo de asistencia no médica al alcohólico, lo constituyen los grupos con una estructura y un programa establecidos, cuyo principal representante, dada su amplia cobertura, es Alcohólicos Anónimos y sus colaterales Alanón y Alateen y otras respuestas populares que carecen de estructura, como los juramentos religiosos, los curanderos, etc. Estas pueden considerarse como las principales alternativas disponibles en la actualidad para el tratamiento del alcoholismo.

Es evidente que tales respuestas no cubren el problema señalado, además de que representan esfuerzos parciales e incoordinados de acción; resaltan no sólo las carencias de cobertura, sino también carencias cualitativas, ya que algunos todavía consideran el alcoholismo como un "vicio" o irresponsabilidad, además de que cuando se llega a tratar de manejar el problema, es frecuente que se haga a través del modelo médico tradicional monocausal, que limita la efectividad en su atención. A nivel de la demanda y del uso de servicios, la identificación de los casos generalmente es tardía; la mayoría de las veces, los pacientes buscan aliviar sus síntomas y después abandonan el tratamiento. Por ello los esfuerzos que se realizan tienen un impacto limitado e implican costos considerables.

Para tratar de resolver este problema, no basta con aumentar la cobertura de los tratamientos; es necesario también fijar una política asistencial que coordine esfuerzos y homologue criterios, además de orientar los programas de tratamiento, mediante un sistema de información para saber cómo contribuye cada terapia al control de los problemas que genera la ingestión de alcohol.

Hasta ahora, las actividades se han dirigido principalmente al individuo bebedor, a través de métodos terapéuticos que abarcan una enorme variedad de procedimientos; sin embargo, todavía no hay suficientes estudios de evaluación comparativa que permitan conocer la efectividad y el costo de cada uno, así como el grado de entrenamiento que requieren las personas para aplicarlos.

En este sentido, son enriquecedoras las evaluaciones de los programas de otros países, las cuales indican que los esfuerzos deben orientarse hacia la búsqueda de métodos más sencillos de detección precoz de los casos.

Hablar de los problemas relacionados con el consumo de alcohol extiende el foco de atención hacia las consecuencias para la comunidad y, por lo tanto, la ampliación de las perspectivas de tratamiento a la familia y en los centros de trabajo, instituciones significativas no sólo respecto de los efectos del alcohol, sino también para motivar cambios de actitud entre los pacientes, la detección temprana de casos y la prevención de problemas potenciales.

Por otro lado, recientemente, la psiquiatría social ha concedido una mayor importancia a las influencias psicológicas y socioculturales en relación con la salud mental, a los métodos epidemiológicos para investigar la distribución de las enfermedades mentales y el análisis de los factores implicados en su origen. El carácter de los servicios de salud mental se ha determinado por múltiples influencias que incluyen su historia, su demanda pública, las consideraciones políticas y la impresión del psiquiatra de que son buenos, tal como lo menciona Pucheu:

... " Como parte de la medicina contemporánea, la psiquiatría carece de una infraestructura de comprobaciones científicas que permitan dar un peso específico en la relación dialéctica de los factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan en el proceso salud-enfermedad mental. Lo anterior, además de la falta de una teoría integrada, es especialmente cierto en el campo de la psiquiatría social, en la que se ha llegado a la aceptación de una multicausalidad con variables que no son controladas habitualmente por la investigación y que sólo se mencionan como factores predisponentes, desencadenantes, condicionantes, etc. , pero sin poder profundizar más allá del hecho de reconocer su existencia "37

El enfoque que la psiquiatría social acerca del alcoholismo se basa en un enfoque fundamentalmente preventivo que destaca la importancia de la comunidad en el proceso salud-enfermedad mental, es decir, que los conocimientos de la psiquiatría social deben aplicarse o adaptarse de acuerdo con las características del sitio donde desean implantarse. Por ello difiere la eficacia de los diversos tratamientos contra el alcoholismo que se aplican en diferentes sitios o con diferentes grupos sociales.

El principio básico de acción de la psiquiatría social es que un mínimo de actividades se beneficie a un máximo de personas, siempre y cuando esto se acompañe de un cambio cualitativo en la actitud, el enfoque y los resultados; lo anterior exige no sólo la reorganización de los servicios asistenciales, sino la reorientación de los profesionales de salud mental y de la investigación.

La psiquiatría social es una subespecialidad médica que se encarga de estudiar el alcoholismo tanto desde el punto de vista individual como colectivo, sin descartar los estudios y experiencias de otras disciplinas, y que utiliza diversos métodos terapéuticos como resultado de las influencias que ha habido de aquéllas.

---

37 Pucheu, C. "Ideología, Planeación y Modelo en Psiquiatría", Salud Mental, México, 1982, Pp. 16.

De acuerdo con el Modelo moral, los hábitos de conducta (en este caso, del consumo de bebidas alcohólicas) se aprenden a lo largo de la vida, por lo que la etiología y la patogenia tienen una importancia secundaria. El diagnóstico se establece cuando el sujeto muestra una conducta inaceptable (de acuerdo con los parámetros del propio modelo), y el tratamiento consiste en fijar límites en la conducta mediante planes explícitos o implícitos, para lograr que las personas se adapten a la sociedad; su pronóstico es bueno si los pacientes cooperan.

En el Modelo de incapacidad-invalidez se hace un tratamiento sintomático destacando las medidas de rehabilitación ya que el diagnóstico se determina de acuerdo con el grado de incapacidad o invalidez existente; la etiología y la patogenia se consideran secundarias y el pronóstico no es bueno debido a que los objetivos son únicamente detener el proceso de invalidez y desarrollar las potencialidades del paciente para que pueda reintegrarse a la comunidad.

El Modelo biogénico explica la enfermedad con base en una sola causa orgánica y el diagnóstico se hace al reconocer los síntomas característicos de una enfermedad particular, por lo que el tratamiento también es específico.

De acuerdo con el Modelo psicogénico, la etiopatogenia es primordial pues existe una psicogénesis del padecimiento. Para el diagnóstico se consideran los síntomas neuróticos, psiconeuróticos o psicóticos y se analizan los conflictos y mecanismos de defensa tomando a cada caso como único. El tratamiento se determina con base en la relación psicoterapeuta-paciente con miras a hacer consciente lo inconsciente y resolver los problemas que surjan en el manejo de la personalidad, de la cual la enfermedad mental forma parte.

Según el Modelo sociogénico, la etiopatogenia del alcoholismo se debe a la desorganización social; el diagnóstico se establece considerando que la conducta es un síntoma de la patología social. El tratamiento es curativo si el paciente puede crear un ecosistema saludable y mejora su calidad de vida.

El Modelo antipsiquiátrico parte del postulado de que no existe la enfermedad mental y tal tipo de afecciones se consideran desviaciones naturales o alternativas de pensamiento inaceptadas por la sociedad, que etiquetan al individuo mediante un diagnóstico condenatorio. El tratamiento no debe reprimir la conducta desviada e inducir conformidad, pues su objetivo es la liberación de los perserguidos.

En el Modelo familiar se asienta que la enfermedad mental es manifestación de una patología familiar, cuyas características son la comunicación defectuosa y la alteración de los papeles que juegan sus miembros. El diagnóstico se hace considerando al paciente como chivo expiatorio. El tratamiento consiste en una terapia familiar que promueve un mejoramiento funcional de la familia, para que el paciente pueda superar su problema.

Existió también el Modelo psicodélico en el que se inducía experimentalmente una psicosis (mediante drogas psicodélicas) seguida de alguna forma de psicoterapia, con el propósito de esclarecer la problemática al aumentar la capacidad de exploración interna.

El Modelo médico curativo, al cual la psiquiatría social le concede mayores posibilidades de éxito, la etiopatogenia se considera muy importante, pero casi siempre difícil de determinar. Acepta causas naturales del padecimiento y la influencia de los factores psicosociales que hablan de multicausalidad. La personalidad se considera una unidad biopsicosocial. El diagnóstico lo hace un médico y es fundamental para el tratamiento que sigue un curso habitualmente empírico, aunque fundado en diversas teorías y técnicas que han demostrado ser eficaces; establece contraindicaciones e indicaciones de tratamiento y emplea procedimientos biológicos, psicológicos y sociales conforme sea necesario.

El pronóstico se funda en el diagnóstico y en la respuesta al tratamiento. Implica métodos de prevención por medio de la educación en salud mental y otras medidas para reducir o controlar la enfermedad mental.

Todos los modelos de atención mencionados se han utilizado para el tratamiento del alcoholismo; sin embargo, existen variaciones que vale la pena describir pues han surgido como respuesta popular o profesional al problema.

En el Modelo de incapacidad, el alcohólico se considera como un borracho incapacitado; no hay etiología, ya que el alcoholismo no es una enfermedad sino un vicio. La conducta de la sociedad ante ellos, es de aceptación ambivalente, pues, por un lado, los consideran individuos sucios, repulsivos, mentirosos, manipuladores y que sólo tratan de engañar a los demás y, por el otro, producen diversión por su dificultad de coordinación, siempre y cuando no se pongan necios.

De acuerdo con este modelo no existe tratamiento ya que los alcohólicos no tienen remedio y cuando se enferman de tanto beber, deberían ser ayudados a "bien morir".

La historia de este modelo obedece al hecho de que siempre han existido alcohólicos y la gente siempre se ha reído de ellos.

El Modelo moral seco, define al alcoholismo como una falta moral, esto es, la consecuencia natural de beber en exceso y el alcohólico, una persona inmoral. Tal vez algunas personas fuertes puedan beber sin volverse alcohólicos, pero los riesgos sociales de la bebida son demasiado grandes.

Existen muchas maneras de evitar que el alcohólico siga bebiendo; sólo hay que observar que para ser eficaces deben ser punitivas, por ejemplo las sanciones religiosas, el despido del trabajo, tirar la bebida, las amenazas de separación o divorcio, ridiculizarlo, aconsejarlo, sentenciarlo, encarcelarlo, etc. El pronóstico depende de que se use medidas punitivas y de evitar que el paciente tenga contacto con la bebida.

El modelo moral seco nació en Estados Unidos y alcanzó su máxima popularidad a finales de los años veinte; aunque no fue ampliamente aceptado, sus simpatizantes tuvieron mucha influencia e incluso se llegó a prohibir legalmente el consumo de alcohol. A pesar de que no logró su cometido, algunos sectores continúan aplicándolo.

El Modelo moral húmedo considera que los alcohólicos no obedecen las reglas del "beber social" y no saben controlar su conducta ni la cantidad de licor que ingieren, que el alcoholismo es una forma inaceptable de beber y la conducta del alcohólico antisocial.

El tratamiento se basa en una fórmula de castigo-recompensa. Por ejemplo, ayudar al paciente a beber moderadamente, a que consuma bebidas de menor contenido alcohólico y premiarlo con un "trago extra" cuando se "porte bien"; se le inicia a que aprenda a divertirse en las reuniones sociales sin necesidad de embriagarse. Si persiste en su conducta se le castiga con recriminaciones y desatenciones por parte de la esposa, la familia, el médico y la autoridad en su trabajo. El pronóstico es bueno siempre y cuando se responda a la fórmula premio-castigo.

El Modelo de Alcohólicos Anónimos, aunque constituye una respuesta popular al problema, es el único de los mencionados que posee un sistema de proceso estructurado. Aunque uno de sus fundadores fue médico, el único principio del modelo médico que incluyó fue el de que el alcoholismo es una enfermedad; el resto del modelo no es médico.

Para AA, el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal, un problema espiritual de quien lo padece y el alcohol, un veneno para el alcohólico (aunque no lo sea para las demás personas). AA es el recurso idóneo para rehabilitar a todos los alcohólicos que desean dejar de beber.

Se considera que el alcohólico es así porque tiene problemas emocionales, bebe para "compensarlos" y establece una necesidad corporal de ingestión. Afirman que el mejor tratamiento para el alcohólico es la filiación permanente y el seguimiento de los principios del programa AA para llegar a controlar la bebida, aunque no logre curarse; sin esta ayuda, el tratamiento usualmente es estéril y desesperanzado.

Todas las actividades, tanto de AA como de sus filiales (Alanón y Alateen) se centran en el manejo del paciente alcohólico. La meta consiste en la abstinencia total y en la reparación de los daños ocasionados a los demás por el alcoholismo.

Dentro de los modelos de respuesta científica, el Modelo psicoanalítico postula que el alcoholismo es un síntoma de neurosis que subyace a una estructura de personalidad dependiente, que a su vez es la expresión de un conflicto inconsciente. Según este modelo, la psicogénesis radica en las experiencias emocionales tempranas y el manejo debe dirigirse a los estratos más profundos de la mente, a través de la interpretación de los significados simbólicos de la conducta del paciente alcohólico, y a buscar que desarrolle una actitud más consciente y madura hacia la vida.

El pronóstico es desalentador, ya que los adictos son por lo general tan infantiles, que necesitarían un tratamiento muy largo para lograr un proceso de crecimiento y porque su irresponsabilidad lo dificulta.

En el Modelo de interacción familiar, el alcoholismo se considera como una forma de interacción en el que a uno de sus miembros se le asigna el papel de alcohólico y el resto juega un papel complementario (la esposa golpeada, los niños rechazados, los parientes abandonados, etc.)

Este patrón conforma una homeostasis patológica, por lo que los intentos de modificarlo desestabilizan al sistema y agraban el problema; por ello, cualquier terapia implica dificultades.

Como se considera que el problema es un círculo vicioso, no tiene importancia el preguntarse cómo empezó.

El tratamiento de psicoterapia familiar, es el único indicado para modificarlo; el pronóstico depende de la capacidad de la familia para el cambio. Este modelo data de dos décadas y aún no se practica con frecuencia.

El Modelo médico tradicional considera que el alcoholismo es una enfermedad seria, progresiva y, eventualmente, fatal; incurre en el modelo conductual inmoral, pues afirma que los alcohólicos son autodestructivos, lo cual es inmoral.

La obligación del médico se circunscribe al tratamiento de los estados agudos y el pronóstico es malo porque el paciente no coopera.

El Nuevo modelo médico conceptúa el alcoholismo como una enfermedad progresiva, generalmente fatal y, posiblemente, hereditaria. De acuerdo con este modelo, los alcohólicos tienen una predisposición a volverse adictos al alcohol debido a un defecto metabólico, posiblemente en algunos de los principales aminoácidos. Se invocan factores genéticos ligados al cromosoma X y se reconoce que otros factores (psicológicos y socioculturales) contribuyen a desencadenar la enfermedad. Muchos de los alcohólicos presentan una conducta aditiva que refuerza la necesidad de controlar los síntomas de la abstinencia y se cierra así el círculo vicioso. Cualquier tratamiento que de alguna manera ayude a que el alcohólico se abstenga de beber, es valioso.

De acuerdo con el nuevo modelo médico, el pronóstico es grave, pero existe la esperanza de que los avances científicos médicos aporten más información, nuevos tratamientos y se logren las medidas preventivas necesarias. Este modelo nació oficialmente en 1956 cuando se reconoció que el alcoholismo es una enfermedad. A partir de entonces, este modelo se ha reforzado por la presión de AA para darle al alcoholismo una verdadera nosología médica, a pesar de sus características particulares.

#### **4. 6. 1.- Un ejemplo de atención al alcoholismo en el sector público. Petróleos Mexicanos.**

Petróleos Mexicanos, en 1978, organizó los llamados "Centros de Superación Humana" que posteriormente, cambiaron su denominación a "Centros de Adaptación Humana". Dichos centros tenían el objetivo de orientar y educar al trabajador y a sus familiares en aquellos problemas relacionados al consumo del alcohol, pero su función primordial es la rehabilitación de los trabajadores petroleros que han desarrollado síndrome de dependencia al alcohol. Inicialmente, eran cinco los centros que funcionaban en las principales zonas petroleras del país: México, Poza Rica, Reynosa, Salamanca y Minatitlán.



A los pocos años, desapareció el de Minatitlán y actualmente sólo funcionan los cuatro restantes. El programa funciona en forma externa. Los pacientes acuden en promedio de 6 horas diarias durante un mes a pláticas, sesiones de grupo, juntas de Alcohólicos Anónimos y Al-Anón. El equipo de trabajo está integrado por psicólogos y consejeros en alcoholismo que son alcohólicos rehabilitados que se ha habilitado como terapeutas paraprofesionales. El programa no cuenta con sistemas de evaluación adecuados y confiables que permitan conocer si se están cumpliendo los objetivos fijados.

Otro inconveniente serio de éste programa es que depende de la Gerencia de Servicios Sociales y no de la Gerencia de Servicios Médicos, puesto que no existe una comunicación adecuada entre ambas instancias. El presupuesto con el que cuentan, que al principio era bastante bueno, poco a poco se ha ido reduciendo, dando lugar a la reducción de horas de trabajo y la dependencia cada vez mayor de los grupos de autoayuda. Aunque en alguna ocasión se le propuso, la Gerencia de Servicios Médicos de Pemex no aceptó incorporar los Centros a su sistema de prestaciones médicas por el temor de enfrentar problemas sindicales que pudieran ser generados por la gran demanda de incapacidades, acciones legales por accidentes de trabajo relacionados con el alcoholismo, indemnizaciones, etc. Todo ello como consecuencia de la ausencia de una legislación laboral en materia de alcoholismo, lo que da lugar a que muchas empresas, como el caso de PEMEX, no incorporen a sus prestaciones médicas contractuales los problemas derivados del consumo de alcohol y la rehabilitación de los alcohólicos.

#### **4. 6. 2.- Cómo es atendido el alcoholismo en el Sector Privado.**

A nivel privado, existen en México algunas instituciones que cuentan con programas específicos para tratamiento y rehabilitación de alcohólicos. De ellas vale la pena mencionar el programa de tratamiento del alcoholismo del Hospital Español, el modelo de intervención comunitaria del Centro de Salud Mental Comunitaria "San Rafael", el Centro de Atención Integral en Problemas de Alcoholismo, el Centro de Integración para Alcohólicos y Familiares "Monte Fénix" y el Centro Multiterapéutico de Rehabilitación para Químicodependientes "Yalentay" ubicado en la ciudad de Cuernavaca.

El programa de tratamiento del alcoholismo del Hospital Español es un modelo de tratamiento integral del alcohólico integrado a un hospital general y que cuenta con servicios de urgencias, desintoxicación, tratamiento de las complicaciones psiquiátricas, manejo psicofarmacológico del paciente y tratamiento psicoterapéutico cuyos objetivos son la abstinencia, la adhesión al programa de tratamiento, la mejoría de los problemas relacionados al consumo del alcohol y la no sustitución del alcohol por otras drogas. Funciona un grupo institucional de AA en el Hospital.

En el Centro de Salud Mental Comunitaria "San Rafael", funciona un modelo de intervención comunitaria para problemas de alcoholismo.

El Centro desarrolla actividad educativa, investigación de problemas relacionados con alcoholismo, docencia con profesionales en práctica psiquiátrica comunitaria y acciones de servicio. Algunos ejemplos ilustrativos de ello son: equipo multidisciplinario orientado a brindar atención integral al paciente y su familia, coordinación con grupos de Alcohólicos Anónimos y diferentes proyectos de investigación en el área del alcoholismo.

El Centro de Asistencia Integral en Problemas de Alcoholismo (CAIPA) proporciona tratamiento integral a los enfermos con síndrome de dependencia del alcohol y cuenta con programas paralelos para las familias y las empresas. Esto se logra a través de un programa interdisciplinario que incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, técnicos en rehabilitación, consultores en alcoholismo, enfermeras e interconsultantes médicos. Colaboran también grupos de AA y Al-Anón. En una primera fase, el paciente es sometido a desintoxicación, tratamiento de las complicaciones, prevención del síndrome de supresión y un estudio médico integral.

En una segunda fase, en donde el enfermo permanece internado cuatro semanas, recibe un tratamiento integrado por diversas estrategias psicoterapéuticas con fines de aceptación de la enfermedad y motivación para la abstinencia; finalmente, una vez externado continúa la fase de rehabilitación consistente en un tratamiento externo a base de psicoterapia de grupo, individual y grupos de autoayuda durante 18 meses, con objeto de reforzar su decisión de mantenerse en la abstinencia y reinsertarlo a una vida productiva en la sociedad.

Se hizo una evaluación sobre la efectividad de éste modelo de tratamiento en un seguimiento de un grupo de pacientes atendidos en el CAIPA dos años después de su tratamiento y se observó que un 84% de la población estudiada había modificado favorablemente sus patrones de bebida y sus ajustes psicosociales.<sup>38</sup>

El Centro de Integración para Alcohólicos y Familiares, A. C. (Monte Fénix) es también un centro para rehabilitación de alcohólicos con un programa de familias bien integrado y que tiene un funcionamiento similar al interior.

Finalmente, el Centro Multiterapéutico de Rehabilitación "Yalentay" con un modelo muy similar a los dos anteriores, incluye la modalidad de manejar conjuntamente problemas de alcoholismo y otras farmacodependencias aparentemente con buenos resultados hasta la fecha.

Las características generales de éstos centros privados es que abarcan un porcentaje muy pequeño de la población, cuentan con pocas camas y el costo del tratamiento es poco menos que inaccesible para la mayoría de la población. Así, sólo es posible que tengan acceso a éste tipo de servicios la clase media alta y alta.

Podemos concluir, entonces, que sólo el sector privado cuenta con la ayuda integral que el enfermo alcohólico requiere. Sin embargo, es un porcentaje muy pequeño el que puede llegar a obtener éste servicio. Mientras que la mayor parte de la población alcohólica, sólo puede ser remitida a los pocos hospitales que están preparados para atender a enfermos alcohólicos y por muy poco tiempo, por lo que Alcohólicos Anónimos surge como una opción a la recuperación del enfermo alcohólico de bajos recursos y a la "normalización" de su vida laboral, educativa, familiar, etc.

---

<sup>38</sup> Turull Torres, Francisco. "El tratamiento de las incapacidades relacionadas con el consumo de alcohol: características de la demanda y uso de servicios". Memorias I Reunión sobre Investigación y Enseñanza, México, D. F., IMP.

#### **4. 7.- Papel de la organización de ALCOHOLICOS ANONIMOS como normalizador de los enfermos alcohólicos a la sociedad.**

Encontramos que tradicionalmente en México el alcoholismo y los problemas relacionados al consumo de alcohol se han encuadrado dentro del modelo moral. Todavía hasta la fecha, la mayor parte de los mexicanos no consideran al alcoholismo y los problemas derivados del consumo de alcohol como un problema sanitario. Posiblemente, esto se deba a que hasta hace muy poco tiempo los organismos oficiales se empezaron a preocupar seriamente por el grave problema que en México constituyen los problemas derivados del consumo de alcohol. Sin embargo, la única opción que se ha encontrado para la abstención de beber alcohol la encontramos en los famosos grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), que ofrecen, más que nada, la ayuda mutua de sus miembros y el tener un programa de vida que abarca los 12 pasos, que veremos adelante, y que ayudan a reeducar al individuo que sufre por ésta enfermedad.

Como sabemos Alcohólicos Anónimos es una asociación creada para ayudar a los enfermos de alcoholismo a reintegrarse a la sociedad.

Podemos hablar del éxito de ésta organización que ha regenerado la vida de quienes ya no tenían la esperanza de la recuperación.

Como veremos, más adelante, el éxito de AA, como es conocido en todo el mundo, radica en la voluntad del individuo para abstenerse de seguir bebiendo y en la existencia de algo superior en quien se puede confiar plenamente, y que para los alcohólicos no es fácil.

Sabemos, también, que el alcoholismo no sólo se da en los países desarrollados, sino también en los subdesarrollados, capitalistas o socialistas, pero ahí encontramos, también, la ayuda que ofrecen los grupos de Alcohólicos Anónimos.

El único fin de éstos grupos es, entonces, reintegrar al individuo y a su familia, que también ha sido afectada por la manera de beber de su enfermo, a la sociedad.

También encontramos, aparte de AA, otras opciones en México que ofrecen ayuda y recuperación al enfermo alcohólico.

Sin embargo, la ayuda que ofrecen es menor a la que dan los grupos de AA, ya que no existe un seguimiento del enfermo, después de que éste sale del hospital.

Posiblemente, esto se deba a que hasta hace muy poco tiempo los organismos oficiales se empezaron a preocupar seriamente por el problema que en México constituyen el alcoholismo.

## Historia de Alcohólicos Anónimos.

El movimiento de Alcohólicos Anónimos (AA), que hoy se extiende en todo el mundo, nació formalmente el 10 de junio de 1935 en la ciudad de Akron, Ohio. Esto sucedió cuando sus dos cofundadores se entrevistaron y advirtieron que platicando su experiencia alcohólica se les quitaba la obsesión de beber que traían de años atrás. Ellos fueron Bill W. y el Dr. Bob.

El primero, durante un tiempo, exitoso corredor de la Bolsa de Nueva York; el segundo prestigiado cirujano.

Bill que tenía 39 años de edad, llevaba algunos meses sin beber, después de múltiples intentos de hacerlo sin lograrlo. En ese camino cayó hospitalizado varias veces, llegó a quedarse dormido en la calle y echó a perder lo que parecía un futuro brillante. Era excombatiente de la primera guerra mundial.

Empezó su carrera alcohólica a los 22 años de edad. Había logrado dejar de beber temporalmente, gracias al mensaje que le había dado su antiguo amigo de parrandas, Ebby. Este se había juntado con los grupos Oxford, antecedentes de AA. Le platicó lo que había hecho para dejar de beber.

Tuve que admitir que estaba derrotado frente al alcohol, aprendí que tenía que hacer un inventario de mí mismo y confesar confidencialmente mis defectos a otra persona. Aprendí que tenía que hacer reparaciones por los daños que había causado a los demás. Descubrí que debía practicar la forma de dar, que no tiene una etiqueta con precio-el dar de uno mismo a alguien- y que ésta es la forma de conservarse sobrio.

En otras palabras propuso un plan de vida espiritual para poder dejar la botella.

Bob, originario de un pueblito de Nueva Inglaterra, empezó a beber desde que estudiaba en la Universidad. Durante 17 años tuvo que beber todas las noches para poder dormir. El mismo nos platicó:

En realidad era una pesadilla horrible ése ganar dinero, conseguir licor, meterlo a escondidas a la casa, emborracharme, temblar por las mañanas, tomar grandes dosis de sedantes para poder ganar más dinero (con los sedantes se tranquilizaba para poder operar) y así... hasta la náusea.

Cuando se encontró con Bill tenía 54 años. Y al igual que él, ya había caído en la desesperación, intentando todos los medios para dejar de beber sin conseguirlo. Sus borracheras eran muy dolorosas. Le producían un insoportable nerviosismo. Con frecuencia perdía el conocimiento y se quedaba tirado en la sala de su casa.

Tanto Bill como Bob eran hijos únicos, lo cual se ha considerado, fue lo que les desarrolló su egotismo, que los llevó a la botella. Pero a su vez, ambos eran profesionistas con inteligencia, capacidad y empuje. Ambos eran también individuos con enormes recursos espirituales en potencia.

En la primavera de 1935, Bill fue a Akron a cuestiones de negocios. Le fue mal y se sentía decaído. Tuvo gran temor de volver a beber. Estando en el loby de su hotel, pensó en entrar a la cantina que ahí estaba para tomar una bebida. Pero su temor de beber se lo impidió. Advirtió que necesitaba hablar con un alcohólico como él. Pero no conocía a nadie en esa población..

Buscó en el directorio el teléfono de algún ministro religioso. Le habló, le pidió que le informara de alguien que tuviera problemas con su forma de beber. El ministro le dió diez nombres. Los primeros nueve no le dieron resultado. Pero el décimo, Bob lo conoció al siguiente día a través de una tercera persona.

Entonces, Bob traía una cruda espantosa. Había aceptado hablar con Bill quince minutos. Pero se entrevistaron durante cinco horas. Bob sintió algo que nunca había sentido: el puente de comprensión con alguien igual a él. Dejó de beber. Pero las tres semanas en una convención médica, volvió a la botella y al día siguiente tenía que operar. Para calmar sus nervios y lo pudiera hacer, el propio Bill le dio una cerveza; la última que bebió Bob en su vida. Eso fue el 10 de junio de 1935.

A partir de ahí, al ver como aquellos habían podido dejar de beber, decidieron transmitir la "fórmula" a otros alcohólicos que aún sufrían. Comprendieron que si no lo hacían, nada les garantizaba su sobriedad.

Así lo hicieron y nació AA. Bob murió sobrio en 1950; Bill en la misma condición en 1970.

### **El Programa en que se basa Alcohólicos Anónimos.**

El programa de los 12 Pasos en que se basa Alcohólicos Anónimos, y todas sus variantes Al-anón, Alateen, HAA, tiene como fin reeducar al individuo que ha vivido con el problema, a obtener madurez, y a vivir la vida lo mejor que se pueda, en cuanto a mayor seguridad y paz, con él mismo y con los demás. En éste programa de vida se parte de la aceptación de que se vive con un problema de alcoholismo y de que ésta es una enfermedad incurable, progresiva y mortal, además de tratar de vivir su vida lo mejor que se pueda, en cuanto a disfrutar lo que se tiene, de reconocer que se es un ser humano con defectos y virtudes, de aceptarlos o de tratar de cambiarlos.

estos no le son agradables al individuo, de tratar de estar en paz con él mismo y con los demás. Además de mantenerse sobrio<sup>38</sup> durante el mayor tiempo posible. Esto lo logra a través de los 12 pasos de AA.

1er paso. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2o paso. Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.

3er paso. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios tal como nosotros lo concebimos.

4o paso. Sin temor hicimos un sincero y minucioso inventario moral propio.

5o paso. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

6o paso. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.

7o paso. Humildemente pedimos a Dios que limpiase nuestras culpas.

8o paso. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.

9o paso. Reparamos directamente el mal causado a éstas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.

10 paso. Proseguimos con nuestro inventario moral, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.

11o paso. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de él.

12o paso. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar ése mensaje a otras personas, y a practicar estos principios en todas nuestras acciones.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> La sobriedad es vista en AA, no sólo como el dejar de beber, sino llevar una vida sobria en todos los aspectos: familiar, laboral, sentimental y social. Esto es llamado por los alcohólicos anónimos como "cruz de sobriedad".

Tenemos de ésta forma, todo el programa que los alcohólicos<sup>40</sup> llevan durante toda su vida de sobriedad, para así poder vivir una vida con más paz, con menos conflicto, es decir, poder vivir el tiempo que les resta con tranquilidad, además de permanecer sobrios.

Se ha hablado, a lo largo de éste trabajo, que AA es una de las opciones que más se sigue por la mayoría de la población alcohólica, y que en gran parte es recomendada por los médicos.

El que AA siga vigente, se debe a que:

- 1.- No es una terapia que tenga un fin económico, por lo cual gran parte de la población alcohólica puede acudir a ella.
- 2.- Es recomendada ampliamente por médicos reconocidos, como una terapia que ha funcionado a lo largo del tiempo.
- 3.- La mayoría de los enfermos de alcoholismo que llegan a AA, es porque ya han tocado fondo, lo que hace que haya una recuperación inmediata, y esto habla muy bien de los grupos.
- 4.- Hay un contacto muy estrecho entre todos los miembros de los grupos, se hacen convenciones, juntas informativas para poder llegar a aquellos alcohólicos que siguen sufriendo con su manera de beber.
- 5.- Existe el contacto entre los mismos miembros de un grupo quienes se ayudan mutuamente, cuando alguno de ellos sufre una recaída.
- 6.- Por último, es la única opción, en México que ofrece la recuperación del enfermo alcohólico, ya que éste debe de adaptar a su vida el programa de los 12 Pasos. Como mencioné, éste es un programa de vida, que no porque una persona tenga 10 ó 20 años en él, nunca estará totalmente curado, ya que la enfermedad es progresiva y mortal.

.... " Los grupos de Alcohólicos Anónimos han cobrado en México mucha importancia e influencia por la gran actividad de sus miembros y el notable crecimiento de sus grupos, sobre todo en los últimos 16 años. La Oficina de Servicios Generales de AA informa que hasta el primer trimestre de 1992 había 8,700 grupos en toda la república. Es posible que esa cifra haya aumentado hasta la actualidad por el continuo crecimiento de la agrupación y el número de miembros.

Alcohólicos Anónimos es quizá el tipo de tratamiento más utilizado en México para personas con problemas de alcoholismo y, como ya se pudo apreciar, la mayor parte de las instituciones de salud se apoyan en dicha agrupación para sus programas de rehabilitación. En las zonas indígenas existen

---

<sup>40</sup> Anónimo. Yo soy alcohólico. México, El Nacional, 1992.



grupos de AA que hablan sus propios dialectos. Los hay en otomí, mije, huichol y tarahumara. México es el tercer país del mundo con mayor cantidad de grupos de AA, tan sólo superado por Estados Unidos y Canadá " 41

Otra de las opciones menos falibles que se dan en México para la detención, más no cura, del alcoholismo es la jura.

...." Muchos mexicanos todavía recurren a fórmulas mágico-religiosas para sus problemas de bebida. Los brujos y curanderos suelen preparar diversas pociones con ingredientes vegetales y animales que presuntamente alejarán de la bebida al que las tome. En los mercados se pueden comprar polvos preparados con recetas secretas para el mal de la embriaguez. Pero quizá la fórmula más socorrida sea la de tipo religioso que consiste en el juramento, que es un ritual en el cual la persona que desea dejar de beber acude a una iglesia, de preferencia a la Villa de Guadalupe, y celebra un acto religioso (reza unas oraciones y a cambio de una limosna recibe una estampa religiosa en la que anotará el tiempo de abstinencia que se comprometa a cumplir) El individuo promete no tomar bebidas alcohólicas durante un lapso variable

Algunos cumplen con el juramento por el tiempo propuesto, otros piden permiso de romperlo, otro más hace caso omiso. Se puede decir que la estampa religiosa infunde respeto para con los amigos del alcohólico y basta saber que alguien está jurado para que no se le insista en beber" 42

---

41 Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Alcoholics Anonymous, USA, 4a ed. , 1978.

42 Elizondo, José Antonio. "Panorama Actual" en Alcohol Consumption Among Mexican and Mexican Americans: A Binational Perspective, UCLA, California, 1992, Pp. 164.

#### 4. 8.- Cómo la población se convierte en pasiva a través del consumo de alcohol por las costumbres, tradiciones, etc.

A lo largo de esta investigación hemos visto cómo se ha dado el consumo de alcohol en nuestro país, es decir, comienza con los aztecas en una forma ritualista en que el uso de éste sólo se hacía en las ceremonias religiosas. Al llegar los españoles, el uso y consumo de alcohol se hizo, no sólo en las fiestas religiosas, sino en cualquier tipo de evento o, incluso, sin razón alguna que celebrar.

De esta forma, es como el alcoholismo se va extendiendo a todas las comunidades de México, y su consumo se hace para toda ocasión, aún en nuestros días, ya que la finalidad del alcohol y de su difusión es y ha sido mantener dormida a la población y sin capacidad de cuestionar y/o exigir sus derechos, tales como empleo, educación, vivienda, etc. Es así como el objetivo de este último subcapítulo es analizar la función del alcohol como pacificador de una gran parte de la población, que a través del alcohol, no cuestiona las condiciones en las que vive: pobreza, falta de empleo, falta de vivienda, escasas oportunidades de educación, etc. y que, así, contribuye a que se incremente el alcoholismo y a que las pocas oportunidades que tiene se reduzcan a un mínimo.

La problemática del alcoholismo y el abuso del alcohol se ha destacado como una de las más importantes, no sólo en nuestro país sino en otros en donde también puede observarse un uso ritual ceremonial del alcohol previo a la conquista y un cambio drástico en los patrones de consumo durante la colonización española.

Cabe aclarar que es muy común encontrar el abuso del alcohol fuertemente arraigado entre la población masculina, aunque las pocas estadísticas de las que se dispone indican un crecimiento alarmante entre la población femenina en las últimas décadas.

Hay dos tipos predominantes de consumo: a). el ceremonial, asociado a los aspectos mágico-religiosos de la comunidad ligados sobre todo a las actividades agrícolas y b). el estimulante que implica un consumo comunitario en actividades del grupo para su mantenimiento colectivo. Dentro del primer tipo se destacan las actividades religiosas unidas a los ritos de paso, esto es, a los ciclos de vida: nacimiento, pubertad, matrimonio y muerte.

Posteriormente, se asegura, surge un patrón de consumo durante la Colonia que es denominado por algunos autores como "compulsivo", en donde se consumen grandes cantidades de alcohol pero no de manera continua sino solamente en ocasiones especiales y para disfrutar de los efectos del exceso.

Como toda actividad humana está condicionada por la sociedad en que se desenvuelve el individuo aprende las normas de comportamiento y conducta grupales que están dadas por la cultura del grupo, es importante analizar las relaciones que se dan entre los procesos de aprendizaje en la ingesta de alcohol y las características socioculturales del grupo al que pertenece el bebedor. Así el alcoholismo está íntimamente ligado con la totalidad social e incide en el desarrollo de las fuerzas productivas, jugando un papel fundamental en el campo de las relaciones sociales de producción.

El consumo de alcohol entre los indígenas mexicanos concuerda con el patrón descrito por Jellinek, en cuanto a que en algunos países existen mayores problemas derivados del consumo de alcohol por otro tipo de bebedores que no son los habituales. Los bebedores ocasionales o de fin de semana, que parece ser el patrón común en México no deben ser alcohólicos, según el autor, por lo que es más conveniente hablar de problemas asociados al consumo de alcohol, siendo el alcoholismo obviamente uno de esos posibles problemas. Así como se ha visto que hay infinidad de patrones de consumo, mismos que varían de país a país, así también hay que analizar dichos factores diferenciales desde el punto de vista psicológico.

Una de las descripciones más abundantes con la que contamos acerca de los patrones de consumo de alcohol indígena. El autor hace una clara distinción entre el uso y el abuso de bebidas alcohólicas e inclusive, aparte de los daños al organismo, señala las repercusiones en la vida social de la comunidad, por lo que le atribuye al alcoholismo el ser el causante de un daño social irreparable que se manifiesta en la cultura, la economía y la propia vitalidad de la sociedad. Se reconoce que si bien no hay una causa única del alcoholismo ; si se trata de factores contribuyentes al mismo: el pauperismo, la opresión política y el relajamiento moral. Es así como el alcoholismo debe verse la influencia social pues si bien en la época precolonial el alcoholismo no presentaba características alarmantes, a la llegada de los españoles se convirtió en un verdadero problema.

Entre 1930 y 1932, Ruth Bunzel encontró vestigios de raíces prehispánicas relacionadas con las formas de beber ritual en donde el rehusar beber de manera ceremonial constituye una grave ofensa. Este tipo de consumo ritual contrasta notablemente con el patrón de consumo secular, producto de las condiciones modernas, tales como la introducción de bebidas fuertes por parte de los españoles y el uso que se le dio al alcohol como herramienta del dominio colonial.

En muchas comunidades indígenas, el aguardiente es uno de los bienes que no pueden adquirirse a través del intercambio sino que es indispensable el dinero en efectivo para su compra, sobre todo para las celebraciones tales como bautismos, matrimonios, inauguraciones de casas, funerales y

días de fiesta de los santos patronos. Las multas que se imponen a los que transgreden las normas sociales por causa de la intoxicación son muy grandes.

En los juicios, curiosamente, el aguardiente es parte indispensable de las ofrendas de la familia del juzgado ante los que decidirán por su futuro.

El alcohol libera impulsos reprimidos (sexuales, sobre todo), activa hostilidades latentes y deja atrás un sentimiento bastante profundo de ansiedad y culpa.

El alcoholismo no es solamente una reacción individual sino también un fenómeno social. Así, la borrachera no solamente se reduce a la inhibición típica que se traduce en liberación de impulsos reprimidos sino que también es un sustituto para la agresión directa.

Mientras que en Chichicastenango beber es parte de una antigua y honorable tradición y elemento necesario para los actos públicos sin aparentar efectos emocionales debidamente sancionados por la cultura, en Chamula se bebe por placer, por los efectos: no se encuentra maldad en el hecho de hacerlo. Los primeros establecen conexión directa entre beber y criminalidad mientras que para los segundos lo anterior no existe.

En conclusión, puede verse en lo anterior que debe haber una serie de medidas que han de tomarse en cuenta para atacar el alcoholismo en los indígenas de la zona en opinión de Bunzel: primero, deben verse las causas externas del problema, es decir, ejercer severamente una legislación que controle la producción en términos de cantidad y calidad. Otra de las medidas urgentes es la de ofrecer sustitutos adecuados al indígena dado que el alcohol juega tan importante papel en sus vidas y su integración social. Como cada grupo presenta características diferentes en el consumo de alcohol, es necesario, primero, estudiar el papel que el alcohol juega en la cultura del grupo antes de adoptar medidas resolutivas al alcoholismo: en aquellos casos en donde se descubre que el alcoholismo es el resultado de la frustración, hay que atacar directamente los conflictos que produce dicho conflicto. Siempre que se hable de cambios sociales dirigidos, hay que tomar en cuenta que cuando se retira un elemento de la cultura, hay que ofrecer otro sustituto y de mejor calidad, pero adaptado a la necesidad de grupo.

Al hacer un extenso análisis del tipo de bebidas y de situaciones en las que se bebe en el estado de Chiapas, particularmente en algunas zonas indígenas. De la Fuente menciona el carácter sagrado del consumo que se trastocó en secular después de la Conquista.

Esta secularización en el consumo la atribuye a la introducción excesiva de aguardiente en ciertas comunidades sobre todo a partir del siglo XVI y preponderantemente en el siguiente.

La introducción al alcoholismo entre los indígenas de Chiapas comienza a temprana edad y es fomentado a través de las innumerables ocasiones en las que se bebe y que tienen un carácter eminentemente religioso, tales como los nacimientos, bautizos, matrimonios y ritos funerarios.

Básicamente la inducción es mayor cuando se desempeñan ciertos cargos en la estructura civil y religiosa de la comunidad y en el trabajo en las fincas cafetaleras de la región.

Existe toda una etiqueta en las reglas del beber que marca claramente quién debe comprar la botella, cómo debe servirse el alcohol, en qué orden y en qué cantidad. La prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, cuya causalidad es comúnmente expresada en términos sobrenaturales, incluyendo en estos la hechicería, es generalmente ritual y ceremonial y por ello significa el empleo del licor, básicamente aguardiente. El aguardiente que el hechicero-curandero toma, tiene el carácter de inductor a un estado de trance semejante al chamánico o que le permite hacer un diagnóstico y una curación acertadas a través de la pulseada. En muchos rituales médico-religiosos, el licor es la ofrenda por excelencia, y para curar ciertas enfermedades se rocía aguardiente sobre el enfermo o se expone a éste a los vapores de aguardiente derramado sobre piedras calientes. Las funciones del alcohol, como puede verse, son variadas: como parte integrante fundamental de los ciclos de la vida y sus rituales, de la etiqueta social, de la economía y en las transacciones jurídicas e inclusive en medicina. Lo mismo ocurre en la religión y en el gobierno: el culto de los santos y el funcionamiento del gobierno municipal proporcionan frecuentes ocasiones para el consumo de chicha y aguardiente en grandes cantidades. Así, los bastones de mando que utilizan ciertas autoridades son lavados con infusiones alcohólicas, los funcionarios menores llevan a sus superiores aguardiente en señal de respeto y en las innumerables fiestas religiosas y procesiones así como en el lavado y guardado de la ropa de los santos, danzantes, músicos, cantadores y el público en general, beben en exceso. Los curanderos y los chamanes realizan sus averiguaciones en turno a la causa de ciertos males y enfermedades a través de sesiones en donde el alcohol juega un papel preponderante. Al parecer solamente en Chiapas se presenta el fenómeno de la alcoholización de las mujeres y de la ingesta dentro de los templos.

Mientras que la intoxicación indígena es más tangible, la de los ladinos o mestizos es socialmente menos visible en Chiapas en virtud de que ellos beben en discreción y en lugares especiales y no terminan alcoholizados en las calles de las ciudades a donde van de compras; sin embargo, es factible que el consumo de alcohol entre los indígenas sea mayor que aquel que se da entre los ladinos.

Pozas afirma que el alcoholismo es un factor que interviene en la organización social, como agente de integración en todas las relaciones sociales y, curiosamente, es al mismo tiempo factor de desorganización social por las consecuencias de miseria, delincuencia y accidentes que provoca. Se resalta el papel del alcohol en el servicio de las funciones sociales, esto es, en el sistema de cargos en los Altos de Chiapas.

Los individuos que beben en exceso, por lo general se habitúan al alcohol en el servicio de una función social, como resultado de un perfecto ajuste al grupo y de acuerdo con el papel que juega el alcoholismo en las relaciones sociales. Así el comportamiento generalizado en relación con el hecho de ingerir bebidas alcohólicas es socialmente permitido. Entre los chamulas no se condena al alcohol por sí mismo siempre y cuando el beber y la borrachera estén ligados a una función social de grupo (actividades familiares, mayordomías, cuerpo de autoridades, etc.), pero se condena y censura al alcoholismo cuando se convierte en un vicio desligado de la función social que juega el uso de la bebida y así se hace una clara distinción entre el individuo que toma en el desempeño de su cargo y el que lo hace por adicción.

Cuando el alcohol pone en peligro la estabilidad económica y familiar, el alcoholismo es sancionado severamente pero cuando se da en situaciones de relación social, no es criticado.

En algunas comunidades la venta de aguardiente es un derecho del presidente del ayuntamiento regional y de los individuos que desempeñan los cargos religiosos, aunque no debe prestarse al lucro y usualmente ocurre los días de plaza.

Cuando se aproximan las fiestas religiosas, es indispensable el dinero en efectivo para la compra de aguardiente.

La cantidad de alcohol que se consume en una boda, denota la jerarquía de la novia y de su familia. Un nacimiento debe celebrarse con aguardiente, iniciando la ingesta de la partera.

Otras situaciones en las que se bebe son: en las mayordomías, el cumplimiento del cargo político o religioso, el cambio de ropas de los santos de la iglesia (existe la creencia de que el aguardiente es agradable a los dioses y a los espíritus protectores, lo que justifica su uso en rituales religiosos) y en los ritos funerarios. También se usa para impartir justicia, para tratar cualquier asunto con las autoridades y hasta para la seguridad del propio individuo en cuanto a que se mantiene con las buenas relaciones que propicia a través del aguardiente cuando lo regala, ofrece a los demás.

El aguardiente también forma parte inseparable de la curación de las enfermedades: se riega en la tierra para halagarla, en la cruz de la casa para protegerla y a los 4 puntos cardinales así como al viento para que lo tome el brujo. La caída del alma y el daño por haber ofendido a alguien, o el

sentir envidia por lo que otro tiene, son causa de las enfermedades en la cultura chamula. El curandero después de ingerir aguardiente, obliga al paciente a confesar el delito y ofrece al viento más aguardiente.

El indio bebe para sentirse seguro: cuando está ebrio, puede agredir, pelear y vencer los obstáculos que normalmente tiene, puede hasta intentar hablar en español, pero contradictoriamente, también siente gran temor cuando está borracho porque en tal estado puede ser víctima de sus enemigos.

Así los problemas de carácter social que no tienen una solución, encuentran siempre en el alcoholismo una válvula de escape.

En el verano de 1977, se hicieron trabajos de investigación en Chihuahua, y en éstos se describen con precisión los diferentes tipos de bebidas alcohólicas utilizadas en la región así como las prácticas más comunes de ingestión. De acuerdo a la tradición, cada individuo tiene varias almas que se distribuyen uniformemente en el cuerpo y que como grupo, constituyen el soporte fundamental de operación del mismo. Cuando menos un alma está asociada a cada parte importante del cuerpo y de mover la porción que le corresponde. Así el intoxicarse un individuo con alcohol, el alma abandona el cuerpo y por ello ocurren los síntomas asociados: antes de salir del cuerpo, el alma descansa en la cabeza.

El intoxicarse, es parte de un proceso de pensamiento que es comandado por el alma. Cuando el alma abandona el cuerpo del intoxicado por alcohol, permanece cerca de él y le cuida: cuando está sobrio de nuevo, regresa al cuerpo.

Las costumbres de ingestión de alcohol de los totonacas de Veracruz se dividen, por un lado, en la región de Eloxochitlán, donde la borrachera no sólo no está mal considerada, sino que es normal, sistemática, buscada constantemente y bien aceptada en general, siempre y cuando no sea causa de males posteriores.

En Tajín, por el contrario, es difícil ver a un borracho.

Las mujeres casi no prueban el alcohol a excepción de las viudas y ancianas; bajo la influencia ocasional del alcohol, los habitantes muestran una agresividad que en la vida normal no tienen. Un borracho es considerado peligroso y por lo tanto no es aceptado.

Al parecer, la intoxicación excesiva está asociada con los estados de ansiedad y el uso desmedido del alcohol es el resultado de las frustraciones económicas en la búsqueda de satisfactores para la alimentación, la distorsión de la realidad y las frustraciones orales-infantiles. Mientras que para los totonacas de Eloxochitlán el alcoholismo constituye una manera de fugarse de la realidad, en Tajín

la borrachera asume un marcado aspecto de desinhibición de los impulsos reprimidos que se toman en comportamiento agresivo.

El alcohol, permite efectivamente, en todas las comunidades descritas, una interacción más abierta entre los que ingieren colectivamente, al desinhibirse los vecinos que se reúnen socialmente a intercambiar experiencias pero también es causa de sospecha, de revancha y de castigo. El que invita a una fiesta y no ofrece alcohol, es criticado; el que reparte bebidas abundantes y caras, es apreciado y respetado y una fiesta es "buena", se dice según la cantidad de alcohol que circula en la misma. El mejor regalo que puede hacerse, es alcohol: es parte indispensable de los arreglos previos al matrimonio, en los juicios, al sacerdote y oficiales de la iglesia para solicitarles un servicio, lo mismo que al sellar un compromiso de compra y venta de tierras o animales. El alcohol es así factor de cohesión y movilidad social, de integración y de prestigio, pero paradójicamente puede convertirse también en un medio de ruptura social, de desintegración, de desprestigio.

Por otro lado, son los hábitos, costumbres y el comportamiento sociocultural hacia el alcohol los que van a ser utilizados como el objeto de estudio de la sociología, así como la relación del alcohol con el contexto cultural global y los condicionamientos culturales que se expresan a través de los comportamientos alcoholizados. La ingestión de alcohol expresa, simboliza mecanismos globales comunitarios que hallan justamente en el alcohol un instrumento privilegiado de expresión. Si la antropología evidencia a nivel de práctica teórica un interés especial sobre procesador que permite el análisis cultural global a través de las expresiones sociales y simbólicas ocurridas a partir de su uso colectivo.

La causalidad del alcoholismo es detectada en diferentes niveles de integración, pero la funcionalidad integrativa no la conduce a olvidar las consecuencias problemáticas.

Sólo puede actuarse tomando en cuenta la funcionalidad y desempeño del alcohol en cada sociedad. En el caso de Bunzel, ella incorpora la dimensión psicológica en forma protagónica, dado que su trabajo se incluye en la tendencia ascendente de lo que se llamaría antropología psicológica dominada en los años 40 por las escuelas de Cultura y Personalidad.

Pero a nuestro juicio la investigación de esta autora, junto con otros aportes, constituye uno de los empeños más notables para articular las tres dimensiones enumeradas. Más aún, estos trabajos representan los intentos más interesantes de superar por una parte el economicismo, pero a partir de utilizar información económico-política; de manejar nuclearmente la dimensión ideológico-cultural y de articular a ambas con el nivel de la personalidad. Como sabemos la quiebra de estas tendencias,



producto en gran medida de la absolutización de la dimensión psicológica, ha conducido entre nosotros a la ignorancia de dicha articulación en gran parte de la producción antropológica.

Estos trabajos se generan en las décadas de los 60 y 70 en donde tampoco estudian el alcohol o el alcoholismo en sí, sino en su funcionalidad y articulación sociocultural. La ingestión de alcohol aún cuando sea excesiva y continua no es analizada en términos de enfermedad, aún cuando puede emerger como problema, salvo en la investigación de Fromm y Maccoby (*Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano*, FCE, 1989)<sup>43</sup>

Esta tendencia teórica no supone concluir que la producción antropológica no haya detectado y/o descrito consecuencias negativas en los procesos de alcoholización estudiados. Es así señalada la existencia de consecuencias, en particular, violencias devenidas de la ingestión alcohólica.

Metzger en 1964 describe las relaciones potenciales entre enfermedad/brujería/alcoholización. Es decir que el dominio de una concepción teórica integrativa se hace incluyendo los procesos que objetivamente afectan a los grupos étnicos estudiados. La minuciosa investigación de Kennedy evidenció que prácticamente todo episodio de violencia, incluidos los homicidios, están asociados a la embriaguez colectiva. Este reconocimiento será constantemente reiterado para diferentes contextos mexicanos.

El mismo Kennedy para los tarahumaras y Pennington (1969) para los tepehuanes demuestran como el uso alcohólico del maíz índice decisivamente en las condiciones de desnutrición de carencia de alimentos. Pennington analiza cuantitativamente las cantidades disponibles de granos para comer y sembrar y concluye:

Actualmente (1960-1965) los indios informaron problemas de hambre y de carencia de semilla para sembrar; ello es debido al gran énfasis puesto en la producción de tesguino. A su vez F. Cancian (1965) y Wilson (1963) proveen estimaciones del gasto en alcohol con fines ceremoniales (sistemas de cargo, curativos) en los Altos de Chiapas que evidencian que es el consumo de alcohol el que implica las mayores inversiones económicas de estos grupos.

Metzger en 1964 describió los patrones de consumo y en particular su relación con las prácticas de brujería, que inclusive implican la muerte de alguna persona, fueron generadas a través del alcohol; de su análisis se desprende que prácticamente todo caso de alcoholismo puede ser producto de embrujamiento.

---

<sup>43</sup> Fromm, Erich/Maccoby, Michael. Socioantropología del campesino mexicano, México, F. C. E. . 1989. Pp. 23-54.

En la casi totalidad de las investigaciones la ingestión de alcohol es analizada en términos de relaciones sociales, de expresión simbólica, de patrones culturales. Sin embargo el alcoholismo solitario se considera como potencialmente dependiente y el colectivo como integrado/or; el alcoholismo individual como preferentemente psicotrópico y el colectivo como integrado/or.

Emerge así, la concepción ya analizada del bebedor solitario y el consumo ritual. Aquí al igual que en el caso del desconocimiento de las funciones psicotrópicas existe un larvado supuesto ideológico que sanciona negativamente al que limita o evade el control social. En ambos casos se evidencia una suerte de desfasaje en el nivel de análisis, según el cual lo colectivo garantizaría lo no patológico y lo individual sería potencialmente problemático.

Esta interpretación ideologizada adquiere un carácter aún más transparente en la aplicación del concepto de dependencia, el cual es referido exclusivamente a sujetos, y no a conjuntos sociales. Desde la perspectiva médico-psiquiátrica dominante, el concepto de dependencia implica la inevitabilidad de generar una conducta de consumo alcohólico. Pero ocurre que esta determinación puede ser claramente percibida en los conjuntos sociales. Aparecen descritos los patrones sociales y culturales de ingestión de alcohol en términos de obligación social y cultural, y respecto de los cuales la negación o rechazo puede acarrear conflictos graves e incluso la muerte. A nivel colectivo estamos ante una dependencia construida social e ideológicamente, pero la misma no es considerada como dependencia o por un concepto equivalente en los análisis antropológicos, sino como integración.

Si nosotros aplicamos esta denominación a este proceso, es para que aparezca más evidente es sesgo ideológico dominante en la producción analizada, pero sin pretender caracterizarlo patológicamente.

Esta última instancia el patrón colectivo integrado es ponderado como no patológico ni problemático, aún cuando el mismo permita, la explotación económica, la discriminación ideológica o la inferioridad femenina. La situación de doble dependencia hacia su propia integración ideológica y respecto de las condiciones económico-ocupacionales necesitan ser recuperadas en un análisis que supere la ambigüedad de este concepto, pero sobre todo permita explicar las condiciones no sólo ideológicas, sino estructurales de la alcoholización.

El alcohol aparece como un instrumento privilegiado de la relación regla/trasgresión. Pero cuando la trasgresión es cotidiana, o por lo menos tiene muy alta frecuencia, se hace difícil aplicar el concepto de trasgresión. Esto ocurre en el caso de numerosos contextos nacionales sobre todo referido a la relación alcoholización/violencia, incluido el homicidio.

Uno de los principales escenarios de la alcoholización, posiblemente el más recurrente, es el espacio de las relaciones familiares y sobre todo de la triada esposo, esposa, hijos, donde se verifican en numerosos contextos étnicos y sociales la permisividad diferencial en el uso del alcohol.

El alcohol dentro de estas relaciones simboliza no sólo status de masculinidad y femineidad, sino sobre todo el ejercicio de determinadas identidades. La alcoholización no sólo es vehículo, sino que simboliza la potencialidad de la violencia masculina y paterna hacia la mujer y los hijos, pero a su vez la alcoholización simboliza más que ningún otro elemento el ciclo unión/abandono de la mujer. Más aún en algunas descripciones etnográficas y clínicas la relación alcohol/abandono constituye casi una estructura de la relación varón-mujer.

Las funciones, por otro lado, específicas del alcohol más evidenciadas son: alimentación, curativa, propiciatoria como instrumento que interviene en las transacciones matrimoniales, como simbolizador e indicador de rangos sociales y/o de poder, como instrumento indispensable para la realización de determinados rituales religiosos, como instrumento básico del proceso de reciprocidad social y económica.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Bernal Sahagún, Francisco. Pp. 137-173

## CONCLUSIONES

El abordaje del problema es la poca o nula prevención que ha existido a lo largo de la historia de México, y que se sigue dando hasta llegar al trienio 1989-1992, con el gobierno de Carlos Salinas de Gortari.

A lo largo del trabajo, analizamos, cómo el alcoholismo es una enfermedad y no un vicio, según afirman los médicos especializados en la materia e investigadores dedicados a todo lo que es el problema de esta enfermedad, tanto en el ámbito individual, personal, laboral, familiar y social.

De esta falsa conciencia, de que el alcoholismo es un vicio y no una enfermedad, parte la idea errónea hacia toda la sociedad, de que este mal puede ser combatido sólo con la voluntad del individuo y cuando él lo desee.

Así mismo, el Estado, quien es el encargado de velar por la salud de la sociedad, no ha establecido una serie de políticas preventivas contra el alcoholismo que difundieran a toda la población qué es el alcoholismo, cómo se adquiere y cuáles son sus consecuencias. Todo lo contrario, las políticas preventivas han sido creadas, pero no se han difundido a toda la sociedad, es más, podría decirse que un sector muy pequeño de ésta las conoce.

De la misma manera, se piensa que el alcoholismo en grado avanzado debe ser atendido por los médicos, quienes en su mayoría tienen escasos conocimientos de lo que es la enfermedad, a los que se les considera responsables de la cura del paciente alcohólico.

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es la disponibilidad del producto; las personas dedicadas al comercio del alcohol deben estar concientes de su papel como agentes de salud, por lo que al buscar las ganancias a las cuales tiene derecho, deben de estar de acuerdo con los esfuerzos destinados a proteger la salud de la comunidad de la cual forman parte y para la que existen disposiciones legales, médicas, psiquiátricas, sociales, comerciales y éticas.

De acuerdo con los hallazgos sociológicos e históricos, a nivel político debe tomarse en cuenta que el mejoramiento del nivel de vida se relaciona íntimamente con los problemas del consumo de alcohol.

A nivel social, es necesario limitar las ocasiones en las que se acostumbre beber, dejar de considerar que el alcohol es lo más importante de las reuniones sociales, ya que como hemos visto a lo largo del trabajo, el alcohol ha sido un elemento muy importante, no sólo en la cultura de nuestro país, sino en todo el mundo, así que es difícil, más no imposible erradicar las costumbres que dañan la salud de la población y cambiarlas por una cultura antialcohólica y de autocuidado. Todo esto podría modificarse a través del conocimiento que las políticas preventivas contra el alcoholismo puedan ofrecer al hablar con la verdad de lo que es el alcoholismo, sus causas y sus posibles consecuencias, es decir, crear una cultura antialcohólica donde el mismo individuo cuide su salud.

La educación para una cultura antialcohólica es, hasta ahora, el tipo de acción que ofrece más posibilidades de provocar un cambio de actitudes en la comunidad respecto a los problemas de consumo excesivo del alcohol e incluso del consumo moderado.

La experiencia de la psiquiatría comunitaria en la educación para la salud indica que estas actividades deben orientarse hacia recomendaciones y consideraciones globales en cuanto al desarrollo individual, familiar y social, en qué momentos se inicia el abuso del alcohol y cuáles son sus consecuencias para la comunidad, más que centrarse en los daños individuales.

En la actualidad, el alcoholismo sigue siendo visto como un vicio, por lo que gran parte de los enfermos niegan que padecen del síndrome, esto limita las posibilidades de detección y las de tratamiento oportuno.

En cuanto al diagnóstico y al tratamiento, es indispensable trabajar en grupos multidisciplinarios e interdisciplinarios y utilizar instrumentos codificados con fines clínicos y de investigación que pueden utilizarse en la práctica diaria.

Por ello, en la formación del personal profesional, es necesario romper con la enseñanza de tipo individualizado, es decir, que los futuros profesionales se formen bajo las bases del trabajo grupal en lo que se refiere a los problemas de salud mental y, especialmente, del alcoholismo.

La preparación de los futuros profesionales de la medicina debe promover, en primer lugar, el que se llegue a conocer a fondo el problema del alcoholismo ya que el conocimiento que adquieren sobre esta enfermedad es muy escaso y les permite hacer muy poco cuando se enfrentan a un alcohólico y, en segundo lugar, la medicina debe promover el cambio de modelo monocausal y organicista tradicional, Modelo Médico Hegemónico (MMH), en la enseñanza de la medicina por el modelo multifactorial no reduccionista; tal vez sólo en ese momento al menos en lo que se refiere al

alcoholismo, terminen aisladas y de evasión de responsabilidades que producen el rechazo y la frustración en el manejo del alcoholismo, y que bloquean todo intento de realizar programas coordinados y efectivos.

Para que cualquier intento de tratamiento tenga mayores probabilidades de éxito, no debe centrarse exclusivamente en el individuo, sino tomar en cuenta la enfermedad (alcoholismo) y el medio ambiente, es decir, la cultura en la que se ha desarrollado y que favorece que se de el alcoholismo en ése individuo.

Los especialistas en la enfermedad señalan que en la búsqueda de tratamientos idóneos hacia el control y prevención del alcoholismo, conviene considerar los factores costo-beneficio y el principio de menor número de acciones para mayor número de personas. Ellos sugieren como probablemente el mejor al tratamiento grupal, debido a sus características multifactoriales aunque, para ellos, el ideal sería el tratamiento selectivo para cada caso individual.

Así, también, se busca reintegrar al individuo a su medio ambiente, no sólo evitando la ingestión de bebidas alcohólicas, ya que no es la única meta, sino a través del crecimiento armónico de la personalidad en el individuo, para que así surja un cambio creativo de éste para con la comunidad y para la sociedad.

De esta manera, es muy importante y muy necesario, prevenir el alcoholismo a través de una educación antialcohólica que concientice a la población del enorme daño físico, psicológico, familiar, productivo, económico, etc. que puede causar esta enfermedad.

Se propone, a través del Programa Preventivo, que este tipo de educación sea impartida a todas las clases sociales y a todos los niveles educativos: desde la primaria hasta el bachillerato, mencionando siempre la realidad del problema y no negándolo, como se ha hecho hasta ahora.

Es indispensable investigar constantemente el problema y crear así toda una infraestructura; por ejemplo: un sistema dinámico de información en cada comunidad que indique, a través del tiempo, la primacía jerárquica que tiene cada uno de los factores de la tríada señalada (huésped, agente y medio ambiente) y su interacción, para convertir los principios de los programas en acciones específicas congruentes con la realidad de cada comunidad y evaluar periódicamente el impacto que éstas producen.

En lo que se refiere a la investigación de los modelos terapéuticos, debe encaminarse a encontrar formas selectivas de tratamiento no sólo en cuanto a indicaciones estáticas, sino en cuanto a indicaciones dinámicas que se adapten a la situación y a las características de interrelación que está viviendo la población en un momento determinado.

Por último, mencionamos el papel que ha jugado Alcohólicos Anónimos como reintegrador de los enfermos alcohólicos a la sociedad, mediante su programa de 12 pasos, que permiten que el individuo se conozca a sí mismo y mantenga la sobriedad.

En las mismas circunstancias encontramos que "la jura", aunque no es un programa como el de AA, tiene el mismo rol que éste, es decir, mantener sobrio al enfermo, aunque aquí el individuo no se va conociendo en su interior sino que, como dicen los Alcohólicos Anónimos, "sólo tapa la botella".

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilar Villanueva, Luis (Ed). Problemás Públicos y Agenda de Gobierno, México, Editorial Porrúa, 1993, Pp. 189-218.
- 2.- Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Alcoholics Anonymous, USA, 4a ed., 1978.
- 3.- Aldás Dávila, Francisco. Del Milagro a la Crisis, México, Ed. Fontamara, 1995, Pp. 290.
- 4.- Anónimo. Yo soy alcohólico, México, El Nacional, 1992.
- 5.- Banco de México, Sistema de Cuentas Nacionales 1960-1969, México, 1969.
- 6.- Basaglia, Franco, La Salud de los Trabajadores: aportes para una política de la salud, 2a. ed., México, Nueva Imagen, 1980, Pp. 215.
- 7.- Bernal Sahagún, Francisco, El Alcoholismo en México: Negocio y Manipulación, México, Editorial Nuestro Tiempo, 1989, Pp. 137-173.
- 8.- Berlinger, Gianni, Medicina y Política, Buenos Aires, Editorial Cuarto Mundo, 1973, Pp. 9-45.
- 9.- Berruecos Villalobos, Luis. "Aspectos Culturales del Consumo de Alcohol en México", Fundación de Investigaciones Sociales, México, 1983, Pp. 31-50.
- 10.- Berruecos Villalobos, Luis. "El Alcoholismo en México: situación actual y perspectivas" en Salud Mental. Enfermedad Mental y Alcoholismo, ANUIES, México, 1980, Pp. 74-91.
- 11.- Bulacio, Bruno J. ...et al. El Problema de la Drogadicción: enfoque interdisciplinario, Editorial Paidós, México, 1988, Pp. 123-130.
- 12.- Calderón Narvárez, Guillermo. El Alcoholismo, problema médico y social, México, IMP, 1980, Pp. 239-257.
- 13.- Campillo, Carlos. "La Prevención en el abuso del Alcohol en México", Fundación de Investigaciones Sociales, México, 1983.
- 14.- Coe, Rodney M. Sociología de la Medicina, Madrid, Alianza Universidad, 1979, Pp. 195-257.
- 15.- CONADIC, Programa contra el abuso de bebidas alcohólicas 1992-1994, Secretaría de Salud.
- 16.- Cortés, Beatriz. Instituciones Médicas y Alcoholismo o de la inexistencia del paciente alcohólico, México, Cuadernos de la Casa Chata, 1986.



17. Chafetz Morris, E. Alcohol and Health. Maryland Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, 1974.
- 18.- Edwards, G. Gross. M. M. Keller, M. et al. Alcohol Related Disabilities. WHO offset Publication No. 32, Ginebra, 1977.
- 19.- Elizondo, José Antonio, "El ABC del Alcoholismo", Revista de las Adicciones No. 6, Enero-Marzo, Cuernavaca, Morelos, 1992, Pp. 5-10.
- 20.- Elizondo, José Antonio, "Evaluación de los Centros de Adaptación Humana de Petróleos Mexicanos. Informe a la Gerencia de Servicios Sociales de PEMEX", Manuscrito sin publicar, México, PEMEX, 1985.
- 21.- Elizondo, José Antonio, "La Influencia de los factores psicológicos en el abuso del alcohol y el alcoholismo", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 157-160.
- 22.- Elizondo, José Antonio, "Panorama Actual" en Alcohol Consumption Among Mexican and Americans: a binational perspective. UCLA, California, 1982.
- 23.- Engels, Federico, La Clase Obrera. México, Alianza Universidad, 1983.
- 24.- Fromm, Erich/Maccoby, Michael, Socioantropología del Campesino Mexicano. México, FCE, 1989.
- 25.- Illich, Ivan, Nemésis Médica: La expropiación de la Salud. México, Editorial Joaquín Mortiz/Planeta, México, 1984, Pp. 279-366.
- 26.- INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales. México, 1970.
- 27.- INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales. México, 1981-1987.
- 28.- Llamas, Ignacio. " Producción y Consumo de Bebidas Alcohólicas en México ", Revista Economía: Teoría y Práctica, México, Nueva Epoca, No. 1, UAM, 1990, Pp. 89-91.
- 29.- Massín, Edith, Prevención del uso indebido de drogas. México, Trillas, 1991, Pp. 55-141.
- 30.- Menéndez, Eduardo L. Alcoholismo II. La Alcoholización un proceso olvidado...patología, integración funcional o representación cultural. Cuadernos de la Casa Chata, C. E. I. S. A. S. , México, 1987.
- 31.- Menéndez, Eduardo L. "Socioantropología del Proceso de Alcoholización en América Latina 1970-1980", México, IMP, Pp. 247-258.
- 32.- Menéndez, Eduardo L. " Trabajo, Proceso de alcoholismo y enfermedad laboral" en Morir de Alcohol. CNCA, México, 1989.

- 33.- Molina Piñero, Valentín ... et al. El Alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983.
- 34.- Nava, Ma. de los Angeles, "El Alcoholismo y sus causas sociales", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 70-73.
- 35.- Olivares Sosa, Edmundo, "Economía del Alcoholismo", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 77-81.
- 36.- Pineda, Javier, Sociología Histórica de la Enfermedad Mental. Tesis de Sociología, ENEP Acatlán, 1985, Pp. 11-23.
- 37.- Pucheu Regis, Carlos, "El Alcoholismo como problema de salud pública", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 153-154.
- 38.- Robles, G. "El Desarrollo Industrial" en México: 50 años de Revolución, vol. 1, La Economía en México, F. C. E. , 1980, Pp. 18.
- 39.- Rojas Soriano, Raúl, Capitalismo y Enfermedad, México, Folios Ediciones, 1985.
- 40.- Román Celis, Carlos, "Aspectos Históricos", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 15-26.
- 41.- San Juan, Mario Alfonso, Alcohol y Alcoholismo, México, Editorial Mezquita, 1982.
- 42.- San Martín, H. Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. 2a. ed. , Barcelona, Editorial Masson, 1989, Pp. 238-274.
- 43.- Timio, Mario, Clases Sociales y Enfermedad. Nueva Imagen, México, 1980, Pp. 20-28.
- 44.- Turull Torres, Francisco, "El Manejo de los Problemas relacionados con el consumo de alcohol en México", Revista de Salud Mental, Verano, 1981.
- 45.- Uriarte, Víctor, Neuropsicofarmacología. México, Ciba Geigy, 1988.
- 46.- Velasco Fernández, Rafael, "Alcoholismo: Los aspectos psicológicos", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 153-154.
- 47.- Velasco Fernández, Rafael, Salud Mental. Enfermedad Mental y Alcoholismo, ANUIES, México, 1980, Pp. 15-26.
- 48.- Velasco Muñoz-Ledo, Ma. del Pilar, "Aspectos Sociológicos", Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. , México, 1983, Pp. 70-73.
- 49.- Villamil, Roberto, El Alcoholismo en el D. F.: un enfoque socioecológico. México, ENEP Acatlán.
- 50.- Walsh, Brendan/Grant, Marcus, El Comercio de bebidas alcohólicas y sus efectos sobre la salud pública. México, IMP, 1985, Pp. 223-242.