

APROXIMACION ANTROPOLOGICA AL ANALISIS  
EPIDEMIOLOGICO: CONSIDERACIONES SOBRE  
EL MODO DE BEBER ENTRE LOS MAPUCHES

EDUARDO MEDINA C.  
MEDICO-PSIQUIATRA  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
CASILLA 3979  
SANTIAGO - CHILE

1° La medicina moderna se caracteriza por el enfoque preventivo de los fenómenos morbosos, especialmente de aquéllos más prevalentes. Del énfasis anterior en la atención curativa del enfermo, desde fines del siglo pasado muestra creciente preocupación por el manejo de los factores asociados con la aparición de las patologías de mayor significado colectivo: el propósito es no sólo sanar a los pacientes, sino también prevenir la aparición de casos similares. Así, además de numerosas terapéuticas específicas para las enfermedades, tan propia a los intereses de las especialidades clínicas en el campo sanitario moderno, han surgido la Epidemiología y la Salud Pública, con su clásico modelo analítico en base a la tríada agente-huésped-medio ambiente y con sus técnicas orientadas tanto a fomentar la calidad de salud de la población, como a protegerla de los problemas específicos.

En concordancia con tal ampliación de sus intereses, la práctica médica moderna ha

debido salir de los grandes recintos asistenciales al trabajo más próximo a su población beneficiaria. Si bien el tratamiento de las enfermedades mayores continúa haciéndose en los hospitales, una proporción significativa de las acciones curativas y la mayoría de las acciones preventivas pueden realizarse en establecimientos menores o en la propia comunidad.

Sin embargo, no todo el panorama del amplio campo de la medicina moderna resulta tan claro o unívoco para todo el mundo. En una comunidad o país probablemente existan escasas diferencias de criterio respecto a la conveniencia de evitar las enfermedades infecto-contagiosas, que los partos reciban atención profesional o sobre la utilidad de antibióticos e insecticidas. Pero, en relación a alcanzar cierta cantidad de vida o de bienestar biopsicosocial, los valores, actitudes y conductas de los distintos grupos que integran tal comunidad o país pueden diferir importantemente. Sucede con alguna frecuencia, a manera de ejemplos, que la prioridad que el salubrista otorga a alguna circunstancia de la vida de un grupo humano no es percibida igualmente por sus integrantes, o que la medida que la autoridad sanitaria dictamina para otro grupo inesperadamente es resistida. También ha sucedido, inversamente, que determinadas costumbres de ingestión de sustancias embriagantes por grupos de indígenas existentes en numerosos países, en un primer momento consideradas indiscriminadamente como inconvenientes por las instancias sanitarias oficiales, con el correr del tiempo se ha comprobado en ciertas situaciones

el valor cohesionador para el grupo social que surge del compartir el consumo de estas sustancias.

Expresado de otra manera, el acercamiento de las acciones de salud a la comunidad no pocas veces ha generado discrepancias e incluso conflictos entre los profesionales del sector y los supuestos beneficiarios de sus acciones, interferencias muchas veces derivadas más de las diferentes cosmovisiones, de los supuestos ideológicos o incluso de los estereotipos de cada cual, que de situaciones o realidades enteramente objetivas. La superación de tales tropiezos ha sido posible con el transcurso del tiempo y el mayor conocimiento mutuo de las respectivas posturas. La Antropología Social ha ayudado significativamente en esta aproximación, puesto que aplicada a la salud ha detectado numerosos factores dinámicos en cada perspectiva, participando en la aparición de una nueva y todavía incipiente ciencia médica directamente preocupada por estas materias, por ahora conocida como Antropología Médica.

2° La ingestión de bebidas alcohólicas y sus eventuales efectos directos en los bebedores mismos, e indirectos entre quienes están tan próximos a ellos (su familia, el grupo social inmediato, su ambiente laboral, etc.), resultan paradigmáticos a este respecto. De una marcada preocupación por las consecuencias orgánicas individuales del hábito inmoderado crónico de consumo, casi exclusivamente mostrada por la medicina durante el siglo pasado, el enfoque preventivo moderno se ex

presa en la definición de los distintos tipos de bebedores normales y anormales (ver cuadro 1), en la consideración de ciertas formas de consumo inmoderado crónico como indicadores de una verdadera enfermedad, y en la detección de numerosas variables asociadas con la existencia de tales bebedores. En efecto, además del tratamiento eficaz de complicaciones digestivas, neurológicas y/o psiquiátricas, la medicina ha podido establecer con bastante consenso las formas convenientes e inconvenientes de consumo; respecto a lo definido como alcoholismo, existe acuerdo en su etiología, en la evolución del proceso, en algunos tratamientos de la dependencia física del alcohol etílico, en ciertos procedimientos de rehabilitación, etc.; por otra parte, diversas investigaciones epidemiológicas han detectado que el beber anormal se asocia directamente con la edad media de la vida y el sexo masculino, inversamente con el nivel socioeconómico, la escolaridad y la organización social, aumentando, además, con la facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas. De todo este notable conjunto de conocimientos derivan variadas técnicas curativas de la enfermedad alcohólica y de las complicaciones del hábito inmoderado crónico, y una serie de acciones preventivas que buscan no sólo evitar el consumo excesivo entre personas y grupos vulnerables, sino también el fomento de patrones de consumo moderado por parte de la población general.

Lo paradigmático de la ingestión de bebidas alcohólicas resulta todavía mucho más extenso que todo el panorama recién reseñado. Hasta ahora éste corresponde al enfoque típi

co de la Salud Pública, tan importante en el manejo de las enfermedades transmisibles, pero sin duda que la situación real existente en todo el mundo en relación al alcohol es mucho más amplia, compleja e incierta, al producirse numerosas situaciones que superan la capacidad operativa del modelo sanitario preventivo. No es éste el lugar para extenderse sobre todo este asunto, de manera que a continuación sólo se ofrecen cuatro imágenes que ilustren al lector, útiles también porque se relacionan directamente con la presente exposición.

La primera, que si bien las estrategias salubristas pueden abordar el consumo y la demanda de estas bebidas, habitualmente no les es posible influir en los factores relacionados con el acceso a ellas (producción, tributación, propaganda, precios, normas de expendio, etc.). Así, no es raro que los intereses de quienes defienden los aspectos agrícolas o económicos de estos asuntos sean distantes y hasta antagónicos con los criterios de quienes deben enfrentar los efectos del consumo inmoderado.

En segundo lugar, aunque la población pueda estar informada sobre la inconveniencia y riesgos del consumo abundante, en numerosas situaciones tales como festividades colectivas, reuniones sociales, grupos de compañeros de trabajo o vecinos, en fines de semana, etc., se bebe en forma inmoderada. Resulta casi habitual imponerse de la ocurrencia de accidentes, violencias, muertes y toda una serie de lamentables sucesos de gran significación social, moral y económica para

la colectividad, pese a los recursos sanitarios y educacionales largamente invertidos en alertar a la población.

Como tercera, el uso de sustancias modificadoras del ánimo, las percepciones y la conducta es tan antiguo como la propia historia del hombre. Las bebidas espirituosas han sido en muchos pueblos y grupos humanos, especialmente en el mundo occidental, el medio para procurarse experiencias orgiásticas. La típica doble orientación o ambivalencia de la sociedad, por una parte hacia permitir el consumo e incluso alguna frecuencia de embriaguez como conductas normales, pero por otra hacia intentar controlar la ingestión, evidencian la aceptación de la búsqueda de tales efectos psicológicos, pero también los riesgos inherentes a ello. En las sociedades modernas, en particular, las consecuencias lamentables de la ingestión intemperante expresan la alta incompatibilidad entre los efectos buscados, con las condiciones de la vida urbana común (por ejemplo, existencia de grandes conglomerados humanos, individualismo en las conductas, alta velocidad de desplazamiento físico, riesgos en la vía pública, etc.

Como última, los parámetros elaborados por la medicina moderna para calificar la normalidad o anormalidad de las conductas de consumo (1) y sus variables asociadas, a pesar de que orientan hacia muchas situaciones propias de la vida social urbana moderna, con el correr del tiempo se ha demostrado que no interpretan adecuadamente ciertas formas de ingestión de grupos populares más tra

dicionales urbanos y rurales ni el de etnias aborígenes supervivientes en todos nuestros países hispanoamericanos. Es importante mencionar que, a diferencia del escaso valor nutricional de las bebidas alcohólicas de producción industrial, especialmente las destiladas, las bebidas fermentadas de producción artesanal (2) pueden ser significativos complementos dietéticos por su importante contenido proteico a partir de levaduras aéreas y por su abundancia en vitamina C. También es interesante recordar numerosas investigaciones etnográficas que han demostrado que si el contexto sociocultural es normativo respecto a la ingestión colectiva, cuando hay un acto social como parte de un trabajo colectivo (por ejemplo: cosecha, levantar una vivienda, etc.) es poco probable que en los momentos de ingestión ceremonial o ritual, por intemperantes que ellos sean, algunos individuos busquen calmar síntomas emocionales, que ocurran embriagueces aisladas o que se produzcan consecuencias grupales negativas análogas a lo que es frecuente en el consumo intemperante dentro de contextos urbanos modernos. Es aleccionador citar a título anecdótico, finalmente, que la propia Organización Internacional del Trabajo no hace muchos años atribuía el "atraso" existente en los pueblos altiplánicos andinos al uso del alcohol y mascado de coca (3), en tanto que los aportes de la Antropología Social dejan fuera de duda el valor integrador de las bebidas alcohólicas en actos civiles y religiosos surgidos en contextos de este tipo: individuos de carácter más bien introvertido y cuya forma usual de vida aislada y transhumante los hace reunirse unas pocas veces al

año en ceremonias donde todo el grupo se congrega, se renuevan las amistades, se hacen transacciones personales y comerciales, se ofrenda a las instancias sobrenaturales, se comparten momentos de esparcimiento, etc.

Concluyendo todas estas generalidades con una perspectiva panorámica, puede afirmarse que en la medida que la medicina ha sido la institución social que ha debido preocuparse de enfrentar el beber inmoderado crónico y no sólo sus consecuencias orgánicas individuales -derivando de ello el concepto de alcoholismo como enfermedad- el enfoque salubrista usual ha sido superado por la multifactorialidad de los fenómenos sobre los que ha intentado conocer y actuar. Centrando nuestra perspectiva en las costumbres de gestión de diversos entornos socioculturales, la contribución de la Antropología Social ha permitido ampliar la orientación médica. Tal relación interdisciplinaria es relativamente nueva, poco conocida y en reciente desarrollo. De allí la intención del presente trabajo en cuanto a aportar en este tipo de análisis interdisciplinario.

3° En la literatura etnográfica antigua y moderna de la región hispanoamericana ha existido constante interés por estudiar las costumbres de ingestión de bebidas alcohólicas de los grupos aborígenes. Desde las primeras descripciones de cronistas, historiadores y funcionarios coloniales, en los relatos de numerosos viajeros o en las modernas investigaciones de campo antropológicas, el tema es recurrente e inagotable. Los motivos

de tanta persistencia probablemente sean de dos tipos: uno, cognoscitivo, orientado a la descripción de las variedades de bebidas disponibles, los usos y costumbres de diversos grupos antiguos o modernos en relación con su consumo, los cambios en los patrones ancestrales de ingestión relacionados con los procesos aculturativos y en particular el mestizaje, las prescripciones y proscripciones de algunas etnias particulares, etc.; y otro, moral, por cuanto se advierte implícita o explícitamente en muchos de los autores el deseo de moderar tales manifestaciones, ya que habitualmente sus observaciones registran consumos intemperantes y resultados de la embriaguez estimados por ellos como negativos.

Los diversos relatos sobre las costumbres de ingestión de grupos indígenas antiguos o de otros contemporáneos en la región, coinciden en que el consumo se asocia con todos los aspectos de la vida social (por ejemplo: ceremonias civiles o religiosas, reuniones diversas, situaciones de la vida familiar, etc.). Las pautas que éste adopta en cualquiera de estos momentos sigue una especie de protocolo de acuerdo con las circunstancias precisas que lo motivan, lo cual ha sido denominado genéricamente *ingestión ceremonial o ritual*. Las bebidas consumidas pueden ser fermentadas o destiladas, de elaboración artesanal local o compradas en centros comerciales próximos; como con frecuencia estas comunidades presentan una economía de subsistencia asociada periféricamente al mercado cercano, la cantidad de dinero que se maneja es escasa y en parte importante se

lo destina a comprarlas.

La ingestión de bebidas alcohólicas es una de tantas actividades colectivas, comenzando en edades tempranas y en ambos sexos. La embriaguez en las oportunidades en que se consume es aceptada, especialmente la masculina, y las conductas inconvenientes surgidas en ese estado tienden a ser disculpadas. El consumo, por facilitar los contactos interpersonales y estar ligado a sucesos de importancia colectiva, es un importante medio de cohesión social entre los individuos y del grupo en totalidad. En un contexto socio-cultural así no cabe la abstinencia, puesto que significaría el distanciamiento de todo tipo de actividades públicas. Sería impensable que un abstemio pudiera desempeñar cargos representativos ceremoniales civiles o religiosos, de acuerdo con las normas locales.

Los jóvenes de estas comunidades aborígenes, por su mayor contacto con los centros urbanos cercanos (por ejemplo: viajes comerciales, estudios, conocimiento de la lengua castellana, además de la vernácula, migración, etc.) muestran modificación en los patrones tradicionales de ingestión. Así, aparece mayor consumo de bebidas destiladas solas o mezcladas con refrescos, la ingestión también ocurre en relación a grupos sociales informales en la propia comunidad o en viajes al pueblo o ciudad, o los efectos en la conducta del bebedor son más acordes con su propia estructura caracterológica. Cuando el caso es la migración, característicamente el hombre muestra un aumento en el consumo

por lo menos durante sus primeros meses de adaptación a la ciudad, motivado por las ansiedades propias del desarraigo y el desarrollo de nuevos lazos interpersonales, y por las circunstancias facilitadoras que son el manejo de mayor dinero en efectivo y la proximidad a las fuentes proveedoras.

Los estudios en grupos de mestizos, campesinos tradicionales, etc., por su parte, comparativamente con los referentes a los indígenas, muestran modificaciones significativas de los patrones ancestrales de consumo. Así, aumentaría la ingestión en cantidad, frecuencia y mayor concentración alcohólica de las bebidas consumidas; aparecerían cambios conductuales más inconvenientes o desadaptativos, y no serían raros los bebedores solitarios ni las manifestaciones físicas de sagrables posteriores a la embriaguez ("resaca", "cruda", "cuerpo cortado", etc.). Estos estudios comparados demuestran que los cambios en el entorno sociocultural (4) se asocian estrechamente con los efectos negativos de la ingestión intemperante crónica, tanto para el individuo como para su grupo de pertenencia. El consumo ceremonial o ritual ha devenido en lo conocido como *ingestión popular*, en la cual algunas de las conductas de los individuos reunidos ahora sólo por su interés en beber recuerdan externamente el contexto cultural anterior.

En los estratos populares urbanos, en otros, más o menos marginales en el sentido sociológico, y en numerosos grupos locales tradicionales persisten todavía varias características comunes que recuerdan su relación con

las normas ancestrales: hay consumo entre hombres, fuera del hogar, en horas libres al final de la jornada laboral diaria o durante los fines de semana, y con frecuente embriaguez. Tal consumo comienza en edad joven, cuando el sujeto se inicia en un trabajo remunerado o sale de su hogar a efectuar el servicio militar, esto es, cuando adquiere status social adulto. El conjunto de esta particular forma de ingerir ha sido denominada *subcultura de ingestión excesiva*, concepto que busca describir dos componentes importantes: por una parte, subcultura de ingestión, o sea, que una parte significativa de la población considera que ingerir hasta la embriaguez es normal dentro de su manera de vivir, no obstante las interferencias que claramente surgen con la vida social moderna (por ejemplo: ausentismos laborales, accidentes, violencias, mermas en el presupuesto familiar, etc.); por otra, ingestión excesiva, esto es, la existencia de una ingestión con alto riesgo de generar complicaciones individuales y colectivas como las señaladas, y de desembocar en el alcoholismo.

4° En Chile, desde la década de los 50, diferentes profesionales de la salud se han interesado por conocer lo más ampliamente posible nuestros problemas asociados con el uso de bebidas alcohólicas. Diversos estudios epidemiológicos realizados en algunas poblaciones urbanas de nivel socioeconómico bajo y entre otros pequeños grupos rurales tradicionales, en esos años y en los primeros de la década siguiente permitieron cierta cuantificación y la detección de algunas variá

bles medioambientales asociadas con el beber anormal. De tales iniciativas, además, surgieron definiciones operacionales sobre los diversos tipos de bebedores y metodologías de investigación.

A partir de estas iniciativas, por la misma época empezó a destacarse la importancia de los factores socioculturales en el beber anormal y en el alcoholismo. En un sentido, al demostrarse estas condiciones más prevalentes entre población urbana y rural de nivel socioeconómico bajo -estratos constituidos por una alta proporción meztiza- fue supuesto que los patrones ancestrales de ingestión intemperante resultaban repetidos en ellos. En otro sentido, al aumentar las acciones sanitarias directas sobre grupos aborígenes y observarse en el terreno su modalidad de ingestión, empezó la preocupación por conocer más de tales costumbres, con el fin de moderarlas. Esta apertura hacia los factores socioculturales fue facilitada y estimulada por la información disponible nacional e hispanoamericana, a lo que se agregó la necesidad de cuantificar o por lo menos precisar mejor los aportes cualitativos propios de las ciencias sociales: obviamente cualquier actividad sanitaria, por asignar recursos al logro de las metas propuestas, requiere conocer con la mayor exactitud posible la situación sobre la cual se busca actuar.

Cuando en 1970 fue publicado 'Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural en Cautín', pareció entonces que llenaba un vacío en el campo sanitario. En efecto, significó

una primera medición de la magnitud del beber "problema" de un grupo sobre el que ha**́** b́ia numerosa informacion cualitativa general, historíca y antropologíca, pero hasta ese momento ninguna cuantitativa. Facilito la labor de los investigadores el poder contar con definiciones operacionales y con metodologías supuestamente validadas en estudios anteriores.

De los resultados de este estudio es oportuno ahora comentar lo siguiente: uno, la cifra de bebedores clasificados como excesivos y alcoholícos estuvo notablemente por encima del promedio nacional (ver cuadro 2), tendencia que se mantuvo en relacion a las variables sexo masculino y edad media de la vida. En segundo lugar, la mitad de los bebedores considerados moderados y la casi totalidad de los rotulados como excesivos y alcoholícos reconocio presentar durante el año embriagueces en los episodios culturales de ingestion (5) (festividades del ciclo agrícola, fiestas sociales, familiares, etc.); más aun, no se encontro abstemios entre los hombres adultos mayores de 20 años de edad. Por ultimo, los autores consideraron importante en la deteccion del alcoholismo el registro del dato "se embriaga siempre que bebe" ya que les fue difícil obtener directamente la cantidad de consumo y la presencia del sín drome de abstinencia de alcohol.

La posterior ponderacion socioantropologíca del estudio hizo surgir dos grandes interrogantes sobre su confiabilidad y validez: la primera, respecto a que resultados cuantitativos tan encima del promedio nacional son

lo se han registrado cuando la ingestión anormal ocurre asociada con marginalidad y desorganización sociales y situación de extrema pobreza (ver cuadro 3), situaciones ambas distantes, en un sentido antropológico, de los mapuches estudiados; y la otra, que siendo la norma ancestral aborígen el beber hasta la embriaguez, la sugerencia de los autores al respecto como una conducta indicadora de alcoholismo era irrelevante al aplicarla al contexto indígena (6). Aunque todo el estudio fue publicado en su oportunidad como preliminar, no parece con posterioridad haber sido continuada esta línea de investigación.

5° Es probable que en torno al consumo de alcohol la Medicina y la Antropología Social hayan producido mayor cantidad de estudios que en otras áreas de interés coincidente. Se lo mire como conducta inconveniente y por ello necesaria de controlar, o como costumbre siempre registrada en la observación de campo participante, la coincidencia es persistente en ambas disciplinas. Tal conjunción, no obstante, no implica necesariamente un diálogo interdisciplinario; antes, al contrario, por lo general han primado los análisis unilaterales y distantes, con sólo ocasional comunicación entre ellas.

La Medicina -tal vez por su necesidad inmediata, tanto de solucionar los problemas individuales derivados del consumo inmoderado crónico, como de preocuparse de la prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo- cualquier tipo de consumo que pa

rezca desadaptativo en un contexto urbano moderno tiende a calificarlo indiscriminadamente como negativo o patológico, incluso cuando el contexto sociocultural sea muy otro que el de la ciudad. A manera de ejemplo, el uso en los análisis epidemiológicos del concepto de "crisis cultural de ingestión" en forma paralela al de "crisis patológica de ingestión", para aludir a los episodios colectivos de ingestión intemperante de algunos indígenas; como se comprende, al ser aquélla una circunstancia culturalmente, no corresponde considerarla "crisis" en su propio contexto, ya que no tiene nada de lo imprevisto, considerable o decisivo que representa la crisis patológica para la evolución de la enfermedad alcohólica. Se expresa en esto una importante limitación en la capacidad descriptiva del modelo epidemiológico usual, insuficiente para captar y relativizar más afinadamente los hallazgos socioculturales diferentes a los del entorno propio del investigador.

Para la Antropología Social, a su vez, el registro del consumo intemperante tiende a ser descriptivo globalmente, especialmente cuando está referido a los grupos llamados "primitivos", característica común a la perspectiva funcional estructuralista que habitualmente orienta estos análisis. Como la intención de los informes etnográficos es relatar las conductas del grupo observado, dentro del contexto cultural que las enmarca, tal vez omiten profundizar en las consecuencias individuales biopsicológicas de esta modalidad de consumo de bebidas alcohólicas. Más aún, existe en varios de tales informes

cierta anarquía y subjetivismo, cuando no equívocos, en el manejo de conceptos de significado bastante preciso en la perspectiva salubrista y de fácil acceso al no especialista, con la consiguiente limitación para el intercambio interdisciplinario. Así, por ejemplo: "alcoholismo" es usado a veces como equivalente a episodio sociocultural de in<sup>g</sup>estión intemperante; "alcoholismo patológico", como referido a los efectos orgánicos individuales negativos de la ingestión in<sup>o</sup>derada frecuente, según la percibe el observador foráneo; o "raíces religiosas del alcoholismo", para supuestamente explicar en una perspectiva psicosocial esta peculiar costumbre de la especie humana de consumir alcohol etílico sin necesitarlo fisiológicamente. Acá se expresa, pues, una limitación importante de la metodología etnológica corriente y del modelo sociocultural, para participar en el mayor conocimiento científico de los factores asociados con el uso de bebidas alcohólicas, es decir, para mejorar su descripción y explicación.

El corolario de la situación descrita es, obviamente, mejorar el diálogo interdisciplinario. Aunque existen algunos contactos bilaterales, usualmente son asimétricos, es decir, un antropólogo sin apropiada formación en salud pública integrado a un equipo salubrista o, viceversa, un profesional de la salud con poca destreza en la investigación participante de campo unido a un grupo de cientistas sociales, situaciones ambas que limitan una comunicación realmente eficaz.

6° Las instituciones médicas son la forma

como los grupos humanos buscan mejorar sus posibilidades de supervivencia en relación a la salud y enfermedad de sus miembros; como las demás instituciones sociales, comparten la ideología del estrato políticamente dominante que las crea y las sustenta. En consecuencia, las instituciones sanitarias modernas, surgidas muy ligadas a la evolución actual de los estados-naciones y cada vez más abarcentes respecto al ciudadano común, son producto de la marcada injerencia de éstos en la calidad de vida y bienestar de su base social.

El poder y la capacidad de dominio de los profesionales de la salud y el de tales instituciones sanitarias derivan no sólo del hecho de manejar un cuerpo específico de conocimientos y realizar actividades necesarias para todo el grupo social; en una acción de salud existe intrínsecamente, además de su utilidad directa sobre una persona o comunidad, la manifestación de una concepción ética global, puesto que a su través se expresa también todo un conjunto de valores, actitudes y conductas en relación a situaciones tales como el sentido de la vida y de la muerte, el valor de la persona, lo que el estado y la sociedad esperan de ella, etc.

El control de las conductas desviadas o perjudiciales según las normas sociales imperantes es una antigua preocupación de las instancias de poder social. Históricamente han sido las instituciones religiosas, jurídicas y médicas las que se han ocupado de ello, en la medida que han primado criterios más coercitivos, represivos o comprensivos

de tales conductas. Que la medicina moderna atienda no sólo las consecuencias orgánicas adversas del abuso crónico de las bebidas alcohólicas, sino también tenga la responsabilidad de manejar la conducta misma de ingestión inconveniente o desviada, supone una actitud social más comprensiva hacia la misma, pero no por ello menos crítica que las de las otras instituciones. La medicalización del control de esta conducta implica por lo menos dos puntos de referencia de la mayor importancia: uno, que quien la presenta tiene ante sí una vía a través de la cual reincorporarse a un rol social aceptable; y otro, que la institución médica no sólo pretende ayudar en tal reincorporación al bebedor que acepte su conducta errónea y se arrepienta de ella, sino también que es la instancia social que asume la responsabilidad que va, desde calificar las formas convenientes e inconvenientes de beber, hasta proponer las estrategias y actividades supuestamente necesarias para ejercer tal control. Quien beba en forma distinta de lo definido como normal por la instancia médica será catalogado sin más como bebedor anormal; como es también asumido que la medicina siempre busca mejorar a los enfermos y prevenir la aparición de problemas de salud, el bebedor calificado como anormal que no acepte lo que esta institución le propone tenderá a reforzar todavía más la convicción de ésta sobre lo apropiado de sus definiciones y programas. Se cierra así una especie de lógica circular bastante rígida como para adaptarse a circunstancias particulares, especialmente cuando ellas se apartan de los parámetros socioculturales propios. Evidentemente que no tiene neces

riamente el mismo significado una ingestión intemperante prolongada por algunos días de un grupo en un contexto urbano que otro en zona mapuche, en la medida que el primer caso claramente interfiere los rendimientos normales socialmente prescritos (por ejemplo: horario de trabajo, conducta, sustento familiar, etc) en tanto que el segundo puede significar una ingestión ceremonial o ritual, por muy abundante que aparezca ante el observador foráneo.

Se puede de esta manera entender que la medicalización del control de la conducta de ingestión mapuche coincida con la postura ideológica del estrato político dominante respecto a esta etnia. M. Stuchlik (1974) resumió la evolución histórica de esta postura en cinco etapas: héroes, mientras pelearon contra el conquistador español; bandidos, cuando defendían su territorio de la expansión y dominio de la nascente república; borrachos, en la medida que el hábito ancestral de ingestión inmoderada fue utilizado para abaratar el costo militar y económico de la expansión y justificó la conveniencia del dominio sobre un grupo "vicioso"; paternalista, cuando ejercido este dominio político, se creyó necesario protegerlo de los apetitos expansivos de la población nacional cercana; y de pan-educación, cuando se comenzó a buscar su efectiva integración a la comunidad nacional. El enfoque preventivo de las instituciones médicas modernas coincide con las 3 últimas, en cuanto al estereotipo de borracho, la necesidad de protegerlo de sus propios "vicios" y la importancia de incluirlo como otra población objetivo de sus

programas, respectivamente. El modelo epidemiológico usual, inmerso en esta ideologización y sin una instancia interna contralora de su eficacia según el contexto donde se lo aplica, no percibe sesgos analíticos tales como asimilar o relacionar el beber inmoderado crónico popular urbano con un ancestro racial y cultural todavía actuantes, que la condición de etnia mapuche es equivalente a nivel socioeconómico urbano bajo o marginal, o que toda ingestión inmoderada tiene idénticos resultados inconvenientes.

Sin embargo, en el campo médico no todos comparten igual actitud. Ya es antigua la recomendación acerca de que la magnitud de los hallazgos epidemiológicos en la investigación psiquiátrica hace dudar acerca de si se está ante problemas de salud mental, de si corresponden a rasgos culturales interpretados erróneamente, o si hay una mezcla de ambas circunstancias. También ha sido advertido que la simple acumulación de evidencia epidemiológica no proporciona necesariamente hipótesis explicativas en psiquiatría social. A pesar de todo, la mayoría de los profesionales de la salud que se acercan a estos fenómenos tiende aún a analizar como equivalente los datos que recogen cualitativa y cuantitativamente, sin ponderar la perspectiva sociocultural ni cuidar la proyección de sus propios estereotipos ideológicos.

7° Lo anterior es suficiente para concluir esta aproximación interdisciplinaria al modo de beber alcohol entre los mapuches. Si su justificación es comprender mejor el fenómeno

no para poder manejarlo más eficazmente, surgen de inmediato dos preguntas como las siguientes: ¿Qué es manejarlo más eficazmente? ¿Qué seguridad puede ofrecerse ahora de no caer en otros sesgos análogos? No parece haber respuestas categóricas a tales preguntas. Por ahora es prudente sólo proponer algunas reflexiones que finalicen esta aproximación.

En primer lugar, el enfoque del *modelo epidemiológico* se ha demostrado restrictivo, cuando no sesgado, para analizar la ingestión en mapuches que viven en su habitat normal. Por sus supuestos ideológicos subyacentes, la aplicación de instrumentos de análisis elaborados para un contexto urbano popular o marginal a otro tan diferente como es una etnia aborígen -con similitudes superficiales sólo aparentes, como ya fue señalado- conduce a registros equívocos de estas conductas, es decir, a limitaciones en su confiabilidad y validez. Ya que la aproximación del profesional de la salud tiene como referencia al enfermo alcohólico y un contacto más bien con el lado terminal y negativo de la gama de posibles bebedores, es entendible su insuficiencia de perspectiva para el análisis transcultural. Más aún, si se tiene presente que la medicalización del manejo de la conducta desviada de ingestión corresponde a la postura ideológica de pan-educación del estrato social dominante, la aplicación del método epidemiológico puede tener hasta efectos etnocidas, por su alta congruencia con las políticas indigenistas integracionistas.

En segundo lugar, el *modelo subcultura*

de *ingestión excesiva*, también utilizado por la perspectiva salubrista, si bien resulta más abarcante que el anterior, no explica la realidad de ingestión de alcohol de grupos específicos pertenecientes a los estratos populares o marginales urbanos, y ni entre campesinos tradicionales. Por una parte, no considera el hecho de que un mismo individuo puede variar su conducta de ingestión según participe en más de un contexto de referencia; por otro, tiende a una especie de fatalismo en el manejo de los problemas derivados del uso inmoderado crónico en ambientes urbanos modernos. Muchos de los interesados en estas materias han estado atribuyendo importancia explicativa a su valor apenas descriptivo con la consiguiente falsa seguridad en sus alcances reales.

En tercero, el *modelo sociocultural* propio del campo socioantropológico, no obstante las limitaciones señaladas, permite una percepción mucho más fina de la conducta de ingestión. Además que hace referencia al entorno vivo (o cultura) donde ésta ocurre, se contacta con toda la posible gama de bebedores a partir de sus conductas reales en su sitio normal de ocurrencia. Sin embargo, mientras no afine su metodología y busque el complemento de la perspectiva salubrista, no aportará más que lugares comunes de sobra conocidos. Es decir, la Antropología Social aplicada a un fenómeno del campo de la salud no puede válidamente continuar prescindiendo del intercambio eficaz con su contraparte salubrista.

Por último, cabe proponer para el análisis

sis de la conducta de ingestión de alcohol dentro del hábitat mapuche normal -así como para su aplicación a otras etnias supérs tites- el *modelo región de refugio*, de G. Aguirre Beltrán (1973). Aunque como el ante rior deriva de la orientación antropológica funcional-estructuralista, tiene el mérito de explicar dinámicamente la estabilidad y cohesión de las etnias incluidas en un esta do-nación moderno.

Se refiere este modelo a la estructura que han ido adoptando tales grupos en su re lación y articulación a la sociedad mayor, que ha posibilitado su supervivencia socio cultural. Fundamentalmente supone un largo proceso histórico de relación de cada uno de tales grupos con el sector dominante vecino y ha podido surgir al existir la suficiente distancia entre ambos. El relativo aislamien to geográfico, la conservación de la lengua vernácula, la vida familiar, la alimentación y vestuario, la economía de subsistencia, las instituciones políticas y religiosas an cestrales, la tecnología rústica y comunes concepciones ideológicas sobre el mundo, el hombre y la sociedad, son algunos de los me canismos que están en la base de esta estruc tura adaptativa.

No obstante que este modelo analítico porahora resulta operacional mediante la me todología etnológica corriente, su aplica ción interdisciplinaria con la medicina pue de dar insospechadas luces en el entendimiento válido tanto de esta conducta, como dife rentes otros problemas sanitarios detectados entre grupos aborígenes (7). En otro sentido,

ante cualquier fenómeno de salud o de otra naturaleza que suceda en una etnia que vive en una "región de refugio" no cabe la aplicación simple o mecánica de categorías conceptuales ni de modelos de acción utilizados entre grupos urbanos, por parecidas que puedan ser exteriormente las características socio culturales de uno y otro, y por fructíferos que hayan podido resultar sus aportes entre éstos; más aún, cabe plantear que cualquier miembro de una etnia ubicada en una región de refugio, que migre a un sector urbano, rápidamente modificará algunos de sus patrones conductuales originales por otros propios del lugar en el cual se establezca y/o del universo al cual se incorpore; y que ellos con seguridad retornarán a su manifestación primera si tal miembro vuelve a su lugar de partida.

Queda claro, a modo de conclusión, que este trabajo no puede válidamente responder a la pregunta de cómo manejar mejor el problema de la ingestión de alcohol entre los mapuches. En la actualidad no poseemos evidencia confiable acerca de que el consumo de bebidas alcohólicas de quienes viven en reducciones justifique alguna programación especial por parte del sector salud. Los datos disponibles sólo permiten afirmar, por una parte, que esta etnia conserva sus costumbres ancestrales al respecto, cumpliendo entre ellos una función de cohesión social en los momentos en que ocurre la ingestión ceremonial o ritual; y por otra, que su relativa articulación a núcleos urbanos vecinos, aunque ha aumentado la frecuencia e intensidad del consumo, no parece acarrear repercusión

nes negativas análogas a lo que se presenta en estratos populares o marginales de contextos urbanos..

Aquellos mapuches que migran de su "región de refugio", en cambio, en la medida que se integren funcionalmente a algún estrato urbano o rural, adquirirán los patrones de ingestión correspondientes y, obviamente, las posibles formas normales o anormales de consumo. El modelo epidemiológico adquiere acá su utilidad en cuanto al manejo preventivo y curativo de los eventuales problemas que sucedan. Con seguridad la integración del modelo sociocultural permitirá mejorar su eficacia.

El modelo "región de refugio" puede proporcionar en el análisis de la conducta de ingestión -o frente a otros fenómenos socioculturales que ocurran en su interior-un marco de referencia más integral en relación al cual afinar la perspectiva salubrista o la de otra disciplina que lo utilice. Sin duda que su operacionalidad irá surgiendo sólo de la comunicación interdisciplinaria efectiva, igualitaria y prolongada entre la Medicina y la Antropología Social.

## C U A D R O I

TIPOS DE BEBEDORES DE ALCOHOL Y  
CRITERIOS PARA SU CLASIFICACION (8)

	TIPO DE BEBEDOR	CANTIDAD	FRECUENCIA	FACTOR	CONDUCTA
NORMAL	Abstemio	No consume alcohol o lo hace en forma excepcional -hasta cinco veces en el año- sin embriaguez.			Rechaza el alcohol.
	Moderado	Hasta 100 cc. de etanol (9) en el día.	Hasta una embriaguez al mes ó 12 en el año.	Motivación sociocultural.	Inciere por influencia del grupo.
ANORMAL	Excesivo	Más de 100 cc. de etanol en el día.	Más de una embriaguez al mes o más de 12 al año.	Motivación sociocultural y/o psicopatológica	Busca activamente la ingestión.
	Alcohólico	Variable, parecido al excesivo.	Embriagueces variables.	Motivación sociocultural, psicopatológica y dependencia física.	Está dominado por el alcohol. No puede evitar consumirlo.

## C U A D R O II

TASAS DE PREVALENCIA DE BEBEDORES %  
(Población adulta: 15 y más años)

COMPARACION ENTRE EL PROMEDIO NACIONAL  
Y LO DETECTADO ENTRE POBLACION MAPUCHE.

	Promedio (10) Nacional	Población (11) Mapuche
Abstemios	30 %	9 %
Moderados	55 %	64.8 %
Excesivos	10 %	13.1 %
Alcohólicos	5 %	13.1 %

## C U A D R O II (12)

CHILE: TASAS DE BEBEDORES ANORMALES %  
 SEGUN NIVEL SOCIO ECONOMICO (13)  
 (Población adulta 15 años y más)

	Alto-Medio	Bajo	Marginal
Excesivos	5.0	8.0	13.0
Alcohólicos	2.0	5.0	8.0
Total	7.0	13.0	21.0

## NOTAS

1

Como se comprende, han surgido a propósito de situaciones más asociadas con la vida urbana; elaborados por profesionales de la salud y/o de las ciencias sociales que agregan a su status académico sus propias ideologías respecto al trabajo, al ocio, al uso del tiempo libre, etc.; y tienen que ver con valores asociados con calidad de vida y bienestar, de significado sociocultural muy relativo.

2

Diferentes "chichas" de maíz, trigo u otros cereales, de jugos de frutas locales, etc.

3

OIT (1953). *Poblaciones indígenas: Condiciones de vida y de trabajo de los pueblos autóctonos de los países independientes*. Ginebra. Citado por Heath (20)

4

Mayor incorporación a fuentes de trabajo urbanas y a una economía de mercado, primacía del afán de lucro individual, extinción de las normas de reciprocidad, mayor inestabilidad de vida, desplazamientos geográficos importantes, aumento en las conductas violentas, etc.

5

Llamados "crisis cultural de ingestión" en el instrumento utilizado en la investigación.

6

Estas observaciones críticas son tanto más atingentes por cuanto el autor del presente trabajo fue también el autor principal de esta investigación.

7

Obviamente puede ser aplicado por otras ciencias o instituciones en sus áreas propias de interés.

8

Adaptado de Dobert, M.T. Gómez; B, y Medina; E.

9

100 cc. de etanol = 1 litro de vino, ó 2 litros de cerveza, ó  $\frac{1}{4}$  litro de bebida destilada.

10

Fuente: Medina, E. (1984)

11

Fuente: Medina, E. (1970)

12

Tomado de Medina, E. (1984)

13

Tendencias según diversos estudios nacionales.

#### REFERENCIAS

Adis Castro, G.

1969. Algunas observaciones sobre la investigación en psiquiatría social. *Acta psiquiát, psicol. América Latina*. 15: 129.

Aguirre Beltrán, G.

1973. *Regiones de Refugio*. México. Instituto Nacional Indigenista.

Coe, R.M.

1973. *Sociología de la Medicina*. Madrid. Alianza Editorial.

Conrad, P. and Schneider, J.W.

1980. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. St. Louis, Toronto, London. The C. V. Mosby Co.

Dobert, M.T.; Gómez, B. y Medina, E.

1979. *Alcohol y Alcoholismo*. Santiago-Chile. Editorial GALDOC.

- Everett, M.W.; Waddell, J.O. and Heath, D.B. editors  
1976. *Cross-Cultural Approaches to the Study of Alcohol*. The Hague, Paris. Mouton Publishers.
- Faron, L.C.  
1961. *Mapuche Social Structure*. Illinois Studies in Anthropology. N° 1. University of Illinois Press. Urbana.  
1964. *Hawks of the Sun*. University of Pittsburgh Press.  
1968. *The Mapuche Indian of Chile*. Holt, Rinehart and Winston.
- Favazza, A.  
1981. Alcohol and Special Populations. *J. Stud. Alcohol*. Suppl. 9: 87-98.
- Guevara, T.  
1898. *Historia de la Civilización de Araucanía*. Santiago-Chile. Imprenta Cervantes.  
1908. *Psicología del pueblo araucano*. Santiago-Chile. Imprenta Cervantes.  
1916. *La mentalidad araucana*. Santiago-Valparaíso-Chile. Soc. Imp. Barcelona.
- Heath, D.B.  
1974a. Anthropological approaches to alcohol: a review. *Alcoholism*. 10, 1-2: 24-42. Zagreb.  
1974b. Perspectivas socioculturales del alcohol en América Latina. *Acta psiquiát. psicol, América Latina*. 20, 99.  
1978. The Sociocultural Model of Alcohol Use: Problems and Prospects. *J. Operat. Psychiatry*. 9, 1: 55-66.  
1981. Determining the Sociocultural Context of Alcohol Use. *J. Stud. Alcohol*. Suppl. 9: 9-17.

- 1982a. Sociocultural Variants in Alcoholism. *Encyclopedic Handbook of Alcoholism* (Pattison, E.M. and Kaufman, E., editors). Gardner Press. New York.
- 1982b. In other Cultures They Also Drink. *Alcohol, Science and Society Revisited* (Gomberg, E. L. ; White, H. R. and Carpenter, J.A., editors). The University of Michigan Press-Rutgers Center of Alcohol Studies.
- 1982c. Historical and Cultural Factors Affecting Alcohol Availability and Consumption in Latin America. *Legislative Approaches to the Prevention of Alcohol Related Problems*. National Academy Press. Washington.
1983. Sociocultural Perspectives on Addiction. *Etiological Aspects of Alcohol and Drug Abuse* (Gottheil, E.; Druley, K.A.; Skoloda, T.E. and Waxman, H.M., editors). Charles C. Thomas, Publishers. Springfield. Illinois.
- Horwitz, J.; Marconi, J. y Adis Castro G., editores  
1967. Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. *Acta 1. Fondo para la Salud Mental*. Buenos Aires-Argentina.
- Lomnitz, L.  
1969a. Patrones de ingestión de alcohol entre migrantes mapuches en Santiago. *América Indígena*. XXIX. 1: 49-79.
- 1969b. Función del alcohol en la sociedad mapuche. *Acta psiquiát. psicol. América Latina*. 15, 157.
1976. Alcohol and Culture. The Historical Evolution of Drinking Patterns among the Mapuche. *Cross Cultural Approaches to the Study of Alcohol* (Everett, M.W.; Waddell, J. O. and Heath, D.B., editors). Mouton Publishers. The Hague, Paris.
1977. ¿Cómo sobreviven los marginados? México. *Siglo XX editores*.

Marconi, J.; Horwitz, J. y Adis Castro, G.

1967. Aspectos metodológicos y técnicos de investigaciones multinacionales acerca de epidemiología y socioantropología del alcoholismo y problemas del Alcohol en América Latina. *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*. Horwitz, J.; Marconi, J. y Adis Casto, G., editores. Acta 1. Fondo para la Salud Mental: 151-175. Buenos Aires.

Mariátegui, J. y Adis Castro, G., editores

1970. Epidemiología Psiquiátrica en América Latina. Acta 2. Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires.

Martin Castellano, W.

1982. Introducción al estudio antropológico del alcoholismo en los aborígenes norpatagónicos. *Neuro psiquiatría y Salud Mental* (Arg.) XIII. 1-108 (3): 82-85.

Medina, E.

1978. Ingestión de alcohol y contexto cultural: evaluación actual y proposiciones futuras. *América Indígena*. XXXVIII. 3: 663-694.

1981. Aspectos socioantropológicos del uso y abuso del alcohol. *II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo*. Santiago-Chile.

1982a. Salud en América Latina: conceptualización, estado actual y perspectivas. *X Congreso Mundial de Sociología*. México.

1982b. *Uso de Alcohol y Factores Socioculturales*. Centro de Estudios en Atención Primaria. Depto. Salud Pública-División Ciencias Médicas Oriente. Facultad de Medicina-Universidad de Chile. Documento de Trabajo N° 11.

1984. Alcoholismo y drogadicción en Chile. *Cuadernos Médico-Sociales*. XXV. 1: 5-14. Santiago-Chile.

Medina, E. y Marconi, J.

1970. Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural en Cautín. *Acta psiquiát. psicol. América Latina*. 16, 273.

Medina, E. y Boccardo, H., editores

1980. Alcoholismo y Salud Pública. *Cuadernos Médico Sociales*. XXI. 1. Santiago-Chile.

Menéndez, E. L.

1982. El proceso de alcoholización. Revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 8, 22: 61-95. San José. Costa Rica.

Muñoz, L.

1970. El método epidemiológico. Algunos aspectos prácticos de su aplicación en psiquiatría. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina* (Mariátegui, J. y Adis Castro, G., editores). *Acta 2. Fondo para la Salud Mental*. 13-42. Buenos Aires.

Negrete, J.C.

1974. Factores culturales en estudios epidemiológicos sobre alcoholismo. *Acta psiquiát. psicol. América Latina*. 20, 112.

Organización Mundial de la Salud

1980. *Problemas relacionados con el consumo del alcohol*. Serie de Informes Técnicos 650. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud

1960. *Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo*. Chile.

Sarué, E.

1980. Aproximación antropológica a un Club de Abs  
temios. *Cuadernos Médico-Sociales*. XXI. 1:98-106.  
Santiago-Chile.

1983. Comunicación personal.

Solari, G. y Varela, A.

1957. Factores etiológicos del alcoholismo. *Sympo*  
*sium sobre alcoholismo y problemas del alcohol*.  
Servicio Nacional de Salud-Sociedad Chilena de  
Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía- Sociedad  
Chilena de Salubridad. Santiago-Chile.

Stuchlik, M.

1974. *Rasgos de la Sociedad Mapuche Contemporánea*.  
Ediciones Nueva Universidad. Universidad Católi  
ca de Chile.

Ugarte, G. y Medina E., editores.

1982. *II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alco*  
*holismo*. Ministerio de Salud-Asociación Iberoame  
ricana de Estudio de los Problemas del Alcohol.  
Santiago-Chile.

Verón, E.

1968. Perspectivas futuras de la investigación bá  
sica sociocultural sobre salud mental. *Acta psi*  
*quíat. psicol. América Latina*. 14, 19.

Waddell, J.O.

1981. Cultural Relativity and Alcohol Use: Implica  
tions for Research and Treatment. *J. Stud. Alco*  
hol. Suppl. 9: 18-28.