



Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas

Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias
y Rehabilitación



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Tabla de Contenidos

Introducción	1
1. Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de las Américas	3
2. Estudios de caso	13
2.1 Resúmenes de los estudios de caso	13
2.1.1 Estudio de caso de Nicaragua	13
2.1.2 Estudio de caso de Bolivia	17
2.1.3 Estudio de caso de México	22
2.1.4 Estudio de caso de Panamá	25
2.1.5 Estudio de caso de Canadá	27
3. Reunión “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas”	29
3.1 Reporte de la reunión	29
4. Conclusiones y recomendaciones	31
Anexos	33
Lista de participantes de la reunión “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas”	33

Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud desea agradecer a las muchas personas que hicieron posible la realización de este proyecto. En especial a Health Canada por su contribución financiera.

Igualmente desea agradecer a la Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS, y a la Dra. Maristela Monteiro, Asesora Regional en el Abuso de Alcohol y otras Sustancias, por el aporte de sus conocimientos en el curso del proyecto. Al Dr. Jorge Rodríguez, Punto Focal de Salud Mental en la Representación de la OPS en Panamá, por la organización y coordinación de la reunión llevada a cabo en Panamá como parte del proyecto.

A todos los investigadores de los respectivos países participantes, a las organizaciones y a todas las personas que ayudaron en la recolección de información para la realización de los estudios de casos; Marie Anderson (Canadá), Laureano Reyes Gómez (México), Lic. Carolina Valle (Nicaragua), Dra. Marianela Corriols (Nicaragua), Lic. María José Mendoza (Nicaragua), Dr. Alexander Rosewell (Nicaragua), líderes indígenas de APRODIN: Rigoberto Mendoza, Osman Salinas, Isidro Díaz, Dionisio Pérez, Teófilo Reyes, Comunidades Indígenas del Pacífico, Centro y Norte de Nicaragua, especialmente la comunidad indígena Cacaopera de San Pablo, departamento de Matagalpa; Prudencio Gonzalo Rivero Chávez (Bolivia); Mgtra. Aldacira de Bradshaw (Panamá), Mgtra. Doris Bill (Panamá), grupo de ASMUN (mujeres indígenas), autoridades locales de Chiriquí, y de la Comarca (Panamá).

Finalmente, a Janis Dawson Schwartzmann, Interna del Programa de Abuso de Alcohol y otras Sustancias de la OPS, por la realización de los resúmenes de los estudios de caso y la recolección de la información relacionada con el proyecto para su publicación y distribución.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso excesivo de alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad en las Américas. Es responsable del 10,5% de todos los Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad, AVAD, más que el tabaco y muchas veces más que la carga de morbilidad de todas las otras drogas ilícitas. Este excesivo uso de alcohol contribuye a una amplia gama de problemas de salud como: la depresión, el suicidio, las lesiones, los cánceres, la cirrosis, la dependencia y el síndrome de alcoholismo fetal.

Además de los problemas de salud, el alcohol es la fuente de muchos daños sociales como la violencia intrafamiliar, la violencia pública, el comportamiento violento, el maltrato de menores, la pérdida de la productividad de trabajo, el desempleo, las dificultades económicas, el comportamiento criminal, bajos logros educativos, problemas familiares y entre amigos, el divorcio, entre otros. Sin embargo, estos últimos, son difíciles de medir, así como, realizar estimaciones de la carga del alcohol en la sociedad.

El alcohol junto con el tabaco son las sustancias más usadas, y causantes del mayor daño entre las comunidades indígenas en la Región de las Américas. Esta población es especialmente vulnerable dados sus niveles de pobreza y el limitado acceso a la salud, la educación y otros servicios apropiados para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, así como también, la influencia de su pasado colonial.

Las consecuencias más significativas del consumo de alcohol en las comunidades indígenas están asociadas con los problemas de la salud, el daño social, y la destrucción de la cultura y de los valores indígenas. Sin embargo, el grado y la repercusión del consumo de alcohol son todavía, en gran parte desconocidos, y las políticas no se han dirigido específicamente a esta población vulnerable. Poco se sabe acerca de qué se puede hacer para reducir los problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol entre estas comunidades; cuáles son los recursos existentes en las comunidades para enfrentar este problema y qué políticas funcionarían con ellos.

Por estos motivos se implementó el proyecto “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas”, en colaboración entre la OPS y Health Canada; en este proyecto participaron: Nicaragua, Bolivia, México, Panamá y Canadá.

El proyecto empezó originalmente con una revisión bibliográfica de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y las respuestas entre los indígenas en los países en desarrollo de la Región. La meta fue identificar las respuestas existentes de la comunidad en los países seleccionados, documentarlos (estudios de casos), promover su evaluación y consolidar estas experiencias en un manual para que sea aplicado por las comunidades indígenas. El manual proporcionaría herramientas en cómo identificar y cómo responder a sus propios problemas, con soluciones que han mostrado resultados en comunidades similares.

De esa manera, cada uno de los países participantes preparó un estudio de caso que reflejó toda la temática sobre el consumo de alcohol: los orígenes del consumo de alcohol en sus comunidades, cómo se lo utilizó y se lo utiliza actualmente, cómo cambiaron las comunidades con la llegada de nuevas bebidas alcohólicas, cuál es la disponibilidad de alcohol y cómo los problemas asociados con su uso han aumentado con el transcurso del tiempo.

Finalmente, como parte del proyecto sobre el Alcohol y la Salud de los Pueblos Indígenas, se realizó una reunión en la Ciudad de Panamá, Panamá, del 19 al 21 de enero, 2005. En esta reunión se presentaron los avances de los estudios de caso, la situación de los pueblos indígenas y se discutieron recomendaciones para disminuir el impacto del alcohol en esta población.



Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de las Américas

La referencia a la diversidad cultural y étnica de las Américas remite a revisar la historia de los actuales países de la Región. En el siglo XV, vivían en las Américas cerca de 80 millones de indígenas (Schwerin, 1984). Todos, en diverso grado, dominaban el uso de las matemáticas, la arquitectura, la música, la astronomía, la veterinaria, las plantas medicinales, el cuidado del medio ambiente y de la salud, y sus civilizaciones se encontraban entre las más desarrolladas de su época.

La invasión europea desequilibró la dinámica de estos pueblos. Probablemente el efecto más drástico de este desequilibrio, catalogado por los investigadores modernos como un verdadero desastre demográfico, fue el masivo aniquilamiento de la población. La población indígena del continente disminuyó entre el 95 y 96 por ciento en 130 años y en el Caribe, casi fue exterminada en menos de 50 años (Cambridge, 1992).

Las principales causas de esta "catástrofe demográfica" fueron la introducción de nuevas enfermedades como la viruela, el sarampión, el tifus, la fiebre amarilla, la malaria, la introducción de nuevos comportamientos, por ejemplo, frente al uso del alcohol, y la muerte sistemática de los indígenas, sometidos a trabajos forzados y a castigos inhumanos (Cambridge, 1992).

Para reemplazar la fuerza de trabajo indígena fueron traídos los esclavos africanos, completando de esta manera, la base sobre la cual se edificaría la complejidad social y la identidad étnica de las Américas.

Aunque parecería innecesario, por lo obvio, insistir en la presencia viva de los pueblos indígenas, se debe hacerlo reiteradamente, porque precisamente, a partir de la colonización y la esclavitud se ha intentado por todos los medios minimizarlos, invisibilizarlos, categorizarlos con términos negativos y estereotipos vigentes hasta hoy, e inclusive, negar su existencia. Desde los primeros años de la Conquista y durante la Colonia y la época Republicana, los pueblos indígenas han sido excluidos, explotados, relegados a las tierras más inhóspitas y tratados como mano de obra barata. No sería nada difícil encontrar en el trauma de la colonización los verdaderos orígenes de los principales problemas actuales de estos pueblos.

Por considerarlos invisibles y por haber construido las naciones a partir de la exclusión de estos pueblos, pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia, y menos aún presentan datos desagregados por etnia y género. De ahí que, es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas.

Aunque hay una diversidad de definiciones sobre el término indígena, según el Convenio 169 (1989) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los pueblos indígenas son “... pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el país, o una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización, y conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”.

Según estimaciones y datos existentes, entre 45 y 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes forman parte de la población de 24 países de las Américas.

La población indígena está vigente y los más de 400 pueblos indígenas constituyen la base del carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe de la Región. A pesar de que estos pueblos son poseedores de una gran riqueza económica, tecnológica, filosófica y cultural y de que la mayoría de nosotros asentamos nuestras raíces en sus sistemas de pensamiento y acción, nos negamos a reconocer su existencia.

No es difícil constatar que la destrucción gradual del ecosistema por la sobre-explotación de recursos naturales y minerales, la presencia de desastres y fenómenos naturales, y la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, la migración, las obras de desarrollo, los cambios de patrones de asentamiento por un avance de las llamadas fronteras vivas y una falta de verdadera participación política, impide que se considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países.

La marginación de la población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo (especialmente femenino), deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles.

La relación entre las variables pobreza y etnicidad va siempre en proporción directa. Por ejemplo, en Canadá, 34% y en Chile 32% de los indígenas son pobres, comparado con 16% y 20% en el ámbito nacional respectivamente.

Las condiciones de pobreza se agravan por los también altos índices de analfabetismo. En México, la tasa de analfabetismo entre la población indígena triplica la media nacional. En Guatemala, se registró 68% de inasistencia a la escuela entre los niños de madres analfabetas y 72% entre los niños indígenas.

En este contexto social y económico grave, la población indígena de las Américas presenta, con raras excepciones, condiciones de salud alarmantes. Entre las enfermedades que cobran más víctimas están la malaria, la oncocercosis, el dengue, la enfermedad de Chagas, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, las enfermedades crónico-degenerativas, la drogadicción e incluso el suicidio y el SIDA.

En cuanto al alcoholismo, el problema es más grave no solamente porque la ingesta desmedida afecta a grupos etarios económicamente activos y se asocia a una serie de problemas sociales, sino por los daños que el alcohol produce en un organismo debilitado por la desnutrición, la pobreza y la marginación extrema.

De particular importancia para ubicar mejor los problemas y las soluciones es considerar las características demográficas de la población indígena. Estas poblaciones son eminentemente jóvenes. Por ejemplo, de acuerdo con el Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana, 50% de la población de esta área tenía entre 0 y 14 años en comparación con 30% en Lima metropolitana.

Dentro de esta población joven, son los niños y las niñas los que se ven mayormente afectados por la mortalidad y la morbilidad, dejando en claro que, por las características de estas poblaciones, podemos suponer que los datos reales de morbilidad y mortalidad son mayores a los presentados. Generalmente el número de muertes y nacimientos que se quedan sin ser especificados por pertenencia étnica o registrados es muy alto.

En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de Panamá es de 84 x mil niños nacidos vivos, comparada con 17.2 x mil niños nacidos vivos en el ámbito nacional, 32 x 10.000

niños indígenas menores de cinco años mueren por diarrea comparado con el 6,4 x 10.000 en el ámbito nacional. Es decir, más de 5 veces más en comparación con el promedio nacional.

Algo similar ocurre en los departamentos con mayor población indígena en Honduras en referencia a la mortalidad materna. En los departamentos de Atlántida, Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz, la tasa de mortalidad materna es alarmante y supera en mucho al promedio nacional de 147 x 100 mil nacidos vivos.

Las enfermedades provocadas por la falta total de agua, escasez de la misma o las malas condiciones en las que se la consume, y aquellas asociadas a la falta de saneamiento básico, figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, principalmente infantil. En El Salvador, por ejemplo, 95% de las fuentes de agua superficiales están contaminadas, determinando 4.1 episodios de diarrea al año en los niños menores de cinco años. El 40% de los niños indígenas son desnutridos en El Salvador, en comparación con el 20% en el ámbito nacional. La desnutrición, está asociada, entre otras causas, al parasitismo producto de las malas condiciones ambientales presentes.

Estas malas condiciones, en ocasiones sumadas a índices altos de hacinamiento contribuyen, entre otros problemas, a la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, como el tracoma y la tuberculosis entre las comunidades indígenas.

En México, la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar entre los indígenas es dos veces más alta que en la población general, en Canadá la tasa de tuberculosis es de 8 a 10 veces más alta que en la población nacional (Health Canada, 2004) y en Brasil, esta enfermedad aún figura entre las causas de óbito entre las comunidades indígenas (FUNASA, 2003).

Los datos disponibles sobre el uso y el consumo excesivo de alcohol entre los pueblos indígenas son limitados. Sin embargo son suficientes para mostrarnos la gravedad del problema. En Perú, un estudio realizado en el año 2000 en varias comunidades del pueblo Aymara del altiplano de Puno y del pueblo Shipibo de la amazonía, reportó que el consumo de alcohol era predominante entre la población masculina. En todas las comunidades estudiadas el consumo del alcohol estuvo asociado a conductas agresivas en contra de la esposa, hijos y parientes cercanos. En las comunidades Shipibo ninguna de las encuestas reportó casos de consumo de alcohol entre las mujeres, mientras que en las comunidades Aymaras el consumo estuvo vinculado con la capacidad adquisitiva (Cuadro 1).

Cuadro 1: Consumo de Alcohol entre Comunidades Indígenas Seleccionadas

País	Pueblo	Comunidad	Hombres	Mujeres
Perú	Aymara, Puno	Copán	65%	Consumo asociado a la capacidad adquisitiva
	Shipibo, Amazonía	San Francisco	35%	No se reporta consumo
		Santa Teresita	10%	No se reporta consumo

Varios datos reportan el creciente consumo de alcohol entre los indígenas urbanos. Particularmente preocupante es el incremento del alcoholismo entre las mujeres indígenas sometidas a situaciones de viudez, abandono, desarraigo y soledad.

La paradoja es que junto a los traumas y problemas, estos pueblos se han ideado mecanismos de sobrevivencia y una fuerza que solamente es posible explicársela por la dureza de la situación y por la voluntad inquebrantable de persistencia nacida de la misma adversidad.

La superación de las fronteras políticas actuales que muchas veces ocultan la vivencia ancestral de los pueblos, son solamente algunas de las estrategias empleadas para durar en el tiempo. De hecho, un mapa supranacional de las Américas nos mostraría la presencia viva de pueblos indígenas multinacionales como los Maya de México, Guatemala y Belice, los Quechua de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina; los Guaraníes de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil. Todo esto nos lleva a afirmar que las fronteras actuales son relativas, y la cooperación entre los países es fundamental en el abordaje de la salud de estos pueblos.

En cuanto a la localización, se puede afirmar que, en general, las poblaciones indígenas son poblaciones dispersas, en algunos casos móviles y, en su mayoría, localizadas en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso.

Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios son de un valor inapreciable. Sin embargo, ante un perfil epidemiológico tan complejo, cubren solamente una parte de sus necesidades de salud.

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas marginales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. Las dificultades del acceso físico sumado al costo indirecto (precio del transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, gasolina, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas de la enfermedad y la búsqueda de la atención de salud.

Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. Esto supone tomar en cuenta, en propuestas innovadoras, las diferencias de las culturas en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, la organización social, formas de vida, organización del tiempo y los recursos terapéuticos propios de la comunidad.

En general, en muchas comunidades indígenas, el idioma nativo es el de comunicación cotidiana en todos los grupos de edad, incluidos los niños. La tendencia hacia el monolingüismo en el idioma nativo se hace evidente entre las mujeres adultas y los adultos mayores que son, en muchos casos, las personas que se quedan al cuidado de los niños.

Varios signos, síntomas y enfermedades son nombrados con términos en el idioma nativo o español coloquial. Por lo general, la gente con una palabra simplifica el diagnóstico y ataca al síntoma que entiende como la expresión de la enfermedad.

La calidad de la relación entre el personal de salud y las personas que buscan atención de salud es decisiva. Por lo general, este personal se limita a dar algunas explicaciones rápidas sobre la enfermedad o el modo de transmisión, la evolución y la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, sin preocuparse de saber si esta información fue comprendida y mucho menos de si el paciente y su familia acudieron al sistema de salud indígena. Diversos estudios muestran que las explicaciones del personal de salud dadas en la lengua dominante del país a las poblaciones indígenas o culturalmente diferenciadas frecuentemente son ininteligibles para estas personas (Jackson, 1996, OPS, 2004). En ocasiones el paciente se hace acompañar por un pariente que es bilingüe y que sirve de intérprete, pero si el personal de salud no conoce el idioma indígena, no tiene ningún control sobre la información que es transmitida.

La capacitación efectiva del personal de salud es esencial. Generalmente, las actitudes de incompreensión de la problemática de los pueblos indígenas provienen de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben. No son raros los casos de discriminación y maltrato a los pacientes de estos pueblos. Por ejemplo, los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de los pueblos indígenas deben conocer el número de personas y su distribución por pertenencia étnica, grupo etario y sexo, en una comunidad o región determinada. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer, de acuerdo al perfil epidemiológico que los afecta, el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades del diagnóstico clínico y microscópico, conocimientos básicos de entomología y, particularmente, el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos.

Por supuesto, la provisión adecuada de insumos de acuerdo al perfil epidemiológico de la población de la comunidad es importante y sobre todo el fortalecimiento de la capacidad gerencial para resolver tanto situaciones de emergencia, como para promover la salud de la población dentro del desarrollo social y económico de la comunidad.

Con una muestra de datos hemos visto la magnitud de los problemas que afectan a los pueblos indígenas de las Américas, por lo tanto, reconocemos la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas. Sin embargo, son las investigaciones cualitativas las que nos permitirán conocer el contexto de esos números y nos permitirán comprender los procesos del nexo salud-enfermedad desde la cosmovisión indígena. Por ejemplo, un estudio realizado en Ecuador en el pueblo Kechwa de la comunidad de Pindilig, de la Provincia del Cañar reportó que los Kechwa clasifican las enfermedades en enfermedades de los blancos y en enfermedades tradicionales o desmandos, ligadas a códigos culturales. Entre las enfermedades de los blancos están las enfermedades infecciosas de la infancia, el tífus, las pestes, la tuberculosis, el alcoholismo, y el sobrepeso.

En el imaginario simbólico de la comunidad, la tuberculosis, el sobrepeso y el alcoholismo están estrechamente unidos. La tuberculosis es quizás la enfermedad más temida en Pindilig, es considerada una enfermedad masculina y se trata de un mal venido de afuera cuando los hombres van a trabajar en las plantaciones. Las mujeres que salen a trabajar en la ciudad también pueden contagiarse por comer restos de la comida de los blancos. La tuberculosis es generalmente vinculada con el trabajo asalariado y la mala nutrición. El alcohol, afirman los indígenas de Pindilig, fue introducido por los blancos y es considerado como una tentación a la cual es casi imposible sustraerse. “La mordida del trago es como un hechizo” que quema el cuerpo del alcohólico hasta que provoca su muerte: “los borrachos vienen a morir negreando, carbonizando requemando...” dice la gente. En

todos los testimonios de este estudio, la tuberculosis es descrita como el reveso masculino del sobrepeso. Las plantas que se emplean para aliviar la tos del tuberculoso son las mismas que se usan en el sobrepeso.

La explicación que la comunidad da es sencilla. El alcohólico pierde todo y necesita trabajar con los blancos para subsistir, hecho que favorece la tuberculosis. El hombre alcohólico, por su estado etílico y debilidad obstaculiza el desarrollo de los cuidados que la mujer necesita luego del parto. En estas circunstancias la mujer no puede permanecer en la cama como manda la sabiduría ancestral, sino que debe levantarse para realizar el trabajo del hombre, lo cual produce fatalmente el sobrepeso.

¿Cómo procedemos con estas interpretaciones? ¿La lógica de la medicina convencional y la lógica indígena, son realmente diferentes? ¿O pueden ser, tal vez, enfoques complementarios? El conocimiento de la comunidad nos ayudará a entender cómo es concebido, en este caso el alcoholismo, y, por consecuencia, cómo puede ser abordado. Esta área de conocimiento, todavía tiene un desarrollo incipiente en las ciencias de la salud.

El uso de las plantas medicinales en el tratamiento y control de varias enfermedades ha sido reportado en varios estudios etnobotánicos. Sin embargo, hay un acuerdo general de que se necesita más investigación para identificar y verificar la seguridad y efectividad de estos tratamientos.

Enfatizamos en que si bien las plantas forman parte del conocimiento indígena, este no se reduce a las plantas medicinales. En la actualidad el conocimiento indígena sigue jugando un papel decisivo en la disminución de los efectos devastadores de la enfermedad y de otras amenazas.

Por último, insistamos en que en el mejoramiento de la salud de estos pueblos estén presentes tanto el marco jurídico nacional e internacional dentro del cual se ejecuten acciones, como la participación indígena y la acción de la comunidad.

Entre los convenios internacionales podemos nombrar al Convenio 169 de la OIT (1989), la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (1994), la Resolución CD37.R5 (1993) y la Resolución CD40R6 (1997) de la OPS/OMS (1993), pero sobre todo, los avances jurídicos nacionales que han facilitado la aproximación respetuosa a la realidad indígena y a sus sistemas de salud. Esto ha dado como resultado la posibilidad de incorporar el enfoque intercultural de la salud a través de la armonización de los sistemas nacionales de salud y los sistemas de salud indígenas.

Particularmente importante para el tema del alcoholismo fue la Cuarta Conferencia *Restablezcamos el Espíritu del Mundo, que con la participación de indígenas de todo el mundo*, se desarrolló en Albuquerque, Nuevo México en 2002. Los pueblos indígenas de Centro y Sudamérica, hicieron mucho hincapié en la distinción que hay entre el uso culturalmente aceptado de las bebidas alcohólicas presente por siglos, y el abuso de estas sustancias generado en las condiciones de la colonización y la dominación.

Tanto en el ámbito internacional como en el nacional, en los procesos de formulación, ratificación e implementación de los acuerdos, declaraciones y convenios, el liderazgo y la lucha permanente de los pueblos indígenas por sus derechos han sido un factor decisivo.

Efectivamente, la enfermedad solamente se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos y toman en sus manos el control de su propio bienestar. Esta afirmación no es nueva. En 1978, hace más de 25 años, en la Declaración de Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, indicó que la atención primaria requiere y promueve el autodesarrollo y la participación comunitaria e individual al máximo posible en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención de la salud. A los equipos técnicos que atienden las necesidades de los pueblos indígenas les toca tener muy en cuenta la perspectiva vital y cultural de la comunidad.

En el año 2004 finalizó la Primera Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo y en el 2005 se declaró la Segunda Década enmarcada en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ¿Cuáles han sido los avances en el mundo? ¿En nuestra Región? ¿En cada uno de los países? ¿Cuáles han sido los avances específicos en cuanto a la atención de la salud de los pueblos indígenas? En el marco del Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, estas preguntas deben estar presentes en el quehacer de la Organización Panamericana de la Salud junto al análisis y mejor conocimiento de las particularidades de estos pueblos para elaborar propuestas concretas de solución a los problemas que los afectan.

Estudios de caso

En la necesidad de conocer mejor la problemática del consumo de alcohol entre las comunidades indígenas, se realizaron estudios de caso en cada uno de los países participantes para recolectar información relacionada con la historia y los patrones del consumo de alcohol, y las respuestas que utilizan las comunidades para enfrentar este problema.

En cuanto a la metodología, los investigadores utilizaron entrevistas, grupos de discusión y observación para recolectar toda la información necesaria, en las comunidades indígenas.

A continuación se presentan los resúmenes de los estudios de caso.

2.1 Resúmenes de los estudios de caso

2.1.1 Estudio de caso de Nicaragua

Comunidad Indígena de Nicaragua: San Pablo

Nicaragua es una nación multiétnica y pluricultural, donde los pueblos indígenas representan el 8% del país. Existen 9 comunidades étnicas y pueblos indígenas, 5 en el atlántico (Miskitos, Mayagnas, Creoles, Ramas y Garifonas) y 4 en el Pacífico, Centro y Norte del país (Nahuatl, Cacaopera, Chorotega y Ocán xiu).

La presente investigación fue llevada a cabo en la comunidad de San Pablo, que forma parte del pueblo indígena de Matagalpa, de ascendencia Cacaopera, por la organización indígena APRODIN (Asociación para la promoción y defensa de los derechos indígenas de Nicaragua), con la asesoría técnica de la OPS, desde noviembre de 2004 a enero de 2005.

Metodología de la Investigación

La metodología utilizada en el estudio consistió en la recopilación de información de fuentes primarias y secundarias, encuestas autoaplicadas a adultos que leen y escriben, a líderes indígenas y comunitarios de San Pablo. Además, se realizaron grupos focales con líderes indígenas nacionales y de la comunidad de San Pablo, entrevistas estructuradas a autoridades nacionales, visitas a las comunidades y observación participativa.

Historia del consumo de alcohol

El consumo de alcohol en los pueblos indígenas en el país y la comunidad estudiada ha cambiado sustancialmente en el tiempo. Antes de la conquista y la colonización, las bebidas alcohólicas tenían un uso ceremonial y medicinal, existiendo restricciones para su uso. Su preparación partía de productos naturales, siendo la chicha de maíz la bebida más utilizada.

Posteriormente, en la época colonial, los españoles establecieron nuevas reglas, usos y productos. Se tomaba no solo en las festividades religiosas y se empezó a consumir bebidas alcohólicas destiladas.

Actualmente, existe la percepción de que el consumo de alcohol se ha incrementado, sobre todo en hombres jóvenes, acentuándose en ciertas épocas y eventos del año. Se ha perdido el carácter religioso de su uso, siendo principalmente utilizado con fines recreativos; está íntimamente vinculado a celebraciones familiares y demostraciones de amistad.

La bebida preferida es el guaro lijón o guaro lija, término utilizado popularmente para nombrar a una bebida alcohólica destilada, comercial, con 40% de contenido de alcohol. Esta bebida es distribuida a granel en todo el país, a nivel urbano y rural, en barriles o toneles en pulperías, sitios de expendios de bebidas alcohólicas llamados "estancos". Es vendido por un cuarto de botella, media botella, una botella, un litro o un galón. Su precio es accesible. Esta es una de las razones para ser la bebida preferida por los comunitarios. Hay mucha facilidad para adquirir las bebidas, siendo la compra la principal modalidad de adquisición.

Consumo de alcohol

Se estima que el 51% de hombres adultos, 45% de jóvenes y 11% de mujeres beben actualmente. El inicio de la ingesta alcohólica ocurre alrededor de los 17 años (edad promedio, rango de 15 a 19 años) y se mantiene como un hábito a lo largo de la vida. En la comunidad visitada se presentaron casos de niños que desde los diez años ya ingieren alcohol.

Las mujeres de la comunidad estudiada, en comparación con los hombres, tienen una mayor percepción de que el consumo de bebidas alcohólicas es un problema en la comunidad. A diferencia de las mujeres, los hombres cuentan con espacios para la recreación y para la ingesta de bebidas alcohólicas.

A nivel comunitario, los indígenas que beben gastan una décima parte de su salario en la ingesta de licor, casi diez veces más que el monto que gastan los líderes indígenas.

Las bebidas alcohólicas son muy fáciles de conseguir en la comunidad, como por ejemplo en cantinas, pulperías, depósitos de licores, billares, restaurantes, casas particulares y kioscos. Asimismo, se observa la producción doméstica realizada en lugares clandestinos de la comunidad; se desconoce el grado de alcohol puro de dichas bebidas.

El 66% de los informantes indica que la gente bebe mucho en su comunidad, y el 100% indica que la gente bebe en unos periodos más que en otros, siendo estos: Semana Santa, diciembre (Gritería, Navidad, fin de año), fiestas patronales, fiestas patrias, en agosto cuando sale la cosecha, en temporada de corte de café, sábados y domingos.

Las personas que han dejado de beber lo han hecho por razones de salud o económicas. Se dieron cuenta de que el alcohol los estaba matando, o les hacía daño. Además desistieron de continuar con este comportamiento por la salud del hogar, por la economía del hogar, por la presión de la sociedad o por falta de dinero para comprarlo.

Dejar de beber fue difícil para la mayoría, puesto que los amigos de bebida continuaban convidándoles. Asimismo, los que han dejado este hábito, han reportado beneficios. Aquí algunos de los testimonios: “una vida mejor, la familia se siente más alegre, servir de ejemplo a los demás”; “dejar de sufrir y que nuestra familia viva mejor, mi familia ya no sufre”; “mi dinero rinde más, tengo mejor presentación, ahora la gente tiene confianza en mí”; “fue bueno para la salud, la economía, el hogar, para las buenas relaciones con la familia y la sociedad”; “dejar de beber fue saludable, hay más responsabilidad, hay mejoría en la salud, mejora en la familia”.

Según los indígenas, los efectos del alcoholismo en las relaciones familiares están asociados a problemas económicos, violencia intrafamiliar, desintegración familiar, problemas psicológicos en los hijos y en ocasiones hasta la muerte. La violencia intrafamiliar es considerada por los grupos consultados entre el primer y segundo problema asociado al consumo de bebidas alcohólicas.

De acuerdo con las autoridades nacionales y profesionales de la salud, los delitos que están asociados al abuso de las bebidas alcohólicas son, fundamentalmente, las lesiones, homicidios, violencia intrafamiliar y las alteraciones al orden público. La mayoría de las denuncias de violencia intrafamiliar que se reciben en la Comisaría de la Mujer tienen como factor causante el uso de las bebidas alcohólicas.

En los distintos grupos estudiados, tanto de hombres como de mujeres, se asocia el uso de bebidas alcohólicas con la violencia intrafamiliar y violencia callejera; entre las mujeres consultadas, hay tes-

timonios de que han sido víctimas de violencia intrafamiliar. Además, en la comunidad estudiada se han presentado casos de intento de suicidio, asociados a la ingesta de bebidas alcohólicas.

De esta manera, los grupos consultados consideran que el alcoholismo afecta negativamente el liderazgo en la comunidad. La información obtenida del grupo de líderes de las comunidades indígenas del país y del grupo de los indígenas de la comunidad de San Pablo refleja un mayor problema de consumo de alcohol a nivel local, y un mayor impacto negativo en la economía familiar.

El alcoholismo es considerado por algunos como una enfermedad y por otros como un vicio. Los borrachos y basuqueros (consumidores de basuco: 40% a base de cocaína más contaminantes como harina, polvo de ladrillo, gasolina, etc.), independientemente de su sexo, son considerados personas indeseables, despreciables y un grave problema para la familia.

Tomar bebidas alcohólicas para los líderes indígenas, casi nunca es aceptable, salvo en situaciones muy especiales. En contraste, hay más opiniones acerca de su aceptabilidad a nivel comunitario. Los indígenas piensan que existen diferencias entre la forma cómo toman ellos y la forma cómo lo hacen los tomadores no indígenas. Existen diferencias en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas durante distintos eventos.

Por otro lado, no existe una política de Estado, ni leyes que regulen el uso y distribución de bebidas alcohólicas. La ley general de Salud y su reglamento aborda en un acápite la parte legal. La ley 228 de la Policía Nacional, a través del Departamento de Seguridad Pública, regula el funcionamiento de bares, cantinas, y todo centro que expendan bebidas alcohólicas a nivel nacional.

En cuanto a los registros de los efectos, uno de cada cuatro casos de violencia intrafamiliar registrada a nivel nacional, tiene como causa el uso de bebidas alcohólicas. Nueve de cada 10 casos de denuncias de actos violentos están asociados al uso de licor. A nivel de las cabeceras departamentales y municipales, el número de denuncias de violencia intrafamiliar que se reporta es menor. No existen estadísticas sobre el comportamiento del alcoholismo, ni estudios sobre el abuso de alcohol en el país o en comunidades indígenas.

Se considera que el problema del alcoholismo tiene poca prioridad a nivel de Ministerio de Salud, ya que se atiende el daño y no se plantean estrategias de prevención. No existen políticas de salud para los pueblos indígenas. No hay servicios de tratamiento específico para alcohólicos en gener-

al y mucho menos para alcohólicos indígenas. En algunas comunidades indígenas los terapeutas indígenas o *sukias*, dan tratamiento a problemas asociados con el alcoholismo.

Por último, las autoridades nacionales y expertos en salud, recomiendan regular el uso y distribución de bebidas alcohólicas, la promoción de un abordaje del problema por parte del Estado, con políticas públicas, coordinación interinstitucional, así como a partir de la realización de una encuesta nacional sobre el consumo de alcohol, investigando los patrones epidemiológicos y el impacto socioeconómico. Por su parte, las comunidades indígenas recomiendan la capacitación sobre los efectos y peligros del alcoholismo, y la promoción de campañas de sensibilización masiva sobre los efectos del alcohol, el cumplimiento de las leyes de regulación de expendios, un impulso a las actividades recreativas en la comunidad, promoción de programas integrales de atención a alcohólicos y sus familias, y la generación de empleos con enfoque de rehabilitación integral para alcohólicos.

2.1.2 Estudio de caso de Bolivia

Comunidad Indígena de La Paz, Bolivia: El Alto, capital Aymara

La siguiente investigación se llevó a cabo con la población Aymara, en el municipio de El Alto, ubicado al noreste de Bolivia, en la cuarta sección de la provincia de Murillo del Departamento de La Paz.

El concepto de comunidad en el pueblo Aymara es bastante arraigado, y se basa en principios comunitarios de justicia y democracia; la individualidad ocupa un segundo plano.

El poblador Aymara por el hecho de vivir arraigado en la tierra, contrae una serie de obligaciones rituales con la Pachamama (Madre Tierra). En efecto, los rituales que el habitante andino realizaba y aún realiza tienen relación con la naturaleza mitificada, cuyas ceremonias más importantes son: La *Wilancha*, sacrificio de los animales; La *Killpha*, marcado de rejas del ganado; *Ajayu uru*, día de los difuntos o todos los santos; *Marka qullu uru*, día de la Pachamama. Estos rituales van acompañados de la *Challa* (ceremonia que se realiza para que la persona tenga éxito en las actividades en marcha o que están empezando) con coca y alcohol. En esta ceremonia la persona tiene que beber bebidas alcohólicas y echar parte de las mismas a la Pachamama, augurando parabienes; en caso de no realizar esta actividad la persona está librada a su suerte.

Historia del consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas dentro de la población estudiada está más relacionado con las actividades agrícolas, particularmente con las cosechas. En la época Precolombina se conocía el

consumo comunitario de la chicha, bebida fermentada de maíz con un bajo contenido de alcohol. En la Colonia empieza el consumo de bebidas destiladas y maceradas, con contenido de alcohol superior a los 30 grados junto al *acullico* (masticado de coca). Esto continúa en la República, sobre todo en actividades y eventos relacionados con la agricultura.

Después de 1952, año en que se dicta la Reforma Agraria, que ponía énfasis en la propuesta de que la tierra es para quien la trabaja, el consumo de bebidas alcohólicas va creciendo en este grupo. En los últimos 20 años se ha agregado en mayor proporción el consumo de cerveza y de otras bebidas destiladas, como *singani* (bebida destilada de uva con un contenido mayor a 30 grados de alcohol).

Por otra parte, conviene referirse a la migración del Aymara a los centros urbanos, ya que conlleva problemas de alcoholismo, agravados por la pérdida del control social de la comunidad hacia estas personas.

Consumo del alcohol

En el Municipio de El Alto, el costo de las bebidas alcohólicas (alcohol puro mezclado con agua o soda) es relativamente bajo, el litro llega a costar aproximadamente 5 bolivianos (poco más de medio dólar).

En cuanto a la distribución, no existe restricción en la venta de bebidas alcohólicas, se puede vender en cualquier día y en cualquier horario y la cantidad que el consumidor exija.

La venta de bebidas alcohólicas a menores de edad está prohibida por ordenanzas municipales, así como la ubicación de negocios de expendio de bebidas cerca de escuelas o instituciones. Sin embargo, estas regulaciones no son respetadas y no tienen mayor relación con la conducta al momento de consumir alcohol de la población Aymara.

Por otro lado, existe adulteración y venta de bebidas alcohólicas de producción artesanal sin mayor control sanitario.

Los tipos de bebidas que actualmente consume la población Aymara en orden de frecuencia son: alcohol más agua (grado alcohólico: aproximadamente 45°), cerveza embotellada (grado alcohólico: 5° a 6°), bebidas destiladas como el *singan* más refresco o ron (grado alcohólico 30°), y la chicha de maíz (grado alcohólico 4°).

El consumo de cerveza se facilita pues se la vende por cajas de 12 unidades, a precios de fábrica. Cada caja tiene un costo de 50 bolivianos, aproximadamente 6 dólares.

En cuanto a la promoción de las bebidas alcohólicas, esta es agresiva e inunda casi todos los actos públicos, en especial las fiestas folklóricas y deportivas, donde no existe un control para esta propaganda y en muchos casos, las empresas dedicadas a la producción y distribución de estas bebidas, co-auspician los eventos, apoyándolos con una determinada cantidad de sus productos.

Las bebidas alcohólicas se venden en tiendas de abarrotes, en bares, pensiones, en puestos de venta exclusivos de cerveza, en fiestas patronales, de índole pagano religiosas de hasta 5 días de duración; estas fiestas se han multiplicado en la ciudad de El Alto, especialmente en la población Aymara, debido a la migración campo - ciudad, a donde han llevado sus costumbres y fiestas patronales.

El indígena Aymara prefiere consumir bebidas alcohólicas más concentradas como el alcohol puro mezclado con agua o soda, y en menor proporción la cerveza; habitualmente este consumo va acompañado con el acullico (masticar coca).

El consumo generalmente es ocasional y referido a algún acontecimiento social como los bautizos, la *rutucha* (primer corte de cabello al infante), los egresos de bachiller, el regreso del servicio militar a la casa, las bodas, los fallecimientos, eventos que llegan a durar de tres a cuatro días.

Respecto al lugar de consumo de alcohol, es poco frecuente hacerlo en lugares públicos como bares y cantinas. La forma de consumo tiene características compulsivas, en pocas horas llegan a estados de embriaguez y con frecuencia a estados de intoxicación, trastornos conductuales y de violencia, sobre todo familiar.

El consumo de alcohol está presente también entre las mujeres, específicamente entre las esposas. Sin embargo, el consumo se realiza por separado en grupos de hombres y aparte en grupos de mujeres.

Por lo general, el consumo de alcohol está acompañado del consumo de tabaco, muchas veces sin filtro. Un cigarro es compartido por todas las personas.

En cuanto a los mestizos, estos consumen principalmente cerveza, bebidas destiladas como el ron o *singani*, y rara vez alcohol puro. El consumo ocurre los fines de semana y se lleva a cabo en

lugares públicos como cantinas o bares; rara vez las esposas participan de esta práctica. Los mestizos llegan a estados de intoxicación y con menos frecuencia a los trastornos conductuales, pero sí a problemas relacionados con la seguridad ciudadana. Igualmente, mantienen las costumbres de consumo en rituales como las *challas*, la *rutucha*, fines de año, bodas y fiestas de índole católico-pagano.

Entre los indígenas Aymaras se reporta el uso del alcohol en las ceremonias de curación y de predicción del futuro, realizadas por los *yatiris* y *kallawayas* (sabios indígenas). El consumo junto al *acullico* o masticar coca por parte de estos personajes, de acuerdo al estudio de caso, es excesivo, y con frecuencia llegan a la dependencia alcohólica.

Dentro del pueblo Aymara es habitual el *Ayni*, es decir, un préstamo en bebidas alcohólicas que recibe un invitado del prioste mayor, con la opción de que tiempo después, cuando el invitado realice una fiesta o haya algún acontecimiento social, este se las devuelva.

El inicio en el consumo, casi siempre ha sido por presión de grupos de la propia comunidad para obtener la participación de sus miembros en actividades de carácter ritual o social, y así el individuo, contar con la aprobación e integración a la misma. El rechazo a la bebida es sinónimo de falta de estima entre las personas.

En el adolescente Aymara, cuando ha sido abandonado y ha vivido como niño de la calle, el inicio del consumo cada vez es más temprano, se habla de los doce años. El consumo de alcohol va acompañado de tabaco y en algunos casos de drogas inhalantes (clefa, thinner, gasolina y otros). Esta práctica del adolescente no es aceptada, sin embargo se la tolera.

Los casos de quienes presentaron abuso o dependencia alcohólica, expusieron como causa los traumas o experiencias amargas vividas.

En cuanto a las personas que actualmente se abstienen, indican su integración a grupos religiosos, especialmente evangelistas. En este sentido, aunque se reporta la existencia de grupos de autoayuda, en su mayoría, son poco conocidos por la población.

La comunidad acepta el consumo de bebidas alcohólicas y tolera en demasía los estados de intoxicación que se puedan presentar. Todo esto va ligado con las ideas de vicio o mal vivir; no se lo entiende como enfermedad.

Los problemas actuales derivados del consumo de bebidas alcohólicas, son percibidos por la comunidad sobre todo en relación con la seguridad ciudadana (asaltos, peleas, heridas, accidentes), sin asociarlos con el problema familiar, físico o mental que pueda presentar el alcohólico.

Para los pueblos indígenas no existe un programa específico en la prevención, ni tampoco para el abordaje del tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Existen programas dispersos dirigidos por instituciones y grupos cristianos, con un impacto relativo. Estos centros no cuentan con el apoyo de profesionales y se basan específicamente en su religión. Conviene que las autoridades de salud realicen una capacitación continua a los voluntarios de estos centros, para que puedan ser acreditados por el Ministerio de Salud.

Del mismo modo, las campañas educativas respecto a la prevención han sido mínimas. Se ha trabajado con la comunidad, especialmente con los líderes, y con las manzaneras (mujeres designadas por vecindad en cada manzana), a quienes se los ha capacitado en temas de salud, incluida la temática de alcohol. En los últimos cuatro años se ha trabajado con las Unidades Comunitarias de Orientación (UCOS), organizaciones de base, formadas en determinados barrios por personas que gozan de confianza y que reciben capacitación en temas de salud integral, violencia y alcohol. Estos grupos tienen bastante aceptación en la comunidad, pues se manejan en concordancia con la filosofía del Aymara, debido a que lo que prima es la decisión comunitaria ante la decisión individual.

Finalmente, el investigador propone una intervención bajo cuatro bases:

- Políticas públicas, a partir de una revisión y actualización de las leyes y ordenanzas municipales, a objeto de que sean más operativas y que la comunidad las acepte en su cultura y forma de vida.
- Registro e información epidemiológica, con el fin de tener datos actualizados en salud mediante el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y de patologías relacionadas con el consumo de alcohol en la co-morbilidad que mantiene este con otras enfermedades.
- Fortalecimiento institucional, a través de una capacitación continua a los médicos y personal de salud, promoviendo el cambio de las actitudes que puedan tener los médicos, fortaleciendo la capacidad de coordinar con otras instituciones, y el abordaje y diagnóstico precoz. Integrar el área educativa en la prevención del alcohol como un tema integral que esté en forma transversal en las materias.

- Estrategia comunitaria, que conceptualice la prevención y rehabilitación debe ser tarea de toda la comunidad. Capacitación y sensibilización a líderes de la comunidad en la temática de alcohol para que estas personas sean referencia para la movilización de la misma comunidad en la vigilancia para el cumplimiento de leyes y ordenanzas, tanto para los infractores como para las mismas autoridades.

2.1.3 Estudio de caso de México

Comunidad indígena de México: San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

La siguiente investigación se llevó a cabo en San Cristóbal de las Casas, ciudad localizada en el estado de Chiapas, ubicada en el sur de la República Mexicana, limitando al norte con el estado de Tabasco; al sur con el Océano Pacífico; al este con la República de Guatemala; y al oeste con los estados de Veracruz y Oaxaca. Chiapas cuenta con una población total de 3'920.892 habitantes.

En Chiapas se encuentran asentados 9 pueblos indígenas que representa más de una cuarta parte de la población total, es decir, por cada 100 habitantes, al menos 25 son indígenas. Los grupos etnolingüísticos más importantes son: Tzeltal, Tzotzil, Chol, Zoque, Tojobal, Mam, Kanjobla, Cluj, Motozintleco, y Lacandon.

Es a partir de 1970, cuando se inicia con mayor fuerza la migración del campo a la ciudad, y San Cristóbal de las Casas, recibe importante población indígena. Actualmente la ciudad cuenta con una población total de 132.421 habitantes. Es una ciudad indomestiza en la que se estima que más de cincuenta mil pobladores son de extracción indígena ubicados principalmente en zonas periféricas y mayoritariamente pertenecientes a los pueblos Tzotzil y Tzeltal, y en menor proporción por grupos Tojolabal y Chol.

Metodología de la investigación

La información recogida en esta investigación proviene de entrevistas a profundidad realizadas a un total de 16 indígenas que viven actualmente en la ciudad de San Cristóbal de las Casas. Se utilizaron preguntas abiertas, dejando al informante libertad para expresarse en algún tópico específico y narrar su experiencia a manera de testimonio o historia de vida.

Durante las entrevistas, también se utilizó la recolección de información mediante la observación. Estas se llevaron a cabo en cantinas, en bares clandestinos, expendios al aire libre como el mercado o la calle, y visitas domiciliarias a los informantes. Cinco entrevistas fueron realizadas en las cantinas (cuatro hombres y una mujer), 7 en la calle (todos hombres), 2 en el mercado (todos hom-

bres), una en un barrio (1 policía) y una en el domicilio de un paciente alcohólico en recuperación.
Historia del alcohol

Posterior a la conquista, el aguardiente se introdujo por los comerciantes mestizos y españoles. A lo largo de los dos últimos siglos de la Colonia, se escucharon multitud de quejas de los pueblos indígenas en contra de la venta del aguardiente, los abusos de los españoles (la mayoría de ellos expendedores de bebidas), y la expulsión de sus pueblos, pero con el tiempo, la producción de aguardiente pasó a manos indígenas.

En la población indígena Zoque de Chiapas, los informantes consultados no saben desde cuando existen bebidas alcohólicas, incluido el aguardiente. Según ellos es antiquísimo, pero no puede ser fechado. Tampoco saben desde cuando el alcoholismo es un problema. Sin embargo, cabe señalar que en un documento de mediados del siglo XVII, aparecen ya señalados el consumo de aguardiente y las consecuencias negativas para los indígenas.

El consumo del alcohol

La palabra aguardiente, en lengua Zoque, es conocida con el nombre de *tosí* o *tsoojy*. Literalmente significa medicina, sin embargo cuando se abusa del aguardiente, se torna en *ya'tsibo* no, es decir, en agua endiablada.

El alcoholismo crónico es considerado como una enfermedad conocida con el nombre de *tsokia kuy*. Su consumo es calificado como alcoholismo cuando el individuo transgrede normas culturales socialmente establecidas. El significado en su conjunto es el de enfermedad del árbol sin razón, perdido, sin coherencia, sin forma.

Los resultados de la investigación, reflejaron que la mayoría de entrevistados o conocidos de ellos se iniciaron en la ingesta de alcohol a una edad promedio de 15 años, afirmando que se les dio “sólo para probar”, “en alguna fiesta”, “por insistencia de los amigos”, “para darse valor”, “para formar parte del grupo”, “por compromiso”, etc.

En la comunidad estudiada se tiene la creencia de que la ingesta exagerada de alcohol la origina un parásito conocido como lombriz, el cual se hospeda en el cuerpo, específicamente en el estómago para demandar el consumo del alcohol en forma desmedida. Se tiene la firme convicción que el parásito es alojado por mediación de maleficios, producto de la envidia de terceros. De esta manera, al alcoholismo se lo concibe como una enfermedad enviada a través de actos maléficos

que se realizan utilizando prendas que están en contacto con el sujeto a dañar; se tiene preferencias por la ropa interior de la víctima. Los actos maléficos igualmente se utilizan para atraer clientes a los sitios de expendio, poniendo prendas en las bebidas, a las que se las conoce como curados. Estos preparados provocan que los clientes se sientan atraídos por el lugar, que sea de su preferencia y que lo visiten continuamente.

El consumo comienza desde la escuela primaria, y se lo continúa en eventos deportivos como premio al triunfo o al fracaso, o en compromisos o fiestas. Por esta razón, les resulta tan difícil dejar de tomar a quienes forman parte de esta comunidad, pues los compromisos los obligan, las autoridades los convidan, y en caso de rechazarlo son criticados y tildados de evangelistas. De tal manera que, si quieren seguir siendo parte de la comunidad, deben respetar las “reglas del alcohol”, es decir, respetar las tradiciones en donde el *posh* (aguardiente de caña, identificada como propia de los pueblos indígenas) es algo sagrado.

Estos eventos sirven de escenario donde se tejen arreglos, lazos de convivencia y lealtades con la comunidad; negarse a ello, significaría cerrarse las puertas a uno mismo.

Dentro de la comunidad en estudio, las personas que están o han estado involucradas en el consumo de alcohol, han sufrido intoxicación, deshidratación, alucinaciones y muerte. Asimismo, han sido objeto de asaltos, secuestros, violaciones, y en algunos casos, han llegado al extremo de haber vendido su cuerpo, u objetos personales para poder conseguir bebidas alcohólicas.

Aquí el hombre puede ser alcohólico, pero en la mujer esa actitud es mal vista. Hay excepciones, como en el caso de María, en quien se justificaba su conducta por haber sido víctima de maleficios. En el pueblo solo se han presentado tres casos de mujeres alcohólicas, y estos han sido de mujeres viudas. Sin embargo, hay mujeres jóvenes que se han iniciado en la ingesta de alcohol al quedarse solas en la comunidad debido a que sus esposos migraron hacia los Estados Unidos.

Por último, en San Cristóbal de las Casas, la religión constituye un refugio en la búsqueda de ayuda para superar o alivianar el problema de la ingesta de alcohol, o en la solución de otras dificultades. Esto se ilustra en el caso de un hombre conocido como el Gigante. El indicó lo siguiente “... hablé con el sacerdote del pueblo y me pidió que me encomendara a Dios. Primero necesité del grupo de Alcohólicos Anónimos, pero después me retiré. Me siento fuerte y juré ante Dios que no volvería a tomar. Hasta ahora me mantengo firme, pues sé que si tomo una copa me acabo todo el alcohol del mundo”.

La decisión de dejar el alcohol está asociada a iniciativa personal y en otros casos a presión de la familia o a una promesa a Dios. Se cree que a través del juramento de la liturgia católica en un recinto sagrado, la palabra queda empeñada, y en consecuencia, existe una obligación moral de cumplir lo prometido.

2.1.4 Estudio de caso de Panamá

Comunidad indígena de Panamá: Comarca Ngögbé- Buglé

El siguiente estudio se realizó en la Comarca Ngögbé- Buglé de la República de Panamá, en donde los pueblos indígenas representan el 8.3% de la población total del país; estas poblaciones se encuentran dispersas a lo largo de todo el territorio nacional, generalmente en áreas de difícil acceso, con una densidad de 1.5 habitantes por kilómetro cuadrado.

La Comarca Ngögbé- Buglé se encuentra ubicada al lado oeste del istmo de Panamá y forma geográficamente un bloque homogéneo repartido en las provincias de Bocas del Toro, Veraguas y Chiriquí. Comprende las regiones Ñokriko, Nedrini y Kordriri; con una extensión de 6.945 kilómetros cuadrados y una población de 101.000 habitantes. Los Ngögbé- Buglé viven principalmente en la parte oriental de la cordillera central de la provincia de Chiriquí, en las sabanas de Veraguas y a lo largo de los ríos Cricamola y Changuinola, hasta la Laguna de Chiriquí en Bocas del Toro.

Metodología de la investigación

La metodología utilizada consistió en conformar dos grupos focales, uno integrado por 10 mujeres de ASMUN (organización de mujeres Ngöbés en la comunidad de Quabo) y el otro por 14 hombres de Villa Indio.

Asimismo se realizaron entrevistas a informantes claves: 10 autoridades de salud, un policía y un Corregidor; observación participativa, grabación de las entrevistas y registro fotográfico. Además, se visitaron 12 cantinas: 3 en San Félix, 6 en David, y 3 en Boquete.

Historia del consumo de alcohol

Antiguamente el consumo de bebidas alcohólicas en los pueblos indígenas de Panamá estaba asociado con festividades religiosas, fiestas rituales de nacimiento, pubertad, matrimonio, y de protección a las viviendas.

Actualmente los patrones de consumo no han variado notablemente, según un estudio realizado por el Licenciado Blas Quintero, etnólogo; sin embargo a las bebidas tradicionales se han incorporado bebidas comerciales, como la cerveza.

Dentro de las entrevistas se pudo establecer algunos cambios en el expendio de las bebidas alcohólicas. Por ejemplo, antiguamente la distribución de la chicha era gratuita y actualmente venderla es un negocio.

El consumo del alcohol

Las bebidas que en la actualidad se consumen en la Comarca son: chicha de maíz o de yuca, otoo, millo, pifa, guarapo, chicha de naranja, piña, guineo, vino de palma y *surica* (bebida hecha a base de palmito).

La gente toma en público y el beber tiene una connotación colectiva ya que se realiza entre varias personas, familias o entre comunidades. Toman preferentemente en las casas, aunque también se bebe en campos abiertos cuando la festividad es mayor. Cuando viajan para trabajar o migran a otras comunidades beben en las cantinas, o incluso por ser más económico, compran el licor en los supermercados y lo beben en las calles.

Los hombres y las mujeres adultas consumen bebidas alcohólicas. Es socialmente aceptado que los hombres se emborrachen, pero no así las mujeres. Cuando se bebe en rituales, hombres y mujeres lo hacen separadamente.

Para demostrar agradecimiento y hospitalidad, todos deben beber. Los niños empiezan a consumir bebidas alcohólicas a muy temprana edad, alrededor de los 9 años.

Los miembros de la comunidad beben porque les gusta, por hospitalidad, en las fiestas, o en las convocatorias de los trabajos comunitarios.

Actualmente, las mujeres se muestran preocupadas por el alto consumo de bebidas alcohólicas, entre las mismas mujeres y adolescentes. Los patrones de ingesta también han cambiado, la chicha fermentada es vendida en los domicilios.

El consumo de alcohol se ve asociado con la violencia intrafamiliar, existen testimonios que indican que varios hombres agreden físicamente a sus esposas cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol.

El alcoholismo afecta el ingreso económico familiar, y como consecuencia, las condiciones de salud se ven deterioradas constituyéndose en el problema derivado más significativo.

A pesar de que existen leyes que prohíben la venta a menores de edad, estos toman bebidas alcohólicas debido a que van acompañados por adultos, quienes son los que las compran. Sin embargo, no existe una norma que establezca a qué edad se puede tomar, por lo tanto el expendio de alcohol es libre y los jóvenes que quieren y pueden comprarlo, lo hacen.

2.1.5 Estudio de caso de Canadá

Comunidad indígena de Canadá: British Columbia

Historia del consumo de alcohol

Antes de la aparición del consumo excesivo de alcohol, las comunidades indígenas eran prósperas. Constituían una población de aproximadamente 125.000 personas dedicadas a la agricultura y la pesca de salmón dentro de una economía de subsistencia.

En Canadá el contacto ocurrió a principios de 1700 y en British Columbia a finales de 1800. Cuando la población inició el comercio, el alcohol empezó a conocerse entre las Primeras Naciones e inmediatamente se lo negoció con hablantes ingleses y franceses. Los comerciantes utilizaron el alcohol como una herramienta de intercambio para obtener los mejores productos de las comunidades indígenas a menor precio. De esta manera se inician en el hábito de ingestión de alcohol y el cambio de la dinámica de las comunidades indígenas.

Con la llegada de los misioneros, los gobiernos coloniales, se plantearon políticas para gobernar Canadá, y consecuentemente a los indígenas. Se pensó que probablemente estos pueblos dejarían de existir, por eso el gobierno colonial instituyó políticas para asimilarlos en unos casos y para protegerlos, en otros, estableciéndose las reservas indígenas a lo largo del país.

Durante esta época se dictaron políticas con el fin de absorber a los pueblos indígenas en el nuevo marco jurídico canadiense. Las políticas les forzaban a olvidarse de su Nación Indígena, accediendo a la educación, sirviendo en la guerra, obteniendo trabajos con suficiente dinero para poder sustentar a sus familias y permitiéndoles el acceso a la compra de alcohol. Si permanecían registrados en sus pueblos, los indígenas no tenían acceso al alcohol.

En los años cincuenta cuando la ley que prohibía el consumo de alcohol en la población nacional se abolió, se produjo un abuso en el consumo de alcohol en la parte del sur de la provincia. Esta disposición no incluyó a los indígenas quienes aún tenían la prohibición de consumir bebidas alcohólicas a menos que dejaran su registro de pertenencia a un pueblo.

En los años sesenta había muchos bebedores que celebraban la victoria o censuraban la derrota luego de torneos deportivos. Esto dio lugar con frecuencia a la violencia, al deterioro familiar. En esos años,

el Departamento de Asuntos Indígenas empezó un proceso de traspaso de la autoridad, con el cual se establecía un sistema de autogobierno para que las Primeras Naciones, de manera que esta nueva base jurídica les ayudara a tener el control de sus reservas y a estudiar detenidamente la problemática de salud y de educación de sus pueblos. De esta forma, empezó una conciencia sutil sobre el uso y abuso en el consumo de alcohol.

Durante los años ochenta hubo una mayor comprensión de los problemas existentes en las reservas. El Programa Nacional Indígena de Adicciones proporcionado por el gobierno federal comenzó a brindar atención intensiva en las escuelas residenciales y centros de atención, a partir de un modelo psicoterapéutico culturalmente apropiado. El programa tenía una duración de 4 a 6 semanas.

Por otro lado, se promovía la importancia de reintegrar tradiciones y prácticas culturales a la cotidianidad; esto fue y ha sido muy importante ya que por muchos años, los indígenas de las Primeras Naciones pensaron en erradicar ese pasado cultural pues solo les había acarreado vergüenza y autoestima negativa en cinco generaciones de indígenas en las escuelas residenciales.

En 1990, el 83% de hombres y mujeres de ascendencia indígena bebían en exceso. Muchos de los problemas de salud estaban asociados al consumo de alcohol, entre ellos la cirrosis hepática y las defunciones accidentales, las cuales constituían el 5% o más que en la población general.

Un estudio reciente estableció la gran necesidad de aplicar programas de educación, prevención y control para el consumo de sustancias psicoactivas en un 83% de las comunidades indígenas.

Las necesidades de tratamiento entre los pueblos indígenas son diferentes a las ya establecidas en la población en general; la incorporación de métodos curativos nativos ha mostrado ser una opción, así como la aplicación de métodos holísticos. El uso de estas opciones durante los últimos 25 años, ha producido resultados positivos.

El sistema o enfoque integrado que incluye el tratamiento del alcoholismo, la capacitación y el desarrollo de capacidades en el paciente, son factores predictivos de éxito en la rehabilitación del paciente.

A pesar de que la atención en los centros de rehabilitación es gratuita para los indígenas, el éxito es limitado ya que no hay seguimiento ni programas que fomenten la reinserción laboral de estas personas.

Reunión “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas”

3.1 Reporte de la reunión

La reunión formó parte del proyecto “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas” de la OPS/OMS - Health Canadá y se llevó a cabo en la Ciudad de Panamá, Panamá, del 19 al 21 de enero del 2005 con la participación de representantes de Nicaragua, Bolivia, México, Canadá y Panamá.

En esta reunión se discutieron los estudios de casos representativos de las comunidades indígenas de los países participantes, los cuales fueron preparados durante el año 2004.

Los participantes reportaron la información contenida en los estudios de caso sobre los orígenes del uso de alcohol en su comunidad, los patrones de consumo, los cambios en el uso de las bebidas tradicionales con la llegada de nuevas bebidas y con la llegada de los colonizadores, el incremento en la disponibilidad del alcohol y en la extensión de los problemas del alcohol en nuestros días.

Entrevistas a profundidad a informantes clave, observación participativa y grupos focales han sido parte de la metodología de recopilación de toda la información presentada. Se indicó que no se incluyó información epidemiológica ya que esta no estaba disponible.

En la reunión, estuvo claro que hay más semejanzas que diferencias entre las comunidades de los países en la problemática del alcohol. Por ejemplo, cómo el consumo se incrementó y cambió por la colonización, cómo el acceso y la disponibilidad del alcohol está asociado al incremento de los problemas en todos los niveles (salud, familiar, laboral, relaciones, vida en la comunidad, etc.). Asimismo, las respuestas son mínimas o demasiado concentradas alrededor del tratamiento a los alcohólicos, pero no en el cambio del ambiente donde el alcohol es consumido.

Únicamente en Canadá el alcohol no existió antes de la llegada de los europeos, su introducción en las comunidades ocasionó severos problemas hasta esos días desconocidos.

Se percibió el valor de desarrollar un manual de recursos, similar a “The Grog Book”, a partir de la realidad local de las comunidades indígenas de las Américas, con información sobre cómo las comunidades indígenas pueden comenzar a hacer algo a nivel local. Tal manual fue desarrollado en Australia, con la coordinación de Maggie Brady, la participación activa de varias comunidades

aborígenes, con estudios de caso, descripción de experiencias exitosas y no exitosas, siendo estas siempre desarrolladas por la comunidad, sin imposiciones externas.

La Sra. Brady participó como consultora en esta reunión, presentando algunas experiencias del libro, el cual ha sido también adaptado a Sur África, con aparente éxito para las comunidades indígenas locales, usando los mismos principios de participación en la acción comunitaria. Los manuales reflejan la realidad de las comunidades y sirven para empezar discusiones, talleres de formación, acciones comunitarias o evaluación de la situación o cambios promovidos.

Los participantes en la reunión consideraron más importante empezar acciones en la comunidad, incluyendo investigaciones en sus propias comunidades, en seguimiento a las conclusiones del trabajo inicial con los estudios de caso. Hay bastante expectativa debido a las entrevistas y discusiones emprendidas, quieren ver cambios y obtener apoyo para las intervenciones, además de la contribución para la preparación del manual.

Conclusiones y recomendaciones

El conocimiento de la historia y cultura de los pueblos indígenas, como parte de la metodología de estudio de los problemas que los afecta, es un componente importante en la comprensión de los factores de riesgo y factores protectores a tomarse en cuenta en las intervenciones que se propongan en el abordaje del uso y abuso del alcohol en las comunidades indígenas.

Cada comunidad tiene su manera de ver el problema del alcohol, es por eso que resulta recomendable adaptar las intervenciones para que sean más efectivas teniendo en consideración sus actitudes, creencias y costumbres, para así, a través del entendimiento, poder llegar a ellos.

Es importante no olvidar, como insistieron los líderes indígenas, en el uso comunitario y ceremonial culturalmente contextualizado de las bebidas alcohólicas.

La preocupación expresada por los líderes indígenas ante la presencia de nuevos proyectos, debe ser tomada muy en cuenta en las propuestas que la OPS tiene en la atención de la salud de estos pueblos. Un acercamiento respetuoso y una participación sistemática, con los líderes indígenas y sus comunidades en todas las fases de los proyectos, facilitarán tanto un conocimiento mutuo de las diferentes partes involucradas y la corresponsabilidad en los procesos, como en la identificación de mecanismos, para hacer realidad la aplicación de intervenciones sostenibles culturalmente adecuadas. En este sentido es imprescindible la incorporación de la salud de los pueblos indígenas en la agenda política de los Estados y de las instituciones involucradas en la salud de estos pueblos.

Los representantes de Bolivia, Canadá, México, Nicaragua y Panamá recalcaron la necesidad de fortalecer los Programas Nacionales de Salud Mental, particularmente en el componente referente al abordaje del alcohol. Si bien los participantes también destacaron la importancia que tienen las intervenciones que se generan del conocimiento del nivel local, es importante tener presente que la mayoría de las acciones de atención de la salud de la población no podrán ser adecuadamente implementadas sin la presencia de una red de servicios. En este sentido, en el marco del fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, se recomienda incorporar en los proyectos dirigidos a la comunidades indígenas de las Américas componentes que redunden en el desarrollo y ampliación de la red de servicios en los países.

Es importante revisar las acciones para el tratamiento de los problemas derivados por el consumo de alcohol que han sido implementadas en Canadá y en Australia y analizarlas en el contexto de los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe. Los resultados de este análisis podría ser un insumo importante para el inicio de un plan en las comunidades indígenas participantes en el presente proyecto.

Finalmente, es fundamental realizar investigación epidemiológica y estadística para tener una idea de cómo está la situación en las comunidades, antes de comenzar nuevos proyectos. Asimismo, se debe tener en cuenta su realización periódica con la finalidad de advertir los avances logrados.

Anexos

Lista de participantes de la reunión “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas”

País	Nombre	Institución/Dirección	e-mail/teléfono
AUSTRALIA	Maggie Brady	Fellow, Center for Aboriginal Economic Policy Research Hanna Neumann Building #21 The Australian National University Canberra ACT 0200	Maggie.brady@anu.edu.au Tel: (02) 6125 47 96 (02) 6125 2789
BOLIVIA	Dr. Gonzalo Rivero Chávez.	Responsable del programa de salud mental. Unidad de Servicios de Salud de El Alto-Servicio Departamental de Salud La Paz, Ministerio de Salud y Deportes La paz, Bolivia.	gonzariv1955@latinmail.com Tel: 719 15423 (celular) 591 2 81 8090 (oficina)
CANADA	Marie Anderson	Executive Director Hey-Way-Noqu- Healthing Circle For Additions Suite 401, 1638 East Broadway St. Vancouver, B.C. V5N 1W1	teelahah@shaw.ca Marie.anderson@telus.net heywaynoqu@telus.net Tel: 604 874 2409 (casa) 604 874 1831 (oficina)
MEXICO	Dr. Laureano Reyes Gómez	Director del Instituto de Estudio Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, México Centro Universitario Campus 3 Edificio No. 8220 y 8221, Avenida Universitaria/ Barrio Fátima. Instituto de Estudios Indígenas San Cristóbal de las Chiapas.	Lau55@prodigy.net.mx Tel: 01 967 678 4517 (oficina) 01 967 678 5744 (casa) 01 967 678 3534 (fax)
NICARAGUA	Carolina Valle	APRODIN Esquina opuesta donde fue “El Copelia”, Matagalpa	cvalle@ibw.con.ni Tel: 854-3930 776-2211

País	Nombre	Institución/Dirección	e-mail/Teléfono
PANAMA	Rogelio Moreno	Cacique Regional, Área Nedrini	
	Ofelina Jiménez	Ministerio de Salud Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Tel. 212-9189
	Aldacira de Bradshaw	Ministerio de Salud Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Tel: 212-9189
	Blas Quintero	Acción Cultural Ngöbe	Tel: 262-2326
	Gaspar Da Costa	Ministerio de Salud Coordinador de Salud Mental	Tel: 212-9269
OPS/OMS Panamá	Dr. Jorge Rodríguez	Consultor Subregional de Salud Mental/ Centroamérica OPS/OMS - Panamá	rodrigjo@pan.ops-oms.org Tel: 262-0030 (oficina)
	Ing. Ana Isabel Quan	Asesora de Salud Ambiental OPS/OMS - Panamá	quananai@pan.ops-oms.org Tel: 262-0030 (oficina)
OPS/OMS Washington	Dr. Rocío Rojas	Regional Advisor on Indigenous Health Pan American Health Organization	Tel: 202 974 3827 rorojas@ecu.ops-oms.org
OPS/OMS Washington	Dra. Maristela Monteiro	Regional Advisor on Alcohol and Substance Abuse Pan American Health Organization	Tel: 202 974 3108 monteirm@paho.org

