Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

GOBIERNO FEDERAL

SALUD

Comisión Nacional contra las Adicciones
CONADIC

Nueva Vida

CENADIC
Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.
Integrante de Servicios Mundiales de Alcohólicos Anónimos

Vivir Mejor

Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas

Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas.

Comisión Nacional contra las Adicciones

Primera edición, 2012
ISBN: En trámite

D.R.© Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Fotografía de portada: Saúl Landell

Directorio

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Igor Rosette Valencia
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Romeo Rodríguez Suárez
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Guillermo Govela Martínez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Carlos Amado Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Consejo Nacional contra las Adicciones

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Presidente del Consejo

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Vocales

Dr. Alejandro Alfonso Poiré Romero
Secretario de Gobernación

Canciller Patricia Espinosa Cantellano
Secretaria de Relaciones Exteriores

Ing. Genaro García Luna
Secretario de Seguridad Pública

Lic. Heriberto Félix Guerra
Secretario de Desarrollo Social

Lic. Bruno Ferrari García de Alba
Secretario de Economía

Lic. Francisco Javier Mayorga Castañeda
Secretario de Agricultura, Ganadería Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Mtro. Dionisio Pérez-Jacome Friscione
Secretario de Comunicaciones y Transportes

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Educación Pública

Lic. Rosalinda Vélez Juárez
Secretario del Trabajo y Previsión Social

Mtra. Marisela Morales Ibáñez
Procuradora General de la República

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Daniel Karam Toumech
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Lic. Ma. Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Mtro. David García Junco Machado
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez
Director General del Instituto Mexicano de la Juventud

Lic. Bernardo de la Garza Herrera
Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte

Mtra. Celina Alvear Sevilla
Directora General del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

Invitados permanentes

Dr. Roberto Tapia Conyer
Presidente del Patronato Nacional de Centros de Integración Juvenil

Dra. María Elena Medina Mora Icaza
Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Dr. Rogelio Pérez Padilla
Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Lic. José Guadalupe Osuna Millán
Gobernador Constitucional del Estado de Baja California

Lic. Marcelo Ebrard Casaubón
Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Lic. Rodrigo Medina de la Cruz
Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León

Lic. Gabino Cué Monteagudo
Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
Presidente de la Junta de Servicios Generales de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.

Lic. Joaquín Gamboa Pascoe
Presidente del Congreso del Trabajo y Secretario General de la Confederación de Trabajadores de México

Lic. Jesús Cevallos Coppel
Presidente de la Fundación Cambio Oceánica, A. C.

Responsables de la edición:

Dra. Gabriela Eugenia Rodríguez Ceja

Mtra. Nancy Garfias Antúnez

Dra. María Teresa Oviedo Gómez

Mtro. José Manuel Castrejón Vacio

CONTENIDO

Mensaje del C. Secretario de Salud 13

Mensaje del Comisionado Nacional contra las Adicciones 15

Presentación 19

1. ¿Cómo son hoy en día los pueblos indígenas en México? 25

Poesía Mazateca: Chjun xi kjit'oso'an. Soy la mujer que examina 26

¿Sabemos quiénes son los pueblos indígenas en el México de hoy? 27

1.1. Caracterización de la población indígena: origen, territorialidad y dimensión lingüístico-cultural 28

1.2. Diversidad lingüística de la población indígena 30

1.3. Indicadores de pobreza, rezago social y marginación en la población indígena 30

- Nivel de pobreza
- Índice de rezago social
- Índice de marginación

1.4. Indicadores educativos: asistencia escolar, rezago educativo y lectoescritura 33

- Asistencia escolar
- Rezago educativo
- Aptitud para leer y escribir

1.5. Servicios públicos en viviendas ubicadas en comunidades con población indígena 34

1.6. Indicadores básicos de salud: fecundidad, esperanza de vida al nacimiento, derechohabiencia, mortalidad general, mortalidad infantil 35

- Fecundidad
- Esperanza de vida al nacimiento
- Derechohabiencia
- Mortalidad general
- Mortalidad infantil
- Causas de mortalidad por condición de indigenismo

2. El proceso de alcoholización y el alcoholismo en comunidades con población indígena 41

Testimonio de una indígena Hñähñu 42

¿Cómo entender la complejidad de estos procesos en la población indígena de nuestro país? 43

2.1. Aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que influyen en el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo en los pueblos indígenas 43

- El consumo de alcohol y la cultura
- Consumo de alcohol y violencia
- Condiciones políticas y económicas
- Cambio cultural

2.2. El alcoholismo entendido como un problema de salud. 45

- Encuesta Nacional de Adicciones, 2008
- Consulta sobre alcoholismo y pueblos indígenas
- Padecimientos asociados con el uso nocivo de alcohol

3. Políticas públicas en torno al tema del consumo de alcohol y alcoholismo 51

Testimonio de un indígena Purépecha 52

3.1. Políticas públicas para la atención del alcoholismo desde el sector salud 53

- Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006
- Programa de Acción: Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas
- Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006
- Retos para la Atención del Alcoholismo en Pueblos Indígenas
- Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012
- Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones, Actualización 2011-2012
- Programa contra el Abuso de Alcohol y Alcoholismo, Actualización 2011-2012
- Programa contra la Farmacodependencia, Actualización 2011-2012

3.2. Políticas intersectoriales: Semana Nacional de Información "Compartiendo Esfuerzos con AA" 59

- Experiencia de trabajo con población indígena desde la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.
- Experiencia de trabajo con población indígena de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.
- El impacto de las políticas públicas

4. Hacia la construcción de un enfoque intercultural para prevenir el uso nocivo y el alcoholismo en población indígena 63

Testimonio de un indígena Cree 64

¿Cómo hacer prevención desde un enfoque intercultural? 65

4.1. Comprensión del proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva indígena 65

- Círculo de la vida, la salud y la identidad indígena

4.2. Importancia de la medicina tradicional e incorporación del enfoque intercultural en salud 66

- Importancia de la interculturalidad en la atención de la salud en poblaciones indígenas

4.3. Identificando factores de riesgo y protección: individuales, relacionales y sociales 70

- Identidad cultural como factor de protección
- A pesar de... ¡indígenas resilientes!
- Construcción de redes sociales interculturales
- Empoderamiento comunal para promover y proteger la salud de la comunidad
- Formación de coaliciones interculturales para la prevención y atención del uso nocivo y del alcoholismo en pueblos indígenas

5. Recomendaciones para realizar acciones de prevención del consumo de alcohol en comunidades con población indígena 79

5.1. Recomendaciones para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud 80

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural
2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural
3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud
4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas
5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que va a trabajar
6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema

5.2. Recomendaciones para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas 85

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad
8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción
9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas
10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo
11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad

5.3. Traducción de las recomendaciones a lenguas indígenas 90

- Mazateco
- Mayo
- Náhuatl clásico del centro del país
- Náhuatl de la Huasteca veracruzana
- Náhuatl de la región de Milpa Alta
- Náhuatl de la Sierra de Zongolica
- Popoluca
- Totonaca de la sierra
- Yaqui
- Zapoteco de Villa Alta

5.4. Testimonios de trabajo en campo 100

- Los jóvenes torokoyoris
- La organización comunitaria y el alcoholismo en comunidades originarias: el caso del ejido Jerusalén, Las Margaritas, Chiapas. Una experiencia comunitaria de control
- Modelo de prevención del uso nocivo de alcohol con pertinencia intercultural y lingüística en el Distrito Federal

6. Conclusiones y retos para la prevención y la atención intercultural del uso nocivo del alcohol y del alcoholismo en pueblos indígenas 117

Bibliografía 121

Agradecimientos 125

Mensaje del C. Secretario de Salud

Prevenir el consumo de sustancias adictivas y promover el cuidado de la salud de los pueblos indígenas en México, constituyen dos tareas prioritarias que desde diversas vertientes el Gobierno Federal se ha propuesto atender desde el comienzo de la presente administración.

Diversas iniciativas han permitido lograr avances significativos, tales como la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones como una oficina moderna que cuenta con facultades para generar las políticas públicas necesarias para reducir la demanda de las drogas; la creación del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones encargado de promover la operación de servicios preventivos y garantizar la calidad de los servicios para el tratamiento y la rehabilitación; la creación de una Red de Centros Nueva Vida con 335 unidades operativas a las que se suma la labor de 114 unidades de los Centros de Integración Juvenil para constituir una red de servicios preventivos y de tratamiento de las adicciones que garantiza la atención de la demanda.

Por su parte, el que más de 52 millones de mexicanos tengan asegurado el financiamiento de la atención de su salud a través del Seguro Popular, significa un logro histórico en la salud pública mexicana. A ello se suman acciones como las Campañas Nacionales de Vacunación, las Caravanas de la Salud y el Programa de Acción Específico para la Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas. Esfuerzos que concurren en la preservación y el fomento de la salud de los mexicanos, con especial énfasis en grupos vulnerables como las diversas comunidades indígenas de nuestro país.

No obstante los esfuerzos realizados para prevenir y atender los problemas derivados del abuso de alcohol entre las comunidades indígenas de país, hacía falta contar con una propuesta de atención con un enfoque intercultural de alcance nacional, que pudiera responder a la existencia de un grave problema en la población indígena de nuestro país, que como el resto de la población, no escapa a las consecuencias del consumo excesivo del alcohol y del alcoholismo, provocando un mayor deterioro en las condiciones generales de vida de las familias, de los individuos y de la sociedad en su conjunto.

En ese sentido, la violencia, los accidentes, el ausentismo escolar y laboral, la enfermedades, la discapacidad y la muerte prematura, también son problemas que aquejan a los indígenas y que ahora cuentan con una respuesta integral para el desarrollo de acciones concretas para promover la salud y prevenir el uso nocivo del alcohol y del alcoholismo en las comunidades, tomando en cuenta la singularidad de su cosmovisión, de sus usos y costumbres, de sus tradiciones, en un marco de respeto y de franca disponibilidad para generar los vínculos de coordinación necesarios para hacerles llegar los beneficios de la capacidad institucional en materia de adicciones que hoy existen en nuestro país.

Las presentes ***Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y alcoholismo en comunidades indígenas***, constituyen una valiosa aportación que la Comisión Nacional contra las Adicciones pone a disposición de todas aquellas instancias interesadas en ofrecer servicios preventivos con un enfoque intercultural. En su elaboración se han incorporado la opinión de expertos, testimonios de experiencias que se han puesto en práctica y que han obtenido resultados favorables.

Estas recomendaciones constituyen una obra pionera en su tipo, un referente que habrá de servir para ir generando nuevas y cada vez mejores propuestas para la atención de los diversos aspectos vinculados al cuidado de la salud de los pueblos indígenas, partiendo de un enfoque intercultural, y sosteniendo la importancia de fortalecer la vinculación institucional, así como la conformación de redes de apoyo basadas en el respeto mutuo y en la participación activa de la comunidad.

Sin duda también, estamos ante una iniciativa sin precedentes dentro de las políticas públicas generadas hasta ahora en materia de adicciones, la cual estoy cierto, tendrá la continuidad que ha hecho de la salud de nuestro país una sólida política de Estado en beneficio de los mexicanos.

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Mensaje del Comisionado Nacional contra las Adicciones

La población que vive en comunidades indígenas constituye uno de los grupos más sensibles ante el tema del consumo de sustancias adictivas en nuestro país. De acuerdo con los datos del Censo General de Población y Vivienda 2010 del INEGI, y tomando en cuenta el criterio lingüístico que se basa en la condición de que la persona habla lengua indígena, se considera que en México existen 6'913,362 personas de tres años o más a quienes se les puede identificar como población indígena, lo que equivale al 6.6% del total de la población del país.

Los pueblos indígenas mexicanos son grupos con una larga historia, herederos de valores, tradiciones y saberes ancestrales, que se organizan con base en sistemas sociales complejos, de acuerdo con formas propias, diversas y valiosas de entender el mundo. Lamentablemente, también han padecido las consecuencias de un gran rezago social, de la discriminación y de la falta de propuestas para impulsar eficientemente su desarrollo en diferentes aspectos, como son el económico, el educativo y también el de la salud.

En el ámbito de las adicciones, sabemos que al igual que para la población general, los problemas generados por el consumo del alcohol y el alcoholismo generan una gran carga de enfermedad en los pueblos indígenas, lo que viene a mermar aún más sus posibilidades de desarrollo. Sin embargo, los cambios estructurales que se han implementado en la presente administración han permitido incrementar la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios para la prevención y para la atención de las adicciones en todo el país, acorde con los principios de no discriminación y en concordancia con las disposiciones que nos marca la normatividad.

Las recomendaciones que se presentan en este documento, constituyen una política pública tendiente a la adopción e incorporación de un enfoque intercultural para el abordaje de este complejo problema de salud, que en la población indígena se vuelve más sensible en la medida en que el consumo de alcohol está íntimamente ligado a la práctica de tradiciones ancestrales, de tipo cultural y religioso que constituyen la base para la creación de fuertes vínculos comunitarios y para la convivencia familiar.

Con esta propuesta, nuestro país se suma y retoma los principios contenidos en la "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol", iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, en la que el concepto de "uso nocivo" se usa para referirse no sólo a los efectos producidos en la salud del bebedor, sino en cualquier ámbito de su entorno familiar y social. En dicha estrategia, se establece que actualmente uno de los grandes retos es precisamente la urgencia de aplicar políticas y programas públicos, dirigidos a disminuir el uso nocivo del alcohol en poblaciones vulnerables, en especial, las comunidades indígenas, en quienes hay que reconocer sus propias capacidades y conocimientos, respetando sus normas culturales, sociales y sus sistemas de valores.

En concordancia con las acciones para brindar una mayor atención a grupos vulnerables, como es la población indígena, señaladas en el Programa de Acción para la Prevención y el Control de las Adicciones,

actualización 2011-2012, así como la que se especifica en los Programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas y contra la Farmacodependencia, ambos actualizados para el período 2011-2012, las recomendaciones que se presentan pretenden por un lado, sensibilizar a los prestadores de servicios en el primer nivel de atención, sobre la responsabilidad y el compromiso que conlleva procurarle a la población indígena de nuestro país, servicios para la prevención y para el tratamiento de las adicciones, desde un enfoque intercultural y apegado en lo posible a las recomendaciones de expertos en el tema.

Por otra parte, se ha recurrido a la experiencia en campo de los especialistas, para proponer la instrumentación de acciones conjuntas con las comunidades a las que se pretende beneficiar, promoviendo en todo momento procesos de auto-reflexión, que permitan ir despertando en las comunidades una percepción sobre la gravedad del problema, particularmente del consumo o uso nocivo del alcohol, que permita diferenciar lo que son sus tradiciones, usos y costumbres, y lo que en términos de salud pública constituye una enfermedad y/o un riesgo para la salud individual, familiar y comunitaria.

Un esfuerzo de esta naturaleza sin duda es un avance sin precedentes. Sin embargo, es apenas un punto de partida que habrá de generar un sinnúmero de acciones, de esfuerzos para lograr una coordinación interinstitucional e intersectorial eficientes, que permitan la multiplicación de centros de servicios para la prevención y atención de adicciones en todo el país, el desarrollo de modelos interculturales específicos, con la participación activa de la comunidad, la formación de recursos humanos especializados en una atención intercultural de las adicciones, en la generación de oportunidades para el crecimiento social y económico de esta población, y con ello, en la aplicación efectiva del derecho a la salud en los pueblos indígenas de nuestro país.

Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

"México y sus riquezas naturales"
Autor: Miguel Covarrubias.
Técnica: Temple sobre masonite
Crédito: Cortesía Museo de Arte Popular

Presentación

Las Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y alcoholismo en comunidades indígenas, constituyen una propuesta conceptual y metodológica concreta que presenta la Comisión Nacional contra las Adicciones para orientar a los profesionales de la salud sobre diversos aspectos que se deben tomar en cuenta para desarrollar intervenciones apropiadas y de calidad en las comunidades con población indígena que existen en este país, que contribuyan a promover su salud, al mejoramiento de su calidad de vida y a la prevención de las enfermedades y los problemas ocasionados por el consumo, el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo, respetando su cosmovisión, sus usos y costumbres, sus tradiciones, promoviendo el desarrollo de esfuerzos conjuntos para generar procesos de auto-reflexión que al mismo tiempo les permitan reivindicar sus saberes, sus valores, su sentido de pertenencia a su comunidad, el orgullo de ser indígena y de ser un mexicano más en busca de un mayor bienestar para sí mismo, para sus familias y para su comunidad.

Es por ello que el presente documento inicia ofreciendo un panorama general sobre quiénes y cómo son los indígenas mexicanos en la actualidad, grupos con una larga historia, herederos del prestigio de grandes civilizaciones, con tradiciones y saberes ancestrales, con sistemas sociales complejos, con diversas y valiosas formas de entender el mundo, la vida, la salud y la enfermedad, así como de convivir con la naturaleza, privilegiando el espíritu y la relación con todos los seres humanos. Pero también se presentan generalidades sobre los aspectos en los que se han visto desfavorecidos a través del tiempo, sufriendo discriminación y un gran rezago en su desarrollo integral, que los ha obligado a sobrevivir con muy pocas propuestas que apoyen un mayor desarrollo en los ámbitos económico, social, cultural y educativo, entre otros.

En seguida se incluyen elementos para comprender en qué consiste el proceso de alcoholización que se vive en las comunidades indígenas, su significado e importancia para la vida social, cultural, religiosa de las comunidades en la actualidad. Pero también se hace énfasis en los problemas que el alcoholismo genera en esta población, los problemas asociados y cómo es que este problema ha comenzado a ser reconocido por las comunidades como un problema de salud que se suma al resto de su problemática general de desarrollo.

En este sentido, es importante destacar la importancia del Informe general de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas publicado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en el año 2008, ya que constituye el primer diagnóstico a nivel nacional que se ha realizado sobre la gravedad de este problema, con base en la consulta directa a los miembros del Consejo Consultivo de los Pueblos Indígenas y representantes de las propias comunidades.

Asimismo, el presente documento ofrece un recuento de las políticas públicas que se han instrumentado en torno al tema del consumo de alcohol y el alcoholismo en las comunidades indígenas, en el que destacamos: la inclusión de acciones específicas en los Programas Nacionales contra las Adicciones, en su última actualización para el período 2011-2012, y la instrumentación de políticas intersectoriales que puedan llegar a tener un impacto significativo para esta población.

De igual modo, con el siguiente apartado se pretende propiciar en los profesionales, un cambio en el enfoque convencional con el que se brinda atención al resto de la población, para adoptar un enfoque intercultural que sepa cómo saber escuchar las verdaderas demandas de atención en esta población. Al integrar el planteamiento de la interculturalidad en el ámbito de las adicciones, también se reconoce que las comunidades

indígenas pueden ser artífices de los cambios que necesitan para mejorar sus condiciones de vida en torno a este problema, trabajando de manera conjunta con las instituciones.

Una vez que se ha reconocido la necesidad de adoptar un enfoque intercultural para entender este problema, y sobre todo, para contemplar la necesidad de incorporarlo en nuevos esquemas de atención y de prevención del consumo de alcohol, se presenta una serie de once recomendaciones concretas, que desde dos vertientes subsecuentes una de la otra, sugieren la necesidad de adecuar los modelos de intervención existentes para adaptarlos a las particularidades de cada comunidad, a través de procesos de construcción colectiva.

Con esta propuesta, se trata de reconocer la diversidad cultural de los grupos indígenas y dejar de ver en ella un obstáculo o signo de atraso; se trata de no verlos más como sociedades pasivas que deban recibir desde afuera indicaciones sobre cómo deben actuar para resolver sus problemas. Se trata de promover en las comunidades el desarrollo de procesos de auto-empoderamiento, reconociendo e incorporando sus conocimientos y sus propias formas para abordar los problemas sin abandonar sus cosmovisiones, en un tránsito integral hacia la modernidad.

Por mucho tiempo se ha creído erróneamente que abandonar la cultura tradicional, la lengua o las prácticas rituales relacionadas con el consumo de alcohol, tales como las fiestas, las ceremonias, o las experiencias de la medicina tradicional, es suficiente para resolver los problemas asociados. En vez de ello, se debe propiciar la reflexión sobre las consecuencias que el consumo de alcohol puede tener para la propia comunidad, ya que la única alternativa válida y útil para cada grupo es la que proviene de la auto-reflexión de los pueblos indígenas, ya que se ha logrado identificar la diferencia que existe entre el uso sociocultural del alcohol y el que se convierte en consumo excesivo (uso nocivo), que lastima los cuerpos, a las personas, a las familias, y también al tejido social a través de problemas como la violencia, el despilfarro o las enfermedades, las cuales han sido padecidas por todos.

Esta propuesta se resume en las once recomendaciones de las cuales, las primeras seis se refieren a todos aquellos aspectos que son deseables para desarrollar por el profesional de la salud que se hará cargo de brindar servicios preventivos y para la atención del uso nocivo del alcohol y del alcoholismo en alguna comunidad indígena. Las siguientes cinco recomendaciones, constituyen una metodología sencilla pero que deberá desarrollarse con un alto grado de sensibilidad y responsabilidad hacia las necesidades que sean expresadas por la comunidad, al punto de lograr ser aceptado como interlocutor válido entre la comunidad y el sistema de salud del que proceda el profesional, y para permitir que éste promueva los procesos que darán lugar al establecimiento de programas y acciones para brindar información a la población sobre los problemas que ocasiona el uso nocivo del alcohol, los problemas de salud asociados, y las opciones que existen para apoyarlos y brindarles atención a su salud.

Esta propuesta, además, se ha visto enriquecida con una serie de aportaciones muy valiosas, brindadas por indígenas de diferentes grupos que han brindado sus testimonios y experiencias con el fin de compartir, con los profesionales y con quienes logren sumarse a este proyecto, aquellas buenas prácticas con las que se ha logrado disminuir el impacto del problema del alcohol en algunas comunidades tanto dentro como fuera de nuestro país.

Asimismo, y en cumplimiento de las disposiciones del artículo 13 de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, el cual determina que "se deben difundir en las lenguas indígenas nacionales de los beneficiarios, el contenido de los programas, obras y servicios dirigidos a las comunidades indígenas", las recomendaciones que se han elaborado también han sido traducidas a diversas lenguas indígenas, gracias a la generosidad y el entusiasmo de diferentes grupos y colectivos de estudiosos y traductores de lenguas indígenas, con el propósito de facilitar su comprensión y su difusión por diferentes actores vinculados con la vida de la comunidad y propiciar el establecimiento de vínculos de coordinación para poner en práctica las recomendaciones en cada una de sus comunidades.

Si bien nuestro propósito es aproximarnos cada vez más hacia la construcción de nuevos procesos interculturales para realizar la prevención y la atención del uso nocivo de alcohol y del alcoholismo desde las perspectivas indígenas, es importante hacer notar que esta propuesta es en sí misma un ejemplo de cómo a través de una suma de voluntades es posible enfocarnos hacia la obtención de un fin común: mejorar la calidad de vida y la salud de los habitantes de los pueblos indígenas, ante un problema de salud pública evidente como lo es el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo.

Nunca nadie nos doblegó,
ni los españoles, ni los yoris*,
ni el calor, ni el desierto,
pero el alcohol nos tiene chinquechados**...
(Comentario de un grupo de promotoras yaqui)

* En español, Yori significa "hombre blanco".
** En español, Chinquechados significa "agachados", "de rodillas".
La imagen muestra a mujeres yaqui de la comunidad de Vicam, Sonora. Foto: Víctor Camacho. Ver en http://www.jornada.unam.mx/2011/08/10/sociedad/042n1soc

Chjun ndi'í nñoná, tsó
Chjun nchikiná tsó
Chjun xi tikóná k'ajmi tsó
Chjun xi tsja isien tsó
Chjun ngaya isien'an tsó
Chjun nixtjin'an tsó

Nuestra mujer infinito, dice
Nuestra mujer remolino, dice
Nuestra mujer de las alturas, dice
Nuestra mujer de luz, dice
Soy mujer espíritu, dice
Soy mujer día, dice

"Soy la mujer que examina", María Sabina
Poesía mazateca (fragmento)

D.R. Fernando Rosales / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

1. ¿Cómo son hoy en día los pueblos indígenas en México?

Poesía mazateca

Chjun xi kjit'oso'an	Soy la mujer que examina **María Sabina**
I	
Chjun ndi'í nñoná, tsó	Nuestra mujer infinito, dice
Chjun nchikiná tsó	Nuestra mujer remolino, dice
Chjun xi tikóná k'ajmi tsó	Nuestra mujer de las alturas, dice
Chjun xi tsja isien tsó	Nuestra mujer de luz, dice
Chjun ngaya isien'an tsó	Soy mujer espíritu, dice
Chjun nixtjin'an tsó	Soy mujer día, dice
II	
Chjun ja ndia'an tsó	Soy mujer águila dueña, dice
Chjun tsjie'an tsó	Soy mujer sagrada, dice
Chjun ndik'oan tsó	Soy mujer importante, dice
Chjun xi nda kjinda'an tsó	Soy mujer elegante, dice
Chjun xi tjien k'a toko'an tsó	Soy la mujer altiva, dice
Chjun xi ts'aya'a ora tsó	Es la mujer tiempo, dice
Chjun tsjieba tsó	Es la mujer limpia, dice
Chjun xi kji'índaba tsó	Es la mujer arreglada, dice
Ndiba isien tsjie tsó	Es amanecer limpio, dice
Ndiba isien xi kjinda tsó	Es amanecer transparente, dice
Chjun xi ts'enkijen ndi'an tsó	Soy mujer que saber traer al mundo
Chjun xi 'binda kjuaxti'an	Soy mujer que ha ganado
Chjun xi'binda ni xi tsobaha nguitako'an	Soy mujer de asuntos de autoridad
Chjun xi tjihin kjuakjintaku'an	Soy mujer de pensamiento
Chjun xi be kóts'en minchun	Mujer que sabe vivir
Chjun xi be kots'en bosien kixi	Mujer que sabe levantarse
III	
Inimaha na'mina ts'aya'an	El corazón del padre traigo yo
Inimaha xi tsi'e ngasundie ts'aya'an	El corazón del universo traigo yo
Kuini nga kui inima ts'aya'an xi'an	Por eso digo que traigo ese corazón
Jí xi na'anji tsó	Tú eres la madre, dice
Naán xi tjihin inima	Madre que tiene vida
Naan xi 'bitjiya, tsó	Madre que se mece, dice
Naan xuño tsó	Madre brisa
Naan xi tsábitjie	Madre que siembra
Naan xi bosien kixi, tsó	Madre que se pone de pie, dice
Naan tsjen	Madre de leche
Naan chiki, tsó	Madre de senos, dice
Naan xkjuen	Madre fresca
Naan chjindie, tsó	Madre tierna, dice
Naan xi kjamaxcha	Madre que crece
Naan 'yo	Madre retoño, dice

Poesía comunitaria contemporánea, por Juan Gregorio Regino (fragmento)[1]

En la tradición mazateca, el nijmi es el equivalente a poesía, es el género creado para cultivar la palabra entre los chjinie que conocen el mundo y hablan con los dioses. El nijmi tiene poderes curativos, dependiendo de la enfermedad que el paciente tiene es el tipo de nijmi que se ofrece. Existe una gran cantidad de nijmi, su uso depende de la clase de curación, tipo de ceremonia y si el paciente es hombre o mujer, pequeño o adulto.

Este tipo de poesía también tiene su origen en el lenguaje ritual; se fundamenta en la tradición e incorpora la escritura, no obstante, como creación individual inicia un proceso de desacralización en el que la creación no está vinculada con lo sagrado, sino con el placer de escuchar, imaginar y leer. Esta poesía desritualiza la palabra, retoma rasgos estéticos de la tradición de los chjinie pero se aparta de las ceremonias, establece distancias con lo sagrado y desarrolla nuevos temas.

Es una poesía híbrida, mezcla de estructuras sagradas antiguas con innovaciones temáticas cotidianas y actuales. María Sabina es una muestra de la tradición, aunque con influencia religiosa cristiana. En una adaptación que realicé de su obra procuré suprimir los elementos religiosos occidentales, lo que me permitió encontrar una poesía cercana a la tradición.

1 Publicado en Revista Médica de Arte y Cultura, Grupo Percano de Editoras Asociadas, DGCP, México, 2008. Disponible en: http://www.culturaspopulareseindigenas.gob.mx/cp/pdf/poesia_comunitaria_mazateca.pdf

¿Sabemos quiénes son los pueblos Indígenas en el México de hoy?

A finales del siglo XV, cuando los españoles llegaron al continente que llamaron América, se encontraron con la existencia de numerosos grupos humanos que estaban organizados y tenían culturas altamente desarrolladas. Se trataba de los pueblos originarios de dichas tierras, como los aztecas, diversos pueblos nahuas y mayas, los purépechas, rarámuris, wixárikas huicholes, yaquis, mixtecos, zapotecos, otomíes, entre muchos otros. Ellos tenían conocimientos profundos en muchas áreas, como la ingeniería, la arquitectura, la astronomía, la agricultura, las plantas medicinales, el cuidado del medio ambiente y de la salud, por lo que conformaban sociedades muy avanzadas, con sus propias instituciones políticas, sociales, económicas y religiosas; también sus propias creencias y prácticas; hablaban numerosos idiomas y tenían visiones originales del mundo, que explicaban el sentido de lo que ocurría en el cosmos.

La incursión española en el siglo XVI cambió para siempre la historia de estas sociedades. En unos cuantos años, la población se vio reducida dramáticamente debido a numerosas catástrofes derivadas de las circunstancias adversas propias de la guerra, además de los malos tratos que recibieron y de las nuevas enfermedades que trajeron los españoles para las que no estaban preparados los cuerpos de los indígenas, esto desencadenó fuertes epidemias de viruela, sarampión, tifus, malaria, entre otras. Asimismo, miles de indígenas murieron por hambre o porque fueron sometidos a trabajos forzados y a castigos crueles; se encontraban en condiciones de esclavitud, debían pagar enormes tributos y tuvieron que realizar la mayor parte del trabajo que sostuvo a la Nueva España durante los tres siglos que duró la ocupación española (Florescano, 2001). Cuando los españoles vieron las graves consecuencias de las políticas que habían implementado, decidieron traer esclavos provenientes de África, así se integró la tercera raíz que formó parte de lo que sería posteriormente la nación mexicana.

Desde entonces, existía la creencia de que los indígenas eran inferiores a los españoles por tener una cultura diferente y un color de piel distinto. Sólo era permitida una visión del mundo: la española, que enarbolaba a la religión católica como estandarte. Lo que no se ajustaba a ella estaba condenado a ser atacado y excluido de las posibilidades de desarrollo óptimo, pues sólo se les concedía vivir al margen, en la explotación y en la pobreza, sin reconocerles las enormes aportaciones que realizaban con su esfuerzo cotidiano.

Durante los tres siglos que duró la presencia de los españoles en México se dieron numerosos procesos que generaron importantes transformaciones en la población. Los tres grupos existentes –españoles, indígenas y africanos– se fueron relacionando poco a poco, generando importantes cambios, hibridaciones en las que se fueron integrando elementos de las diferentes culturas. Ninguna de ellas quedó intacta, todas vivieron modificaciones importantes. Asimismo, también surgió un nuevo grupo con una gran variabilidad, el de los mestizos; algunos de ellos estaban más cercanos a la cultura indígena aunque sin reconocerse como tales, mientras otros estaban más cercanos a la española, aunque también fueron construyendo particularidades únicas en sus manifestaciones culturales.

En condiciones tan adversas, algunos de aquellos grupos originarios desaparecieron por completo. Sin embargo, muchos otros se mantuvieron en pie de lucha desde entonces, esforzándose por no perder sus identidades étnicas, a pesar de que fueron integrando cambios importantes producto de su relación con la sociedad dominante.

Cuando terminó el periodo colonial y se constituyó México como país independiente, los criollos –descendientes de españoles, nacidos en México– se convirtieron en el grupo en el poder. Con el paso de los años, los mestizos se fueron integrando poco a poco a la vida de la nación, se convirtieron en el grupo más numeroso y también fueron el grupo en el poder. Sin embargo, ellos tampoco variaron su postura respecto a los indígenas, pues los siguieron discriminando al considerarlos ignorantes y atrasados, por conservar elementos de sus culturas originarias. Las políticas que se desarrollaron desde entonces intentaron integrar a los grupos indígenas a un estado mexicano principalmente mestizo, sin que se tuviera conciencia de que con ello se ponían en riesgo las formas culturales que tenían tradicionalmente estos pueblos. De este modo, se siguió marginando a los indígenas de acceder a un desarrollo pleno, sin el debido reconocimiento al papel tan importante que han tenido en la construcción y supervivencia del Estado mexicano a lo largo de la historia.

En el presente, podemos encontrar a sus descendientes, herederos de la enorme riqueza cultural de aquellos pueblos, quienes a través de los siglos han tenido transformaciones importantes. En la actualidad, las numerosas culturas indígenas que integran nuestro país tienen gran vitalidad, pues siguen adaptándose a las condiciones que su medio les ofrece a partir de los recursos que tienen, y también continúan reconociéndose con sus particularidades culturales.

Durante los más de 500 años que han pasado desde la llegada de los españoles a nuestras tierras, se ha ido rezagando la atención al desarrollo de los grupos indígenas. Hasta el día de hoy no se han generado suficientes iniciativas para restituir su lugar dentro de la sociedad mexicana y eliminar la situación de marginación en la que aún se encuentran. Durante siglos han sido minimizados, ocultados, denigrados y explotados, al utilizar su fuerza de trabajo como mano de obra barata, y se les ha desplazado hacia tierras inhóspitas, muchas veces despojándoles de los recursos naturales de los que ellos han sido guardianes durante siglos, al relacionarse con sus tierras a través de la religiosidad.

Equivocadamente, se ha relacionado su riqueza cultural con estereotipos negativos, ya que se suele pensar que los indígenas son personas ignorantes, atrasadas, supersticiosas, incluso violentas y flojas; pero la realidad es que la mayoría de la población mexicana tiene un profundo desconocimiento de las culturas y los pueblos indígenas. Esto ha contribuido a que dichos estereotipos se reproduzcan día con día cada vez que nos relacionamos con la población indígena.

Por esto cada uno de quienes trabajamos en vinculación con las instituciones encargadas de promover el desarrollo, la salud y la educación de los pueblos indígenas podemos contribuir a modificar significativamente dicha marginación, reconociendo la importancia que actualmente tienen en la vida de nuestro país. Para lograrlo es necesario acercarnos, tener un conocimiento directo, descubrir a través de la experiencia propia cuál es el sentido de las prácticas que realizan, porque así como ellos cada uno de los pueblos del mundo despliega un sentido profundo de su vida a través de su cultura. Asimismo, también, es necesario aprender a relacionarnos con ellos considerando que los indígenas son personas con los mismos derechos y con las mismas capacidades que nosotros, por lo que es necesario deshacernos de toda clase de estereotipos que hayamos integrado acerca de ellos.

Para quienes trabajamos con el tema de las adicciones, el trabajo directo en las comunidades indígenas nos permitirá tener el acercamiento que necesitamos para comenzar a entablar una relación distinta, de respeto y escucha mutua en la construcción de nuevas formas de trabajar en la prevención del uso nocivo del alcohol y del alcoholismo en particular.

En este capítulo se presentarán algunos datos que mostrarán, a manera de aproximación, las características de las condiciones de vida actuales de la población indígena mexicana. Es importante considerar que resulta complicado tener datos fidedignos de lo que le sucede a esta población, ya que a nivel nacional no se han desarrollado indicadores precisos en todos los campos que den cuenta de esto. Por otra parte, existe un panorama complejo en el que no resulta sencillo definir o identificar quiénes son los indígenas, ya que existe un gran número de elementos culturales que pueden ser relacionados con esta población, y dadas sus condiciones de transformación constante, los grupos van cambiando algunos de sus rasgos culturales. Asimismo, algunos grupos sociales se encuentran muy cercanos a los indígenas en diversos aspectos de su cosmovisión, pero ya no hablan la lengua indígena o ya no se reconocen como tales.

1.1. Caracterización de la población indígena: origen, territorialidad y dimensión lingüístico-cultural

Históricamente se ha privilegiado el uso de alguna lengua indígena como un factor determinante para diferenciar a una persona indígena de otra que no lo es; sin embargo, ese factor no alcanza a dar cuenta de la complejidad del fenómeno. Se ha planteado que no se trata únicamente de un proceso de exodefinición, donde personas externas determinen quiénes son los indígenas, basándose en un catálogo de rasgos, como el idioma, el vestido o la pertenencia a una etnia. Algunos antropólogos han planteado que se debe tomar en cuenta la "autoadscripción", es decir, si las personas se consideran a sí mismas como indígenas o pertenecientes a una etnia, independientemente del resto de rasgos culturales o prácticas con que cuenten.

Para comprender las múltiples dimensiones de la identidad étnica, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) recomienda incorporar criterios que remitan a las dimensiones de origen común, territorialidad y dimensión lingüístico-cultural. Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sugiere incluir tres criterios: el autorreconocimiento o autoadscripción, el criterio lingüístico y la ubicación geográfica, considerando que existen territorios reconocidos como indígenas, con límites geográficos determinados. Estas recomendaciones están sustentadas en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes[2], firmado en junio de 1989, y también en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, que entró en vigor en enero de 1969 [3].

Para identificar entonces a las comunidades con población indígena, en este documento se han considerado los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en cuyo cuestionario ampliado se realizaron preguntas que atendieron algunos de los criterios mencionados. El primero se refiere a la autoadscripción étnica, es decir, si la población se considera indígena, o no, lo cual hace alusión a uno de los aspectos de la identidad. El segundo se refiere a la comprensión de alguna lengua indígena, y se formula a quienes manifiestan no hablar ninguna de estas lenguas. Este criterio también es muy importante, pues existen muchas

2 Convenio 169 de la OIT, Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Cuadernos de Legislación Indígena. 2003. http://www.cdi.gob.mx/transparencia/convenio169_oit.pdf (Consultado el 31 de mayo de 2012).
3 Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm (Consultado el 31 de mayo de 2012).

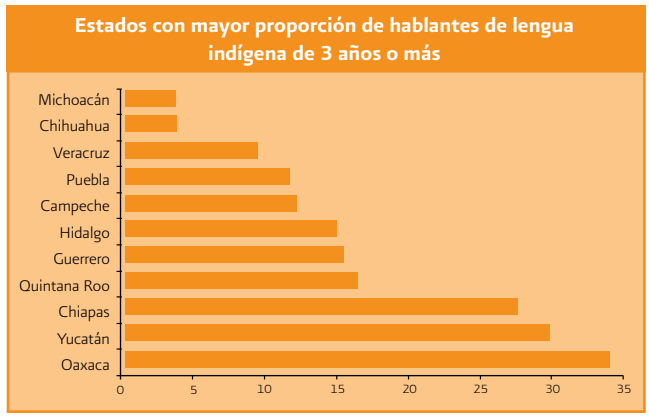
personas que no hablan lengua indígena, pero que viven en contextos donde sí se habla, que pueden contar con algún familiar cercano que les haya enseñado a través de la escucha cotidiana, por lo que muy probablemente comparten también elementos de la cosmovisión indígena, que los hace parte de esa cultura [4].

Como ha quedado establecido, no resulta sencillo definir los criterios que deben ser utilizados para determinar a la población indígena que se encuentra presente en un determinado territorio; no obstante, si se retoma tan sólo el criterio general del Censo General de Población y Vivienda 2010 del INEGI sobre si la persona habla en lengua indígena, se considera que en México existen 6 millones 913 mil 362 personas de tres años o más que son hablantes de alguna lengua indígena, lo que corresponde al 6.6% del total de la población del país [5].

Sin embargo, cuando se retoma el criterio que se refiere a la autoadscripción étnica, se identifica que ésta es reconocida por el 14.8% de la población nacional de tres años o más, lo que equivale a 15 millones 703 mil 474 personas. Al cruzar este dato con las personas hablantes de lengua indígena, se puede apreciar que 93.8% de éstas se consideran a sí mismas indígenas. Por otra parte, en cuanto a la población no hablante de lengua indígena, el 9.3% de este grupo se autoadscribe como indígena, lo que equivale a 9 millones 141 mil 099 personas. Cuando se integran los datos de la autoadscripción étnica con los de la condición de hablante de lengua indígena, la cifra nacional asciende a 16 millones 099 mil 610 personas, lo que corresponde al 15.2% de la población mexicana de tres años o más. Además, se sabe que 1 millón 463 mil 094 personas de tres años o más (1.49% del total nacional) comprende alguna lengua indígena, a pesar de no hablarla.

Estas cifras nos permiten tener una aproximación más cercana al número de pobladores indígenas que habita en nuestro país, lo cual excede notablemente a las estimaciones del criterio únicamente lingüístico [6]. Las entidades federativas que cuentan con mayor proporción de población de tres años o más hablante de alguna lengua indígena a nivel estatal, son: Oaxaca, con 33.76%; Yucatán, con 29.57%; Chiapas, con 27.34%; Quintana Roo, con 16.18%; Guerrero, con 15.21%; Hidalgo, con 14.81%; Campeche, con 11.96%; Puebla, con 11.46%; Veracruz, con 9.26%; Chihuahua, con 3.57%, y Michoacán, con 3.48% [7] (véase Gráfica 1).

Gráfica 1



Fuente: INEGI, http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#

Estos datos muestran que la mayor cantidad de población hablante de lengua indígena del país se encuentra concentrada principalmente en unos cuantos estados. A pesar de ello, es posible identificar la existencia de hablantes en todas las entidades de la República Mexicana. Asimismo, el análisis a nivel municipal arroja que el 98.7% de los municipios del país cuentan con hablantes de lengua indígena, aunque en proporciones diferentes, y sólo 1.3% —equivalente a 32 municipios— no cuenta con este tipo de población [8].

D.R. Lorenzo Armendáriz / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

4 Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. Lengua indígena. (P. 43-50) Disponible en: http://www.INEGI.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf (Consultado el 31 de mayo de 2012).
5 http://www3.INEGI.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est (Consultado en mayo de 2012).
6 http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est# (Consultado en mayo de 2012).
7 http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas
8 http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas

Cuadro 1

Lenguas indígenas con más hablantes a nivel nacional		
Lugar	**Lenguas indígenas con más hablantes**	**Porcentaje de hablantes**
1	Náhuatl	23.4%
2	Maya	11.7%
3	Lenguas mixtecas	7.2%
4	Tzeltal	7.0%
5	Zapoteco	6.8%
6	Tzotzil	6.3%
7	Otomí	4.2%
8	Totonaca	3.7%
9	Mazateco	3.4%
10	Chol	3.2%
11	Huasteco	2.4%
12	Lenguas chinantecas	2.0%
13	Mixe	2.0%
14	Mazahua	2.0%
15	Purépecha	1.9%
16	Tlapaneco	1.9%
17	Tarahumara	1.3%

Fuente: http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est

1.2. Diversidad lingüística de la población indígena

El INEGI registra 65 lenguas indígenas diferentes, aunque muchas de ellas cuentan con algunas variantes. Los datos muestran que todos los estados del país cuentan con hablantes de alguna lengua indígena, de las cuales diez son las lenguas indígenas más habladas en el país, ya que conjuntan el 77.34% de hablantes de tres años o más, a nivel nacional (Cuadro 1). Sin embargo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), que es la institución especializada en México para el estudio, preservación y difusión de las lenguas indígenas, existen 11 familias lingüísticas, 68 agrupaciones lingüísticas y 364 variantes.

1.3. Indicadores de pobreza, rezago social y marginación en la población indígena

Desafortunadamente, las variables que muestran el rezago, la marginación y la pobreza de la población suelen estar en relación directa con la etnicidad, ya que las entidades federativas y los municipios que tienen las cifras más altas en estos índices son las que cuentan con mayor porcentaje de población indígena, según el Consejo Nacional de Población (Conapo) y el INEGI. Estos datos nos permiten saber si las poblaciones cuentan con las condiciones mínimas para tener una vida digna. Los siguientes datos podrán aproximarnos a las condiciones en que vive la población indígena en el país.

- Nivel de pobreza

La pobreza está relacionada con un ingreso inferior a la línea de bienestar o de bienestar mínimo. Se obtiene con base en las dimensiones económicas y sociales que marca la Ley General de Desarrollo Social, que incorpora las características del ingreso, el rezago educativo, el acceso a servicios de salud o derechohabiencia, acceso a seguridad social, calidad y espacios de la vivienda (tener piso de tierra o número de habitantes por vivienda), servicios básicos en la vivienda (drenaje, agua entubada, excusado o energía eléctrica), acceso a la alimentación y grado de cohesión social [9].

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) [10], en 2010 el 46.2% de la población total del país se encontraba en condiciones de pobreza, lo que corresponde a 52 millones de personas con 2.5 carencias en promedio; 10.4% vivía en pobreza extrema y 35.8%, en pobreza moderada. Por otro lado, se observa que el 79.3% de la población indígena del país estaba en situación de pobreza, lo que corresponde a 5.4 millones de personas con 3.3 carencias en promedio; 40.2% se hallaba en pobreza extrema y 39.1%, en moderada.

Se observa que casi la mitad de la población nacional vive en condiciones de pobreza, lo que constituye un dato preocupante. Sin embargo, proporcionalmente existe mayor cantidad de población indígena en pobreza, ya que casi ocho de cada diez indígenas se encuentran en esta situación, la mitad en condiciones extremas y la otra mitad en condiciones moderadas, lo cual muestra la gravedad de la problemática.

Al realizar un análisis a nivel estatal (véase Cuadro 2), encontramos que las entidades con mayor porcentaje de población en nivel de pobreza en 2010 coinciden prácticamente en su totalidad con las que tienen mayor cantidad de población indígena, según las estimaciones del Conapo, salvo Quintana Roo, que ocupa el lugar 26. En este sentido, encontramos que en Chiapas casi ocho de cada diez personas viven en condiciones de pobreza, cuatro en pobreza extrema y cuatro en moderada. Por otro lado, los estados con el índice más bajo muestran datos que se antojan bastante lejanos: Nuevo León tiene dos de cada diez personas en condiciones de pobreza; Coahuila, el Distrito Federal, Baja California y Sonora alrededor de tres por cada diez, y todos ellos tienen menos de una persona por cada veinte en condiciones de pobreza extrema.

9 Esta información es retomada de los datos obtenidos por el INEGI en el XIII Censo de Población y Vivienda de 2010. Disponible en: http://web.CONEVAL.gob.mx/Paginas/principal.aspx

10 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. "Pobreza en México y en las entidades federativas 2008-2010. Julio de 2011", p. 83. Disponible en: http://web.CONEVAL.gob.mx/Informes/Interactivo/Medicion_pobreza_2010.pdf (Consultado en mayo de 2012).

Cuadro 2

Porcentaje de población en condiciones de pobreza, en estados con los índices más elevados				
Lugar que ocupan a nivel nacional	**Estados con más pobreza**	**Porcentaje de población con pobreza**	**% pobreza extrema**	**% pobreza moderada**
	Promedio nacional	**46.11%**	**10.74%**	**35.37%**
1	Chiapas	78.5%	38.3%	40.2%
2	Guerrero	67.6%	31.6%	36.0%
3	Oaxaca	67.4%	29.8%	37.6%
4	Puebla	61.2%	16.7%	44.5%
5	Tlaxcala	60.5%	10.0%	50.6%
6	Zacatecas	60.2%	10.8%	49.4%
7	Veracruz	58.4%	19.3%	39.2%
8	Tabasco	57.3%	13.6%	43.7%
9	Hidalgo	54.9%	13.5%	41.4%
10	Michoacán	54.8%	13.5%	41.3%
11	San Luis Potosí	52.5%	13.5%	37.1%
12	Durango	51.3%	10.3%	41.0%
13	Campeche	50.3%	13.6%	36.7%
14	Guanajuato	48.6%	8.4%	40.1%
15	Yucatán	48.3%	11.7%	36.8%

Fuente: http://www.CONEVAL.gob.mx/cmsCONEVAL/rw/pages/medicion/multidimencional/anexo_estadistico_municipal_2010.es.do

Cuadro 3

Municipios con población en condiciones de pobreza superior a la media nacional (46.11%), según porcentaje que habla alguna lengua indígena						
Porcentaje de población que habla lengua indígena por municipio	**0**	**≥ 0 <6.6%**	**≥ 6.6% <25%**	**≥ 25% <50%**	**≥ 50% <75%**	**≥ 75%**
% Promedio de población que vive en pobreza	67.5%	67.7%	74.4%	78.5%	80.6%	88.5%
Carencias promedio	2.5	2.6	3	3.1	3.3	3.6
% Promedio de población que vive en pobreza extrema	18.6%	20%	29.8%	35.3%	39.5%	54.6%
Carencias promedio	3.6	3.7	3.9	3.9	3.9	4
% Promedio de población que vive en pobreza moderada	48.9%	47.7%	44.6%	43.2%	41%	33.8%
Carencias promedio	2.2	2.3	2.5	2.6	2.7	3

Fuente: elaboración a partir de información del INEGI y CONEVAL.

El Cuadro 3 muestra las condiciones de pobreza general, moderada y extrema en los municipios del país que tienen un porcentaje superior a la media nacional de población hablante de lengua indígena, es decir, con más del 46.11% de su población viviendo en condiciones de pobreza. Se han considerado como rangos de población indígena por municipio: 0%, mayor a cero y menor a la media nacional (6.6%), mayor a 6.6% y menor a 25%, mayor a 25% y menor a 50%, mayor a 50% y menor a 75%, mayor a 75%. Asimismo, se presenta el promedio de carencias que presenta cada rango.

En el cuadro se puede apreciar que a medida que aumenta la cantidad de población hablante de lengua indígena en los municipios, aumenta también la proporción de población en condiciones de pobreza –tanto general, como moderada y extrema.

- ### Índice de rezago social

Otro elemento que nos ayuda a comprender las condiciones en que vive la población indígena en México es el Índice de rezago social [11], el cual conjunta principalmente aspectos relacionados con el rezago educativo, la falta de acceso a servicios de salud, calidad y espacios en la vivienda, falta de acceso a servicios básicos en la vivienda y los activos en el hogar, los cuales constituyen elementos básicos que contribuyen al desarrollo de las comunidades. Las entidades tipificadas como "muy altas" son las más alejadas del acceso de dichos servicios, le siguen las consideradas "altas". La diferencia de este indicador respecto al de Pobreza, radica en que éste último considera también los aspectos de ingreso, seguridad social y alimentación [12].

11 Esta medida se construye a partir de los siguientes indicadores:
1. Porcentaje de la población de 15 años y más, analfabeta.
2. Porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela.
3. Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta.
4. Porcentaje de la población sin derechohabiencia a servicios de salud.
5. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas con piso de tierra.
6. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.
7. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública.
8. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje.
9. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.
10. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora.
11. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.

http://web.CONEVAL.gob.mx/Paginas/principal.aspx

12 Índice de Rezago Social 2010, CONEVAL. Disponible en: http://www.CONEVAL.gob.mx/cmsCONEVAL/rw/pages/medicion/cifras/rezago%20social%202010.es.do

- Rezago social a nivel estatal y municipal

Guerrero, Oaxaca y Chiapas son los únicos estados del país con rezago social "Muy alto"; mientras que Veracruz, Puebla, Michoacán, Hidalgo, San Luis Potosí, Yucatán y Campeche, están en el nivel "alto". El resto de las entidades tienen nivel "medio", "bajo" o "muy bajo". Se observa que los diez estados con el rezago más alto, coinciden con diez de los once estados que el Coneval considera como los de mayor porcentaje de población indígena.

Por otra parte, 113 municipios cuentan con rezago social "muy alto", de los cuales el 81.42% tiene más del 50% de población hablante de lengua indígena. De estos municipios, 53 pertenecen al estado de Oaxaca, 15 a Guerrero y 10 a Chiapas. Asimismo, 495 municipios tienen rezago considerado "alto", el 50.4% de éstos tienen más del 50% de población hablante de lengua indígena. Los estados con más municipios con rezago "alto" son Oaxaca con 127, Puebla con 30, Veracruz con 27 y Chiapas con 21 (véase Cuadro 4)

Cuadro 4

Rezago social por municipios, según la proporción de población hablante de lengua indígena								
Índice de Rezago Social	Porcentaje de hablantes de lengua indígena		<6.6%		≥6.6% y <50%		≥50%	
	Núm. de municipios a nivel nacional	% del total nacional	Núm. de municipios	%	Núm. de municipios	%	Núm. de municipios	%
Muy alto	113	4.6	4	3.54	17	15.04	92	81.42
Alto	495	20.15	91	18.38	110	22.22	294	59.4

Fuente: elaboración a partir de información del INEGI y Coneval.

- Índice de marginación

El Índice de marginación [13] es una medida que permite diferenciar los estados y municipios del país, según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con vivir en localidades pequeñas. Estos aspectos constituyen cuatro dimensiones estructurales que marginan a la población del disfrute de bienes y servicios esenciales para el desarrollo de sus capacidades básicas [14].

- Marginación a nivel estatal

El Cuadro 5 muestra a las entidades federativas que cuentan con grado de marginación Alto y Muy alto. Se observa que diez de los 11 estados cuentan con el mayor porcentaje de población indígena a nivel nacional, según el Conapo –sólo Tabasco no forma parte de dicha lista–. Esto muestra de nueva cuenta una cercana relación entre la condición étnica de la población y las condiciones desfavorables que padecen.

De acuerdo con esta información, la diferencia entre los estados con grado de marginación "Muy alto" y los de "Alto" es muy grande, ya que la cifra del estado de Guerrero prácticamente duplica la de los estados de Tabasco, Campeche y Yucatán. Por otra parte, al realizar una comparación con los estados de la República que cuentan con índices de marginación considerados "Muy bajos", que son el Distrito Federal con 3.04, Nuevo León con 5.16, Baja California y Coahuila ambos con 10.35, se observa que la diferencia es abrumadora. Estos datos muestran la grave desigualdad social que existe al interior del país, pues algunas regiones cuentan con posibilidades de desarrollo en abundancia, mientras que otras carecen de las mínimas indispensables.

Cuadro 5

Entidades federativas con índices de marginación más altos			
Lugar que ocupa en el contexto nacional	Estado	Grado de marginación	Índice de marginación escala 0 a 100
1	Guerrero	Muy alto	88.72
2	Chiapas	Muy alto	84.14
3	Oaxaca	Muy alto	80.48
4	Veracruz	Alto	57.63
5	Puebla	Alto	49.88
6	Hidalgo	Alto	48.79
7	San Luis Potosí	Alto	46.72
8	Michoacán	Alto	45.90
9	Tabasco	Alto	44.76
10	Campeche	Alto	43.93
11	Yucatán	Alto	43.70

Fuente: http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=478&Itemid=194 (Consultado en mayo, 2012).

13 Se conforma por los siguientes indicadores:
1. Porcentaje de población de 15 años o más analfabeta.
2. Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa.
3. Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin excusado ni drenaje.
4. Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica.
5. Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada.
6. Promedio de ocupantes por cuarto en viviendas particulares habitadas.
7. Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas con piso de tierra.
8. Porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta dos salarios mínimos.
9. Porcentaje de población en localidades con menos de cinco mil habitantes.

14 Índices de marginación, 2005. Consejo Nacional de Población, 2006: 11. Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=478&Itemid=194

- Marginación a nivel municipal

Se observa que 441 municipios se encuentran en condiciones de "Muy alta" marginación, ubicándose en un rango que va de 76.98 a 38.30 puntos. El 59.18% de estos cuenta con 50% o más población hablante de lengua indígena, y se ubican principalmente en los siguientes estados: Oaxaca, 138 municipios; Chiapas, 30; Puebla y Veracruz, 26 respectivamente; Guerrero, 18; y Yucatán con 10.

Cuadro 6

Distribución de municipios según porcentaje de población hablante de lengua indígena (PHLI) y según grado de marginación.					
Grado de marginación	**Rango de marginación: escala 0 a 100**	**Municipios totales**	**Municipios con <6.6% de PHLI**	**Municipios con > 6.6% y 50% de PHLI**	**Municipios con ≥ 50% de PHLI**
Muy alto	76.9752 a 38.3038	441	90	90	261
Alto	38.2497 a 32.1423	408	180	119	109

Fuente: http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=478&Itemid=194

En cuanto a los municipios con grado de marginación "Alto" encontramos 408, de los cuales 26.72% tiene 50% o más de población hablante de alguna lengua indígena. El índice de marginación de estos municipios va de un rango de 38.25 a 32.14. Los principales estados con este tipo de municipios son: Oaxaca con 53, Yucatán con 19 y Puebla con 13.

A continuación se presentan de forma desglosada algunos de los indicadores fundamentales en los que se han basado las mediciones tanto de pobreza, como de marginación y de rezago, en población indígena: educación, derechohabiencia, acceso a servicios básicos en las viviendas, datos sobre salud, entre otros.

1.4. Indicadores educativos: asistencia escolar, rezago educativo, escolaridad y lectoescritura

El acceso a la educación y la calidad de la misma son aspectos fundamentales que inciden en las posibilidades de desarrollo de las comunidades. A pesar de que en los últimos años se han generado diversos programas educativos que han estado enfocados en tratar las diferencias culturales de los pueblos indígenas en México, los cambios han sido pocos, pues continúa existiendo un fuerte rezago en materia educativa en esta población.

Para abordar este tema se presentan algunos indicadores básicos de forma comparativa, tanto para población hablante de lengua indígena como población hablante de español, también a nivel nacional, que permite aproximarnos a las condiciones diferenciadas que se viven entre los diferentes grupos, en términos de asistencia escolar, rezago educativo, escolaridad y lectoescritura.

- **Asistencia escolar**

Los datos en este rubro no son alentadores para ningún grupo poblacional, ya que si bien en el país aún hace falta generar una mayor oferta educativa para población no indígena, la situación es menos favorable para la población indígena. Las cifras muestran que, a medida que aumenta la edad de la población, también aumenta la brecha entre las personas que asisten a la escuela entre la población que no habla lengua indígena y la que sí lo hace.

La asistencia escolar entre niños de 3 a 4 años es prácticamente igual en ambas poblaciones; sin embargo, en los siguientes dos rangos de edades –de 5 a 9 y de 10 a 14 años, que corresponden con las edades de primaria y secundaria– la diferencia se ha duplicado, pues en la población no indígena son aproximadamente cinco de cada 100 niños los que no asisten a la escuela, mientras en población indígena se trata de 11 por cada 100.

En el siguiente rango de edad, de 15 a 19 –periodo correspondiente a bachillerato o preparatoria–, la diferencia es casi de 20 puntos: de la población no indígena acuden 58 niños por cada 100, mientras de población indígena acuden aproximadamente 40. El dato más grave se encuentra en el rango de 20 a 24 años, correspondiente a los estudios universitarios, pues en la población no indígena 23 jóvenes de cada 100 pueden seguir estudiando, mientras que en la población indígena, sólo nueve por cada 100.

Cuadro 7

Asistencia escolar por condición de indigenismo						
Grupos de edad		**3 a 4 años**	**5 a 9 años**	**10 a 14 años**	**15 a 19 años**	**20 a 24 años**
Población no hablante de lengua indígena						
TOTAL	Asiste	35.5%	94.9%	94.1%	58.0%	22.9%
	No asiste	62.5%	4.4%	5.7%	41.6%	76.3%
HOMBRES	Asiste	35.1%	94.8%	93.7%	57.3%	23.6%
	No asiste	62.9%	4.6%	6.0%	42.3%	75.5%
MUJERES	Asiste	35.9%	95.1%	94.%	58.7%	22.1%
	No asiste	62.2%	4.3%	5.3%	40.9%	77.0%
Población hablante de lengua indígena						
TOTAL	Asiste	35%	88.5%	88.7%	40.6%	8.8%
	No asiste	63.5%	10.9%	11.0%	59.0%	90.5%
HOMBRES	Asiste	34.6%	88.4%	89.5%	43.0%	9.5%
	No asiste	63.7%	11.0%	10.2%	56.6%	89.9%
MUJERES	Asiste	35.3%	88.6%	87.8%	38.3%	8.2%
	No asiste	63.2%	10.9%	11.9%	61.3%	91.1%

Fuente: http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas

- **Rezago educativo**

Este indicador está conformado por la población de quince años y más que no sabe leer ni escribir, y/o que no ha iniciado o concluido su educación primaria o secundaria. A continuación se presentan las cifras correspondientes a las entidades federativas con los primeros lugares en rezago educativo a nivel nacional.

Cuadro 8

Entidades federativas con mayor rezago educativo, 2010				
Lugar nacional	**Entidad**	**Población Total**	**Población hablante de español**	**Población hablante lengua indígena**
	República Mexicana	**41.4%**	**39.1%**	**73.1%**
1	Chiapas	59.9%	53.6%	78.6%
2	Oaxaca	57.8%	48.1%	75.3%
3	Michoacán	53.8%	53.2%	71.2%
4	Guerrero	53.7%	49.6%	79.0%
5	Veracruz	50.8%	48.0%	77.5%
6	Guanajuato	49.9%	49.9%	57.9%
7	Zacatecas	49.1%	49.1%	58.8%
8	Puebla	49.3%	45.2%	77.5%
9	Yucatán	45.3%	31.1%	73.0%
10	San Luis Potosí	44.4%	41.8%	65.8%
11	Hidalgo	43.3%	38.9%	67.0%
12	Campeche	42.4%	38.6%	66.1%

Fuente: http://www.inea.gob.mx/transparencia/pdf/rez_censo_edos/rez_HI_mun_rm.pdf

Se aprecia una vez más que la mayoría de los estados coincide con los que el CONAPO considera como de mayor población indígena del país, pues salvo Guanajuato y Zacatecas, el resto pertenece a dicha lista, de ahí que los datos marquen una tendencia muy elevada para la población indígena.

El porcentaje de población en rezago educativo a nivel nacional es muy elevado, pues cuatro de cada diez personas se encuentran en dicha condición. No obstante, cuando el análisis se realiza de forma diferenciada entre población hablante de español y hablante de lengua indígena el contraste se dispara, pues en el primer caso es de cuatro por cada diez, y en el segundo es de más de siete por cada diez. Estas cifras significan que, en promedio, a nivel nacional para población hablante de lengua indígena, sólo tres de cada diez personas de 15 años o más saben leer y escribir y también han terminado sus estudios de secundaria, mientras que en la población no hablante de lengua indígena es el doble, seis por cada diez.

A nivel estatal, los diez estados con mayor población indígena muestran cifras muy elevadas para este grupo poblacional, pues las más bajas indican que 66 de cada 100 personas tienen rezago educativo –en San Luis Potosí y Campeche–, mientras las más altas ascienden prácticamente a ocho de cada diez personas en esta condición –Chiapas, Veracruz, Guerrero y Puebla.

- **Aptitud para leer y escribir**

Otro indicador importante para aproximarnos a las condiciones educativas es el conocimiento de la lectoescritura. A nivel nacional, en personas de doce años o más, sólo el 6.45% no sabe leer ni escribir; algo similar se observa entre población no hablante de lengua indígena, donde la cifra es de 5.05%. Sin embargo, en población hablante de alguna lengua indígena la cifra asciende al 25.65%, lo que corresponde a que una de cada cuatro personas hablantes de lengua indígena no sabe leer ni escribir[15].

Estos datos son preocupantes, ya que muestran que existe un grupo amplio de la población que se encuentra al margen de las posibilidades de comunicación y de conocimiento que proporciona la lectoescritura.

Cabe mencionar que la adquisición primaria de estos conocimientos en las escuelas se lleva a cabo en español, por lo que sucede con frecuencia que los indígenas puedan leer y escribir en este idioma, pero no en sus lenguas maternas. Esto genera que el uso de sus lenguas se restrinja más a espacios de transmisión oral, quedando rezagada con respecto de la vitalidad que tiene el español.

1.5. Servicios públicos en viviendas ubicadas en comunidades con población indígena

Las condiciones deficientes de las viviendas, especialmente la falta de servicios –como el acceso al agua potable, el piso de tierra y el saneamiento–, están relacionadas de forma muy cercana con diversas causas de morbilidad y mortalidad en la población, especialmente la infantil. Estas circunstancias generan un entorno adverso para las familias, ya que se relacionan en buena medida con la ausencia de condiciones higiénicas que permitan a la población tener medidas preventivas adecuadas; situación que desencadena el surgimiento de enfermedades transmisibles, que incluyen malestares de origen infeccioso o parasitario que en muchos casos llevan a la muerte. En el Cuadro 9 se muestra el porcentaje de población que carece de los principales servicios en las viviendas del país, esto es, falta de energía eléctrica, de agua entubada, de sanitarios y de drenaje; así como quienes cuentan en su vivienda sólo con piso de tierra.

15 http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P12Mas.asp?s=est&c=27823&proy=cpv10_p12mas

Cuadro 9

Carencia de servicios básicos en las viviendas, Censo de Población y Vivienda 2010					
	Energía eléctrica	Agua entubada	Excusado	Drenaje	Piso de tierra
Total nacional	76.9752 a 38.3038	441	90	90	261
Población hablante de español	1.2%	7.3%	3.3%	7.2%	5.3%
Población hablante de lengua indígena	8.2%	24.8%	13.9%	43.2%	22.5%

Fuente: http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas)

Estos datos muestran la existencia de una brecha importante entre la población hablante de lengua indígena y quienes hablan español en lo que se refiere a los servicios antes mencionados. La proporción de quienes carecen de agua entubada y de excusado y quienes tienen piso de tierra es más de tres veces mayor para la población indígena que para la no indígena. Pese a ello, las mayores diferencias se manifiestan en cuanto a la carencia de energía eléctrica y de drenaje, pues se trata de una proporción aproximada de seis a uno: por cada seis personas hablantes de lengua indígena que carecen de estos servicios, uno solo es hablante de español.

1.6. Indicadores básicos de salud: fecundidad, esperanza de vida, derechohabiencia, mortalidad general, mortalidad infantil

• Fecundidad

Los patrones de reproducción de las sociedades están relacionados con sus condiciones educativas, sociales y económicas (INEGI, La población indígena en México), es por ello que se pueden identificar diferencias entre la población indígena y la que no lo es. El Conapo ha proporcionado las cifras estimadas para 2010 de la Tasa Global de Fecundidad en los estados que cuentan con mayor cantidad de población indígena, estableciendo las diferencias para los dos grupos de población. Los resultados muestran que, a nivel nacional, la población indígena tiene una tasa 0.4 puntos más alta que la no indígena, aunque ese contraste se llega a ampliar bastante en algunos estados, como en Guerrero, donde las mujeres indígenas tienen 1.04 hijos más, o en Chiapas, donde la divergencia es de 0.91. Por el contrario, para el resto de entidades del país, la diferencia es de 0.2 puntos.

A pesar de estas cifras, se ha determinado que la diferencia ha ido disminuyendo gradualmente a través del tiempo, de tal forma que para el año 2035 se prevén tasas de fecundidad iguales para ambos grupos de población.

Cuadro 10

Tasa global de fecundidad por condición de indigenismo y entidad federativa, 2010			
	Total	Indígenas	No indígenas
República Mexicana	**1.9**	**2.3**	**1.9**
Oaxaca	2.1	2.3	1.8
Chiapas	2.1	2.7	1.8
Veracruz	1.9	2.3	1.8
Yucatán	1.9	2.0	1.7
Puebla	2.0	2.4	1.9
Hidalgo	2.0	2.3	1.9
Guerrero	2.2	3.0	2.0
Quintana Roo	2.0	2.2	1.8
San Luis Potosí	1.9	2.5	1.8
Michoacán	1.9	2.1	1.9
Campeche	2.0	2.1	1.9
Resto del país	1.9	2.1	1.9

Fuente: Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000-2010. Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/Proyindigenas.pdf

• Esperanza de vida al nacimiento

Otro indicador relevante para comprender las condiciones de vida de la población indígena, es la esperanza de vida al nacimiento por condición de indigenismo, ya que capta de alguna manera las condiciones de vida diferenciadas con que cuenta esta población en comparación con la no indígena.

A nivel global (véase Cuadro 11) se observa que del año 2000 a 2010, se dio un aumento en la esperanza de vida a nivel nacional de 2.6 años; 2.65 para los hombres y 2.55 para las mujeres. No obstante, para 2010 la población indígena tiene una esperanza de vida de 1.51 años menor a la nacional, y 1.65 años menos que la población no indígena. A pesar de ello, se muestra un aumento de 2.56 años respecto a la del año 2000.

Cuadro 11

Esperanza de vida al nacimiento a nivel nacional por condición de indigenismo, 2000-2010						
Esperanza de vida en años	2000			2010		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
República Mexicana	**74.0**	**71.5**	**76.5**	**76.6**	**74.2**	**79.0**
Población no indígena	74.2	71.7	76.6	76.7	74.3	79.1
Población Indígena	72.1	69.4	74.7	75.1	72.5	77.7

Fuente: Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000-2010. Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/Proyindigenas.pdf

D.R. Teúl Moyrón / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

- Por entidad federativa, 2010

Los 11 estados con mayor población indígena, según el Conapo, son los que tienen una Esperanza de vida menor a la media nacional (76.63 años); sin embargo, sólo cinco están por debajo del promedio considerado para la población indígena en México: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Hidalgo y Guerrero. Este último presenta el índice más bajo, con 1.58 años menos que la media para población indígena, y 3.23 años menos que la media de población no indígena nacional [16].

- **Derechohabiencia**

Según los datos del Censo de 2010 del INEGI, a nivel nacional 34.45% de la población no tiene ninguna derechohabiencia; para la población no hablante de lengua indígena la cifra es de 33.93%, mientras que para la población indígena asciende a 42.69% [17].

Cuadro 12

Esperanza de vida al nacimiento en años por entidad federativa y condición de indigenismo, 2010

Entidad Federativa	Población no indígena			Población indígena		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
República Mexicana	**76.7**	**74.3**	**79.1**	**75.1**	**72.5**	**77.7**
Oaxaca	76.1	73.5	78.6	74.7	72.0	77.3
Chiapas	75.4	72.8	78.0	74.5	71.8	77.1
Veracruz	75.9	73.4	78.5	74.8	72.2	77.5
Yucatán	77.0	74.6	79.3	75.6	73.1	78.0
Puebla	76.2	73.6	78.8	75.3	72.6	78.0
Hidalgo	76.1	73.5	78.7	75.0	72.3	77.7
Guerrero	75.8	73.2	78.4	73.5	70.7	76.3
Quintana Roo	77.2	74.8	79.5	76.2	73.7	78.6
San Luis Potosí	76.2	73.7	78.6	75.5	73.0	78.0
Michoacán	76.2	73.9	78.6	75.3	72.8	77.8
Campeche	76.2	73.9	78.6	75.4	73.0	77.9
Resto del país	77.0	74.7	79.3	75.5	73.0	78.0

Fuente: Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000-2010. Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/Proyindigenas.pdf

16 Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000-2010, p. 31. Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/Proyindigenas.pdf

17 Datos disponibles en : http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Pro-

El 65.84% de la población nacional que tiene tres años o más, cuenta con algún tipo de derechohabiencia en alguna institución que les provee de servicios de salud, ya sea del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del Seguro Popular, de Petróleos Mexicanos, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina, o alguna institución privada. En cuanto a la población no hablante de alguna lengua indígena, se observa que 65.84% cuenta con algún tipo de derechohabiencia, mientras que 33.93% no tiene ninguna. Por otra parte, 57.1% de la población indígena cuenta con alguna derechohabiencia, lo que implica que poco menos de la mitad de la población indígena del país carece de acceso a servicios de salud (véase Cuadro 13)

Cuadro 13

Derechohabiencia por condición de indigenismo				
	Total	**Población no hablante de lengua indígena**	**Población hablante de lengua indígena**	**No especificado**
Con derechohabiencia	65.1%	65.8%	57.1%	47.5%
IMSS	32.0%	33.5%	12.7%	24.2%
ISSSTE	5.8%	6.0%	2.6%	3.5%
Seguro Popular	23.0%	21.8%	40.1%	14.7%
Otros	4.2%	4.3%	1.6%	4.9%
Sin derechohabiencia	34.4%	33.9%	42.4%	26.8%

Fuente: http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas

En cuanto a la derechohabiencia, 32.0% de la población del país cuenta con este servicio en el IMSS; 33.5% de población no indígena y 12.7% de indígena. Al ISSSTE acude el 5.8% de la población del país; 2.6% de población indígena y 6.0% de no indígena. Al Seguro Popular tiene acceso el 23.05% de la población nacional; 21.8% de población no indígena y 40.1% de población indígena.

- **Mortalidad general**

Existen tres grupos principales de causas de mortalidad general para la población, los cuales están relacionados con distintas necesidades de atención. A saber:

1. Enfermedades transmisibles, maternas y perinatales. Incluyen enfermedades infecciosas, parasitarias, deficiencias de la nutrición, complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio (maternas), y del parto perinatal. Son evitables a bajo costo, el daño que causan puede disminuirse por el acceso a servicios primarios de atención a la salud y por medidas preventivas. Debido a estas características, estas enfermedades se encuentran con más frecuencia en poblaciones que viven en situación de pobreza y de vulnerabilidad, ya que son producidas por falta de servicios básicos en las viviendas, por desnutrición, o por la falta de atención oportuna, entre otras causas. Su principal impacto se manifiesta en los niños pequeños, y también en los adultos mayores.

2. Enfermedades no transmisibles. Relacionadas con causas crónico-degenerativas. Requieren intervención especializada de segundo y tercer nivel; también seguimiento y tratamiento al usuario, exámenes y estudios clínicos. Estas enfermedades son onerosas para la población y también para el sistema de salud.

3. Lesiones y accidentes. Son las más fácilmente evitables. Se requiere trabajar principalmente en medidas preventivas y de cuidado de las personas, como medidas de seguridad y protección civil en el hogar, en la vía pública y en el trabajo.

En el Cuadro 14 se observa cómo ha cambiado la distribución de las causas de mortalidad en México en los últimos años, pues se muestran cifras comparativas entre los años 1980 y 2007. Se puede apreciar que han disminuido notablemente las enfermedades transmisibles (en 20%), pero han aumentado de manera considerable las no transmisibles (en 30%). Las políticas públicas enfocadas a la prevención de enfermedades básicas en población vulnerable han tenido cierto impacto; aunque, por otro lado, también han aumentado considerablemente las enfermedades degenerativas, como la diabetes, que se ha convertido en la enfermedad con la mayor mortalidad en el país.

Cuadro 14

Causas de mortalidad en México, 1980 y 2007		
	1980	**2007**
Defunciones totales en la República Mexicana	429 mil	514 mil
• Enfermedades transmisibles	31.8%	12.2%
• Enfermedades no transmisibles	45.7%	75.2%
• Lesiones y accidentes	15.8%	10.5%
• causas mal definidas	6.7%	2.1%

Fuente: Principales causas de mortalidad en México, 1980-2007. Documento de trabajo para el XLIII periodo de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo "Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo". Nueva York, 12 a 16 de abril de 2010. Secretaría General del Consejo Nacional de Población, pp. 14-15.Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf

yectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas

Cabe señalar que dentro de las principales causas de mortalidad general, las enfermedades no transmisibles, así como las lesiones y accidentes relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, han adquirido dimensiones epidémicas, lo que ha obligado a considerar a las adicciones como un problema de salud pública que ha impactado a la población general, tanto indígena como no indígena. Sin embargo, actualmente se carece de información que permita determinar plenamente la relación entre estas causas de mortalidad con la condición de ser indígena, aunque aunado a los planteamientos anteriores, no es de sorprender que este problema afecte de manera significativa la salud y la calidad de vida de la población indígena, en los diversos grupos de edad, y tanto a hombres como a las mujeres.

- **Mortalidad infantil**

La tasa de mortalidad infantil es el reflejo de las condiciones en que vive cualquier sociedad, ya que los infantes son los más vulnerables ante las condiciones de pobreza, marginación y rezago social.

En este caso, las cifras de mortalidad infantil, tanto en población indígena como no indígena, ponen nuevamente en evidencia la situación de desigualdad que priva en nuestro país. A pesar de esto, a nivel nacional las diferencias disminuyeron del año 2000 al 2010 (de una diferencia de 128 muertes en 2000, a 88 muertes de menores de un año de edad por cada 10 mil nacimientos en 2010); no obstante, aún es posible encontrar diferencias muy importantes [18].

Cabe destacar que el estado de Guerrero tiene la cifra más alta de mortalidad infantil: en el año 2000, la tasa fue de 459 muertes por cada 10 mil nacimientos, mientras que en 2010 se redujo a 311, lo cual denota un avance importante; sin embargo, estas cifras exceden en 213 y 151 muertes respectivamente a la población no indígena del mismo estado. Otro dato importante lo encontramos en el estado de Yucatán, donde la tasa de mortalidad de niños entre la población indígena (de 295 en 2000 y 187 en 2010) es prácticamente el doble de la población no indígena (de 153 en 2000 y 91 en 2010).

También es notoria la diferencia entre los estados con más población indígena respecto del resto del país. En 2010, el promedio de mortalidad infantil para los estados con más población indígena es de 220.9 muertes por año, mientras que la cifra para el resto de los estados del país en población no indígena es de 134 fallecimientos.

18 Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000-2010. CONAPO, 2005, p. 34. Disponible en: http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/ Proyindigenas.pdf

Cuadro 15

Tasa de mortalidad infantil por condición de indigenismo y entidad federativa, 2000-2010

Entidad Federativa	Total		Indígenas		No indígenas	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Oaxaca	298	211	353	237	221	144
Chiapas	307	207	360	242	273	180
Veracruz	267	174	350	230	248	159
Yucatán	246	157	295	187	153	91
Puebla	255	170	323	216	236	154
Hidalgo	263	172	337	222	235	151
Guerrero	297	198	459	311	246	160
Quintana Roo	214	139	264	173	171	109
San Luis Potosí	252	165	301	198	241	156
Michoacán	244	162	323	217	238	158
Campeche	251	162	306	197	228	145
República Mexicana	233	154	344	228	216	140
Resto del país	212	140	342	231	205	134*

* Decesos de menores de un año por cada 10 mil nacidos vivos.

Fuente: Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000-2010. Conapo, 2005. http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/Proyindigenas.pdf

- **Causas de mortalidad por condición de indigenismo**

- En menores de un año

En menores de un año, en municipios donde el 40% o más está constituido por población indígena, el 63.80% de las defunciones se debió a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; 30.45% a causas no transmisibles y 1.71% a causas externas, como accidentes o lesiones intencionadas. Por otra parte, en el resto de los municipios, la primer causa tuvo 62.69%, la segunda 32.25% y la tercera 3.10%.

En el Cuadro 16 se presentan los datos relativos al primer grupo de causas de mortalidad en menores de un año; es posible observar ligeras diferencias entre ambas poblaciones, principalmente en las enfermedades infecciosas y parasitarias, y en las deficiencias de la nutrición, e infecciones respiratorias, donde hay un porcentaje más alto para poblaciones indígenas, y en las afecciones originadas en el periodo perinatal, donde la tendencia se invierte.

Cuadro 16

Causas de mortalidad en menores de un año. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, 2010

Causas de mortalidad	Población Indígena*	Resto de Población*
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7.8%	4.6%
Infecciones respiratorias	8.0%	6.1%
Afecciones originadas en el periodo perinatal	44.4%	50.3%
Deficiencias de la nutrición	3.4%	1.5%
TOTAL	63.8%	62.6%

* Se considera en el rubro de Población indígena a los municipios con 40% o más de este grupo poblacional. Como Resto de población se considera a los demás municipios.

Fuente: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

- Niños de uno a cinco años

Cuando encontramos las mismas causas de mortalidad en niños de uno a cinco años, se pueden observar diferencias interesantes, pues el porcentaje de mortalidad es el doble en población indígena que el que tiene el resto de la población. Existe un alarmante porcentaje de niños indígenas que mueren por deficiencias de la nutrición: uno de cada 10, mientras que en población no indígena es de 0.35 por cada 10. Por otro lado, casi dos de cada 10 niños indígenas mueren por enfermedades infecciosas o parasitarias, mientras que en los municipios que menos de 40% de población indígena, el saldo es de uno por cada 10.

Esto nos permite entender la gravedad de las condiciones de vida de los niños indígenas, quienes son los más vulnerables a las condiciones de pobreza y marginación, ya que mueren por enfermedades que, como se mencionó anteriormente, son evitables a bajo costo y el daño que causan puede disminuirse mediante el acceso a servicios primarios de atención a la salud y por medidas preventivas.

Cuadro 17

Causas de mortalidad en niños de 1 a 5 años. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, 2010

Causas de mortalidad	Población Indígena*	Resto de Población*
Enfermedades infecciosas y parasitarias	19.0%	10.0%
Infecciones respiratorias	10.6%	7.9%
Deficiencias de la nutrición	10.9%	3.5%
TOTAL	40.6%	21.4%

* Se considera en el rubro de Población Indígena a los municipios con 40% o más de este grupo poblacional. Como Resto de población se considera a los demás municipios.

Fuente: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

D.R. Autor no dientificado / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

...Yo me acuerdo que [él] antes no tomaba tanto. Cuando lo conocí, él ya tomaba, pero no tanto. Después lo hacía casi diario, se iba temprano a raspar [maguey] y a veces se quedaba allí todo el día, se bebía todo lo que sacaba y llegaba bien borracho, ya ni vendía. A veces se dormía, a veces quería seguir tomando y buscaba con quién. Como tomaba mucho, a veces se quedaba bien perdido.

Testimonio de una indígena hñähñu (fragmento)

D.R. Sergio Luis Contreras / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

2. El proceso de alcoholización y alcoholismo en comunidades con población indígena

Testimonio de una indígena hñähñu

...Yo me acuerdo que [él] antes no tomaba tanto. Cuando lo conocí, él ya tomaba, pero no tanto. Después lo hacía casi diario, se iba temprano a raspar [maguey] y a veces se quedaba allí todo el día, se bebía todo lo que sacaba y llegaba bien borracho, ya ni vendía. A veces se dormía, a veces quería seguir tomando y buscaba con quién. Como tomaba mucho, a veces se quedaba bien perdido.

Muchas veces llegaba cuando estábamos dormidos. Como no tenía puerta, él se metía a la casa y me sacaba de las greñas de la cama, yo no sabía por qué, pero me pegaba, me pegaba hasta que se cansaba. Mis hijos estaban chiquitos pero si se acuerdan, nomás se acurrucaban en la cama y oían todo; le tenían miedo, le tenían coraje, a mí me decían que lo dejara, que nos fuéramos lejos los tres, pero yo no podía.

En la casa yo era la que tenía que trabajar, salía a vender lo que fuera: mis tejidos, mis hierbitas que recogía en el cerro... lo que fuera. A veces ni tortillas teníamos. Me dolía mucho ver a mis hijos así; mis hermanos a veces nos daban comida. Los niños no iban a la escuela, no tenía ni para una hoja de papel, ni modo que no tuvieran ni para escribir, menos para un lápiz, no pues mejor que se quedaran y ayudaran con los animales.

Un día otra vez llegó tomado, ya mis hijos se habían escondido, yo ya estaba esperando y me puse otro suéter encima, ese día me empezó a decir groserías, me decía cosas muy feas, que cuando él no estaba yo me acostaba con otros, que los niños no eran de él, que me tenía por pura lástima, que la casa era suya, que iba a llevar a otra allí... y así, me empezó a pegar otra vez; este día me pegó mucho, quedé desmayada y no supe más. Mi hijo me contó después que él le dijo a su padre que no me pegara, pero eso le costó muy caro, le pegó y lo encueró, así todo encuerado lo sentó en un hormiguero y lo dejó allí hasta que estaba bien picoteado... No pude ni ir a levantarlo, 'namás' me acuerdo que lloraba.

Mis hermanos vieron todo lo que nos hacía y un día que estaba bien borracho le pegaron y lo subieron a un quiote bien alto, lo amarraron y allí lo dejaron toda la noche. Estuvo tranquilo unos días, hasta me pidió perdón, me decía que me quería, que no me iba a volver a pegar, que era la última vez... pero no. Ya luego después de unos días llegó bien borracho, y peor porque se desquitó y me dejó toda sangrada...

¿Qué le puedo decir? Nosotros sufrimos mucho, mis hijos no quieren a su padre, y aunque ya no me pega el alcohol es un demonio que se le metió y vive con nosotros... Él ya está enfermo, cuando toma echa sangre por la boca, pero se empina la botella y sigue tomando. Yo creo que se va a morir pero no le hace caso a nadie, ya nomás estamos esperando a ver qué día llegan a darnos el aviso[19].

19 Testimonio de M., una indígena hñähñu del Valle del Mezquital. Fragmento de entrevista de campo realizada por la antropóloga Nancy Garfias Antúnez el 7 de febrero de 2010.

¿Cómo entender la complejidad de estos procesos en la población indígena de nuestro país?

Así como en el resto del país, el consumo de alcohol en los pueblos indígenas se ha convertido en un problema de salud pública en los últimos años. A pesar de que no existen datos estadísticos precisos enfocados a este grupo poblacional que den cuenta de la magnitud de la situación, se tienen elementos que permiten tener aproximaciones, y es posible afirmar que se trata de una problemática de gravedad. Diversos trabajos han hablado de la complejidad subyacente, ya que se trata de una práctica profundamente enclavada en la cosmovisión de los pueblos, pues se encuentra relacionada con numerosos eventos relevantes para estas sociedades, como las prácticas rituales que se llevan a cabo a lo largo de la vida de las personas, como medio para consolidar la solidaridad comunitaria o para realizar intercambios mercantiles. Sin embargo, es indispensable hacer notar que la situación que se vive actualmente en las comunidades indígenas excede notablemente dichos contextos, ya que está desgastando los tejidos sociales debido a las consecuencias tan destructivas que se pueden observar.

Reconociendo la complejidad de este fenómeno, en este apartado se abordará su multicausalidad; es decir, los factores sociales, políticos, económicos, culturales y médicos que están asociados. Se tomará como punto de partida que cuando se trata de población indígena, de ningún modo es suficiente la perspectiva biomédica que explica las causas y las consecuencias fisiológicas y psicosociales derivadas del consumo excesivo de alcohol, sino que es indispensable incorporar la mirada antropológica que aborda el problema como un proceso de alcoholización, es decir, a los significados asociados con esta práctica, los cuales se encuentran inscritos en procesos socioculturales al interior de las comunidades, y se manifiestan a través de las relaciones de desigualdad y de poder que establecen los numerosos actores sociales que la rodean (Lerín, 2005).

2.1. Aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que influyen en el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo en los pueblos indígenas

El uso nocivo de alcohol no está aislado del resto de los procesos sociales, políticos, económicos y culturales que vive la sociedad mexicana en su conjunto, y las comunidades indígenas en particular; por el contrario, forma parte de ellos, e incluso podría decirse que se trata de la manifestación de un síntoma frente a una problemática mucho mayor, ya que se encuentra relacionado con una gran diversidad de circunstancias. En el caso de la población indígena, se ha establecido una asociación entre la ingesta excesiva de alcohol y la pobreza, la marginación y la condición étnica de los consumidores, lo que a través del tiempo ha generado una estigmatización social y cultural de los indígenas, asociándolos con estereotipos negativos (CDI, 2008: 20). El objetivo de este documento es precisamente contribuir a romper con esas creencias, ya que de acuerdo con los especialistas en la materia, el alcoholismo es un problema de salud muy grave que involucra, sin distinción, a todos los grupos sociales del país (ENA, 2008). Sin embargo, el presente trabajo pretende atender las particularidades que surgen entre la población indígena, tomando en consideración la gran diversidad cultural que conservan.

- **El consumo de alcohol y la cultura**

Para comenzar el análisis es necesario recordar que la ingesta de bebidas alcohólicas en grupos indígenas cumple generalmente una función social de gran importancia, debido a ello forma parte del acervo cultural que estos grupos conservan con más cuidado; esta práctica se encuentra vinculada con procesos de mucho valor que se encuentran en el centro de sus identidades culturales. Esto se refiere a la ejecución de gran diversidad de festividades y rituales desarrollados a lo largo del año y a través de los ciclos de vida de las personas, en donde el alcohol es un elemento imprescindible, pues favorece el flujo de las interacciones sociales entre las personas y también con el ámbito sobrenatural, asimismo fomenta el sentimiento de solidaridad y de cohesión entre sus integrantes.

Otro aspecto importante es que el consumo de algunas bebidas alcohólicas desde edades muy tempranas, como es el caso del pulque, está relacionado con la falta de otros alimentos e incluso con la carencia de agua potable en las comunidades, por lo que constituye un alimento fundamental para las personas desde que son muy jóvenes (CDI, 2008: 46). Este conocimiento debe estar presente en cualquier persona que trabaje en comunidades indígenas, y debe guardar el debido respeto a dichas prácticas.

No obstante, también se debe considerar que existe una frágil línea que marca el límite entre las prácticas culturales necesarias para que una sociedad se reproduzca, y los excesos que conducen hacia el deterioro y la destrucción. El consumo de alcohol se manifiesta actualmente con características ya de un uso nocivo, que desencadena situaciones que atentan contra la salud de las personas, de las familias y de sus comunidades.

Por otro lado, el proceso de alcoholización ha considerado que la ingesta de alcohol tiene funciones específicas en las relaciones de dominio que se dan en las distintas sociedades o culturas (Menéndez, 1991); es decir, se plantea que la introducción del alcohol en las culturas indígenas ha servido como herramienta para la dominación e incorporación de estos grupos al mercado, provocando en muchos casos la adicción a esta sustancia con fines políticos y económicos. Para Gálvez

(2005), por ejemplo, la dependencia al alcohol responde a una construcción social, que se ha ido estableciendo como un elemento que puede integrar las relaciones sociales, ya sea de manera positiva o negativa.

- **Consumo de alcohol y violencia**

En diversos estudios se ha detallado la relación que existe entre el consumo de alcohol y la violencia; en ellos se expresa que las consecuencias de ésta se prolongan a través de los años, y se manifiestan en la salud física, mental, emocional y social de las personas. La violencia se puede expresar de muchas formas y en contra de cualquier miembro de la comunidad, aunque se genera principalmente hacia los menores de edad y hacia las mujeres. También puede ser ejercida por cualquier persona; sin embargo, los hombres son los principales agentes, además de que son ellos quienes consumen con más frecuencia y en mayores cantidades las bebidas embriagantes.

Se ha identificado que durante el estado de ebriedad se intensifica la comisión de delitos –como robos, asaltos, violaciones o asesinatos–; así como también suceden con más frecuencia eventos de violencia sexual, física, psicológica o contra el patrimonio, lo mismo hacia miembros de la propia familia como hacia integrantes de la comunidad. Se ha vuelto común que el jefe de familia decida gastarse todo el dinero disponible durante una borrachera, olvidando las necesidades del resto de los integrantes. También ocurren con más frecuencia diferentes tipos de accidentes. Esto genera consecuencias graves observables a través de situaciones como la desintegración familiar, divorcios, mortalidad infantil, pobreza, confrontación entre miembros de una misma colectividad, entre otras. Dentro del contexto de la comunidad y de la familia, este tipo de circunstancias genera vulnerabilidad entre las personas, las cuales temen por su integridad y no pueden transitar libremente por el territorio de su demarcación (CDI, 2008).

En particular, la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas de 2008 (Ensademi)[20], (como proyecto de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas –CDI– y del Instituto Nacional de Salud Pública), cuyo objetivo general fue determinar las características y la tipología de la violencia de pareja contra las mujeres en ocho regiones indígenas de la República Mexicana, ha logrado identificar la existencia de una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y drogas con la violencia de pareja. En la medida en que aumenta el consumo de alcohol por parte de la pareja, también aumenta la proporción de mujeres agredidas. De esta forma, para las mujeres que mencionaron un consumo de alcohol ocasional en su pareja, el reporte de violencia fue de 21.2%; cuando la pareja tomaba todos o casi todos los días, la cifra ascendió de forma alarmante a 58.7%.

Si se analiza por severidad de la violencia, se aprecia que la proporción de hombres que consumen alcohol con mayor frecuencia es más alta en las mujeres que padecen de violencia severa. Asimismo, 42.7% de las agresiones ocurrieron cuando la pareja se encontraba bajo los efectos del alcohol (Ensademi, 2008: 97).

La encuesta también abordó el tema de las consecuencias de la violencia en la salud física de las mujeres. Los resultados expresan que una de cada tres mujeres que viven en una relación de pareja violenta, tuvo alguna lesión o daño; la mayoría reportó dolores en el cuerpo o moretones, pero 2% presentó lesiones graves, como fracturas, luxaciones o pérdida de la conciencia, por lo que tuvo que ser hospitalizada (Ensademi, 2008: 98); incluso se manifiestan lesiones con efectos a largo plazo, como pérdida de la función de algún miembro o pérdida parcial o total de la audición o de la vista. También se detectó que las mujeres maltratadas por la pareja tienen más propensión a utilizar los servicios psiquiátricos o de salud mental en comparación con las no maltratadas. Otra relación importante entre la violencia y el consumo de alcohol se da entre las mujeres sobrevivientes al abuso sexual infantil y al incesto, las cuales tienen más probabilidades de sufrir de alcoholismo o de adicción a alguna droga (Ensademi, 2008: 71).

En los resultados también se plantean las consecuencias que la violencia de pareja puede traer a largo plazo en los hijos, pues esta podría convertirse en el modelo de resolución de conflictos que se utilice en la vida adulta de los niños que la vivieron durante la infancia en sus hogares; cuando los niños son víctimas o testigos, tienden a repetir dichas conductas en la vida adulta (Ensademi, 2008: 99); por otro lado, la violencia tiene un impacto directo en la vida emocional de las personas, generando efectos en la calidad de vida, la salud física y mental, y el desarrollo de su potencial productivo.

- **Condiciones políticas y económicas**

El consumo de alcohol también está relacionado con factores políticos y económicos que lo agravan, pues las condiciones de pobreza y marginación que viven los pueblos indígenas muchas veces se deben a la existencia de problemas de autoritarismo, abuso de poder y corrupción entre autoridades locales o municipales y los fabricantes y distribuidores de bebidas alcohólicas industrializadas.

Han sido los mismos integrantes de los pueblos indígenas, a través de consultas oficiales organizadas para conocer la problemática del consumo de alcohol, quienes han denunciado que la legislación emitida para la comercialización del alcohol ha sido enfocada básicamente hacia la ampliación de la oferta, es decir, hacia la aprobación de permisos para la venta, la circulación y distribución y expendio de bebidas alcohólicas, en detrimento de una legislación que fomente una disminución

20 Disponible en: http://www.bdsocial.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=287&lang=es

de la demanda, la prevención y la educación. Asimismo, han manifestado que la venta de dichos permisos se ha vinculado con prácticas ilegales y poco claras, a favor de caciques que controlan el negocio, ya que pueden ser concesionarios de las empresas productoras o distribuidoras, beneficiando de igual modo a autoridades corruptas que en lugar de implementar normas que regulen el mercado local, son copartícipes de las elevadas ganancias producidas por la venta de alcohol, incluso, desde la comercialización clandestina de los productos o a través de sobornos de la industria cervecera (CDI, 2008).

Asimismo, los representantes de los pueblos indígenas consideran que la ingesta de alcohol ha sido utilizada como una vía para subordinarlos económica y socialmente. Después de siglos de dominación, y a pesar de la legislación existente en materia laboral, hoy en día se sigue entregando alcohol a los indígenas como pago por sus servicios y/o productos, lo que incita el aumento en el consumo, así como también que no cuenten con los recursos necesarios para solventar las necesidades básicas de sus familias y que no puedan visualizar otras alternativas para su desarrollo. También ocurre que cuando reciben la paga por su trabajo, se les descuenta el costo de alcohol que consumieron anteriormente, por lo que se les entregan muy pocos recursos (CDI, 2008: 14). Esta forma de intercambio fomenta la dependencia al alcohol, va en contra de la salud y de los intereses de los indígenas, y favorece las condiciones de explotación. Se trata de procedimientos muy similares a los que existían antes de la Revolución Mexicana con las tiendas de raya, en las que los indígenas se encontraban endeudados de por vida, sin tener posibilidad de ser libres para tomar decisiones que favorecieran su desarrollo propio y el de sus familias.

Otra forma de control político y económico en comunidades con población indígena sigue siendo el soborno con alcohol para la compra de votos o para la firma de contratos de explotación de recursos naturales. Evidentemente esto sucede al margen de la ley, y los dueños del negocio se aprovechan de la dependencia al alcohol que se ha ido generando dentro de la población indígena, para hacer acuerdos que violentan gravemente sus intereses (CDI, 2008: 41).

De forma paralela a estas circunstancias, se observan graves problemas estructurales. Se requiere del impulso a políticas económicas y sociales que favorezcan la inversión en el campo, que generen la creación de empleos y también el pago justo por los productos y servicios proporcionados por los grupos indígenas, lo cual favorecería las condiciones para una vida digna. Las consecuencias de esto han sido el quebranto de la autosuficiencia alimentaria, el incremento de los fenómenos migratorios, el deterioro de las estructuras familiares y comunitarias, y fuertes crisis económicas (CDI, 2008: 150).

Como se mostró en el primer capítulo, el contexto en que se encuentran estos pueblos está sumamente limitado en muchos sentidos, las posibilidades de desarrollo son prácticamente inexistentes tanto en lo individual como en lo colectivo. Esto también está relacionado con el consumo de alcohol, ya que al ingerirlo las personas encuentran una salida emocional a sus graves problemas.

Un análisis de esta índole es de gran importancia, ya que se debe considerar que la problemática no se encuentra únicamente a nivel local, en las personas que toman bebidas alcohólicas o en las comunidades. Se requiere una mirada que incluya los diferentes factores y actores que intervienen, donde queden de manifiesto los intereses económicos que se mueven en esta industria, los cuales alcanzan a las empresas privadas y también a las autoridades ubicadas en varios niveles de responsabilidad.

- **Cambio cultural**

Es importante considerar también que el consumo de alcohol está relacionado con los procesos de cambio cultural que se han llevado a cabo entre la población indígena, tanto al interior de sus comunidades como en las ciudades, dentro de contextos de desigualdad y discriminación generados desde la sociedad dominante. Esto ha producido un cambio en algunas creencias y prácticas culturales importantes, acelerando la pérdida de la identidad y de la cohesión entre los indígenas. Como se analizará más adelante, esto constituye un factor de riesgo frente al consumo abusivo de alcohol, ya que las personas dejan de estar arropadas por los recursos que les ofrecía la pertenencia a una comunidad y a una cultura (CDI, 2008: 22).

2.2. El alcoholismo entendido como problema de salud

En este apartado se incluirán las consecuencias que puede tener para la salud de las personas derivadas del uso nocivo de alcohol y el alcoholismo; sin embargo, como se irá viendo, esto repercute no sólo en la salud, sino también en la dinámica de las relaciones familiares, laborales y sociales, por lo que no es posible aislar el fenómeno como un asunto de responsabilidad individual.

Cuando hablamos de alcoholismo nos referimos a una enfermedad que lleva al sujeto a sentir y presentar una dependencia irreprimible hacia el consumo repetido de alcohol, a pesar de las consecuencias negativas que le generada dicho consumo. La dependencia al alcohol incluye la presencia de distintos problemas en el área interpersonal, social y laboral, además de algunas manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento, que llevan al individuo a un malestar significativo.

Para diagnosticar dependencia al alcohol, deben existir de tres o más síntomas, por ejemplo: tolerancia, abstinencia, uso en mayor cantidad o tiempo de lo deseado, deseo persistente por consumirlo, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas por causa del alcohol, y uso continuado a pesar de tener conciencia del daño que se asocia con el consumo, durante los últimos 12 meses.

Por su parte, el abuso en el consumo de alcohol implica un patrón no adaptativo de consumo, sin llegar a la dependencia, pero que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas (consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa; consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; problemas legales relacionados con el alcohol; consumo continuado, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia) en los 12 meses previos.

- **Encuesta Nacional de Adicciones, 2008**

Al evaluar a personas que viven en hogares de zonas rurales y urbanas, con edades entre 12 y 65 años, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 indicó que el patrón de consumo típico de los mexicanos es beber con poca frecuencia, pero grandes cantidades de alcohol por ocasión (cinco o más copas), lo que lo convierte en un patrón de consumo muy problemático. Casi 27 millones de personas entre 12 y 65 años beben con este patrón, con frecuencias de consumo entre menos de una vez al mes y diario. Asimismo, casi cuatro millones de personas beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia, es decir, son usuarios consuetudinarios. Por el contrario, sólo ocho de cada mil mexicanos ingiere alcohol todos los días, la cual representa una cifra baja pero que amerita atención específica [21].

El consumo consuetudinario de alcohol es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer; sin embargo, es importante destacar que ha aumentado de forma importante el consumo en mujeres, principalmente en adolescentes. Para ambos sexos, el grupo de edad con los niveles más altos de consumo es de 18 a 29 años, y descienden conforme va aumentando la edad.

En cuanto a la dependencia de esta sustancia, poco más de cuatro millones de personas cumplen con los criterios para este trastorno; tres millones y medio son hombres, y poco más de medio millón son mujeres.

Esta forma de beber está asociada a diversas problemáticas, como dificultades con la familia (10.8%), peleas (6%), problemas con la policía (3.7%), aunque también se encuentra el dato alarmante de que 41.3% de las personas que fueron detenidas se encontraban bajo el efecto del alcohol.

Por otra parte, se identificó que la cerveza es la bebida preferida a nivel nacional, le siguen los destilados, y en proporciones menores el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque sigue siendo una bebida importante, aunque es ingerida por una cantidad menor de la población. El consumo de aguardiente y de alcohol de 96° es bajo (ENA, 2008: 61-63).

Para tener más claro cómo se logra medir el consumo en la población, cabe recordar cuáles son las equivalencias de una copa de bebida con contenido de alcohol: una lata o botella mediana de cerveza (330 ml), un jarro o jícara de pulque de 500 ml, un vaso de 120 ml de vino de mesa, un vaso o copa de destilados: brandy, ron, whisky, vodka, ginebra (30 ml), una botella "coolers" de vino (300 ml) o un "caballito" de tequila o "farolazo" (30 ml).

- **Consulta sobre alcoholismo y pueblos indígenas[22]**

El primer diagnóstico nacional sobre el alcoholismo en pueblos indígenas, es la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas realizada por la CDI en 2007, con base en el Sistema de Consulta Indígena. Se desarrolló un ejercicio con los representantes del Consejo Consultivo de los Pueblos Indígenas, con quienes se procuró generar un diálogo intercultural para recuperar sus diversos puntos de vista sobre alcoholismo en comunidades indígenas del país. Participó en ella el Grupo de Trabajo Salud, Nutrición y Medicina Tradicional del Consejo Consultivo, a fin de promover sus resultados para sustentar propuestas efectivas dirigidas a la instrumentación de políticas públicas en la materia.

El informe de dicha consulta reconoce que el estudio del alcoholismo en los pueblos indígenas es reciente y que el trabajo que apenas empieza ha sido poco divulgado. Los consultados refieren que un aspecto que se destaca en los investigadores que estudian el consumo de alcohol en población indígena es la incomprensión de la especificidad de este fenómeno por parte del sector médico y de la población en general, lo que genera una estigmatización social y cultural de los indígenas, visible hasta hoy en el tema del alcoholismo, cuando hasta el propio sector médico asocia el consumo excesivo de alcohol con la pobreza, la marginación y la etnicidad.

Se reconoce que el alcoholismo genera de manera individual, en un primer momento, la pérdida de las costumbres, el idioma,

21 SSA, CONADIC, INSP, INPRF (2009). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

22 CDI (2008). Informe general de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Disponible en: www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task

las creencias y las formas de organización, para después afectar al grupo en su conjunto, constituyendo un factor de desintegración personal y social que afecta a los grupos sociales y culturales en condición de fragilidad por la explotación y discriminación. Se reconoce también la dimensión espiritual, específicamente humana, que nos distingue de otros seres vivos, como animales y plantas, y donde se hacen presentes la conciencia, la libertad y su responsabilidad, la religiosidad, el sentido de la vida, los valores y el humor.

Sus principales propuestas para identificar las características del problema y su correspondiente sugerencia para el tratamiento tienden a considerar que el alcoholismo es un problema multifactorial que es necesario revisar de manera puntual, pero sobre todo de manera integral, es decir, que el consumo de alcohol genera una adicción que tiene raíces en el funcionamiento neurofisiológico, que puede transmitirse genéticamente y que se expresa de diferentes maneras dependiendo del medio sociocultural al que pertenezca el individuo.

Por eso hay que considerar que la ingesta de alcohol es más o menos propiciada por los contextos sociales y culturales e incluso puede usarse, según se comentó, como una vía para subordinar económica y socialmente a grupos humanos. Entre sus principales conclusiones referentes a los patrones de consumo, la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas apuntó lo siguiente:

- El problema se da donde hay cantinas o depósito de bebidas; hay un consumo exagerado de bebidas alcohólicas.
- El uso ritual del alcohol no es el problema, el problema es el abuso del consumo de alcohol.
- Sin embargo, es contradictorio, ya que si el exceso de consumo es malo, ¿entonces por qué se usa como ritual a Dios?
- Es bien sabido que los niños forman su patrón de comportamiento en sus primeros años de vida y lo que ven lo repiten, es el caso del consumo de bebidas alcohólicas.
- Es sagrada una copita para todos, pero se ha corrompido el ritual, como el consumo en exceso, que sí afecta, aunque no necesariamente se genera alcoholismo.
- El ritual no es causa del alcoholismo y debe diferenciarse del consumo que conduce a una borrachera.
- En medicina tradicional el alcohol se usa como conservador o curativo, se utiliza como antiséptico y desinfectante, se usa como aperitivo o estimulante del apetito, después de una jornada laboral se usa como tónico muscular.
- El uso terapéutico está plenamente justificado.
- Una persona no alcohólica es quien tiene la capacidad de reflexión y la alcohólica es aquella que reacciona de manera agresiva, es insatisfecha, imprudente, intolerante e hiperactiva.
- Alcohólico es aquella persona que pierde la capacidad de control sobre la sustancia.
- La palabra clave es "dependencia del alcohol".
- Necesitamos estar informados en relación con las consecuencias del alcoholismo.
- Cada comunidad tiene su propia concepción del consumo de alcohol y requiere un tratamiento diferenciado.
- Los proyectos comunitarios deberán ser sustentables para asegurar su permanencia. Los buenos resultados se obtendrán con la participación de más de dos o tres instituciones, involucradas para la prevención, tratamiento o control del alcoholismo.

- **Padecimientos asociados con el consumo de alcohol**

El consumo de alcohol ha sido asociado a diferentes padecimientos relacionados con la salud, tanto física como mental, entre los cuales se encuentran prácticas sexuales y conductas de riesgo que pueden conducir a adquirir enfermedades de transmisión sexual como VIH; también se relaciona con cirrosis hepática, hepatitis, pancreatitis, cardiopatía, encefalopatía, enfermedades degenerativas y carenciales, síndrome alcohólico-fetal, trastornos alimenticios y de la conducta, cáncer del aparato digestivo, intoxicación por alcohol, diversos trastornos mentales y del comportamiento –como depresión, trastornos de ansiedad y de personalidad–, entre otros (CDI, 2008: 77; NOM 028: 5).

Asimismo, en diversos estudios se ha encontrado que existe una relación importante entre el consumo de alcohol y la presencia de eventos traumáticos, como muertes por homicidio, suicidio, o accidentes –especialmente de tráfico, aunque también pueden ser domésticos o de otra índole– (CDI, 2008: 11), así como también existe relación con diversos tipos de violencia que pueden producir discapacidad y muertes prematuras (Informe sobre la Salud en el Mundo, OMS, 2010).

- Morbi-mortalidad por consumo de alcohol

En particular, la Secretaría de Salud proporciona datos sobre las causas de mortalidad en México en los últimos años [23]. A partir de los indicadores que maneja, es posible tener una aproximación a dichas causas haciendo una distinción entre la población indígena y la que no lo es, ya que existe la opción de identificar los municipios que cuentan con 40% o más de este grupo poblacional y diferenciarlo del resto de municipios que cuentan con un menor porcentaje.

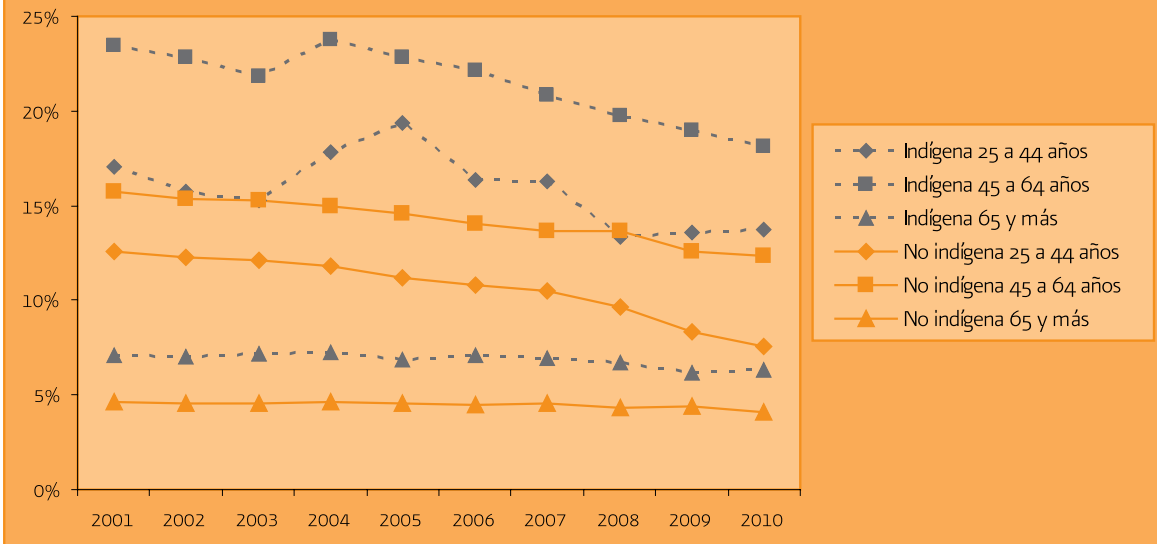
Al realizar un análisis diferenciado de las causas de mortalidad entre ambos tipos de población, se identificaron

23 Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

datos significativos en cuanto a la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado, categoría que está directamente relacionada con el consumo excesivo de alcohol. En las gráficas 2 y 3 se presentan los datos sobre mortalidad que esta enfermedad ha dejado entre hombres y mujeres en la última década, en tres rangos de edad: de 25 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 y más, atendiendo al criterio de indigenismo.

En ambas gráficas de aprecia una tendencia descendiente generalizada con el transcurso de los años para las edades de 25 a 44 y de 45 a 64; mientras que para la edad de 65 y más, la tendencia se ha mantenido constante en ambos sexos y en ambas poblaciones (indígena y no indígena). Sin embargo, cuando miramos de forma comparativa por sexo, se aprecia que los hombres tienen niveles de mortalidad mucho más elevados

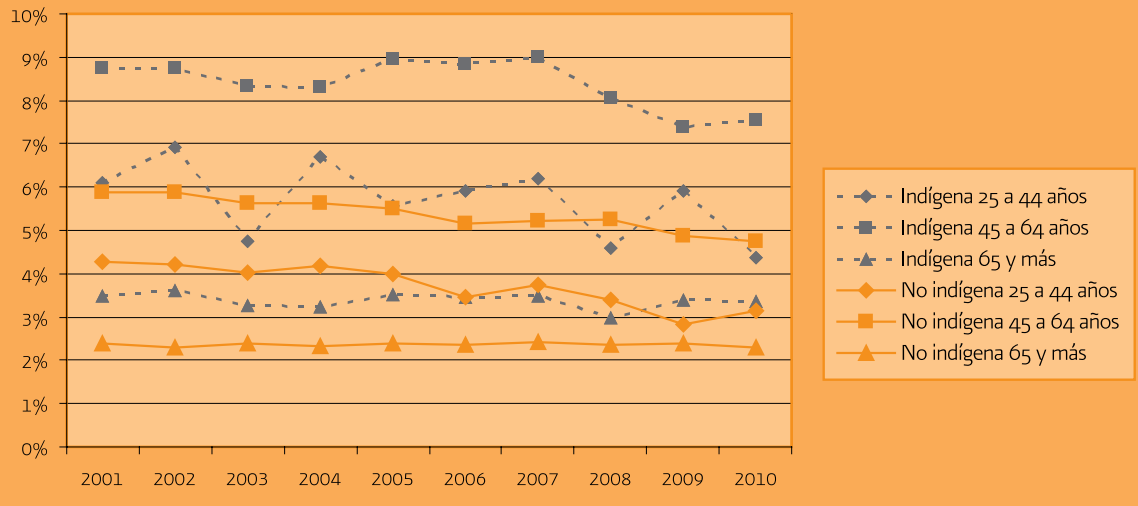
Gráfica 2. Porcentaje de mortalidad en hombres, por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por condición de indigenismo.



Se considera en la categoría INDÍGENA a los municipios del país que cuentan con 40% o más de este grupo poblacional, y como NO INDÍGENA a los restantes.

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Secretaría de Salud, http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

Gráfica 3. Porcentaje de mortalidad en mujeres por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por condición de indigenismo.



Se considera en la categoría INDÍGENA a los municipios del país que cuentan con 40% o más de este grupo poblacional, y como NO INDÍGENA a los restantes.

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Secretaría de Salud, http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

para las dos poblaciones y para los tres grupos de edades; el rango de mortalidad para ellas va de poco más de 2% a 9%, mientras que para los hombres es alrededor de 5% y llega casi al 25% en 2004. También es importante considerar que las cifras de mortalidad en población indígena son bastante más altas que las del resto de población para los tres grupos de edad y para ambos sexos, llegándose a presentar diferencias importantes entre los 25 a 44 años, pero principalmente entre los 45 y 64 años.

A pesar de que ha habido un descenso en el transcurso de los años, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se encuentran actualmente entre las principales causas de mortalidad en la población, tanto indígena como no indígena (Cuadro 18). Se observa que para la población indígena, la cirrosis junto con otras enfermedades crónicas del hígado está entre las cinco principales causas de muerte para los tres grupos de edad; por su parte, para la población no indígena, dicha causa de mortalidad también se ubica entre los primeros lugares, aunque con porcentajes menores que para población indígena.

Para matizar estos datos es importante considerar que se refieren a las consecuencias del consumo de alcohol mas no a la cantidad consumida. A partir de los datos presentados en el capítulo anterior, donde quedaron de manifiesto las difíciles condiciones de vida que tienen los grupos indígenas, se debe tomar en cuenta que éstas los hacen más vulnerables a las consecuencias por el consumo de alcohol, ya que existe un grave problema de desnutrición, así como mala atención por parte de los servicios de salud, además de muchas otras limitaciones que ya han sido expuestas, las cuales pueden llegar a incidir directamente en las cifras de cirrosis (Berruecos, 2007).

Cuadro 18

Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado por condición de indigenismo, 2010

Grupos de edad	Población indígena	Población no indígena
25 a 44 años	1ª causa de muerte (10.89%)	2ª causa de muerte (6.43%)
45 a 64 años	2ª causa de muerte (13.63%)	3ª causa de muerte (9.26%
65 y más	5ª causa de muerte (4.86%)	9ª causa de muerte (3.19%)

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Secretaría de Salud, http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

Otra causa de mortalidad relacionada con esta problemática, es la denominada uso de alcohol. Aunque sus cifras están muy por debajo de la cirrosis, para población indígena en edades de 25 a 44 y de 45 a 64 años, se encuentra en el décimo lugar como causa de muerte, con 2.62% y 2.40% respectivamente. Por su parte, para población tipificada como no indígena, ocupa el lugar 20° y 21° respectivamente, con 0.99% y 0.78%.

Por otra parte, a partir de la información que provee la Secretaría de Salud también es posible realizar un análisis sobre las principales causas de mortalidad en las diferentes entidades federativas; sin embargo, estos datos no cuentan con la variable que considera si la población es o no indígena [24]. No obstante, a continuación se presentan los datos de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado en 2010, en los estados que según el Conapo cuentan con mayor porcentaje de población indígena (Proyecciones de indígenas en México y de las entidades federativas 2000-2010, 2005).

Cuadro 19

Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado, en los estados con mayor población indígena, 2010

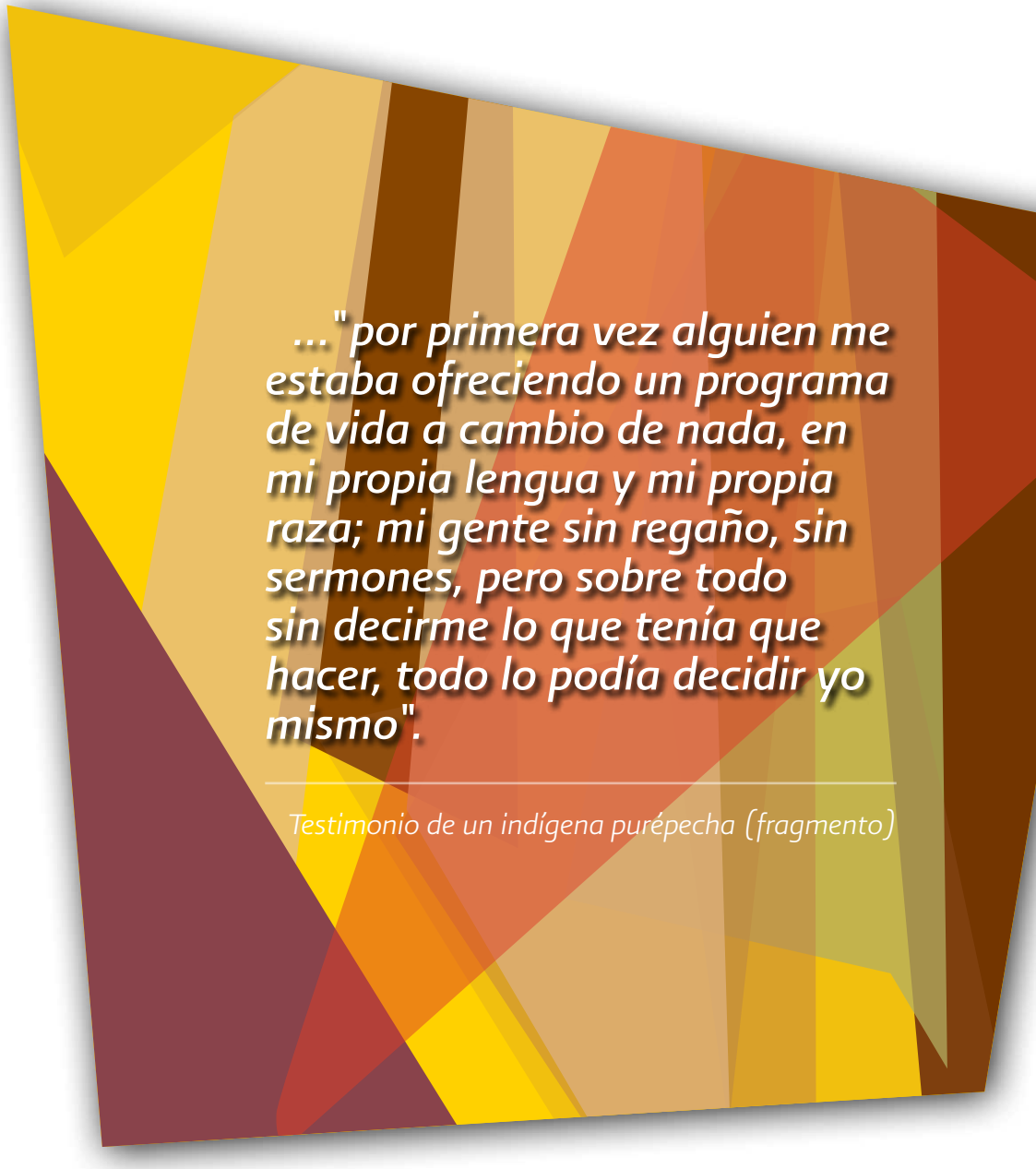
Entidad Federativa	Rango de edades					
	15 a 44 años		45 a 64 años		65 y más	
	Lugar	%	Lugar	%	Lugar	%
Oaxaca	2°	5.6%	3°	5.9%	8	2.1%
Chiapas	7°	3.5%	3°	6.7%	7°	2.5%
Veracruz	8°	3.0%	4°	5.1%	9°	3.0%
Yucatán	8°	2.6%	5°	3.6%	6°	2.5%
Puebla	6°	4.1%	3°	7.3%	8°	3.8%
Hidalgo	2°	8.2%	1°	9.4%	7°	3.0%
Guerrero	4°	5.0%	3°	6.7%	9°	1.8%
Quintana Roo	3°	6.0%	2°	11.4%	5°	5.5%
San Luis Potosí	4°	4.7%	3°	6.1%	9°	2.4%
Michoacán	6°	4.0%	3°	5.9%	8°	2%
Campeche	5°	5.2%	3°	6.8%	6°	3.6%
Promedio nacional	6°	3.7%	5°	5.1%	9°	1.9%

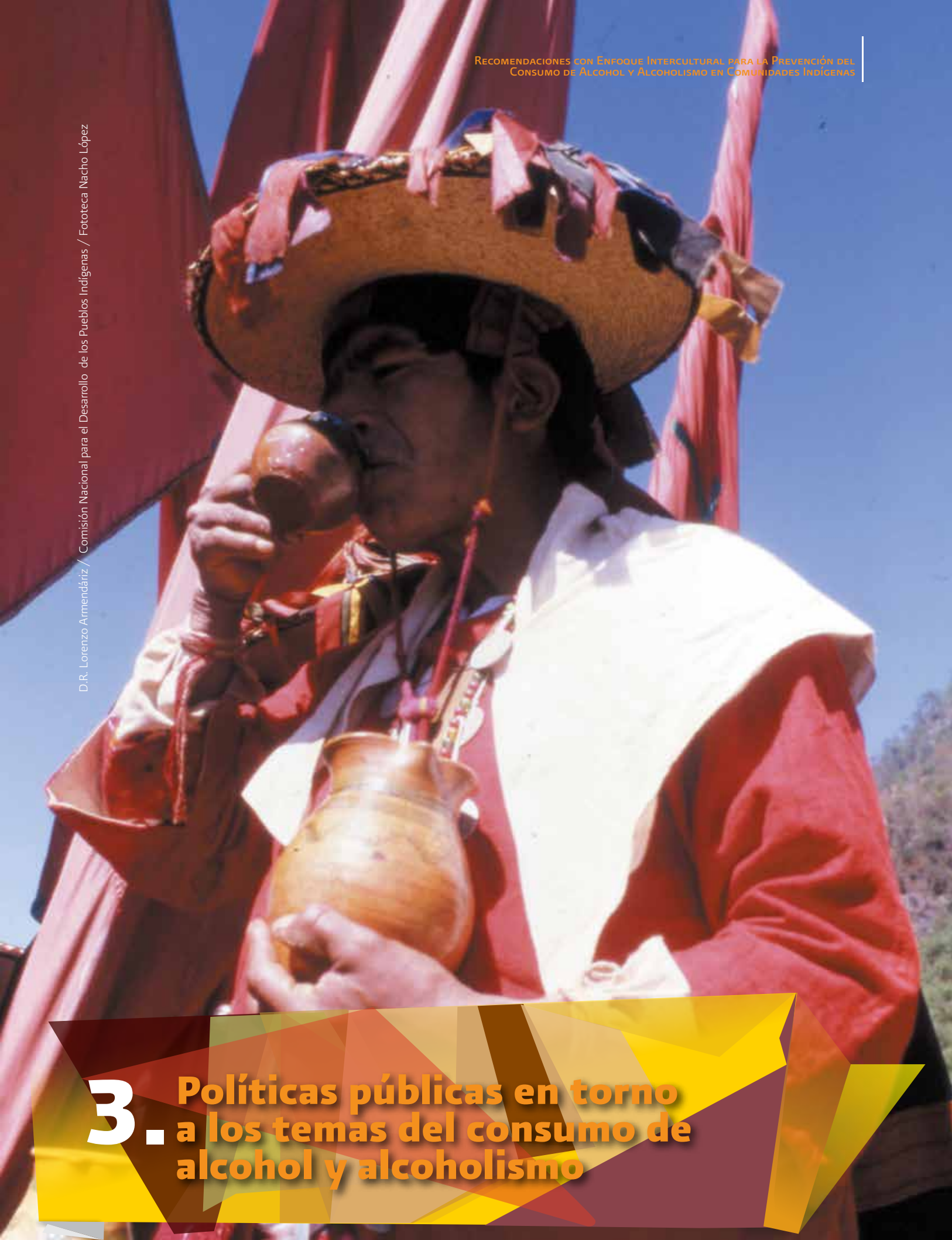
* Lugar que ocupa que en el estado dentro de la lista de enfermedades que causan mortalidad.

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Secretaría de Salud, http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

En el cuadro se aprecia que la cirrosis constituye una enfermedad con alta mortalidad para los estados con mayor población indígena del país, especialmente para el rango de edad de 45 a 64 años, pues se ubica en la mayoría de los estados en los tres primeros lugares, ubicándose todos –con excepción de Yucatán y Veracruz– por encima de la media nacional. También resaltan los elevados porcentajes de mortalidad en Quintana Roo e Hidalgo, estados con los más altos porcentajes para los tres rangos de edad.

24 Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/eh_sectorial_morta.html (Sitio revisado el 7 de junio de 2012).


...“por primera vez alguien me estaba ofreciendo un programa de vida a cambio de nada, en mi propia lengua y mi propia raza; mi gente sin regaño, sin sermones, pero sobre todo sin decirme lo que tenía que hacer, todo lo podía decidir yo mismo”.
Testimonio de un indígena purépecha (fragmento)



D.R. Lorenzo Armendáriz / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

3. Políticas públicas en torno a los temas del consumo de alcohol y alcoholismo

Testimonio de un indígena purépecha

Nací en la isla de Janitzio, en Michoacán, que ha sido inspiración de músicos, poetas y cineastas, con grandes obras que le han dado la vuelta al mundo, y cuna del imperio purépecha. Hoy en día me siento orgulloso de ser purépecha y le agradezco a mi Poder Superior por haber nacido en estas bellas tierras michoacanas y por ser heredero de una gran cultura.

Al tener uso de conciencia no lo vi de esa manera. Recuerdo un lago hermoso, un paisaje con gran riqueza en nuestros recursos naturales. Mi niñez fue bonita, pero desde temprana edad vi y sentí que algo no estaba bien en mí, me preguntaba por qué había nacido en la isla, por qué indígena, por qué en una familia numerosa de 15 hermanos. Mis padres indígenas, pobres, con muchas carencias y privaciones, y además llenos de costumbres y tradiciones, con siete fiestas al año que duraban entre cuatro y 15 días. Eso sí, mucha comida, pero en donde el actor principal era el alcohol (aunque en las comunidades indígenas el alcohol se utiliza para los rituales y ceremonias). Esto a mí me causaba malestar, tristeza y dolor, porque la bebida estaba muy arraigada en mi familia; mi papá y mamá eran alcohólicos, y todos mis familiares en las fiestas siempre acababan peleándose. Siempre pensé que yo jamás haría lo que estaba viendo y sintiendo, en ese momento yo imaginaba que viviría de otra manera, que encontraría una mujer a quien iba querer mucho; además, sólo tendría dos o tres hijos y les daría mucho amor, educación, paz, y trabajaría para darles un hogar, sin carencias ni privaciones. Estos fueron mis sueños de juventud, pero el alcohol con el tiempo se encargo de deshacerlos.

A la edad de 10 años salí a estudiar a la ciudad de Pátzcuaro, a cursar cuarto y quinto año de primaria. Por primera vez vi otra cultura, otra gente, otro idioma, otras costumbres y tradiciones; por primera vez sentí la discriminación, la marginación; yo no lo entendía, para mí todo era desconocido, y hacía muy difícil mi aprendizaje. Lo mismo me pasó en la secundaria. Siempre quise ser el mejor, el primero en todo para demostrar que podía hacer las cosas, pero todo lo que hacía era por poco tiempo, porque venía el fracaso y por consecuencia la frustración. Cursé dos años de preparatoria, fracasé. Para justificar mi fracaso me fui a la frontera con la idea de entrar a los Estados Unidos. Cinco veces intenté cruzar sin lograrlo. Entré a trabajar a un restaurante donde fui ayudante de cocinero, allí empecé a tomar; primero cada ocho días, posteriormente todos los días. Al regresar a mi comunidad yo ya era un alcoholicazo, con una "garganta universal". Me reencontré con mi novia que dejé al irme a la frontera, a los pocos días me la robé y luego nos casamos. Ella ya se había dado cuenta de que yo bebía, pero pensó que con su amor me iba quitar el vicio. Pasaba el tiempo y cada día fue progresando mi alcoholismo. Vivía en la casa de mis padres, mis hermanos se fueron cansando; ya era algo incontrolable. Llegamos al punto donde los padres, hijos, nietos tomábamos juntos para después agarrarnos a golpes, creando odio, resentimiento y venganza entre hermanos y entre nuestras esposas.

Posteriormente mis padres nos separaron, dándonos un pequeño patrimonio donde pudiéramos construir nuestro hogar, pero mi alcoholismo iba progresando rápidamente. Pronto ya era incontrolable. Me dediqué al deporte, a los cargos religiosos, a cargos civiles y comunales, responsabilidades que uno como comunero debe cumplir, pero que eran un buen pretexto para beber. El alcohol ya ocupaba un lugar importante en mi hogar, si se le puede llamar hogar en donde hubo golpes, dormir en el suelo, no vestido, poca comida; por lo que mi esposa tuvo que tomar las riendas del hogar. Mi alcoholismo era de 45 días con sus noches, eran frecuentes las hospitalizaciones y encarcelamientos por agresivo. Para ese momento ya padecía de delirios visuales, auditivos, delirios de persecución; mis compañeros inseparables eran el temor, el miedo, los sentimientos de culpa, la agresividad para justificar mis borracheras, así como una soledad interna, un sentimiento de inutilidad y sobre todo sentir no pertenecer a nada ni a nadie. Intenté tres veces suicidarme: en una de ellas me corté las venas; en otra ocasión me tomé diez tiras de mejorales, y la tercera ocasión intenté lanzarme de la estatua de Morelos, a cincuenta metros de altura, pero no tuve el valor para hacerlo. Hice fugas geográficas, con la idea de alejarme de mi familia y morir lejos de ella.

Ya me habían hablado de Alcohólicos Anónimos, y como todo buen alcohólico rechacé y hablé mal de ellos sin conocerlos, pero un 17 de enero de 1982 los compañeros de A.A. llegaron a Janitzio a transmitir el mensaje, en la jefatura de tenencia, con las autoridades. Un compañero fue por mí, no me resistí porque acababa de salir de una

borrachera. Llegué a esa mi primera reunión que me dejó sorprendido. Conocí a las personas que en ese momento estaban en ese lugar para ayudarme, entre ellos estaba uno que fuera mi maestro de educación física, así como don José C. y don Mateo U., los primeros A.A. purépecha. Me dijeron "t'u uaka engari t'u uekajka" (tú puedes si tú quieres). Esto me impactó, por primera vez alguien me estaba ofreciendo un programa de vida a cambio de nada, en mi propia lengua y mi propia raza; mi gente sin regaño, sin sermones, pero sobre todo sin decirme lo que tenía que hacer, todo lo podía decidir yo mismo. Eso me motivó y se abrió el grupo en la comunidad. Duré ocho meses sólo en el grupo, era el único miembro. El grupo Pátzcuaro como grupo padrino estuvo siempre pendiente; sin embargo, volví a beber a los dos años, pero regresé al grupo. Mi padrino jamás me abandonó, y como él era servidor me motivó al servicio. Iniciando en 1984 los servicios de estructura en grupo, en distrito, en área y delegado a la conferencia ya como servidor; asistí a eventos nacionales, convenciones, congresos interdistritales y en varios de ellos como coordinador de la organización de eventos.

En 1996, por inquietud de los compañeros indígenas purépecha de Michoacán, iniciamos el primer congreso purépecha de A.A. en la comunidad indígena de Cherán, con una asistencia de 160 miembros, con temas en español y en purépecha, y de ahí hasta la fecha, que se está organizando el 17 congreso purépecha en la comunidad de Sirio, municipio de Los Reyes, Michoacán. En la parte poniente del estado contamos con 29 distritos indígenas que están integrados en las cuatro áreas del estado con 430 grupos, con un promedio de 4 mil 500 miembros de alcohólicos en las cuatro regiones purépecha. Han sido un éxito nuestros eventos con una asistencia de 2 mil 500 a 3 mil alcohólicos, pero lo más importante es que tienen la esencia indígena, que es la hermandad, la convivencia y la organización comunitaria.

Toda esta experiencia que Dios me ha permitido vivir es el motivo y es la razón, pero sobre todo la responsabilidad de compartirlo en los estados de la República Mexicana, así como en Estados Unidos, con la estructura de Estados Unidos y Canadá. Actualmente Michoacán está apadrinando a los hermanos tarahumaras, seris y menonitas de Chihuahua y Sonora desde hace cinco años, y es de gran satisfacción y alegría ser conducto de Dios para esta gran misión: transmitir el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo [25].

25 José Luis G. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A. C. Grupo, Pátzcuaro. Área: Michoacán I.

3.1. Políticas públicas para la atención del alcoholismo desde el sector salud

Desde hace algunos sexenios, la salud de los pueblos indígenas ha sido un tema abordado en las políticas públicas a través de propuestas relacionadas con la interculturalidad, es decir, iniciativas más horizontales que involucren directamente la voz de los propios indígenas en todos los pasos para el desarrollo de las mismas.

En agosto de 2002 se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural dentro de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, en la Secretaría de Salud [26]. Esta instancia ha trabajado para integrar este enfoque en el marco normativo y en la operación de los servicios de salud que prestan las instituciones públicas del país, situación que se encuentra en marcha actualmente. Uno de los ejes más importantes para lograr este cambio es la capacitación del personal tanto directivo como operativo, ya que ellos pueden convertirse en importantes agentes de cambio al adquirir la sensibilidad y el conocimiento necesarios para tratar a los indígenas de forma adecuada, considerando la enorme diversidad cultural en que nos encontramos inmersos como país.

Junto con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, también se han desarrollado otras iniciativas. No corresponde a este espacio realizar un análisis de los logros alcanzados hasta el momento en la materia; sin embargo, cabe mencionar que el tema del consumo de alcohol en esta misma población ha recibido muy poca atención, pues hasta el momento se han desarrollado muy pocas iniciativas al respecto. En este apartado se realizará una breve revisión de éstas políticas y de los documentos en los que han quedado consignadas.

- **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**

A partir del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006[27] se determinó la creación, dentro de la Secretaría de Salud, de la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, la cual tenía como objetivo lograr que los programas de salud estuvieran orientados hacia este grupo poblacional, en relación a lo que indica el Artículo 17 del Reglamento Interior de dicha Secretaría, el cual plantea:

- Vincular las acciones que realiza la Secretaría de Salud para la atención de la Población Indígena con la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia de la República.

26 Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi.html (Consultado el 10 de junio de 2012).

27 Disponible en: http://www.dgpp.sep.gob.mx/planeacion/pdf%20inf/PND.pdf (Consultado el 12 de junio de 2012).

- Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salud y nutrición para la población indígena y llevar a cabo las acciones que en la materia correspondan a la Secretaría de Salud.
- Garantizar que las acciones que realizan las instituciones del sector salud a favor de los pueblos indígenas estén integrados a los programas y servicios de salud que se otorgan permanentemente a la población.
- Impulsar y participar en la instrumentación y ejecución de acciones de coordinación interinstitucional tanto en el ámbito sectorial como intersectorial, en materia de equidad y desarrollo de servicios esenciales de salud, así como en aquellas instancias públicas y sociales dedicadas a la atención de la salud de los pueblos indígenas" (Secretaría de Salud, Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, 2001: 9).

Asimismo, esta coordinación se planteó como objetivo atender las principales demandas de la población, las cuales implican el diseño de políticas de salud enfocadas a las necesidades de los pueblos indígenas –con absoluto respeto de su cultura–: el fortalecimiento de los servicios de salud que se dirigen hacia ellos, la atención a los problemas de salud mental, la garantía de respeto y trato digno en los servicios de salud, entre otros. Para desarrollar dichos objetivos y otros más, se integraron 10 estrategias distribuidas en 43 Programas de Acción.

- **Programa de Acción: Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas**

La estrategia consistente en "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres", de la cual derivó el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, incluyó 10 estrategias, cada una con ciertos objetivos y líneas de acción. Algunos de estos resultan relevantes para los objetivos planteados en esta propuesta, es por ello que son retomados a continuación. Nos referimos a:

a) Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en población indígena;
b) promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural;
c) incorporar en la capacitación al personal que participa en la atención de la población indígena, el enfoque intercultural y de género que les permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones para proporcionar una mejor atención;
d) adaptar los servicios de salud a los valores sociales, culturales, religiosos y espirituales de los pueblos indígenas;
e) coordinar los programas que realizan las instituciones de salud para alcanzar la equidad en salud y nutrición de los pueblos indígenas, mediante el desarrollo de modelos y proyectos innovadores de intervención;
f) impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo;
g) dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud;
h) incorporar la participación ciudadana en los procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las acciones en salud aplicadas en las zonas indígenas" (Ibid.: 10-11, 25-26).

De los puntos anteriores se derivó la necesidad de mantener una coordinación estrecha entre las siguientes instancias de Gobierno: Secretaría de Salud, IMSS-Solidaridad, Secretarías Estatales de Salud, ISSSTE, CDI [28], Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), entre otras. Así como también, se requirió la participación de organismos no gubernamentales, y de organizaciones sociales indígenas para impulsar la participación comunitaria y de la sociedad civil en la planeación, ejecución y evaluación de programas.

Por otro lado, se requirió el diseño de modelos de gestión, organización y prestación de servicios de salud que respondan a prácticas, percepciones y representaciones de los pueblos indígenas, ya que es la única manera de mejorar los servicios que se proporcionan a esta población (Ibid.: 31).

Respecto al tema del consumo de alcohol, a través del entonces Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), la Secretaría de Salud reconoció en 2001 la ausencia de diagnósticos, estrategias y programas de atención dirigidos a la población indígena. Debido a esto, se propuso la realización de acciones que abarcaran los diferentes ámbitos que se relacionan con el abuso de esta sustancia, tales como actividades educativas para trabajar en la prevención, establecer grupos de autoayuda en poblaciones indígenas que integren tanto a los pacientes como a sus familiares, vigilancia de establecimientos clandestinos de venta de alcohol, capacitación a personal de salud sobre manejo integral de casos de consumo excesivo de alcohol, entre otros.

La meta propuesta para este rubro consistió en la promoción de la instalación y funcionamiento de grupos de autoayuda para detección, derivación y contención del 100 por ciento de los alcohólicos en los lugares donde opera esta estrategia, ya que la propuesta consistió en la ejecución de proyectos a escala regional, así como la implementación de talleres sobre prevención de alcoholismo en municipios indígenas donde opere la estrategia.

En cuanto al tema de la introducción de la perspectiva intercultural en los prestadores de servicios de salud, en el

28 La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) sustituyó al Instituto Nacional Indigenista (INI) a partir del 21 de mayo de 2003.

Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, se propuso un proceso formativo y de sensibilización que permitiera un acercamiento hacia las características culturales de los pueblos indígenas, especialmente en los primeros dos niveles de atención; asimismo, se planteó la necesidad de un intérprete lingüístico-cultural que acompañara tanto a los pacientes como a sus familiares durante el proceso (Ibid.: 45-46).

Por otra parte, el Gobierno de la República ha desarrollado algunos programas que han tenido como objetivo mejorar las condiciones de vida de las personas más desfavorecidas. Durante el sexenio 2001-2006 se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura –de la Secretaría de Salud–, el Programa de Educación, Salud y Alimentación, mejor conocido como PROGRESA –con participación de las secretarías de Salud, Educación Pública y Desarrollo Social–, y el Programa IMSS-Solidaridad (Ibid.: 21).

El Gobierno ha reconocido la necesidad de desarrollar programas de intervención que tomen en cuenta todos los aspectos que están implicados en el tema de la salud de los pueblos indígenas, los cuales incluyen factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género (Idem).

- **Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006**[29]

En el Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006 se reconoció la necesidad de reformular las políticas dirigidas hacia los pueblos indígenas para trabajar "junto con los pueblos indígenas, en un esquema horizontal", en lo que deben participar "el conjunto de las instituciones, los poderes legislativo y judicial, los tres órdenes de gobierno, así como la sociedad" (Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2001-2006: 89). Asimismo, se propuso diseñar modelos de desarrollo diferenciados, ubicados para contextos sociales y culturales específicos, atendiendo a las características culturales de los pueblos y a sus demandas particulares. El objetivo sería sentar las bases para una nueva relación entre el Estado, los pueblos indígenas, y la sociedad en su conjunto (Ibid.: 89-90). Esto implicaría el reconocimiento de los pueblos indígenas como "interlocutores y corresponsables en la toma de decisiones respecto a la solución de los problemas que los afectan" (Ibid.: 93), para lo cual se deben establecer "mecanismos de participación y diálogo intercultural con los pueblos indígenas en la definición, operación, seguimiento y evaluación de las acciones gubernamentales" (Ibid.: 97), ya que la participación indígena debe incidir en la formulación, ejecución, evaluación y seguimiento de programas y proyectos que se realicen en sus regiones o comunidades (Ibid.: 98).

29 Disponible en: http://www.amdh.com.mx/ocpi/documentos/docs/6/26/01.pdf

A través de la Ley de la CDI, se estableció que ésta contaría con un Consejo Consultivo, integrado principalmente por indígenas, el cual operaría como órgano de consulta y de vinculación, para que se pudiera establecer un diálogo entre el Estado, la sociedad e integrantes de los pueblos indígenas. Algunas de sus funciones han sido analizar y hacer propuestas a la CDI sobre las políticas, programas y acciones para el desarrollo de este sector de la población.

Una de las principales inquietudes que este órgano tuvo desde un principio fue el desarrollo de propuestas para el tratamiento del problema de consumo de alcohol en grupos indígenas, para lo cual se generó la recomendación de la ejecución de un programa nacional de atención al problema de alcoholismo. A finales de 2005 se realizó una encuesta en el Consejo Consultivo sobre consumo de alcohol en zonas indígenas, la cual sirvió de base para el desarrollo posterior de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas, solicitada por el Grupo de Trabajo sobre Salud, Nutrición y Medicina Tradicional, ya que se consideró necesario tener más elementos de diagnóstico para el diseño de políticas públicas enfocadas en la problemática específica de estos grupos culturales (CDI, 2008: 8-9).

- **Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas**

Por otra parte, el Secretariado Técnico de la CONADIC publicó en 2005 el libro titulado Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas [30], en el cual diversos especialistas expusieron la gravedad del problema, abordándolo desde sus aspectos médico, cultural y social; también hablaron de la necesidad de establecer líneas de acción para trabajar el tema, atendiendo a las particularidades culturales de los pueblos indígenas, y a las complejidades políticas y económicas generadas por los intereses que giran alrededor de la industria del alcohol.

En dicha publicación se mencionan algunos programas que se habían implementado para combatir el consumo de alcohol en la población indígena, como el proyecto "Huasteca Sobria" (Marroquín, 2005) y "Estrategias de intervención preventiva del abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo en población indígena wixárika de la zona norte del estado de Jalisco" (López y Morales, 2005), implementados por los Consejos Estatales contra las Adicciones de Jalisco y San Luis Potosí, respectivamente. Asimismo se rescataron cifras que dejaban ver la gravedad de la problemática en los estados de Hidalgo (Gálvez, 2005; García-Andrade, Medina-Mora, Natera, Juárez y Kershenobich, 2005) y Oaxaca (Lerín Piñón, 2005), a pesar de la falta de indicadores generados a nivel nacional específicamente para población indígena y consumo de alcohol.

30 CONADIC (2005). Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. Secretaría de Salud, México. Disponible en: www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task...

Algunos de los retos más importantes que se identificaron fueron los siguientes:

1. Que aún no existen acciones preventivas ni servicios de tratamiento especialmente diseñados para atender a estos grupos vulnerables de la población;
2. se desconoce el estado que guarda el consumo de bebidas alcohólicas en el medio rural en la población indígena;
3. se necesita promover la vinculación de las instituciones del sector salud y educativo con organismos sociales, civiles y religiosos de la comunidad para establecer acciones conjuntas de prevención;
4. fortalecer mecanismos de control y reglamentación del proceso de producción, comercialización, distribución y consumo de bebidas alcohólicas que se expenden a granel en los municipios con mayor presencia indígena;
5. promover la vinculación con líderes de las comunidades para facilitar el acceso a los grupos con mayor riesgo y realizar procesos preventivos;
6. sensibilizar con el apoyo de los líderes a todos los miembros de la comunidad sobre los daños a la salud asociados con el consumo de alcohol y alcoholismo;
7. identificar los problemas sociales y familiares asociados al consumo de alcohol y al alcoholismo;
8. promover una cultura de autocuidado de la salud;
9. realizar acciones de prevención primaria y secundaria del abuso en el consumo de alcohol y alcoholismo, previa selección, adaptación y traducción de contenidos y técnicas en las principales lenguas que se hablan en cada localidad;
10. promover la reinserción del enfermo alcohólico en su comunidad;
11. desarrollar un modelo intercultural de prevención y atención del abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo en población indígena, incorporando la experiencia de la comunidad, sus recursos, sus características socioculturales y su perspectiva del fenómeno, que permita que la población indígena se identifique y se apropie de él;
12. capacitar recursos humanos de la propia comunidad indígena en el conocimiento de la problemática del alcoholismo y en la aplicación de métodos de intervención comunitaria, que posibiliten la continuidad y permanencia de las acciones de prevención del abuso en el consumo de alcohol y el alcoholismo;
13. diseñar estrategias para la atención de las adicciones integrando la perspectiva intercultural;
14. identificar las funciones culturales que cumplen el alcohol y las drogas en cada grupo, para diseñar estrategias específicas de intervención que las sustituyan.

- **Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012**

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 [31] planteó la necesidad de impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas, la cual se refiere principalmente a destinar recursos económicos para atender las necesidades de salud de la población indígena, y la construcción de un sistema de indicadores que permita tomar decisiones pertinentes, además de realizar la Encuesta Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (PNS 2007-2012: 113). Asimismo, se propuso atender con enfoque intercultural la demanda de atención en salud de este grupo poblacional (Ibid.: 174) e identificar la distribución de las poblaciones indígenas para el diseño de políticas públicas (Ibid.: 178). Incluyó la línea de acción 3.4 que habla sobre la promoción de políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas (Ibid.: 12).

Del Programa Sectorial de Salud se derivó el Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012[32], cuyo principal reto fue incluir la perspectiva intercultural en algunos programas, principalmente aquellos relacionados con la infraestructura hospitalaria, la medicina preventiva, la vacunación ambiental y el saneamiento ambiental (PDPI 2009-2012: 57).

En relación con la Estrategia 2.6 [33], que indica "Lograr que la población indígena ejerza su derecho a la salud y a la seguridad social con pleno respeto a sus particularidades lingüísticas y culturales", se propone una línea de acción destinada a "promover, en términos de las disposiciones aplicables, programas para la prevención y atención del alcoholismo y violencia contra las mujeres en poblaciones indígenas", para lo cual se contaría con la participación de la CDI y de la Secretaría de Salud.

Dentro de la misma Estrategia 2.6, se plantea promover la capacitación del personal del Sector Salud en el modelo Intercultural de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, y también promover la colaboración y participación de médicos tradicionales, parteras, promotores y auxiliares de salud indígenas, como parte integrante de un Sistema de Redes de Servicios de Salud (PDPI 2009-2012: 73).

Una de las líneas de acción planteadas menciona que se debe promover la elaboración de planes de desarrollo integral, sustentables, interculturales, y de largo plazo para

31 Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf (Consultado el 10 de junio de 2012).
32 Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=930&Itemid=74 (Consultado el 10 de junio de 2012).
33 Esta Estrategia está adscrita al Objetivo 2, que dice a la letra: "Superar los rezagos sociales que afectan a la población indígena a través del reforzamiento presupuestal, la ampliación de la cobertura y la adecuación cultural de los programas y acciones sectoriales" (PDPI 2009-2012: 71).

localidades, municipios y regiones con la participación de la población indígena, que hagan énfasis en el ordenamiento territorial participativo, la conservación de recursos naturales, la pertinencia cultural y la equidad de género (PDPI 2009-2012: 75).

Otra línea de acción propone la consolidación del Consejo Consultivo de la CDI, y que sus propuestas y recomendaciones sean conocidas por los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, en los ámbitos federal, estatal y municipal; promoviendo la participación de las comunidades indígenas en la formulación de planes de desarrollo y proyectos estratégicos, así como también impulsar la formación de indígenas para facilitar su participación en la ejecución y seguimiento de los mismos[34].

- **Programa de Acción Específico 2007-2012: Prevención y Tratamiento de las Adicciones, actualización 2011-2012**

El Programa de Acción Específico 2007-2012: Prevención y Tratamiento de las Adicciones (PAE) es un programa sectorial que se deriva del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 2007-2012, cuyo diseño e instrumentación corresponde al sector salud. El PAE 2007-2012 definió seis estrategias, a las que corresponden acciones específicas para incidir tanto en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud, como para brindar tratamiento y lograr la reinserción social, además de dar impulso a proyectos de investigación, privilegiando la coordinación interinstitucional.

Asimismo, propuso acciones específicas para: a) fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios, b) fortalecer acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas de contenido alcohólico, c) fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, de prevención y control de enfermedades, así como d) fortalecer las políticas públicas para la atención de las adicciones. Finalmente, incluye un apartado sobre seguimiento y evaluación del programa, especificando una serie de cinco indicadores para facilitar la medición.

Con la participación activa de los Consejos Estatales contra las Adicciones y en coordinación con diversas instancias en los ámbitos federal, estatal y municipal, el PAE 2007-2012 instrumentó una serie de acciones sin precedente, por ejemplo: la creación de la Red de Centros Nueva Vida que hoy opera en todo el país; el otorgamiento de consultas para la prevención y el tratamiento de las adicciones; así como la colaboración con el sector.

Con la creación por decreto presidencial de la CONADIC (y del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones) en enero de 2011, el PAE se actualizó para el periodo 2011-2012, incluyendo entre sus nuevos compromisos la responsabilidad de instrumentar acciones para la prevención y la atención del alcoholismo en comunidades indígenas.

- **Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012**

El Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012 incluye una propuesta para trabajar en el ámbito comunitario, dentro del cual se encuentran las comunidades indígenas. La propuesta considera la adaptación de los programas preventivos al contexto comunitario, así como la participación de las autoridades locales y de la comunidad en la coordinación de los programas y en la formación de redes donde la comunidad aporte sus recursos, conocimientos y experiencias para la reducción del consumo nocivo de alcohol.

Para el trabajo específico con población indígena se propone promover proyectos de investigación para identificar patrones de consumo de alcohol, factores de riesgo para el consumo y de protección para la prevención; el desarrollo de modelos interculturales de prevención donde se incluyan conocimientos, creencias y expectativas sobre el consumo de alcohol en las comunidades, y también el conocimiento científico, para promover la apropiación de los modelos preventivos por los beneficiarios. También propone capacitar a los líderes comunitarios en prevención y promoción de la salud, para que puedan replicar el conocimiento adquirido dentro de sus comunidades, promuevan la participación activa de sus integrantes y se generen procesos autogestivos en relación con la prevención del consumo de alcohol.

Asimismo se implementarán campañas con mensajes preventivos en programas locales de radio o televisión, creados específicamente en lenguas indígenas, considerando el contexto cultural de cada región; se fortalecerán los mecanismos de control y reglamentación del proceso de producción, comercialización, distribución y consumo de bebidas alcohólicas que se expenden a granel en los municipios con mayor presencia indígena en el país.

- **Programa contra la Farmacodependencia: actualización 2011-2012**

En el Programa contra la Farmacodependencia: actualización 2011-2012 se plantea el desarrollo de estrategias integrales e interculturales para ser desarrolladas con la participación de la comunidad tanto en el diseño, el desarrollo y la evaluación de las acciones. Éstas son las mismas que se plantearon para el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012, salvo que su objetivo es disminuir problemas ocasionados por el consumo y dependencia de drogas ilícitas y médicas fuera de prescripción.

34 Incrementar la participación de los pueblos y comunidades indígenas en la planeación de su desarrollo y para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos (PDPI 2009-2012: 78).

A estas medidas se agregan también la vinculación de las instituciones del sector salud y educativo con organismos sociales, civiles y religiosos de la comunidad para establecer acciones conjuntas; promover una cultura de autocuidado de la salud; elegir, adaptar y traducir contenidos y técnicas en las principales lenguas que se hablan en cada localidad, para promover la capacitación de recursos humanos de la propia comunidad, el conocimiento del tema y la aplicación de métodos de intervención comunitaria que posibiliten la continuidad y permanencia de las acciones de prevención; trabajar con líderes comunitarios para facilitar el acercamiento a los grupos de mayor riesgo e identificar los problemas familiares y sociales relacionados con el consumo.

Durante este sexenio también se publicó en el Diario Oficial, con fecha de 21 de agosto de 2009, la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, y quedó como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Dicha norma tiene como objetivo establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones, y deberá ser aplicada en todo el país por los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza, o de control de las adicciones [35].

D.R. José Luis Marinez / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

35 Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pprg/nom028.html (Consultado en julio de 2012).

3.2. Políticas intersectoriales: Semana Nacional de Información "Compartiendo esfuerzos con A.A."

- **Experiencia de trabajo con población indígena desde la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.**

En julio de 1995 la Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del CONADIC, celebró un convenio de colaboración con la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C. (CMSGAA), para llevar a cabo acciones de prevención, atención y rehabilitación de personas con problemas de alcoholismo. La CMSGAA cuenta con más de 14 mil grupos, por lo que se le considera como la organización no gubernamental más grande en nuestro país, además de representarlo ante la Organización Mundial de A.A. con sede en Nueva York.

De este modo, fue en enero de 1996 que se realizó la primera versión de la ahora llamada Semana Nacional de Información "Compartiendo esfuerzos", con el propósito de llamar la atención de la sociedad sobre la gravedad de los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y de propiciar su reflexión para tomar mejores decisiones, como la de abstenerse de consumirlas, retardar la edad de inicio o usarlas con moderación y responsabilidad.

Esta actividad se realiza de manera ininterrumpida desde entonces durante la tercera semana de enero, justamente poco después de la época del año en que se realiza el mayor gasto y consumo de bebidas alcohólicas. Cabe mencionar que cada año participan más de 30 instituciones locales y federales y los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones.

La XI Semana Nacional de Información "Compartiendo esfuerzos" se dedicó por completo a llevar el mensaje a los pueblos indígenas del país, bajo el lema: "Alcoholismo y población indígena, hacia una nueva vida sin beber". Durante esta conmemoración, se desarrollaron estrategias para la difusión de programas para prevención y atención de alcoholismo a través de sus 12 mil grupos distribuidos en todo el territorio nacional [36].

- **Experiencia de trabajo con población indígena de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.**

La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.[37] es una institución que desde hace varias décadas realiza trabajo de intervención directa con población indígena a través de la formación de grupos en los diversos estados del país. Gran parte del éxito obtenido se debe a que han sido los mismos indígenas quienes han realizado el trabajo, hablando en las propias lenguas de los interesados, con lenguaje sencillo y una actitud honesta; además de que el anclaje ha sido la revaloración de la identidad de las comunidades indígenas en las que trabajan. Parte del proceso de rehabilitación que ofrece esta institución implica que las personas que logran suspender el consumo de alcohol se conviertan a su vez en apoyo para que otros alcohólicos puedan salir de su problema; esto ha generado que la institución cuente cada vez con más personas comprometidas en el trabajo, y que pueda continuar transmitiendo el mensaje que indica que si una persona quiere dejar de beber, puede hacerlo realmente.

Otro aspecto muy importante del trabajo que se realiza consiste en que se respeta en todo momento la decisión de las personas para participar o no en los grupos de trabajo, pues no se les dice qué es lo que tienen que hacer ni se les violenta. Este es un punto fundamental que diferencia a esta institución de muchas otras que también se hacen llamar Alcohólicos Anónimos, las cuales utilizan granjas o espacios en los que internan a los alcohólicos, y basan su intervención en el uso de la violencia y los malos tratos. La propuesta de la Central Mexicana se fundamenta en el respeto, sólo requieren un punto mínimo para comenzar a trabajar: que las personas estén interesadas en dejar de beber [38].

Esta institución también ha firmado diversos convenios con la CDI, por lo que ha podido traducir a diversas lenguas la metodología de "Los doce pasos", columna vertebral del método de intervención. Algunos de los grupos indígenas beneficiados han sido los purépecha en Michoacán, los raramuri o tarahumara en Chihuahua, los otomíes y los nahuas de diversos estados, así como los tzeltales, tzotziles, tojolabales y zoques de Chiapas.

36 SSA (2006). Comunicado de Prensa 039. "México entre los primeros lugares de mortalidad por enfermedades hepáticas: el doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López, inauguró la XI Semana Nacional de Información, Compartiendo esfuerzos, "Alcoholismo y población indígena, hacia una nueva vida sin beber". 23 de enero de 2006. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2006-01-23_1956.html

37 Este apartado se realizó con información proporcionada por José Luis G., quien trabaja en la zona purépecha desde hace 25 años; también se retomó la información proporcionada directamente por la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.

38 La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C., recomienda que las personas interesadas se acerquen directamente con ellos para no entrar en contacto con grupos que no pertenezcan realmente a esta asociación. Para ello ponen al servicio de la comunidad un directorio nacional en el que se encuentran registrados todos los grupos que trabajan en los diferentes estados, incluyendo a los que realizan labor con población indígena, los cuales podrían llegar a realizar pláticas y a conformar nuevos grupos en zonas indígenas que no han sido exploradas hasta ahora si así les fuera requerido por nuevas comunidades. Los datos y números telefónicos pueden ser consultados en la página http://www.aamexico.org.mx/Localizacion.html, o escribiendo al correo serviciosalacomunidad@aamexico.org.mx.

A continuación se presentan los pasos que conforman dicho método [39]:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podrá devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

En particular, en el estado de Michoacán se ha desarrollado un trabajo muy importante, el cual se ha llevado a cabo de forma constante desde hace aproximadamente 30 años. Desde hace 16 años se realizan anualmente los Encuentros Purépechas, en ellos se transmite el mensaje de la Central Mexicana a las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, y se enfocan a quienes no saben leer o escribir y no hablan español. Estos encuentros se organizan en torno a seis puntos: a) transmitir el mensaje al alcohólico a través del propio idioma del interesado, es decir, el purépecha, para poder identificarse y comunicarse plenamente; b) dar a conocer el programa que plantea A.A., el cual ofrece calidad de vida; c) integrar a la gente que ha emigrado de su comunidad, para que se reivindique con su cultura, la cual involucra toda la estructura que tienen los pueblos indígenas; d) forjar líderes; e) traducir de manera fiel los planteamientos de A.A. al idioma purépecha; f) cumplir con la obligación de transmitir el mensaje a las comunidades indígenas, ya que no importa la raza, la lengua o la religión.

Estos objetivos se logran porque quienes trabajan en la zona purépecha se han internado profundamente en las comunidades, se han interesado en conocer su estructura, su forma de organización política, económica y social, lo cual les ha permitido tener más éxito en su trabajo. Gran parte de las personas que han sido rehabilitadas por A.A. se han integrado al sistema de cargos de sus localidades, con lo que hacen servicio en sus comunidades, al volverse autoridades ejidales, municipales o religiosas, convirtiéndose en personas útiles para su entorno. Estas personas no dejan de asistir a las fiestas importantes de sus comunidades, sin embargo, pueden hacerlo y abstenerse de ingerir alcohol. La propuesta de A.A. no consiste en que las personas se alejen de las tradiciones de sus pueblos, sino en que puedan seguir integrándose a la comunidad pero sin consumir alcohol, lo cual es posible, como han demostrado. En un inicio los miembros de las comunidades se molestaban al ver que sus compañeros ya no estaban interesados en seguir consumiendo alcohol durante las fiestas; sin embargo, con el paso del tiempo fueron viendo que esos cambios eran positivos y que no interferían con la celebración, pues los compañeros seguían participando, pero tenían una calidad de vida superior a cuando consumían alcohol en grandes cantidades.

En el estado de Michoacán, la institución cuenta actualmente con cuatro áreas: la primera tiene como cabecera la ciudad de Morelia, la segunda tiene su cabecera en Zamora, la tercera en Lombardía, y la cuarta en Ciudad Hidalgo; estas cuatro áreas cuentan con población indígena. La organización en el estado cuenta con más de 395 grupos indígenas trabajando en aproximadamente 70 municipios con población indígena, y tienen más de 35 servidores purépecha.

Por otro lado, a partir de acuerdos de colaboración con la CDI se ha logrado la transmisión de información en el Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas sobre el trabajo que realiza la Central Mexicana, traducido a las lenguas indígenas locales. También se ha estipulado que el personal de la CDI cuente con información sobre la Central Mexicana para que la pueda proporcionar a la población que acude a sus oficinas, y los puedan canalizar a dicha institución.

Como parte del trabajo que realizan, en 2006 realizaron la XI Semana Nacional de Información, titulada "Hacia una nueva vida sin beber", la cual estuvo dedicada al trabajo en poblaciones indígenas.

39 Disponible en: http://www.aamexico.org.mx/, http://www.aamexico.org.mx/Docepasos.html (Consultado en julio de 2012).

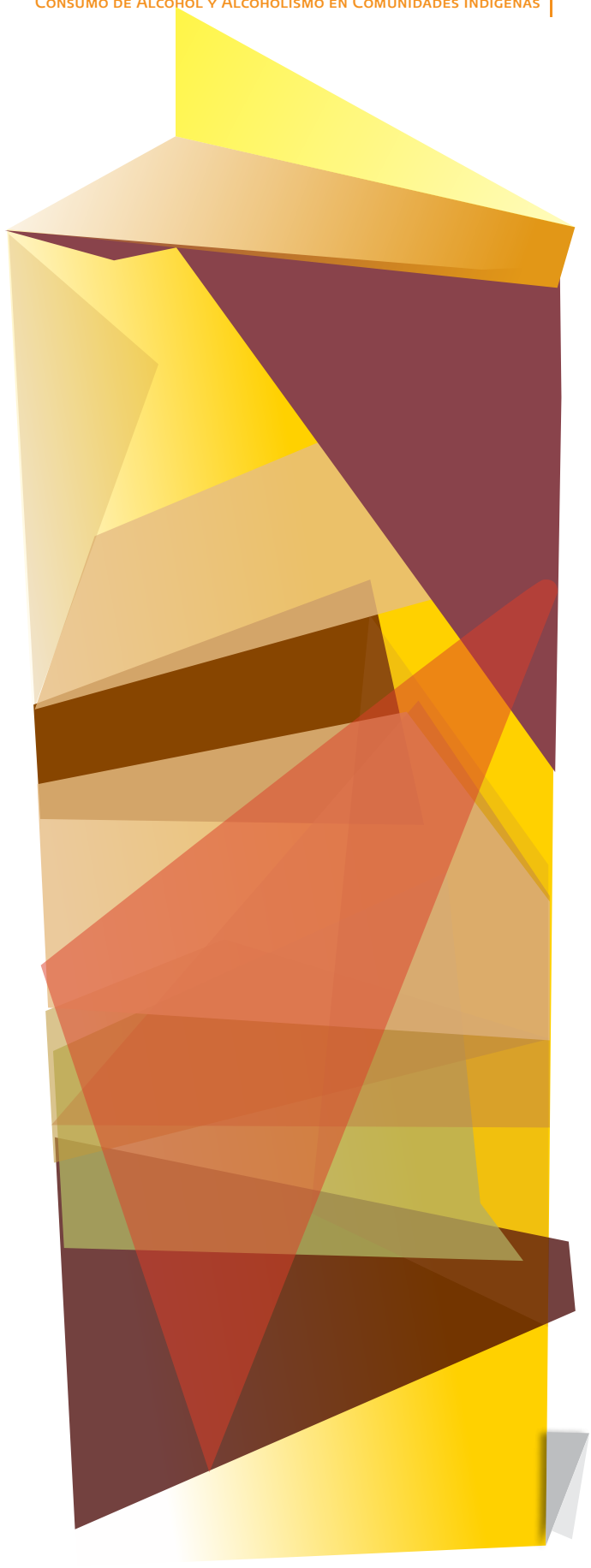
- **El impacto de las políticas públicas**

Un grave problema en México es la falta de mecanismos eficaces para la rendición de cuentas. Una vez que se ha realizado el recorrido por las iniciativas de los diversos programas y planes enfocados al desarrollo en el tema del consumo de alcohol en poblaciones indígenas, nos encontramos con la dificultad para saber cuáles de todas esas propuestas han sido realizadas de forma efectiva.

Existe información disponible en los Informes de Gobierno[40] que muestra datos sobre los recursos aplicados y las actividades realizadas; sin embargo, es muy poco lo que se presenta sobre el tema de la salud indígena, y mucho menos respecto al tema del consumo de alcohol. Con tan poca información es imposible poder evaluar si las acciones realizadas efectivamente se llevaron a cabo con el enfoque intercultural, o aproximarnos al impacto que tuvieron en la población destino.

Tras este análisis lo que queda claro es que los recursos y las medidas implementadas no han sido suficientes para atacar el problema del abuso en el consumo de alcohol en las comunidades indígenas. Como ya se mencionó, se trata de un problema multifactorial para cuya solución se requiere la aplicación de numerosas medidas coordinadas, ubicadas en distintos ámbitos y a partir de diversas instituciones interesadas en abordar el tema de forma integral; y por el contrario, hasta el momento lo que se ha propuesto son medidas parciales, desarticuladas y sin recursos.

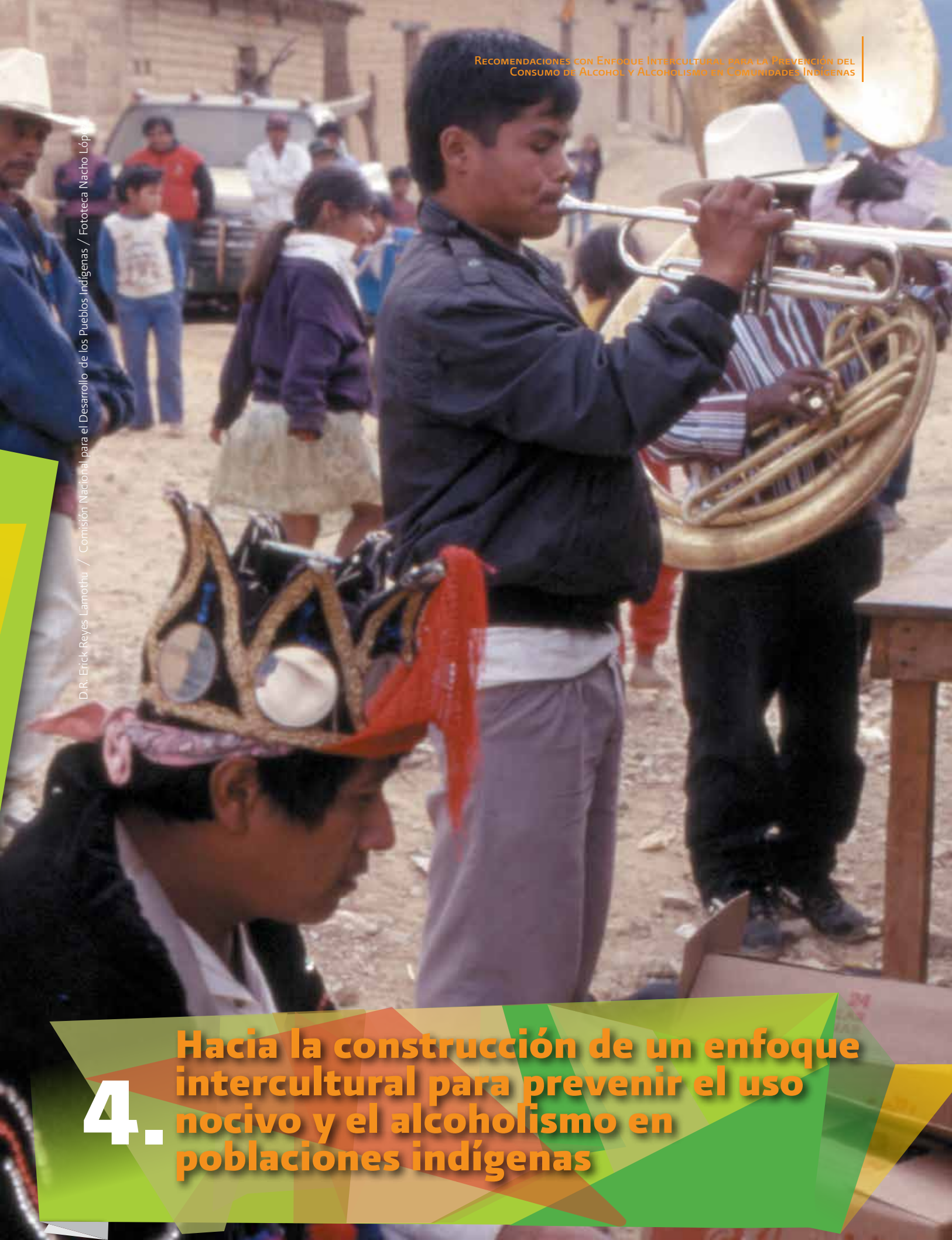
El planteamiento que se realiza en este documento se enfoca en el trabajo directo con las comunidades indígenas, fomentando la reflexión y las capacidades organizativas para trabajar este tema; pero sólo la concordancia con otras estrategias paralelas y complementarias permitirá ir generando soluciones de fondo a este problema de salud.



40 Véanse los siguientes sitios: http://primer.informe.gob.mx/; http://segundo.informe.gob.mx/; http://tercer.informe.gob.mx/ ; http://cuarto.informe.gob.mx/ ; http://quinto.informe.gob.mx/ (Consultados el 12 de junio de 2012).

...*"Vern considera que sus propias adicciones y su curación personal fueron necesarias para conformar quién es hoy en día y ayudar a la comunidad: "ellos me escuchan (otros indígenas con problemas de adicciones) porque pueden ver que tengo una buena vida, haciendo cosas buenas y que yo camino lo que hablo".*

Testimonio de un indígena cree (fragmento)



D.R. Erick Reyes Lamothu / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

4. Hacia la construcción de un enfoque intercultural para prevenir el uso nocivo y el alcoholismo en poblaciones indígenas

Testimonio de un indígena cree

Vern "Asin" [41] *Harper es un indígena que nació el 17 de junio de 1932, en Toronto, Canadá. Es llamado "Urban Elder" o el "Anciano urbano". Es nieto de la quinta generación de Mistawasis, jefe cree, y nieto de la sexta generación del jefe "Big Bear" o "Gran oso", quien peleó la última batalla entre la tribu Cree y el gobierno canadiense en 1885.*

Tras vivir en condiciones difíciles en su infancia y ser enviado como soldado a la guerra de Corea, Vern tuvo serias dificultades con el consumo de drogas y alcohol. Este indígena cree que el último aliento de la vida de su madre y la protección del "espíritu del mundo" lo ha mantenido en pie: "Esto es lo que me ha ayudado a sobrevivir la prisión, instituciones mentales, el alcoholismo, drogadicción y mis propias culpas que me condicionaron y forzaron..."

Recuerda el momento en el que pasó y encaró la vida para ser mejor. Le dijo a su tía que él creía que su vida había sido un desperdicio... Ella volteó, lo miró y le dijo que la vida era un jardín, pero por más valioso que fuera, por más que creciera y floreciera, implicaba mucha mierda –refiriéndose a todas las cosas que había vivido y aprendido–, entonces Vern se dio cuenta de que era justo por lo que estaba pasando y de que el futuro solo dependía de él.

Desde ese momento comenzó a vivir de otra forma, dejó las adicciones y comenzó a luchar por los derechos de los indígenas de su tribu, así como por la transmisión de su cultura a los niños y jóvenes de la tribu. Vern pensó que solo sus orígenes, sus raíces y la fortaleza de su cultura podían salvarlo a él y a muchos que también se sintieran un desperdicio.

Organizó una caravana de personas nativas que, caminando, cruzaron Canadá para protestar y fomentar la conciencia sobre los tratados que rompió el gobierno canadiense en contra de los indígenas. Poco después, en 1976 fundó con su esposa la escuela Wandering Spirit Survival (El espíritu nómada sobreviviente).

"Asin" ha realizado innumerables trabajos en apoyo a la comunidad indígena y no indígena, visitando las correccionales, centros de rehabilitación, escuelas y

Indígena Vern Harper, foto de Ritchie Sinclair, 2005

comunidades indígenas de todo el mundo. Su principal aportación a la comunidad es poner en práctica su experiencia como curandero, y proveer de un apoyo espiritual realizando rituales y fomentando la paz espiritual y el reencuentro con las raíces culturales.

Actualmente trabaja en el Centre for Addiction and Mental Health (Centro para Adicciones y Salud Mental), en Toronto, Canadá. Dicho centro promueve la espiritualidad como parte integral del tratamiento.

Vern considera que sus propias adicciones y su curación personal fueron necesarias para conformar quién es hoy en día y ayudar a la comunidad: "ellos me escuchan (otros indígenas con problemas de adicciones) porque pueden ver que tengo una buena vida, haciendo cosas buenas y que yo camino lo que hablo".

41 En su lengua, Asin significa 'piedra'.

¿Cómo hacer prevención desde un enfoque intercultural?

Al tratar sobre las formas de percibir la salud y la enfermedad de las poblaciones indígenas, nos adentramos a creencias y prácticas que van de la mano con la naturaleza, la comunidad y la espiritualidad. La percepción del estado de salud o enfermedad es una relación integral de aspectos no solo relacionados con el cuerpo o la mente, sino del ser humano con la naturaleza y el espíritu, en donde para ciertas sociedades indígenas este proceso de salud-enfermedad se vincula con las prácticas de sus ancestros.

4.1. Comprensión del proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva indígena

Algunas formas de curación de estas poblaciones están relacionadas con plantas medicinales, limpias, masajes, rezos, rituales o ceremonias guiadas por chamanes, parteras, hueseros, curanderos, sabios y ancianos. Estas experiencias son practicadas mayoritariamente por poblaciones indígenas; pero existe un gran número de personas no indígenas que también recurren a estas prácticas de manera cotidiana. Estos saberes ancestrales responden a otras cosmovisiones, formas integrales que promueven el vivir en armonía con el propio cuerpo, emociones, espiritualidad, así como con el medio ambiente y con el resto de los miembros de la comunidad. Sin embargo, no hay que olvidar que cada pueblo originario tiene sus propias formas de comprender la salud y la enfermedad, así como sus respectivas formas de prevención, tratamiento y curación, las cuales deberán ser retomadas en cualquier práctica dirigida a estos grupos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), los grupos indígenas consideran la armonía individual ligada al universo como la fuente de la salud y el ideal de vida; aunque, en algunos grupos existe dualidad de pensamiento y otorgan un alto valor a sus ancestros y a los espíritus. Aunado a ello, "se considera que en estos grupos la salud es entendida como el resultado de las relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad, la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen" (OPS, 2008: 33).

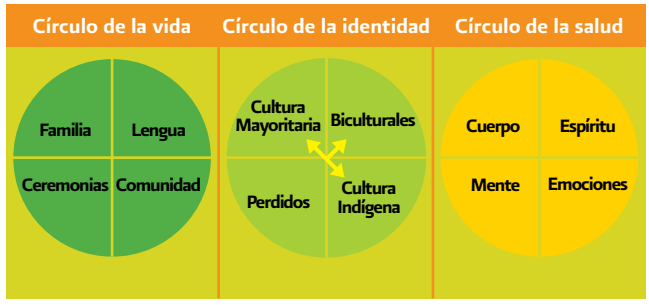
La enfermedad, en contraparte, es entendida como la pérdida del equilibrio entre las relaciones del ser humano con el espíritu, y de la naturaleza con la comunidad. Los padecimientos muchas veces son vistos como consecuencia de una transgresión de normas y principios de convivencia. Estas nociones de salud-enfermedad responderán siempre a un sistema de retroalimentación, el cual, visto como un equilibrio, da sentido a la vida y a la muerte.

- **Círculo de la vida, la salud y la identidad indígena**

Como hemos visto, los indígenas tienen formas particulares de percibir la salud. Según García-Andrade (2009), esta visión responde a un esquema circular u holístico, en el que intervienen tres círculos fundamentales: el de la vida, el de la salud y el de la identidad. García-Andrade considera que los tres están íntimamente relacionados y desempeñan una función fundamental en la salud integral de estas personas:

El grado de salud de una persona muestra la relación que tiene con su entorno (representado en el Círculo de la Vida), con su propia imagen (representado en el Círculo de la Identidad) y con la construcción y desarrollo de sí mismo que es lo que ilustra el Círculo de la Salud. Este círculo representa al cuerpo, mente, espíritu y a las emociones como las partes fundamentales que nos integran como individuos y que debemos cuidar y desarrollar para construirnos como personas sanas, es decir, como mejores seres humanos capaces de interactuar en armonía con nosotros mismos y con la colectividad.

Gráfica 4



Ese todo integrado contempla la no ruptura entre estos aspectos y le da importancia al entorno cultural, familiar y comunal; al reconocimiento de sí mismo entre dos o más culturas; y, finalmente, al cuerpo, mente, espíritu y emociones como parte integral de la concepción de bienestar. Así, se establece que la salud en la concepción indígena es una relación armónica no solo entre cuerpo y mente, sino que intervienen también espíritu, semejantes y naturaleza –aspectos que formarán parte de su identidad y cultura en un continuo–.

Gráfica 5

Como hemos observado, la percepción indígena de la salud y la enfermedad son percibidas y vividas de forma integral y equilibrada, en este sentido, sus prácticas médicas tradicionales responden a este enfoque, abarcando varios aspectos del ser humano, comunidad y naturaleza.

4.2. Importancia de la medicina tradicional e incorporación del enfoque intercultural en salud

Se ha reconocido a la medicina tradicional como:

> Sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención y curación de la enfermedad, o a la atención a causas de desequilibrio concebidas como patológicas para el individuo o el grupo y es el resultado de un complejo proceso histórico en el que persisten conocimientos indígenas ancestrales, influidos por otros sistemas médicos, particularmente europeos y, en menor medida, africanos. La medicina tradicional es ejercida por terapeutas socialmente reconocidos (curanderos, hueseros, hierberos, parteras) y su acción se extiende a la atención de procesos no patológicos, como el embarazo, el parto y el puerperio normales (Sepúlveda; 1993: 45).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) define a la medicina tradicional como la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, que se utilizan para mantener la salud, así como prevenir, diagnosticar, mejorar y tratar trastornos físicos o mentales. También suele denominarse medicina alternativa o complementaria.

En México, la medicina tradicional se ha construido en oposición a la medicina occidental, y se cree que las prácticas están fundamentadas en la experiencia e historia de la medicina mesoamericana, pero se ha enriquecido con elementos de la medicina occidental, la africana y recientemente algunos tratamientos de la medicina tradicional china, entre otros. Sin embargo, aunque históricamente estas prácticas han sido ampliamente utilizadas, incluso por los misioneros y colonizadores españoles, en el siglo XVII se empezó a establecer la medicina galénica como la medicina hegemónica, invalidando a la medicina indígena, relegándola a prácticas mágicas y supersticiosas. Poco después, con la ciencia experimental del modelo occidental, la medicina tradicional se concibió como superchería y falsa creencia (Viesca, en Campos, 1992: 116).

Incluso en la actualidad, la medicina tradicional se encuentra subordinada a la medicina oficial, académica o científica, y no se reconoce desde el punto de vista jurídico, a pesar de que el uso es bastante amplio en poblaciones tanto indígenas, como no indígenas (Berenzon, 2006). Datos de la OMS (2008) afirman que 80% de la población en China y África dependen de la medicina tradicional en atención primaria de salud. En el caso de Europa, del 70% al 80% de la población ha recurrido a la medicina alternativa. Por otro lado, en América Latina 50% de la población se sigue atendiendo con métodos de la medicina tradicional, siendo sus principales padecimientos: las infecciones estomacales, accidentes, envidia, susto, caída de la mollera, nervios, problemas músculo-esqueléticos, factores económicos, y el no haber tenido una buena experiencia con la medicina alopática.

La medicina tradicional y las prácticas médicas que se encuentran al margen del sistema médico científico se insertan en un modelo o prácticas alternativas, las cuales son independientes del sistema occidentalizado. Algunas de sus características son, como hemos visto, la concepción holística del ser humano, comunidad y naturaleza, así como la salud y la enfermedad. Es importante mencionar que para que exista eficacia simbólica debe legitimarse comunalmente y existir sociabilidad, atención y escucha. Sin embargo, es indispensable reconocer que no es absolutamente opuesta a la medicina alópata, que mantiene una relación asimétrica del médico con el paciente, una participación subordinada de los consumidores y sobre todo una reciente mercantilización (Campos, 1992).

El siguiente apartado versa sobre la importancia de la interrelación entre la percepción indígena en el tema de salud-enfermedad, la medicina tradicional y la medicina occidental o alópata. Con ello se pretende fomentar una visión completa, incluyente y respetuosa entre los diversos saberes, en especial en el ámbito de la salud.

- **Importancia de la interculturalidad en la atención de la salud en poblaciones indígenas**

Las culturas humanas son diversas y heterogéneas. Las diferentes historias, los lenguajes, las relaciones con la naturaleza, con la vida, con la muerte, con la salud y la enfermedad, así como sus tratamientos, son solo ejemplos de diferentes concepciones y formas de entender el mundo. En las culturas indígenas de México pasa algo similar, son tan vastas y diferentes que es necesario comenzar no solo a reconocerlas, sino a escucharlas, a entender y a atender sus necesidades.

México, desde 2001, se reconoce constitucionalmente como una nación pluricultural, lo cual debería garantizar el derecho a las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus conocimientos, lenguas, tradiciones y culturas. Ello promovería el uso de la medicina tradicional como un derecho y un conocimiento digno de recuperarse e integrarse al conocimiento científico.

Al mismo tiempo, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Pueblos Indígenas (2008), en el artículo 24, advierte sobre la medicina tradicional:

> Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Estos artículos conforman una serie de enunciados que distan mucho de la realidad. Como sabemos, los indígenas muchas veces no cuentan con un trato digno, ni un reconocimiento de saberes, y son –como hemos visto en las estadísticas– más discriminados y vulnerables a adicciones y enfermedades que otras poblaciones. Por este motivo, no solo es necesario plasmar acuerdos en papel, políticas públicas o derechos humanos, sino llevar a cabo las aplicaciones, evaluaciones y sanciones correspondientes.

En este sentido, se considera ineludible e inaplazable el diálogo entre diferentes culturas, pero no solo para comunicarnos, sino para construir nuevas formas de conocimiento y entendimiento mutuo o múltiple. Para ello, se ha propuesto como instrumento a la interculturalidad. A continuación se definirá este concepto, qué se ha hecho con los pueblos indígenas y cómo es posible conocer y entender diferentes tipos de saberes y escuchas a partir de ella. En el caso de este apartado, se pretende nombrar especialmente la interculturalidad en relación con el ámbito de la salud, es decir, la relación entre la medicina alópata y la medicina tradicional o alternativa. Finalmente, se incluye una serie de planteamientos sobre identidad cultural y cómo esta puede constituir un factor de protección o de riesgo para los indígenas.

Se parte del principio de que los pueblos originarios poseen, generan, desarrollan y difunden sus propios saberes, conocimientos, valores, habilidades, destrezas, estrategias de comunicación, formas de apropiación de los conocimientos, entre otros. Estos saberes merecen un trato simétrico y equitativo al de la cultura dominante, por ello el reconocimiento positivo de la diferencia es de suma importancia.

Un avance en la tarea de considerar saberes alternativos se logra con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, que nace en 2002, justo después del mencionado reconocimiento constitucional de la diversidad cultural del país. Esta dirección se ha dado a la tarea de impulsar un modelo intercultural en salud, el cual reconoce una visión diversa de formas de conocimiento, impulsando la valoración hacia lo que han llamado medicina tradicional o medicinas complementarias, las cuales son tan importantes y necesarias como la medicina alópata, complementando saberes desde la apertura, el discurso y el respeto.

Por otro lado, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 ha propuesto que la Secretaría de Salud incorpore procesos para validar y promover las medicinas complementarias. Lo cual implica un cambio en la infraestructura y en las formas verticales de trato médico o especialista respecto a sus pacientes indígenas. Y, aunque persiste este modelo, se plantea que existen cada vez más tipos de medicinas y lenguajes médicos que han sido ancestralmente empleados; además, es reconocido que en varios lugares siguen siendo la única alternativa a falta de hospitales o servicios médicos cercanos, igualmente, se ha dicho que estas medicinas, en algunos casos, son tan efectivas como sus símiles. Ello implica un fortalecimiento de la política intercultural en salud, la cual va caminando hacia el reconocimiento de la diversidad de saberes, lenguajes, culturas, medicinas, es decir, diferentes formas de entender el mundo.

Según la Secretaría de Salud (2002), la interculturalidad:

> Es el proceso de comunicación en relaciones de convivencia que establecen dos o más individuos o grupos culturales que manifiestan características y posiciones diversas, en donde se promueven condiciones de inclusión y horizontalidad, con respeto, con escucha, comprensión mutua y sinergia. La interculturalidad reconoce al otro u otros como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (2008), señala que "la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar..." Es decir, estas posturas proponen que la interculturalidad sea un puente para el diálogo, la comprensión, la inclusión, el entendimiento y el compromiso en la construcción de un nuevo tipo de saber enriquecido desde la diversidad, en donde la fortaleza sea el pilar que sostenga y conforme esta nueva forma de comunicación y conocimiento. Partimos de la idea de que la interculturalidad no incluye solo a la población indígena, sino que plantea un reconocimiento y respeto de culturas, etnias, géneros, diversidad sexual, diferentes edades, capacidades diferentes y grupos minoritarios, por ejemplo. Sin embargo, este trabajo está orientado al trabajo en salud con poblaciones indígenas.

No se puede hablar de interculturalidad en un ambiente donde las personas se consideran inferiores por su condición étnica, de clase, de género o edad; o donde se desprecia a quienes no comparten el mismo estilo de vida, costumbres, tradiciones, expresiones o ideas. En muchos casos, la gente puede cohabitar y hasta convivir con diferentes personas, pero, al mismo tiempo, considerar que su cultura, persona o forma de entender el mundo es mejor, más desarrollado e incluso único, subordinando cualquier otro tipo de saber. De esta manera no se está siendo intercultural, sino solo tolerante a lo diferente. El ser intercultural va más allá de la tolerancia, es respetar, valorar, no sentir superioridad sobre otros, no interponer nuestros propios juicios a lo diferente y, sobre todo, construir un diálogo con respeto y llegar a acuerdos prácticos para ambas partes.

Un ejemplo de ello es el esfuerzo que realiza la Secretaría de Salud en México, la cual ha desarrollado estrategias de convivencia e intercambio para el entendimiento entre diferentes culturas y seres humanos, a través de la Dirección de Medicina Tradicional de la Dirección General de Planeación en Salud. En el documento "Competencias interculturales para el personal de salud", se especifican 10 lineamientos interculturales para formar al personal como "profesionales de salud interculturalmente competentes", indicando los retos de sensibilización, procurando el diálogo, sin imponer un conocimiento, sino escuchando las diversas opciones y llegando a acuerdos sobre las diferentes formas de entendimiento y tratamiento de las enfermedades[42]. Tales lineamientos interculturales son:

1. Satisfacer al usuario a partir del respeto.
2. Fomentar la empatía.
3. Identificar la singularidad cultural de los usuarios, conocer su percepción y expectativas.
4. Establecer con el paciente y familiares actitudes de respeto, empatía y amabilidad.
5. Evitar burlarse, engañar o prohibir.
6. Permitir y promover condiciones de otras formas de intervención en el problema.
7. Evitar la emisión de juicios, prejuicios y culpas respecto a las causas de la enfermedad.
8. Fomentar la participación social y la comunicación asertiva con la comunidad y autoridades locales.
9. Explicar claramente la enfermedad, tratamiento y cuidados asegurándose de que el usuario entienda.
10. Revisar al paciente previo consentimiento.

La planeación de estas propuestas se realiza como un proceso entre varios grupos culturales; por supuesto que esto requiere de un cambio y apertura en la visión de ambas partes, por lo tanto, no es una tarea fácil o simple, incluso se plantea la posibilidad de conflictos, pero siempre al margen del reconocimiento, del respeto y del diálogo.

La interculturalidad en salud ha sido entendida como los procesos en los cuales los servicios de salud consideran el entorno cultural, la diversidad y respeto en relación con las diferentes concepciones de salud y enfermedad: "La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no solo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección." A partir de lo anterior, se pretenden establecer criterios interculturales en todos los ámbitos, tanto en los profesionales de la salud, como en las áreas administrativas, de seguridad, de intendencia, así como en los espacios diseñados para el público que será atendido en los espacios de salud.

Con base en estas estrategias, se tenderá a romper las barreras asimétricas y permitir las condiciones de respeto para que cada persona, con su bagaje cultural, pueda hablar de sí mismo sin ser reabsorbido o subsumido por otro. Posiblemente la clave sea informar sobre la diversidad cultural, el respeto y la igualdad de conocimientos, responsabilidades y derechos. Ello promoverá no solo que sea respetada una cultura o persona, sino que sea tan digna y valiosa como cualquier otra, y, por tanto, tratada como tal.

Pero, ¿cómo hacer para dejar atrás la idea de superioridad de conocimientos? Difícil respuesta. Como hemos visto, no solo la Secretaría de Salud, sino diversos organismos, como

42 Secretaría de Salud. (2008). Competencias interculturales para el personal de salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación en Sistemas de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/2compe_inter.pdf

la Secretaría de Educación Pública (SEP), han planteado un servicio acorde a las necesidades multiculturales. La SEP ha desarrollado estrategias de educación intercultural desde la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe (CGEIB) y la Red de Universidades Interculturales (REDUI), sobre todo en estados que registran un alto índice de indígenas, como Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Michoacán, Estado de México y Quintana Roo. Un resultado importante ha sido la creación de escuelas bilingües interculturales, las cuales cuentan con la participación de población indígena tanto en la elaboración de planes de estudio, como en la participación docente.

En el ámbito de la salud existe un proyecto nacional de "Caravanas de salud", dedicado a fomentar el trato intercultural en zonas de difícil acceso y desarrollo, especialmente en zonas de alto índice de población indígena. El proyecto ha tenido un buen resultado, pues se plantea desde un enfoque de respeto e inclusión de diversas formas de entendimiento sobre salud y enfermedad. A pesar de ello, es indispensable tomar en cuenta las barreras económicas, geográficas y culturales que han dificultado las estrategias interculturales y están presentes en diferentes sectores:

1. En la estructura del sistema y de los servicios.
2. En el establecimiento o espacio físico de la unidad de salud.
3. En el desempeño de los prestadores de salud.
4. En los usuarios.

Estos cuatro elementos a retomar en la implementación de cualquier programa de salud, deberán minimizarse cada vez más hasta lograr un trabajo adecuado en el ámbito intercultural. Para ello, se propone proveer de elementos necesarios de capacitación y sensibilización intercultural al personal de salud desde la educación escolar, hasta el trabajo en clínicas o espacios de salud, al mismo tiempo que informar a la comunidad y a cada usuario sobre cómo interactuar para un bienestar compartido. En este sentido, la propuesta es hacer una revisión a varios niveles:

a) En las instituciones responsables del sistema de salud

- Es necesario que las instituciones del sistema de salud cuenten con una ley o política pública que regule el sistema intercultural. Estas políticas públicas deberán integrar la normatividad y la operatividad en todos los niveles de atención en salud.
- Se deberá informar oportunamente a todo el personal sobre las nuevas políticas de inserción intercultural, así como capacitar adecuadamente, dar seguimiento, evaluación y sanción pertinente a cada proyecto.

b) En la capacitación a personal de salud

- Deberán establecerse los recursos para la impartición de talleres informativos y vivenciales con el fin de sensibilizar sobre las condiciones sociales, históricas, políticas y económicas de la condición indígena. En este sentido, se debe establecer qué función han desempeñado los médicos en la reproducción de conductas de los sistemas que tienden a discriminar o relegar a los indígenas.
- Se plantea generar una empatía con la gente y conocimientos indígenas.
- Se promoverá una mirada crítica hacia las prácticas de medicina occidental, y más apertura hacia otros tipos de conocimiento y formas de intervención. Este enfoque permitirá reconocer alcances y limitaciones de cada forma de entender el proceso de salud-enfermedad, el cual posiblemente facilite un diálogo horizontal que incorpore distintas miradas permitiendo un entendimiento integral.
- Se deberá capacitar y certificar a los practicantes de medicina tradicional y validar sus propios conocimientos.

c) En los hospitales, las clínicas y centros de salud

- Se deben crear condiciones ambientales óptimas no solo para discapacitados, sino también para otro tipo de personas, por ejemplo, a las madres que no pueden dejar a sus hijos en casa, proveerles de un espacio seguro para los niños, o bien, prohibir la discriminación dentro de los espacios de salud.
- Es altamente recomendable romper las barreras del lenguaje y comunicarse en la propia lengua de la población indígena, en caso de no hablarla, contar con un traductor sensible al enfoque intercultural.
- Se establecerán las bases para un consentimiento informado, el cual deberá contar con principios básicos de comunicación, respeto y ayuda.
- Se pretende propiciar un nuevo tipo de acercamiento, comunicación, entendimiento intercultural de toda la planta de empleados de los espacios de salud –policías, recepcionistas, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y médicos–, hacia los indígenas, ancianos, jóvenes, niños, personas con capacidades diferentes o con preferencias sexuales diversas.

d) En la comunidad

- Establecer acuerdos de intercambio de información entre la comunidad y el personal de salud, de preferencia en la propia lengua. Estos acuerdos deben

buscar la participación en las asambleas de manera que se pueda contribuir con experiencias y métodos de diagnóstico y resolución de problemas. Al mismo tiempo, deben considerarse las propias estrategias de prevención.

- La comunidad tendrá la obligación de autorregularse y solicitar información sobre los temas de salud y comunicarlos a otros miembros; prevenir, en la medida de lo posible, conductas que afecten la salud; y tener información a la mano sobre las posibilidades de referencia de diferentes personas e instituciones especializadas en el tema.
- Finalmente, se debe propiciar la creación de redes sociales enfocadas a la prevención y tratamiento de problemas de consumo de alcohol, como instancias de salud, parteras, limpiadores, chamanes, líderes comunitarios, promotores, escuelas, iglesias y grupos de A.A., así como generar un plan de evaluación para darle continuidad al proyecto.

e) En los usuarios

- Se debe otorgar información sobre derechos. Propiciar la reflexión sobre diferentes tipos de conocimientos, ubicación social, experiencias negativas y positivas con los servicios de salud, lengua hablada, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana. También debe informarse sobre redes comunitarias u otros organismos de asistencia.

Para la OMS (2008), desde una perspectiva intercultural, el trabajo implica cuatro puntos fundamentales a partir del reconocimiento y el vínculo:

- Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
- Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
- Generar canales de comunicación que validen al otro desde categorías propias.
- Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

Una de las recomendaciones más importantes para llevar a cabo el trabajo intercultural en las comunidades indígenas es establecer ciertos criterios para la intervención, por ello, el prestador de salud o facilitador comunitario deberá contar con una capacitación previa al contacto o ingreso con cualquier grupo o problemática comunitaria.

Frecuentemente los proyectos, programas y servicios destinados a la población indígena no cuentan con un intercambio de ideas con la población objetivo, mucho menos con una planeación intercultural, lo cual dificulta el entendimiento y la retroalimentación, restringiendo el potencial de la comunidad y de sus habitantes. Por otro lado, el prestador de servicios de salud tampoco cuenta con lo necesario para dicho contacto, limitando su conocimiento y estrategias de intervención. Además, existe desinformación y prejuicios generalizados sobre la población indígena, lo cual dificulta una visión clara e incluyente tanto en el contacto humano, como en el diagnóstico, tratamiento e intervención.

En este sentido, el proceso formativo se plantea como generador de profesionistas interculturales, los cuales no le dirán a la población qué hacer o valorar, sino que ayudarán a que la población lo dilucide por ella misma a través de la integración y participación colectiva, intentando fortalecer las destrezas en la resolución de problemáticas en torno al tema del uso nocivo de alcohol y alcoholismo, y pensando siempre en soluciones compuestas desde varios puntos de vista.

La propuesta intercultural consiste en ubicar a las culturas institucional e indígena en un contexto de relaciones horizontales, donde no exista descalificación a priori basada en el prejuicio, sino en un deseo de conocimiento mutuo. Las instituciones se acercan a los grupos indígenas a partir de un deseo de escucha mutua para que las comunidades indígenas reflexionen y decidan cómo pueden trabajar en la problemática del consumo de alcohol, considerando que es algo que no se ha construido anteriormente. Para ello, el prestador de servicios de salud deberá fomentar la participación comunitaria favoreciendo la autogestión, prevención, búsqueda de redes sociales internas y externas a la comunidad, y soluciones en coparticipación con la red de servicios federales en ámbitos de salud, jurídicos y sociales.

Al establecer un diálogo intercultural se pretende que la comunidad, con ayuda del servidor de salud, reconozca los factores de riesgo y protección con los que la población cuenta para combatir las adicciones, en especial el alcoholismo.

4.3. Identificando factores de riesgo y protección: individuales, relacionales y sociales

Un factor de riesgo es una característica que puede incrementar la predisposición o probabilidad de que se produzca determinado fenómeno aversivo en una persona –en este caso el uso nocivo de alcohol y alcoholismo–. Estos factores, en varios casos, pueden predecir el desarrollo de una conducta de consumo de drogas o alcohol, situando a las personas en una posición vulnerable hacia dicha conducta.

Los factores de protección son las condiciones, los atributos o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos que pueden reducir las probabilidades de comportamientos aversivos o circunstancias desfavorables. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden dividirse en tres tipos: individuales, relacionales y sociales.

a) Factores individuales: características internas del individuo, de su forma de ser, sentirse y comportarse, es decir, la edad, la personalidad, los recursos sociales de los que dispone como las creencias, valores, actitudes, autoestima, habilidades sociales, el autoconcepto y el autocontrol.

Por un lado, entre los factores individuales de riesgo podemos encontrar a los genéticos que predisponen a enfermedades, baja autoestima, depresión, conducta antisocial, agresividad y pocos valores morales. Por otro lado, los factores individuales de protección pueden ser buena autoestima, seguridad, confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse y empatía.

b) Factores relacionales: aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto social determina una situación peculiar. Los más importantes estarán relacionados con la familia, amigos o pares, escuela o trabajo, lugares de recreación y ocio.

Entre los factores relacionales de riesgo podemos encontrar el consumo de alcohol y drogas por parte de los padres y amigos, baja supervisión o extrema disciplina familiar, actitudes favorables a la conducta antisocial, violencia en el ámbito familiar, rechazo escolar o laboral, delincuencia, entre otros. Asimismo, los factores relacionales de protección serían el apego familiar, confianza en los padres y amigos, dinámica familiar positiva, altas expectativas parentales, asociación con amistades que tienen actividades recreativas, religiosas, de ayuda mutua, entre otras.

c) Factores sociales: la estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la publicidad, la accesibilidad, la aceptación social y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a las culturas y por lo tanto afectan la conducta del individuo.

En los factores sociales de riesgo podemos encontrar las creencias, normas y leyes de la comunidad que favorecen el uso nocivo de alcohol y drogas, su disponibilidad, la economía deficiente, la desorganización comunitaria, pocos lazos sociales y poco o nulo sentido de pertenencia a un grupo determinado.

En contraparte, los factores sociales de protección serían contar con un acceso más restringido al alcohol o a otras drogas, normas de prohibición hacia la venta y consumo, un sistema de oportunidades y apoyo comunitario, normas culturales y éticas que permitan tener altas expectativas para los jóvenes, mejora de economía, mejora educativa y laboral, y redes comunitarias de apoyo.

Gráfica 6

En el caso particular de la población de estudio, la OPS (2008) afirma que en México existen 487 municipios en donde más del 70% de la población es indígena y vive en alta y muy alta marginación. Como hemos visto en los antecedentes indígenas, los datos del entorno sociocultural de este grupo social son complejos. Posiblemente el uso nocivo de alcohol y alcoholismo en estas poblaciones se relacione con factores sociales de riesgo como la pobreza, falta de empleo, altos índices de analfabetismo, deserción escolar, falta de oportunidades sociales, exclusión, discriminación, migración, falta de reconocimiento de lenguas y conocimientos, vulnerabilidad, entre otros. "Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población."[43]

También es necesario dar énfasis al factor cultural como un importante elemento de protección, sobre todo en poblaciones indígenas. Tener una positiva y fuerte identidad cultural es primordial en la conformación del autoconcepto y buena autoestima. Una cultura que es juzgada y poco aceptada por la sociedad puede afectar la visión que los indígenas tienen hacia su entorno y hacia ellos mismos. Las sociedades que

43 Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas (IWGIA).

aceptan la diversidad y promueven la identidad cultural están generando personas con fuertes valores, sentido de pertenencia y orgullo hacia sus raíces culturales, lo cual es deseable en la conformación de factores protectores hacia el consumo nocivo de alcohol y alcoholismo.

Para Almaguer, García y Vargas (2005), la pérdida y búsqueda de sentido y la identidad cultural propician el consumo, el uso nocivo y la adicción de sustancias como el alcohol, tabaco y estupefacientes. Las adicciones son elementos que se vuelven indicadores de sociedades que están perdiendo o han perdido sus sentidos colectivos.

- **Identidad cultural como factor de protección**

La identidad ha sido definida desde varias disciplinas sociales –lo cual habla de la riqueza del término y de su propio uso–, generando grandes discusiones y confrontaciones teóricas. En este apartado se dará una visión general de lo que significa la palabra identidad, de cómo se relaciona con la cultura indígena, y cómo puede fungir como factor protector o de riesgo en el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo.

Según la Real Academia de la Lengua Española (22.a edición), la identidad es el "conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás", dichos rasgos deberán ser reconocidos tanto subjetivamente como socialmente para ser significativos.

Antiguamente se creía que la identidad contenía rasgos esenciales e inmutables que permanecían a pesar del tiempo y el espacio, y que las personas conservaban su identidad pese a los diferentes movimientos, intercambios y migraciones. Sin embargo, las nuevas concepciones consideran que la identidad se reconstruye continuamente, siendo un proceso siempre abierto, y, por ende, nunca acabado o definitivo. Por ello, se considera que la identidad es una compleja composición, la cual tiene carácter dúctil, flexible y sujeta a cambios (Bartolomé, 1997; Giménez, 2002; Warman, 2003; y Grimson, 2009). El punto central del presente documento sobre este respecto es que las identidades son construcciones simbólicas que involucran a las formas de autorepresentación y asignación social en las que se juega una posición relativa de las personas con base en la subjetividad, cultura, formas de relación, condiciones socioeconómicas e históricas. La identidad responde a una diversidad de factores, los cuales a su vez generan una amplia heterogeneidad de identidades.

Las personas pertenecientes a los pueblos indígenas pueden pertenecer a una misma comunidad, hablar la misma lengua, crecer en el mismo espacio sociocultural, tener rasgos físicos similares, pero paradójicamente tener identidades diferentes. Según Grimson (2009), las fronteras de la cultura no siempre coinciden con las fronteras de la identidad. En este sentido, las ideas de que los indígenas son personas que han permanecido estáticas a lo largo de la historia, con culturas y tradiciones cerradas e identidades inamovibles deben ser cuestionadas. Al mismo tiempo, los proyectos de salud, educación y desarrollo deben corresponder a este dinamismo cultural e identitario.

Esta posición deja atrás cualquier idea de identidad esencialista, sin embargo, no se pretende caer en un particularismo extremo, más bien se considera importante retomar aquellos aspectos culturales compartidos comunitariamente, que son reinterpretados desde diferentes identidades y que adquieren importancia relevante para los miembros de determinado pueblo indígena. Estas diferencias estarán marcadas no solo por diferencias en los grupos de edad, género o nivel educativo, por nombrar algunos, sino también por las diferencias individuales y de historias de vida. Por ejemplo, la idea de la fiesta del patrono del pueblo puede ser valorada y esperada por los miembros de la comunidad de diferentes formas, así como reinterpretada y vivida de formas diversas. Para los jóvenes puede ser importante por la emoción de ir al baile y encontrarse con sus parejas o amigos; para los mayordomos puede implicar el compromiso y el honor de servir a su pueblo; para otros miembros puede ser la oportunidad de hacer negocio y recaudar fondos; y tal vez para algunos migrantes será la oportunidad de regresar a su pueblo y estar con sus seres queridos. Lo importante es considerar un referente cultural para toda la comunidad, en este caso la fiesta patronal. La diversidad de interpretaciones de una cultura va conformando lo que se ha llamado la identidad de un pueblo. Esta se tiene cuando un sujeto se reconoce como tal, y, al mismo tiempo, reconoce a otra persona como miembro de ese pueblo. Es una representación intersubjetiva, compartida por la mayoría de los miembros de una comunidad que constituirá un "sí mismo" colectivo (Villoro, 1998). Esta realidad intersubjetiva está constituida por un sistema cultural compartido que incluye creencias, actitudes y comportamientos que le son comunicados y heredados a los miembros de dicho grupo social, ello se verá materializado en su forma cultural específica, y, al mismo tiempo, diversa.

La visión positiva de la cultura y su referente identitario, ya sea personal o colectivo, es vital en la conformación de factores de protección para las adicciones. Giménez (2002) plantea que si las personas valoran positivamente su cultura e identidad se estimulará la autoestima, la creatividad, el orgullo de pertenencia, la solidaridad grupal, la voluntad de autonomía y la capacidad de resistencia. En contraparte, Montero (2004) ha planteado la existencia de identidades negativas que descalifican la pertenencia en función de los patrones externos a la cultura propia; ello se explicaría debido a los estereotipos y estigmas negativos que le han sido atribuidos históricamente a los indígenas. En estos casos, la percepción negativa de la propia identidad genera frustración, desmoralización, complejo de inferioridad, insatisfacción y crisis, convirtiendo la identidad en un factor de riesgo hacia el consumo nocivo del alcohol y alcoholismo.

No obstante, hay que tener presente que aunque los factores de riesgo y protección puedan ayudarnos a prevenir, no implican forzosamente la aparición de la conducta deseada, pues las circunstancias que inciden en la conducta humana son diversas. Por ejemplo, puede presentarse una conducta no deseada sin presentar previamente algún factor de riesgo, o viceversa. Sin embargo, es importante considerar cualquier posibilidad de relación con el consumo de alcohol para su posible prevención o tratamiento. Por ello consideraremos claves los factores de protección en la inhibición o reducción de las probabilidades del uso de sustancias.

- **A pesar de... ¡indígenas resilientes!**

Existen personas que a pesar de estar inmersos en una situación de adversidad, es decir, estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, como es el caso de los indígenas, han tenido la capacidad de sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. A estas personas se les ha llamado resilientes.

La resiliencia no debe considerarse una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Se genera como resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano, pues permite elaborar un sentido positivo de la vida aun en condiciones adversas. No es que la persona nazca resiliente, sino que desea serlo y tiene una actitud participativa al respecto. Por ello es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia.

> Promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad. Apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciben y se enfrentan al mundo. Nuestra primera tarea es reconocer aquellos espacios, cualidades y fortalezas que han permitido a las personas enfrentar positivamente experiencias estresantes asociadas a la pobreza. Estimular una actitud resiliente implica potenciar esos atributos incluyendo a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, la aplicación y la evaluación de los programas de acción." (Munist et al., 1998: 12).

Podemos encontrar ejemplos de comunidades indígenas que han aprendido a ser resilientes, en Canadá, el Centre for Addiction and Mental Health; y en Australia, el National Drug Research Institute Preventing Harmful Drug Use. Estas comunidades han adaptado exitosamente programas para las adicciones. Sus principales objetivos han sido romper barreras con las comunidades, reconocer sus habilidades, incitarlos a la participación, capacitar a líderes, construir y vislumbrar las propias capacidades de la comunidad y seguir los programas de principio a fin a manera de evaluación. Una de sus metas principales ha sido redireccionar a los jóvenes indígenas hacia sus raíces culturales y reincorporarlos en las actividades comunitarias. Al mismo tiempo, han extendido sus proyectos y capacitado a servidores de salud e indígenas en otros países.

En el caso de Canadá, se han generado programas que consideran los graves impactos negativos de la historia en estos pueblos, cómo han afectado su salud mental y cómo han repercutido en el uso nocivo de alcohol y otras drogas. Por ello, el tipo de tratamiento siempre incluye consejos individuales, familiares y colectivos que participan en círculos de trabajo con otros indígenas. Los tratamientos contienen ceremonias espirituales y consultas a ancianos sabios como fortalecimiento de identidades y revaloración de raíces culturales.

En el caso de Nueva Zelanda se planeó un sistema integral de salud basado en la filosofía mäori (Durie, 1999), el cual incluye básicamente cuatro aspectos, a saber: Te taha hinengaro o la salud psicológica, Te taha wairua o salud espiritual, Te taha tinana o salud física y Te taha whanau, que se refiere a la salud familiar o comunitaria. Este programa incluye la participación de indígenas maöri y la preparación intercultural de jóvenes indígenas, se promueve el desarrollo de potenciales, de la propia conciencia personal y colectiva para crear un balance y armonía en varios aspectos de la vida personal en relación con la comunidad.

El gobierno de Chile (2009), por otro lado, ha implementado una serie de políticas públicas para reducir el consumo de alcohol en la población en general, reforzando las acciones colectivas y contemplando especialmente a los grupos vulnerables –entre ellos a los indígenas–, planteando una estrategia entre la promoción, venta, programas y evaluación continua. Este proyecto da la posibilidad de apropiarse de la responsabilidad del consumo personal y comunitario, ejerciendo autorreflexiones no solo de la población objetivo –en este caso indígenas–, sino desde funcionarios y público en general.

A pesar de no existir documentación oficial, en México es conocido el notable caso de algunas comunidades indígenas chiapanecas[44], quienes sin apoyo gubernamental han logrado implementar abstinencia de alcohol y drogas desde 1995. Esto hace una gran diferencia en la calidad de vida, de salud y de convivencia comunal. Al no consumir drogas ni alcohol, estas comunidades han disminuido los índices de enfermedades como cirrosis, las heridas por machete, los accidentes por quemaduras, accidentes automovilísticos, las riñas por alcohol y la violencia familiar.

44 Al final de las recomendaciones propuestas por la Conadic se agrega el relato de un miembro tojolabal chiapaneco, el cual narra la experiencia y los esfuerzos que han llevado a cabo para erradicar el consumo del alcohol en su comunidad.

Para impulsar el desarrollo de comunidades y personas resilientes se necesita conocer a fondo la situación de los grupos indígenas en México, así como realizar un cambio en varios niveles en la política pública e intervención antes mencionados. El enfoque intercultural requiere disposición, apertura, compromiso y responsabilidad de las partes. Sin embargo, bien valdría la pena incursionar en la generación de propuestas y acciones para la mejora de los pueblos indígenas, sobre todo en la problemática del consumo nocivo de alcohol, alcoholismo y los graves problemas asociados a estos males. Los factores de riesgo y protección deben tomarse en consideración y ser tema de reflexión comunitaria para la elaboración de normas, programas y proyectos de acción. Los ejemplos exitosos de países que han llevado a cabo las propuestas de acción intercultural promueven la participación comunitaria con base en el respeto y la armonía, considerando la resiliencia como fortaleza a desarrollar desde las propias cosmovisiones y experiencias de las personas que integran a estos pueblos originarios.

- **Construcción de redes sociales interculturales**

La estructuración de redes sociales enfocadas a la resolución de problemas genera reciprocidad, construcción democrática y equitativa, empoderamiento individual y colectivo, y cohesión dentro de un grupo, lo cual repercute en el mejoramiento de la calidad de vida comunitaria (Mata, 2012).

Se ha descrito que las redes sociales pueden ser relaciones preexistentes a la teoría o a una metodología de trabajo y con las que se vive cotidianamente. Por ello, Dabas y Perrone (1999) consideran que para implementar un trabajo de red, las mejores intervenciones se dan cuando se trabaja con vínculos y articulaciones preexistentes, por lo que se debe apelar a ellos para obtener eficacia y calidad en la planeación y desarrollo del trabajo. "La esencia de las redes es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes" (Dabas y Perrone, 1999: 8).

- Niveles de redes sociales

En el caso del uso nocivo del alcohol y el alcoholismo en poblaciones indígenas, es fundamental el respeto identitario en la conformación de cualquier proyecto, sobre todo si tiene un enfoque intercultural. Para alcanzar este objetivo se plantea abordar varios niveles de redes en la comunidad, como personal, comunitaria, institucional, de servicios o intersectorial.

Red personal. Se refiere a la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad (Sluzki, 1996). Estas relaciones son la familia, amigos, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias. Estos vínculos sociales podrán extenderse o disminuirse dependiendo de cada caso.

Red comunitaria. Está compuesta por un equipo de trabajo que incluye miembros de la propia comunidad, su objetivo es fomentar la participación y empoderamiento del pueblo y sus

D.R. Fernando Rosales / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

miembros, así como la generación de procesos participativos, articulación de necesidades y demandas, diagnóstico, propuesta de trabajo, desarrollo y evaluación.

Red institucional. En este apartado nos referiremos a las instituciones del sector salud y a las relaciones de cooperación y participación de todos los miembros de la institución, tanto las direcciones, como los diferentes departamentos y servicios. Esta red deberá contemplar las interrelaciones de sus miembros como parte fundamental, así como el trabajo en equipo de manera integral, interdisciplinaria y creativa en cada proyecto institucional. La meta será el bienestar del paciente o población objetivo, para ello deberá desistir de la verticalidad y fragmentación de servicios, así como proveer de una asistencia integral, ética y sensible a las diferencias de cualquier índole, siempre respondiendo a un marco intercultural.

Red de servicios. Es la articulación de relaciones entre servicios del sector público y privado, así como a diferentes niveles de atención (Dabas y Perrone, 1999:18), siendo una de las articulaciones más difíciles de establecer, ya que depende de políticas y presupuestos internacionales, federales, estatales, municipales y locales. Para la generación de redes de servicios funcionales en el ámbito indígena se deberían habilitar los diferentes niveles de atención con enfoque intercultural, así como las normas apropiadas para la operación y el fortalecimiento de las redes de apoyo, de igual forma se debe destinar presupuesto y tener voluntad política para la concreción de la vinculación y logro de objetivos en cada proyecto.

Red intersectorial. Este tipo de red es la interacción entre los subsistemas de diversa índole, como los educativos, religiosos, de salud, de seguridad, sanitarios, entre otros, los cuales pueden depender de organismos internacionales, transnacionales, nacionales, estatales y locales. Para el funcionamiento de esta red deberán vincularse estos subsistemas con un objetivo en común y direccionar acciones colectivas de manera integral para la prevención, referencia o derivación, atención y seguimiento de los proyectos comunitarios.

Gráfico 7

Diagrama de niveles de redes

- **Empoderamiento comunal para promover y proteger la salud de la comunidad**

Como se ha propuesto, la interculturalidad no solo es deseable, sino necesaria en el trabajo con comunidades indígenas. La capacidad de empoderamiento comunal es ineludible para cambiar las condiciones de salud de sus miembros, con ello no se deslinda la responsabilidad del gobierno, por el contrario, la idea es adicionar esfuerzos con fines comunes. En este sentido, se considera un deber imperioso la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad y de las instituciones federales para combatir el uso nocivo del alcohol, el alcoholismo y los problemas asociados a estos padecimientos.

Las redes sociales son procesos de construcción, dinámicos y permanentes en varios niveles sociales, desde lo individual hasta lo colectivo. Para Dabas la red social es:

> Un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros), y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas, 1998: 5).

Esta definición coincide con el trabajo intercultural que se ha propuesto, siguiendo, por un lado, la línea de participación comunitaria, y, por otro, la vinculación y participación de instancias externas, gubernamentales o no, para la resolución del uso nocivo de alcohol desde varios ámbitos y con la suma de múltiples esfuerzos.

- **Formación de coaliciones para la prevención y atención del uso nocivo y del alcoholismo en pueblos indígenas**

Un ejemplo de este tipo de trabajo lo encabeza el Instituto Nacional de Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América (CADCA), que ha generado una serie de guías para la prevención y abuso de sustancias psicoactivas –en este caso, alcohol– a partir de coaliciones que analizan y evalúan las principales necesidades de la comunidad. Como hemos expuesto, la postura de trabajo deberá ser intercultural y siempre en diálogo con las propuestas y necesidades de cada comunidad, sin embargo, es recomendable tomar como ejemplo algunas estrategias que podrían funcionar en el contexto indígena mexicano.

Lo relevante de este sistema es que se planea una serie de colaboraciones "coaliciones" parecidas a lo que en las comunidades indígenas se les ha dado el nombre de "comités", los cuales cumplen una función social específica y en beneficio de toda la comunidad, existiendo, por ejemplo, el escolar, el de la iglesia, el de la limpieza y el de seguridad. Las personas que integran determinados comités y el tiempo que servirán en ellos son elegidos por la asamblea del pueblo. Esto se lleva a cabo con el objetivo de trabajar para el bien de la comunidad.

En este mismo sentido, las coaliciones propuestas por el proyecto preventivo de adicciones del CADCA pueden encajar en la forma de organización indígena a partir de coaliciones o grupos de ayuda. Una coalición comunitaria consta de padres de familia, maestros, líderes religiosos, empresarios, proveedores de salud e instituciones sanitarias que tienen el objetivo común de luchar contra el uso nocivo de alcohol y otras drogas.

Este proyecto parte de la idea de que cada grupo tiene necesidades culturales únicas, que dentro de cada cultura existen diferencias significativas, que las personas tienen identidades individuales y grupales, que la cultura no significa lo mismo para las diversas comunidades y que no necesariamente funciona igual en cada persona o contexto, por ello el programa es flexible y adaptable a diversos grupos humanos.

Algunos de los principios del CADCA se refieren a la competencia cultural que involucra una coalición fuerte que reúne a toda la comunidad para desarrollar un plan integral para solucionar eficazmente algún problema, además de un sistema de liderazgo por parte de la comunidad en colaboración con instancias externas. Estas últimas deberán colaborar no solo otorgando financiamiento y capacitación, sino entendiendo las propuestas indígenas y adaptándose a ellas. Por su parte, la comunidad deberá administrar los recursos adecuadamente y trabajar en favor de la prevención, tratamiento y referencia de las personas que tengan problemas con el uso nocivo y alcoholismo dentro de la comunidad. Algunos de los principios básicos de este programa son:

1. Crear y mantener coaliciones y asociaciones.
2. Analizar las necesidades y recursos comunitarios con respecto a alcohol, tabaco y otras drogas (ATOD).
3. Estudiar problemas y metas.
4. Desarrollar un marco o modelo de cambio y un marco lógico.
5. Evaluación.

Dichos puntos no se desarrollarán en este documento[45], solo mostramos un ejemplo de intervención que ha sido validado y puesto en práctica de forma exitosa. Mostramos de forma general cuáles son algunos planteamientos a considerar para el abordaje de un problema de adicciones en la comunidad, y cómo se enlaza con nuestro planteamiento intercultural.

Para trabajar en redes comunitarias se propone, como hemos visto anteriormente, la participación no solo de la comunidad, sino de diferentes instituciones y servicios en varios niveles, por este motivo el trabajo resulta, además de un reto, un compromiso y responsabilidad social fuerte. Las personas implicadas en estas redes sociales deberán estar conscientes de que sus aportaciones son parte vital en el tejido de la acción social, al mismo tiempo, las instancias gubernamentales deberán valorar este trabajo y proveer de los insumos necesarios para una práctica adecuada, así como de capacitación constante y evaluación periódica de cada proyecto.

La propuesta que se hace en este documento es la implementación de un trabajo que implique un perfil intercultural del servidor de salud o promotor comunitario que fortalezca la participación, empoderamiento y reconocimiento de redes sociales tanto personales como comunitarias con los miembros del pueblo. Así como la integración de promotores indígenas designados por la comunidad, trabajo con diferentes grupos de personas –niños, jóvenes, mujeres y hombres– para el diagnóstico comunitario, recopilación de propuestas de acción, búsqueda de redes internas y externas, de instancias gubernamentales o privadas, que cuenten con servicios de apoyo para resolver los problemas del uso nocivo del alcohol y el alcoholismo.

Una de las ideas fundamentales es que la propia comunidad funja como una red de coaliciones en la erradicación del problema, genere su normatividad y tome sus propias decisiones, acciones y sanciones. Sin embargo, como se ha mencionado, deberá contar con redes de apoyo externas para facilitar el cometido.

A lo largo de este recorrido teórico, de experiencias y de rutas en torno a lo indígena, la Conadic tiene a bien proponer algunas recomendaciones para realizar acciones de prevención del uso nocivo de alcohol y alcoholismo en comunidades con población indígena. Con ello se pretende que todos los profesionales de la salud que deseen llevar a cabo acciones en torno a esta problemática se apeguen al contenido de las recomendaciones para alcanzar objetivos satisfactorios, tanto para la institución de salud en la que laboran, como para el propio prestador de servicios sanitarios, y, sobre todo, para quienes está dirigido el servicio: la población indígena.

Las siguientes recomendaciones están diseñadas para sensibilizar e inducir al personal de salud que trabaje con poblaciones indígenas, y se encuentra dividido en dos secciones o apartados:

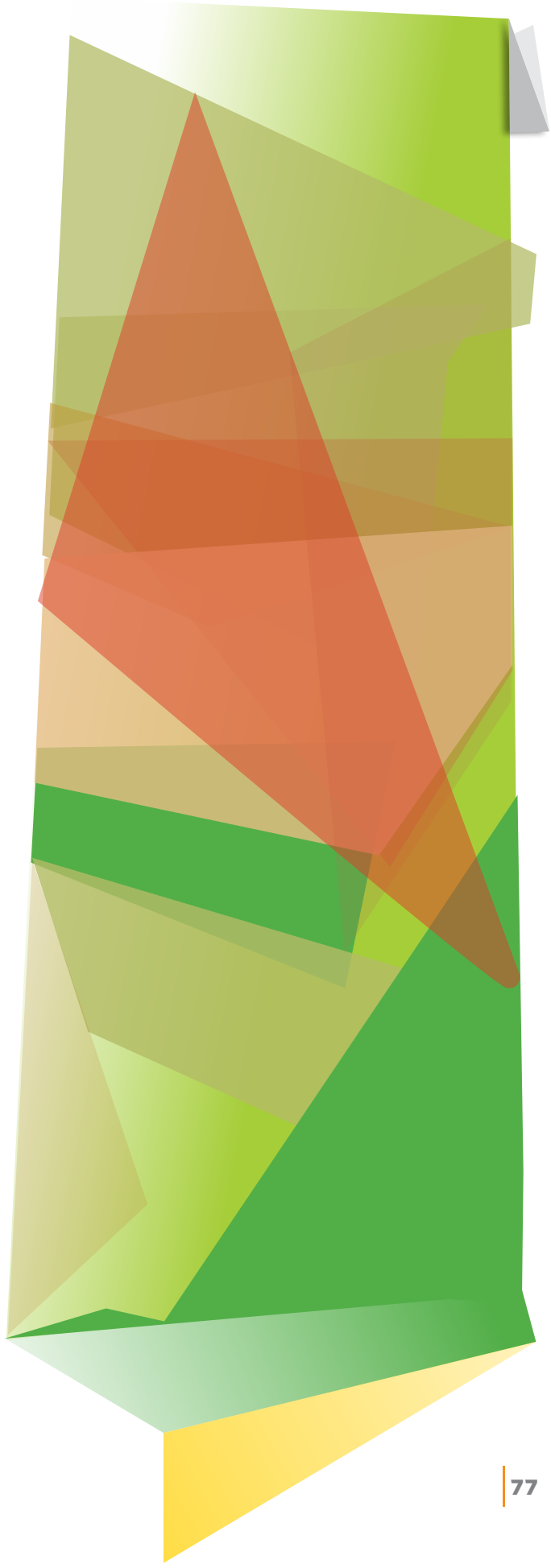
45 Disponible en: http://www.cadca.org/files/Assessment_Primer_ES.pdf

a) Se sugiere que los primeros seis puntos propicien el conocimiento general de la diversidad y complejidad de las culturas originarias de nuestro país, y se hace énfasis en la necesidad de que el servidor se familiarice y se prepare en la perspectiva intercultural de la salud para la comprensión, abordaje e intervención del uso nocivo de alcohol y alcoholismo.

b) De la recomendación 7 a la 11 se prevé la realización de un trabajo comunitario, en el cual se aplique la interculturalidad, interactuando con la comunidad para la elaboración del diagnóstico, y la consulta para la formulación y desarrollo de un plan de trabajo generado de manera conjunta entre la población indígena y el servidor de salud.

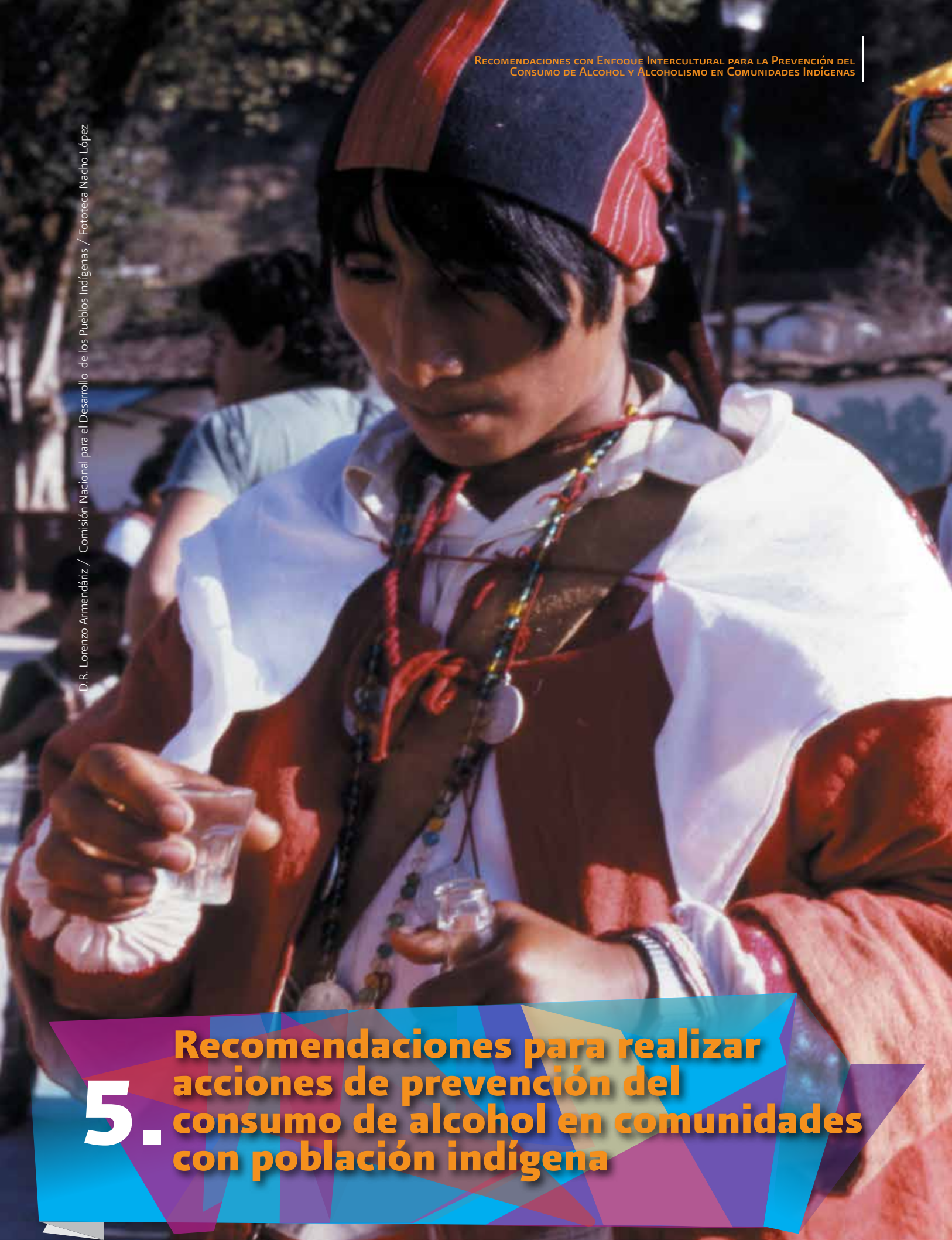
Es importante considerar que la complejidad de la intervención que se está proponiendo excede a las recomendaciones que a continuación se enuncian, porque deberá adecuarse tantas veces como se haga contacto con las comunidades y se dispongan a trabajar; sin embargo, se han incluido puntos de partida fundamentales, lo suficientemente flexibles para que puedan servir como guía en el abordaje de esta problemática.

Para obtener resultados positivos en el trabajo con esta población, se requiere un fuerte compromiso, la inversión de gran cantidad de tiempo y esfuerzo continuo, ya que los procesos de reflexión y transformación sobre las prácticas nocivas en torno al consumo de alcohol entrañan una gran complejidad sociocultural, familiar y personal.



"Nuestra labor como profesionistas es reivindicar a las culturas indígenas y sus conocimientos, otorgarles el valor social que merecen, no porque necesiten nuestra validación, sino porque como humanos es necesario un giro hacia la no discriminación, hacia una cultura de valores en el reconocimiento, el respeto, la comunicación, la igualdad y la fraternidad.

Al mismo tiempo, es necesario trabajar para la materialización de un intercambio cultural y de saberes justo e informado para ambas partes, y partir de allí para la construcción de alternativas; en este caso, proyectos interculturales en la prevención del uso nocivo de alcohol y alcoholismo".



D.R. Lorenzo Armendáriz / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

5. Recomendaciones para realizar acciones de prevención del consumo de alcohol en comunidades con población indígena

5.1. Recomendaciones para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural

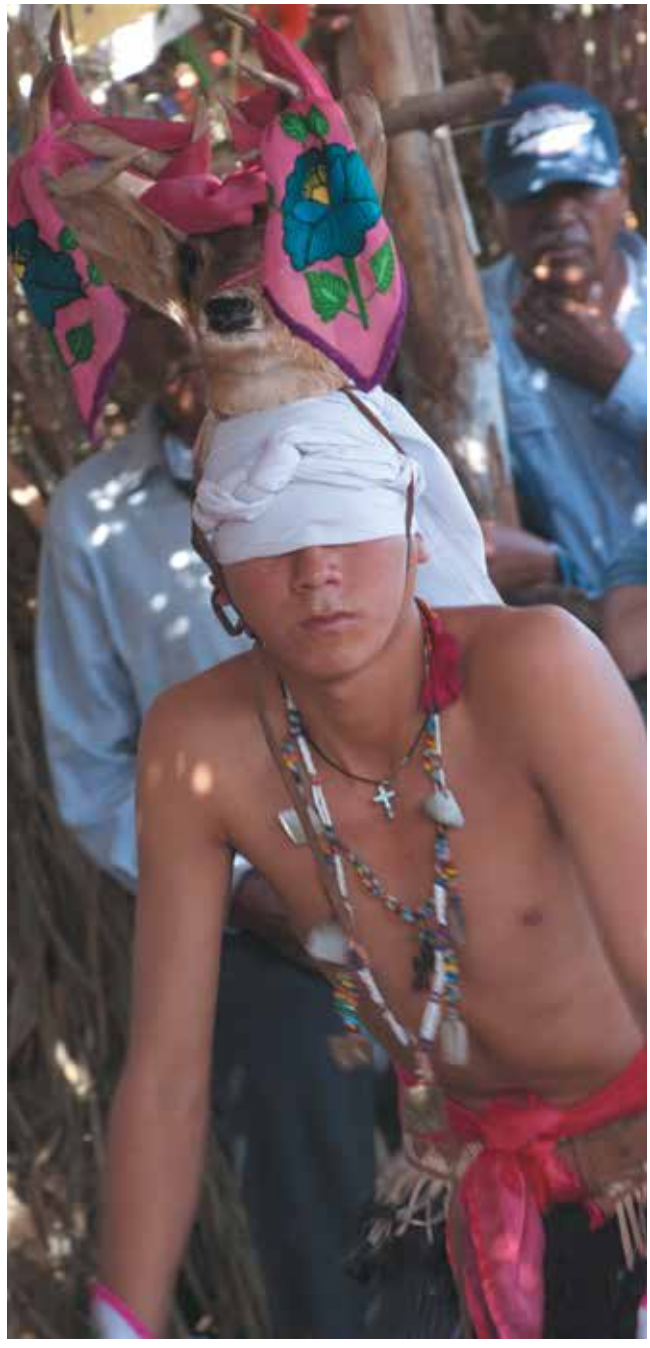
México es un país de una enorme riqueza en recursos naturales, pero sobre todo humanos y culturales. La población indígena es la principal fuente de diversidad cultural en nuestro país. Actualmente existen más de 15 millones de indígenas que se autoadscriben como tales (INEGI, 2010), hablando más de 68 diferentes lenguas (sin contar con sus más de 300 variantes), con diversas formas de vida, cosmovisiones y tradiciones.

Aunado a esto, el trabajo en el campo es realizado en gran medida por ellos: 70% de los productos del campo se obtienen de manos indígenas (CDI, 2006). Asimismo, el trabajo artístico (artesanal, dirían algunos) elaborado por manos indígenas es de una variedad tan amplia y de una belleza tan singular, que deberíamos reconocerlo y otorgarle un alto valor. En esta misma línea, la diversidad gastronómica, musical, simbólica y cultural en general, nos hace parte de un país único, con intersticios multicolores como resultado de un bagaje de combinaciones múltiples.

Sin embargo, paradójicamente, estos pueblos y comunidades han quedado relegados a regiones alejadas, y sus formas de vida aún son vistas como folclóricas y "atrasadas". Definitivamente se les ha dejado de lado, negando lo que estos pueblos han aportado a la constitución y construcción de este país y de nosotros mismos como mezcla multicultural.

Sentirnos orgullosos de nuestra procedencia y de las nuevas manifestaciones de estas culturas ancestrales nos permitirá ver el mundo de modo diferente, integrar visiones y enriquecer futuros. Recordemos que los pueblos indígenas han sido históricamente relegados, olvidados y usados con fines políticos para cooptación de votos o venta de tierras con fines económicos. Los medios de comunicación también han generado y educado en este sentido, poniendo siempre al indígena subordinado al mestizo, dándole un matiz "gracioso" y "grotesco" de quién es y la cultura que representa. Se deben romper estos esquemas y cuestionar por qué ha sido así y por qué siguen manteniéndose tales prejuicios.

Nuestra labor como profesionistas es reivindicar a las culturas indígenas y sus conocimientos, otorgarles el valor social que merecen, no porque necesiten nuestra validación, sino porque como humanos es necesario un giro hacia la no discriminación, hacia una cultura de valores en el reconocimiento, el respeto, la comunicación, la igualdad y la fraternidad. Al mismo tiempo, es necesario trabajar para la materialización de un intercambio cultural y de saberes justo e informado para ambas partes, y partir de allí para la construcción de alternativas; en este caso, proyectos interculturales en la prevención del uso nocivo de alcohol y alcoholismo.



D.R. Xilonén Luna / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

El trabajo que el prestador de servicios realiza con población indígena es muy importante, tal vez sea gestor y traspase barreras sociales y de conocimiento, desenrede nudos y comprenda dos o más visiones. Su compromiso será entregarles un trabajo digno y profesional, en el que habrá de intercalar dos mundos en la construcción de uno nuevo y mejor.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural

D.R. Lorenzo Armendáriz / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Trabajar desde el enfoque intercultural es un enorme reto para cualquier persona. Para romper con paradigmas, esquemas y prejuicios que nos han inculcado desde niños, se requiere de una gran apertura hacia el diálogo y el entendimiento. Dicho reto se torna aún mayor desde la perspectiva de salud y, particularmente, desde una visión científica. Por eso se pretende que al incorporar la medicina tradicional y al trabajar desde la perspectiva intercultural se promueva a la creación de una sociedad más incluyente y equitativa en las acciones y no sólo en los documentos.

Como hemos visto, la medicina tradicional, especialmente la indígena, es utilizada por un amplio número de personas a nivel mundial, sin embargo, se le sigue marginando y otorgando una categoría inferior respecto a la medicina alopática. Y si a esto sumamos el trato poco respetuoso que algunos servidores de salud dan a estas poblaciones, da como resultado un ambiente de fuerte asimetría, de escaso diálogo y nulo entendimiento. Por tales motivos este proyecto apunta a recuperar un tipo de medicina que incluya el trato de humano a humano –esa que mira al paciente a los ojos, lo saluda de mano, escucha sus dudas sin burlas ni críticas, y le explica de una manera sencilla y cómoda lo que le sucede, que es sensible a su padecimiento, que busca contar con el consentimiento informado, que incluye una auténtica comprensión del otro–. Pero sobre todo, el proyecto intenta incluir las propuestas de la medicina tradicional en un trato horizontal y respetuoso, para que los indígenas refuercen y valoren sus propios conocimientos, así como la confianza en sus propuestas. De esta forma se propone reducir la distancia y desconfianza entre médico y paciente, así como la exclusión de propuestas desde la medicina alternativa.

Al sumar los dos tipos de medicina, se ganará en riqueza de conocimientos en el ámbito de la salud, pero sobre todo impactará de manera positiva en la realización de un mejor trabajo por parte del prestador de salud, y aún en la población indígena a la cual se dedicará el trabajo y, en general, en toda la comunidad. Esto posiblemente repercuta en futuras generaciones de indígenas, pero también de prestadores de salud. No se debe olvidar que se capacitará a promotores comunitarios, lo cual implica educar con el ejemplo y ser fiel a sus convicciones.

Por este motivo se requiere de compromiso social, responsabilidad y alto valor ético, para no olvidar que la historia de estas poblaciones ha sido siempre de relegación, discriminación y, en algunos casos, hasta de desprecio, cuando en realidad son personas con conocimientos muy especiales, que han sobrevivido a pesar de las adversidades. El intercambio de conocimientos así como el trabajo mutuo nos hará crecer como sociedad, pero sobre todo como seres humanos.

El profesionista que trabaja con población indígena debe recordar en todo momento que la comunidad confiará en él o ella, y defraudar esa confianza podría repercutir en la creación, o no, de nuevos lazos sociales en un futuro próximo. El trabajo que desempeñe hará la diferencia entre lo poco que se ha hecho y el compromiso real con la comunidad.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud

Este documento tiene varios objetivos, uno de ellos es que el servidor de salud cuente con datos generales de la población indígena. Estar bien informado sobre quiénes son, dónde se encuentran, cuáles son sus principales padecimientos, cómo se comportan en el ámbito de la salud y la enfermedad, así como cuáles son algunas de las principales problemáticas en el área de las adicciones, puede brindar un mayor acercamiento a sus realidades. Esta información resulta indispensable si se pretende conocer con quién se va a trabajar. Tener este conocimiento sobre la población indígena, sus problemáticas históricas y sociales desmitificará ideas y prejuicios, y puede acercar de manera más informada, respetuosa y consciente a las personas que deseen trabajar en este ámbito.

Conocer parte del mundo indígena posiblemente genere en el trabajador de salud dudas y reflexiones sobre la diversidad, la resistencia, la riqueza indígena y la distancia que existe entre esa realidad y la propia. Desde esta visión, el acercamiento se hará de una manera más sensible, incluyendo el conocimiento sobre el grupo social con el que se va a trabajar, pero sobre todo intentando entender sus formas de concebir el mundo, la salud, la enfermedad, así como la importancia de la espiritualidad, la naturaleza y la comunidad de manera integral.

Estas recomendaciones son apenas una aproximación a los pueblos y comunidades indígenas –susceptible de ser mejorada, por supuesto–, con la que se pretende un acercamiento sensible e informado a la realidad de estas poblaciones. Si bien, lo ideal es que cada trabajador pueda investigar y enriquecer el contenido de estas recomendaciones con experiencias y nuevos conocimientos.

Es indispensable conocer cuál es la situación en el ámbito de la salud de la población a la cual se dirigirá el trabajo de intervención, pero sobre todo importa conocer todo lo referente al consumo de alcohol, su perspectiva cultural, el tratamiento a partir de la medicina tradicional, los problemas asociados, etc. La propuesta es que además de la preparación académica del profesionista de la salud, cuente con la información, sensibilización e intención adecuadas para no sólo curar o informar, sino, al igual que los médicos tradicionales, establecer un vínculo que permita continuar con la lógica de las relaciones armónicas en la comunidad, las cuales son primordiales para la salud indígena.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas

D.R. Karla Torres/ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Como sabemos, todos los días miles de personas consumen alcohol como una práctica social y común en la vida cotidiana, pero al mismo tiempo, también conocemos que es delgada la línea entre el consumo de alcohol moderado, el uso nocivo del alcohol y la enfermedad del alcoholismo. Esta es una de las adicciones más fuertes y dañinas, y ha provocado la muerte de miles de personas en todo el mundo.

En México, el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de adicciones, y no distingue estrato socioeconómico, político, cultural ni de otra índole. Este problema tiene una historia larga y sus causas son diversas, pero sus principales consecuencias están vinculadas con la salud pública, como son las enfermedades físicas, psicológicas y sociales, la indigencia, la violencia, el consumo asociado a otro tipo de drogas, etcétera.

En el caso de los indígenas no es diferente, el alcoholismo es una enfermedad que padecen muchas personas y que afecta de varias formas el desarrollo armónico del alcohólico con su familia, con la comunidad, con la naturaleza y con el cosmos. Sin embargo, hay que distinguir muy bien cuando el alcohol es empleado de manera ritual en curaciones, limpias, altares, fiestas patronales, proceso de alcoholización (relacionado con usos y costumbres), y cuando se trata de la enfermedad del alcoholismo.

Como hemos visto a lo largo de este texto, son numerosos los factores que inciden en las causas del alcoholismo indígena: la pobreza, la discriminación, la falta de oportunidades, el desempleo, la carencia de servicios básicos. Sin embargo, no se exime de responsabilidad a quienes deciden optar por el consumo de alcohol como forma de vida, pues existe una responsabilidad personal que es innegable. Por otro lado, los indígenas que padecen esta enfermedad, al igual que cualquier persona, necesitan ayuda sin prejuicios, sin discriminación, con recursos adecuados y, sobre todo, con mucha disposición y apertura por parte de quien o quienes los atenderán.

A pesar de que se ha llevado a cabo una gran labor para la implementación de políticas que promueven la interculturalidad con población indígena, hasta hoy existen pocas instituciones en el ámbito de la salud que trabajen de manera realmente intercultural, incluyendo a la medicina tradicional como parte de sus servicios. Por este motivo es recomendable que el personal de salud que ya existe tenga una visión y una formación intercultural y cuente con información indispensable para el trabajo con indígenas, pero también con poblaciones y culturas diversas.

Conocer el problema del uso nocivo del alcohol y el alcoholismo en sus diversas manifestaciones puede brindar mayores herramientas en el trabajo con pueblos y comunidades indígenas. Se debe recordar que al abordar el problema del alcoholismo, indirectamente estaremos atacando otros padecimientos, como la cirrosis hepática, la violencia intrafamiliar y comunitaria, los accidentes ocasionados por el alcoholismo y el consumo asociado a otras drogas.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar

D.R. Germán Herrera / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Como hemos venido insistiendo en este documento, es necesario contar con herramientas y conocimientos previos al trabajo con población indígena, sobre todo si se pretende visitar la localidad donde se encuentra. Tales herramientas son principalmente el conocimiento general de la población indígena con la que se trabajará y la preparación con enfoque intercultural para la realización del trabajo comunitario. Para llevar a cabo esta función se considera necesario investigar las formas específicas del consumo de alcohol en la comunidad con la que se va a interactuar.

Conocer las características socioculturales de la comunidad de estudio, la concepción de la salud y la enfermedad, y, sobre todo, los usos y costumbres en relación

con el consumo de alcohol, nos permitirá observar de una manera diferenciada el uso cultural del alcohol en relación con otras sociedades, así como sus causas y consecuencias específicas. Es bien sabido que para algunos rituales indígenas, sobre todo en el ámbito curativo y social, el alcohol juega un papel simbólico fundamental; en algunos casos, puede ser, incluso, un vínculo entre lo terrenal y lo espiritual. Sin embargo, como se ha mencionado, la responsabilidad del consumo de alcohol, sobre todo en cuando excede los límites del individuo y la propia comunidad, deberá señalarse y ponerse a consideración con los miembros de la misma.

Tener este bagaje cultural previamente al trabajo comunitario brindará puntos de partida para el establecimiento de criterios más sensibles y acordes con sus propios límites y concepciones. También posibilitará diferenciar entre el proceso de alcoholización (es decir, el uso sociocultural, ritual, etc.) y el uso nocivo del alcohol debido a una enfermedad por alcoholismo. Distinguir estos usos brindarán una ruta de acción acorde con las necesidades de atención, en el ámbito preventivo, de las personas que estén cercanas a la problemática del consumo de alcohol, tanto los enfermos como sus familias y la propia comunidad.

La comprensión del significado del consumo de alcohol se logrará recurriendo a las personas de la comunidad y teniendo la capacidad y apertura para mirar, sin criticar, los rituales en los cuales involucran el alcohol, atendiendo a sus propias experiencias, perspectivas y cosmovisiones. Se deberá establecer una relación basada en el respeto (nunca se deberá juzgar, burlarse o regañar), teniendo siempre presente que, aunque puede ser una experiencia diferente para el servidor de salud, para la población indígena el alcohol es parte de una larga historia de costumbres y tradiciones. El aceptar estas formas diversas de comprender el mundo y relacionarse, puede acercar al servidor de salud a la gente, valorando estas formas de convivencia colectiva; y, justo allí, en el entendimiento, comienza el trabajo intercultural.

D.R. Miguel Bracho / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema

D.R. Ariel Arellanos / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Como se ha planteado, el trabajo intercultural debe reconocer positivamente la riqueza cultural y valorar la diversidad de conocimientos. Para ello, primero se debe reconocer el conocimiento propio como una postura valiosa, necesaria y enriquecedora, pero solo como una perspectiva entre muchas otras.

Los conocimientos, tradiciones y saberes de la medicina tradicional deberán ser reconocidos como un saber tan valioso y enriquecedor como el propio. Se debe reconocer que ningún conocimiento, cultura o postura está completa o acabada; en ese sentido, se proponen posibilidades de interacción basadas en el respeto, la expresión de reconocimiento y escucha para el trabajo en conjunto.

Como es bien sabido, la medicina convencional (o alópata) ha buscado prevenir y curar enfermedades utilizando en la mayoría de los casos fármacos químicos, y ha trabajado más en las consecuencias que en las causas. En muchos casos se ha seccionado o dividido al cuerpo por subespecialidades, y se ha olvidado la integralidad del cuerpo con la mente, el espíritu y la convivencia con los otros.

La medicina tradicional busca esa integración del humano y muchas de sus técnicas están orientadas a la prevención, tratamiento, curación y seguimiento, dando a la naturaleza, a lo social y a lo espiritual de las personas una importancia igual a la del cuerpo en sí mismo. Entendiendo la salud como la armonía de todos estos componentes.

Una vez que se reconozca el valor y la efectividad de la medicina tradicional, así como el establecimiento de un diálogo permanente de entendimiento y participación mutua, la propia comunidad devolverá el respeto y la confianza que se está generando. Este afecto, comprensión y participación horizontal propiciará que la comunidad también valide el saber del profesionista externo, y al mismo tiempo reconozca sus propios conocimientos en una postura lo más simétrica posible, para finalmente dialogar y llegar a acuerdos compartidos.

El conocimiento de estos dos tipos de medicina contribuirá a la formación de un profesionista con perfil intercultural, que reconozca los beneficios y limitaciones tanto de la medicina convencional como la tradicional. Esta visión enriquecerá cualquier perfil, tanto del profesional como el de promotor comunitario. Este enfoque también tenderá puentes con personas e instituciones que trabajen desde diversos ámbitos el problema del alcoholismo, e irá generando apoyos, vínculos y redes sociales necesarias para llegar a las personas que tengan algún tipo de problemática relacionada con el abuso del nocivo del alcohol y el alcoholismo.

5.2. Recomendaciones para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas

A partir de aquí, las siguientes recomendaciones son para que el prestador de los servicios para la prevención y la atención del alcoholismo las desarrolle una vez que entre en contacto con la comunidad.

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad

Antes de empezar la relación directa con los miembros de las comunidades indígenas, es muy importante considerar que el trabajo que se pretende realizar requiere de mucha perseverancia, compromiso y energía, ya que se trata de echar a andar un proceso de gran complejidad en el que encontrarán dificultades de diversa índole. Para lograr que los miembros de las comunidades se den cuenda de que es

D.R. Agustín Estrada / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

posible tener mejor calidad de vida controlando el consumo de alcohol, se requiere de una inversión de tiempo y esfuerzo considerable. No es algo que se pueda lograr inmediatamente por escuchar una plática; por el contrario, requiere de un fuerte trabajo de reflexión individual y colectiva que genere un proceso organizativo interno, donde los miembros de la comunidad adquieran conciencia de su capacidad de acción y de la responsabilidad que pueden adquirir en el combate de esta problemática.

Otro punto fundamental es que se debe tener una actitud de apertura para escuchar a las personas y aprender de ellas, así como para compartir el conocimiento que se tiene sobre el tema. No se puede llegar con una actitud arrogante o rígida, pensando que el conocimiento que se tiene nos da una posición de superioridad. Por el contrario, será de mucha utilidad actuar con sencillez y flexibilidad, utilizando un lenguaje que sea comprensible para quienes nos escuchan, demostrando con actos que estamos preparados para construir relaciones horizontales, de respeto, que incluyan el conocimiento y el pensamiento que tienen los pueblos y comunidades indígenas sobre el tema.

Debemos estar dispuestos también a ir aprendiendo, poco a poco, algunas palabras básicas de la lengua empleada por la comunidad, sobre todo las relacionadas con nuestro trabajo, ya que eso nos ayudará a comunicarnos mejor con las personas y será muestra de nuestro genuino interés. Algunas de estas palabras pueden estar relacionadas con formas de cortesía para saludar e iniciar una interacción, con la descripción del proceso de alcoholización, con las principales bebidas embriagantes que consumen, aunque también pueden ser emociones, estados de ánimo o conceptos para hablar de situaciones de violencia.

Una vez comprendidos estos puntos básicos, el primer paso para aproximarse a las comunidades indígenas consiste en establecer relaciones con las autoridades, tanto municipales como locales, preferentemente. El prestador de servicios deberá presentarse como parte de la institución a la que pertenece. Posteriormente presentará las razones de su visita, y expondrá la importancia de trabajar el tema del uso nocivo de alcohol y el alcoholismo en las comunidades indígenas, explicando las graves consecuencias que tiene en la salud de las personas, así como en las relaciones interpersonales, familiares y colectivas.

Es necesario tener desarrollado previamente un plan de acción que incluya una propuesta de trabajo, la cual se presentará a las autoridades; sin embargo, se debe escuchar en todo momento el punto de vista de éstas, ya que son ellas quienes más saben de las condiciones de la problemática en sus municipios o localidades, por lo que sus comentarios serán un gran aporte. Se debe indagar cuál es su postura ante dicha problemática, si han realizado acciones al respecto, y si tienen interés en participar en algún tipo de iniciativa, para ir construyendo alianzas.

La propuesta de trabajo debe considerar la necesidad de establecer contacto con aquellos actores relacionados con actividades de promoción de salud, tanto desde la medicina tradicional como desde la medicina alópata: médicos tradicionales, parteras, promotores, médicos alópatas, enfermeras e incluso maestros de los diferentes niveles educativos; establecer acuerdos de colaboración con dichos actores sería muy favorable para generar espacios de trabajo que incluyan a los diversos grupos de edad dentro de las comunidades. Para abordar el uso nocivo de alcohol y el alcoholismo se requiere un trabajo conjunto, por lo que se debe dejar claro que el prestador de servicios de salud es solo una de las partes involucradas, no la más importante, y que el tipo de relación que se quiere establecer es horizontal, para generar un diálogo donde todas las personas serán escuchadas, pues todas pueden realizar aportes importantes.

También será necesario generar las condiciones para exponer los objetivos de su propuesta de trabajo ante los miembros de la comunidad –en una reunión o asamblea– y solicitar autorización para iniciar las acciones. Se debe dejar claro que el objetivo del trabajo es que la propia comunidad decida y encuentre caminos y alternativas para afrontar la problemática, contando con el apoyo de las instituciones gubernamentales relacionadas con el tema, y específicamente con la presencia del prestador de servicios de salud, quien les proporcionará información importante, y apoyará en el desarrollo del proceso reflexivo intracomunitario. La propuesta considera el respeto incondicional de los valores y de las decisiones de la comunidad.

Se requiere que el servidor tenga habilidades para negociar y que sea flexible para adaptar su plan de acción inicial, incorporando los comentarios de las autoridades, con el fin de llegar a algún acuerdo en el que se especifique si aceptan la presencia y el trabajo del prestador de servicios de salud en las localidades, y si tendrán algún tipo de colaboración. Debe quedar muy claro para las dos partes que habrá respeto mutuo en el trabajo, diálogo y consulta permanente y directa con la comunidad, pues de ninguna manera se impondrán acciones de forma unilateral.

Un aspecto muy importante para lograr un acuerdo inicial será contar con la ayuda de alguna o algunas personas de la comunidad para traducir del español a la lengua indígena correspondiente el mensaje del servidor de salud y viceversa, de los integrantes de la comunidad hacia el servidor de salud, con el objetivo de que se logre una verdadera comunicación entre las partes.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción

Además de las autoridades, se necesita establecer relación directa con la comunidad. El prestador de servicios de salud pedirá autorización para presentarse en una reunión frente a la asamblea comunitaria para exponer los objetivos de su trabajo y solicitar el apoyo para realizarlos.

Deberá contar con alguna persona de la comunidad que lo ayude a traducir el mensaje del español a la lengua indígena hablada en la comunidad, y viceversa, para que todas las ideas que se expresen puedan ser comprendidas por todas las personas presentes.

En la exposición inicial, el servidor debe mencionar su nombre, la institución a la que pertenece y el objetivo de su visita. Posteriormente deberá platicar con los presentes, explicar los argumentos que sirvan para evidenciar la problemática que existe en la comunidad sobre el consumo de alcohol, con el objetivo de que las demás personas también expongan sus puntos de vista al respecto. El objetivo inicial de ese encuentro será que las personas reflexionen un poco sobre las consecuencias que tiene el consumo de alcohol en sus vidas, en la de sus familias y en la de la propia comunidad, y que se den cuenta de que existe la forma de realizar un trabajo conjunto para solucionar los problemas que se derivan del consumo desordenado y excesivo de dicha sustancia. Es importante subrayar que no se trata de culpar a nadie, y que no es un problema individual, sino que son diferentes factores los que intervienen en este tipo de enfermedad, por lo que se deberán generar propuestas constructivas, que ayuden a mejorar la situación y que no lastimen a nadie, ni a los consumidores ni a sus familiares. También se deberá plantear que la participación es voluntaria, que nadie está obligado a hacerlo si no tiene interés.

Es fundamental escuchar las propuestas de la comunidad para trabajar el tema de acuerdo con las necesidades que identifiquen al respecto, e incluirlas dentro del programa a desarrollar; asimismo, se deberá someter a su consideración la propuesta de trabajo, para saber si están interesados en llevarla a cabo o si es necesario hacer modificaciones.

Como parte de la propuesta a discutir está la posibilidad de crear diversos grupos de reflexión dentro de la comunidad para abordar el tema y para ir creando propuestas de trabajo a nivel comunitario. Se planteará la conveniencia de conformar grupos separados –un grupo de hombres, otro de mujeres y uno de jóvenes– con los que se abordará el tema de acuerdo con sus características, necesidades y problemáticas específicas, con el objetivo de que puedan expresarse con libertad y confianza, manifestando sus experiencias y emociones.

A través de la reunión de asamblea se llegará a algún acuerdo con la comunidad, ya sea que estén interesados en participar o que decidan no hacerlo. En caso de que acepten participar, se deberán establecer acuerdos para continuar construyendo los espacios de trabajo con los diversos grupos. En caso de que no acepten participar, el prestador del servicio de salud deberá dejar muy claro que la invitación será permanente, y que más adelante volverá a consultarles por si cambian de opinión.

D.R. Fernando Rosales / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas

Antes de iniciar el trabajo, es importante tener en cuenta que debemos ser cordiales y empáticos con las personas, ya que lo que se tratará en las sesiones posiblemente conectará con emociones fuertes, pues estará relacionado con experiencias personales difíciles. Debemos recordar que el consumo excesivo de alcohol suele vincularse con situaciones límite en las que se puede llegar a poner en peligro la vida y la integridad de las personas, y esto desencadena emociones que son difíciles de procesar. Luego entonces, no podemos emitir ningún juicio sobre lo que escuchemos, ni tampoco podemos burlarnos de las personas bajo ninguna circunstancia, pues eso destruiría la relación de confianza que se pudiera haber llegado a establecer.

También deberán ser claras las reglas entre todos los participantes de los grupos, y éstas deberán garantizar que habrá confidencialidad y respeto a los comentarios que se hagan durante las reuniones; sólo de esta forma podrá irse construyendo un espacio de confianza para expresar opiniones, experiencias y emociones.

Otro aspecto que debe entenderse bien es que la forma de vida de las comunidades indígenas requiere de una forma peculiar del uso del tiempo, por lo que el prestador de servicios de salud deberá estar dispuesto a adaptarse a los momentos en los que la gente pueda reunirse y participar en las actividades que les vaya a proponer. El ritmo y la velocidad a la que se llevan a cabo los procesos en las comunidades no siempre coinciden con las exigencias que tienen las instituciones de gobierno o la rapidez a la que obliga la vida laboral de las ciudades. Se debe estar preparado para enfrentar contratiempos de este tipo, tener paciencia y estar dispuesto a adaptarse a las circunstancias que se presenten en el contexto de trabajo.

Por otro lado, para armar los grupos sería muy útil que se lograran alianzas con otras instituciones o con otros espacios de trabajo en los que se suelan reunir las personas. En particular, para involucrar a los y las jóvenes se podría provocar un acercamiento con las autoridades y los maestros de las instituciones educativas, con el fin de generar un espacio dentro del contexto escolar para la reflexión y el abordaje del tema. Para trabajar con las mujeres se podría generar un acuerdo con los médicos y con las enfermeras de las clínicas para que, a través de las pláticas que den mensualmente como parte de los programas de asistencia social, se genere un espacio donde se comience a hablar sobre el problema del uso nocivo de alcohol y el alcoholismo.

El trabajo deberá iniciarse con las personas que estén interesadas en participar, aunque al principio lleguen unas cuantas solamente. Es posible que para comenzar sólo se cuente con un grupo, quizá el de las mujeres, pues suele ser la población que se muestra más interesada en participar en este tipo de actividades, y que los hombres se vayan interesando poco a poco, en la medida en que escuchen o vean lo que va sucediendo en las reuniones de las mujeres y los jóvenes.

Al iniciar las reuniones con los grupos se deberá explicar a los y las participantes cuál es el objetivo y el tipo de actividades que se irán realizando. El trabajo podría incluir diversos ejercicios, tanto vivenciales –como exposiciones de experiencias y conceptos– como conversatorios, en los que las personas tengan la posibilidad de cuestionar de forma profunda las consecuencias que tiene el consumo de alcohol en sus vidas, en las de sus familias y en la de la comunidad, así como también puedan ir construyendo alternativas para regular el consumo a nivel individual o familiar.

Se puede iniciar con la propuesta de un diagnóstico comunitario sobre la problemática, donde se identifiquen las bebidas alcohólicas de uso habitual, los contextos y la frecuencia de consumo, la duración de los episodios de alcoholización, los riesgos que implica y sus principales efectos en la salud, en la economía y en las relaciones sociales, para que las personas vayan identificando la gravedad de la problemática. Posteriormente se deberá mostrar los recursos con los que cuenta la comunidad para desarrollar medidas que favorezcan la disminución en el consumo y para generar procesos de empoderamiento.

Es muy importante que las personas de todas las edades logren visualizar que el consumo excesivo de alcohol no es algo a lo que están condenadas inevitablemente, sino que cada una de ellas puede asumir la responsabilidad de formar parte del cambio hacia una mejor calidad de vida de todos y todas.

Un avance importante sería la creación de reglamentos comunitarios en los que se estipularan sanciones para las personas que cometan acciones en contra de otras cuando están alcoholizadas, y que estos reglamentos fueran avalados por la población en su conjunto a través de acuerdos. Como, por ejemplo, cuando alguien maneje en estado de ebriedad, o cuando alguien ejerza violencia contra otra persona, pertenezca o no a su familia; las sanciones podrían ser económicas y/o tiempo de cárcel. Para lograr el cumplimiento de estas medidas, se requeriría de un fuerte compromiso de las autoridades y de una presión y vigilancia constante de las personas, lo cual implica procesos organizativos muy sólidos.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Es muy importante tomar en cuenta que para combatir el problema del consumo excesivo de alcohol se requiere incorporar todos los esfuerzos posibles, por lo que se deberán sumar a todas las personas e instituciones que así lo quieran. Debido a esto, sería positivo crear redes de colaboración tanto hacia el interior como hacia el exterior de la comunidad para abordar este asunto, donde se consolidaran alianzas y se elaboraran acuerdos.

El contexto de las comunidades indígenas está conformado por gran diversidad de personas e instituciones que podrían ser invitadas a participar en una coalición de trabajo. Entre éstas podemos encontrar a quienes estén vinculados con actividades de promoción de la salud, tanto desde la medicina tradicional como desde la medicina alópata, como médicos tradicionales, yerbateros, parteras, promotores, médicos alópatas o enfermeras, los cuales podrían incorporar el consumo de alcohol dentro de los temas que abordan cotidianamente con sus consultantes.

Por otro lado están los maestros y autoridades de las instituciones educativas en los distintos niveles, los cuales resultan un valioso recurso para generar procesos formativos que produzcan un cambio importante en la perspectiva de las futuras generaciones.

Otro recurso humano de relevancia son las autoridades, tanto locales como comunitarias, las cuales podrían coadyuvar de forma fundamental al avalar el proceso organizativo, las decisiones y los acuerdos que tomen los grupos y la asamblea para abordar la problemática.

También se podría incorporar a los líderes religiosos de las diversas iglesias que tengan presencia en la comunidad, ya que su palabra puede tener una repercusión importante en los creyentes y podrían transmitir un mensaje en pos del bienestar de las personas.

Se podría incluir la colaboración de organizaciones de la sociedad civil que trabajen temas relacionados con la salud comunitaria, e incluso aquellas que trabajan específicamente el problema del excesivo consumo de alcohol, como la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos, la cual ha desarrollado un vínculo muy importante, desde hace décadas, en diversas regiones indígenas. Es posible establecer contacto directo con alguna de las oficinas estatales de esta institución y solicitar que ciertas personas asistan a dar pláticas informativas a las comunidades para transmitir su mensaje y ver la posibilidad de consolidar un grupo. La institución ha demostrado gran interés en combatir este grave problema, por lo que existe mucha disposición para participar dentro de estas redes.

También se debe considerar a la gran diversidad de instituciones gubernamentales, tanto municipales como estatales y federales, que podrían contribuir en este tema. Entre éstas se encuentra el DIF, los Centros Nueva Vida, los Centros de Integración Juvenil, las Caravanas de la Salud, los servicios del IMSS, del ISSSTE y de la Secretaría de Salud, entre otros.

Con todos estos actores se podrían generar espacios de interlocución para trabajar en el desarrollo de estrategias y acuerdos de colaboración que ayuden a abordar el tema en las diversas comunidades, a nivel municipal o regional; por supuesto siempre tomando en cuenta las iniciativas de la población y considerando que la participación comunitaria es el eje a través del cual se articula la colaboración del resto de participantes.

D.R. Graciela Iturbide / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad

Hemos llegado al último punto que se ha propuesto en este trabajo. Se ubica al final precisamente porque integra todos los pasos anteriores y permite generar una visión de futuro a la propuesta que aquí se ha presentado. Lograr que la población se apropie de un proyecto de transformación de los hábitos de consumo de alcohol a partir del cambio en la dinámica comunitaria es lo único que puede garantizar que se tratará de algo duradero y que será defendido a través del paso del tiempo. El objetivo último de todo lo que aquí se ha discutido es lograr que los integrantes de las comunidades indígenas desarrollen habilidades para afrontar la problemática mencionada a partir del reconocimiento de sus potencialidades organizativas y de conocimiento, lo cual implica procesos de empoderamiento. En la medida en que la gente se dé cuenta del poder que puede tener una comunidad organizada para construir su propio bienestar, podrá desarrollar los mecanismos para llevar a cabo acciones que la conduzcan hacia él.

Desde un principio se mencionó que el proyecto debe surgir de las demandas de la propia comunidad; la gente debe manifestar sus necesidades e ir generando propuestas para abordar el problema. De no ser así, la población nunca podría llegar a apropiarse de un proceso ajeno a sus condiciones específicas; por el contrario, muy probablemente surgiría un rechazo, o por lo menos las medidas implementadas no serían duraderas, ya que no estarían enclavadas en lo verdaderamente propio de cada grupo social, y terminarían desvaneciéndose en cuanto desapareciera de la escena el servidor de salud.

Debido a esto, la propuesta debe considerar desde un inicio que los integrantes de la comunidad adquieran los conocimientos y desarrollen las habilidades para seguir trabajando el tema aun después de que se haya ido el prestador de servicios de salud. Es por esto que, desde un inicio, se debe fomentar la participación activa de los miembros de la comunidad en las diferentes partes del proceso, para que se vayan convirtiendo en líderes que puedan continuar implementando las medidas necesarias para respetar los acuerdos, o puedan seguir transmitiendo el conocimiento adquirido a otras personas.

Por todo esto, es conveniente identificar desde un inicio a aquellas personas más interesadas en el tema para contribuir a su desarrollo como futuros guías, dotándolas de los conocimiento que les permita abordar de mejor manera la problemática del consumo de alcohol, para que ellas, a su vez, en un tiempo futuro, transmitan el mensaje a otras personas, puedan vigilar el cumplimiento de los acuerdos o de los reglamentos, y promuevan nuevas iniciativas. Un objetivo importante es que al interior de las comunidades se pueda generar una estructura que permita desarrollar un trabajo sostenido y responsable en torno al tema del consumo excesivo de alcohol.

5.3 Traducción de las recomendaciones a lenguas indígenas

Recomendaciones en lengua mazateca
Traductor: Sixto Gómez Caballero (20 años)
Santa María La Asunción, municipio de Huautla de Jiménez, Oaxaca

1. Sentirse orgulloso de nuestra diversidad cultural.

Changi see ga engañu kanga saha gaei yege ganga kafetse.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Kangañagetse kangagale cha kangaña ja kanganga shinanta ende yuma yangatima se sele gangaña sha kafetse.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Ya getse ñiña kanga tuge kanga ntere na shu nanta yuma. Gangashuta, ganga ntele, kakuyale, kangatusele, gangaña sha ka.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Kanga getse gekha ganga ieyuha gek ha sha kanga sukunage chigile kangante, nagile gangana she nandachi ganga na shenanta tan de yuma.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Kangaña yise gosisuyale gangage galesha shintse y shi nashendanta, na shenayta kangageñashaka.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Kanga getse etditu ganga gangaña shaka hekgale sha, kangage yona kangagakuna chiki shi y kanga sheka ge kaleshki shi kale.

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Kanga kiyukagensinya kange shutashale niyabase kangatele kangakiseka kanga kishekashinya kangaña shaja kantena.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Kangagete kangaña shakadia kangañagetse ge tena tanga kenta va shuna, kanga asia kanga atsi na kanga kenta kanta asia, kanga asia shana.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Kangaña she ka ge esthtiti, eshtitinka, chu, chutantinga, le gangaña shaka kanga le.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Kanga kiseka kanga kentu nuhu ganganye yaleja y ganga konitsile ganga kiseka ganga tañakintaha ge chutate shi itile ka sivi ge kale sha y gele chinle sha.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad.

Kanga tscha kangagete y kangagetia nasha kanga yseka chutachinga gange nashilantale.

D.R. Miguel Bracho / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Recomendaciones en lengua mayo

Traductor: Psic. Francisco Germán Duarte Islas, coordinador estatal de Centros Nueva Vida

1. Muy contentos (orgullosos) por nuestras culturas.

Mayim aleyya itom cultura bechibo.

2. Pensar muy bien qué trabajo se va hacer para los indígenas sin dejar nuestras culturas (o bien tomando en cuenta nuestras culturas)

Tuyse pensaruanake uka tekkil en yaanakewi, yoremmem bechibo, ka itom cultura toisnake.

3. Conocer a todos los indígenas: cómo viven, qué educación llevan en las colonias, su cultura y su salud.

Tuyse simen yoremem taayanake jatsen bem juanake, jitta bem educación tam weria itom coloniapo, bem cultura ento bem salud.

4. Conocer los vicios de consumo de alcohol, en nuestro país, nuestras colonias y en los pueblos indígenas (o bien donde viven los indígenas).

Ume simem viciom taayanake alcoholtabechibo, itom paispo, itom coloniapo ento yorem juapo.

5. Buscar el porqué los indígenas consumen alcohol y las costumbres que tienen todos los indígenas que viven en esta comunidad.

Ata jarianake uka jatchiaca ume yoremem uca vinota jejeye ento bem constumbrem weriame, simem yoremem, naum joakame imi comunidaapo.

6. Hacer muy bien el trabajo para que los indígenas no consuman alcohol y conocer la medicina tradicional para que no consuman alcohol.

Tuysi ata yaanake tekilta paque ume yoremem ka vinota jiinake ento ume yoremem jittua taayanake ka vinota jinake bachibo.

7. Reunirse con la autoridades del municipio y de los pueblos y trabajar con la gente.

Nawim emo nautoisnake, jitta tekiakamtawi municipiompo ento pueblochim gentetamaki tekipanuabechibo.

8. Haremos trabajos con la gente para conocer la comunidad y nos reuniremos para platicar sobre lo que vamos a hacer.

Tekiltate yaanake paque gentetamiki uka pueblota taayanake eento ito naw tojaka naw estejobechibo jitta itom yanakewi.

9. Todos trabajarán: jóvenes, mujeres, hombres, niños y viejecitos, para que no consuman alcohol.

Simem tekipanuatua ume jubuayotume, jamuchim, yoremem, ili ussim ento ili oolam pa que ka tim vinota jiinake.

10. Haremos centros para los que consuman alcohol, así los ayudaremos.

Centrota yaanake ume vinota jejeyeme bechibo uneli atam anianake.

11. Todos juntos trabajaremos los que vivimos en esta comunidad.

Simem naulopola naum tekipanoanake, imi comunidaapo naum joakame.

D.R. César Ramírez / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Recomendaciones en lengua náhuatl clásico, del centro del país

Traductores: Maestra María Rebeca Mendoza González, Casa de la Cultura de Azcapotzalco, Ciudad de México. Alumnas: Sandra Luz Amores Espinoza, Carmen Andrea Morales Camacho, Mercedes España Krauss, Gloria Guadalupe Gómez Gutiérrez.

1. Sentirse orgulloso de nuestra diversidad cultural.

Huelmati ipampa nepapanyolcatiliztli.

2. Pensar en cómo trabajar para los pueblos Indígenas desde su cultura.

Ticnemilizque in tlein titequitizqueh tiixcuitazqueh cecen inmacehualyolcatiliz .

3. Conocer bien la población: demografía, distribución, educación cultura y salud.

Ancicaitta macehual tlacah: nemohuaya, machtiliztli, yolcatiliztli inhuan pahtiliztli.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por el alcoholismo en el país en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Tlamati tlatlacolli ipampa tlailli ihuan tlailcocoliztli ipan: méxico, altepepan, calpolpan, xacalpan ihuan macehualcalpan.

5. Investigar el significado del consumo del alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que va a trabajar.
Tlanelhuayotoca nematiliztli ihuan panoliztli ipampa tlailli canin tequitiz.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo del alcohol con base en evidencias científica y conocer el uso de la medicina tradicional en ese tema.

Tlanelhuyotoca achtopeuhcayotl ihiucpa Yacatiuhliztli tlailli tlamatini tlapehualtiliztli ihuan quimati paiximatqui.

7. Unirse con las autoridades para favorecer la aceptación del servidor en la comunidad.

Mozcentilia teixmauhtihuan ehuitia teixittaliztli tetlayecoltiani altepepan.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer le diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Quitlalia yolnonotza ohtin calpulco machiotl nahuatillaliztli quihuapa channonotzaliztlihuehuetihuali ihuan quichihuaz ceohtequitl.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Yolacocui nechicoltiliztli coconemeh ichpopocatl, telpopochtin, cihuah,tlacah ihuan huehuentin itic yacatiuhliztli.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Pehualtia nextializtli matlaltin ihuicpa inca palehui miectin tehuanyolqui tlailli ihuan in tlailcocoliztli.

11. Promover la creación y dirección de estos grupos y su funcionamiento por medio de la comunidad.

Pehualtia nextializtli ihuan axcahuatializtli inon matlaltin ipal nepanaxcatl.

D.R. Ariel Castellanos / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Recomendaciones en náhuatl de la Huasteca veracruzana

Traducción: Academia Veracruzana de las Lenguas Indígenas

Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas

Sentika masewaltlayolmelawalistli tlen kichiwas ax ma se tlaoni wan nohkia ax ma onka tlaonilistli ipan chinankomeh

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. *Tlen welis momachtiseh wan welis tepalewiseh tlen tlapalewiah ipan kaltepahtiloyah.*

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Ma tihmatikah nelnelia tlawel ipatih ni tlen miyak tolahlamikilis.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Ma tihkuamahtokah ni nelia moneki ma timotemachikah kemah mochiwa se tekitl ipan chinankomeh, moneki nochipa ma momahto, miyak lahlamikilistli onkah.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Ma moixmati se kentzih tlen se masewalchinako; keskeh masewalmeh, kenihaktzah mosesemantokeh, tlamachtilistli tlen onkah, nemilistli wan tepahtilistli.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Ma moixmati kokolistli tlen onkah pampa se tlaoni wan tlaonilistli tlen onkah ipan ni mexkotlalli, ipan altepemeh, ipan chinankomeh wan masewalchinankomeh.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Moneki ma moittas wan ma momatis tlahcke kiihtosneki kemah se tlaoni, san kemah inihwantih eli inlahlamikilis ipan se chinanko, ipan se kuekuetzih chinanko tlaxtli se chinanko kampa kinekiseh tekitiseh.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Moneki ma kualli moixmati kenihkatzah welis se kikawas tlaonilistli, san kenihkatzah monextia wan momati ipan weyi tlaixmatilistli, wan moneki ma moixmati kenihkatzah motekiwia masewalpahtli ipan ni tlaonilistli.

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas.

B. *Tlen kenihkatzah welis se tlapalewis ipan chinankomeh.*

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Moneki waya ma tekitikah tekitianeh tlen tekitih ipan chinankotlatilanketl wan nohkia tekiwahkemeh tlen ipan chinanko ihkinoh welis kiseliseh se tepalewihketl tlen ipan se chinanko.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Moneki ma moyolihlikah ipan nochi chinankomeh, ihkinoh welis ma kiittakah tlah onkah tlaonilistli, ma mosenkawakah kenihkatzah tekitiseh wan moneki ma kichiwakah se amatl kampa nesis kenihkatzah nelia tekitiseh.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Moneki nohkia ma itztokah konemeh, telpokameh, siwameh, tlakameh wah tetahmeh kemah tlasentiliah wan tetlaihiliah kenihkatzah ax wetziseh ipan tlaonilistli.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Moneki ma moittas wan ma kualli miyakeh kinmachtikah, ihkinoh ipan chinako wan sehkanok welis tepalewiseh kenihkatzah welis se momokuitlawis tlen kokolisoh ika winoh wan tlaonilistli.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad.

Moneki ma nochi motemachikah wan ma motlahtlanilikah tekimeh tlen kampa weliseh tlapalewiseh masewalmeh tlen ipan se chinanko.

Recomendaciones en náhuatl de la región de Milpa Alta

Traducción: Carmen Jesús Sánchez, habitante de Milpa Alta

Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas

Tenonotzaliztli itechpa in yucatiliztitla inic ahmo huetzihuaz octlipan ihuan in ahmo oquiztli in techpa in macehualtlaca

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. Inic tequipacholoz ipan tenonotzaliztli matepalehuica amochtlaca in tlein tequiti pactinemiliztli.

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Mamichmati in icencapatiyo in tonepapanyucatiliztli

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Matinecmilica totechneconi matetequita itechcopa imacehual altepemeh ixquixca intechpa yucatiliztitla

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Matimatica mochi itechpa in macehual altepec: huayahualictlacayo, chehcheloliztli, temachtiliztli, yucatiliz, pactiliztli

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Mamiximati intepacholiztli ipampa miec octli ihuan octlipan ipan Totlalman in hueyi altepepan, in macelhual altepemeh

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Mamotemo in tlein quihtoznequi ipampa miec octli itechcopa inin yucatiliz in altepec, nech_izcoliztlaca anozo altepec in canin tequitihuaz.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Nomatiz quenami tequitihuaz ipampa macamo miec octli, itechpa ica in itzintiliz tlamatiliztli, ihuan michmatiz in quenami tequitihuaz ica in altepec pactiliztli ipanin tequi.

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas.

B. *Inic mochihuaztequi itechcopa achihualoz macehual altepepan.*

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Nonechchicoloz intla tlactocayo ihuan macehual altepec inic quicelizqueh in acquitepalehuiz ipanon altepec.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Mochihuaz mane yolnonotzalo ipan altepec inin mochihuaz in tlein neconi, nenotzaloz inic mochihuaz in tenami tequitihuaz.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Motaz quenami tequitizqueh anozo mocalatizqueh in coconeuh, in telpocameh, in cihuatl, oquichtin, ihuan huehuequeh, ipan tepalehuiztequi.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Machihuazqueh nech_icoliztlaca ihtic ihuan quiahua, ihchotiliztli in tlacah intechcopa in ocquicocoliztli ihuan octlipan.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad

Motemachiltiz maquiazcatica ihuan mamayohman tequipachoa itech ipanin tequiyo moztlaca in tlein chantihua ipanon altepec.

Recomendaciones en lengua náhuatl de la Sierra de Zongolica

Traducción: Academia Veracruzana de las Lenguas Indígenas

Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas

Sepannahnawatilli kampa nochtin masewaltlakah amo ma tlakonikah wan amo ma kinyolkui tlawankayotl

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. *Kampa welis tlahsikamatiskeh wan noihki satepan tepalewiskeh tlen tepahtiloyan tekitih.*

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Kitlakittaskeh ipatiyo tlatlamantli totlatekpankayo.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Moyehyekoskeh kenemin okachi kuali tekipanoskeh inwan masewalaltepemeh ika tlatlamantli sepantlatekpankayotl.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Tlatlamantli masewalaltepemeh kimixmatiskeh; keski tlakah wan kanin kahkateh,kenemin ixtlamatih, kenemin intlatekpankayo wan kenemin yolitokeh.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Kixmatiskeh nochi tlahtolli tlen ewa ipampa tlawankayotl wan kenemin mowihtiliah nekateh tlen miak tlakonih nowiyampa altepepan tlen totlalnan powih.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Kitzintokaskeh nochi ahsikamatilistli tlen mixmati itech masewalaltepemeh wan kox keh yiwehkika noso kemanian okipewitihkeh tlawankayotl wan tlalia nochtin tetahmeh wan nananmeh ihkon kahsikamatih, ompa kanin tekitiskeh.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Kixmatiskeh kenemin melahkayopan tetlakawaltiskeh kampa amo okachi ma tlakonikah. Kipia tlen kinnextiliskeh nochi tlen ixtlamatkeh yokahxilihkeh amo kuali topan ma mokahkawa. Noihki kipia tlen kixmatiskeh tlatlamantli xiwipahtli wan nowiyan kinehnextiskeh.

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas.

B. *Kampa itlah tekitl kichiwaskeh tlen monehnekis ompa masewalaltepepan ihkuak mokalakiskeh tlayektlaliskeh.*

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Motlahtlapowiskeh inwan tekiwahkeh tlan tlanawatiah itech altepemayohtin wan altepetlahtohkantin, kampa kinseliskeh tekipanohkeh tlen ompa ahsitiweh.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Kinyolewaskeh masewalaltepemeh kampa ma moyehyekokah kenemin kiyekittaskeh tlen tekitl monehneki, motlahtlapowiskeh. Kenemin mosepanpalewiskeh, wan tlamachitiskeh kenemin kipewitiskeh tekitl.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Kinyolewaskeh pipiltin, chokohtin, siwah, tlakah wan wewetkeh, ma tekipanokah monehmachtikah kampa tlawankayotl amo kimakitzkiskeh.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Kinyolewaskeh altepetlakah ma motlahtlapowikah, kenemin kinmalwiskeh tetahmeh tlen tlakonih noso yokinkohkoh tlawankayotl.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad

Kinyolewaskeh nochtin altepetlakah ma kimoaxkatikah wan ma motlahtoltikah kenemin kipewitiskeh inon sepantekiyotl.

Recomendaciones en lengua popoluca

Traducción: Academia Veracruzana de las Lenguas Indígenas

Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas

Kobakjɨɨxi angmadayo'yi tanɨmpapɨk iga odoy mojiñ ta'uuki tantumpɨy ta'ichtyam ta ity yi'p tigangjoj

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. Mojpa toyooxaji jutypɨk tanangkejayyajpa ityumpɨy pɨɨxiñyaj i yomtam ipɨk yooxayajpa juuty nɨkpa tatsoyiyi

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Tañixpigiñ tantumpuy iga juutypi ta'ichtyam ta'ity, iña'ity jayang pɨɨmi

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Tanjɨɨsa'iñ iga ta'itchtyam tana'itytyam tanteget iga tayooxa'iñ tantigangjoom i meextyim iga tan'ixpigiñ iga dya ta'jeex

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Tan'ixpigiñ jutypɨk ta'ity i juutypɨk tunggak tantɨɨwiyaj intyyaj. Meestyim tanagjoodong'a'iñ: tajuutten, ju'stam kuyujniyaj, juuytpɨk wi'aap tatsoyiyiytyaa

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Tanixpigiñtyim tyi'iga dya wɨɨ tan'uk i tyi'iga nɨmyajpa iga uuki kenam tuum ka'kuy yi'm tannaxukmɨ juuty ta'ity tantumpuy.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Meextyim wɨɨ iga tan'ixpigiñ tyi'iga ta'ukpa yi'm tantɨɨgangjoom. Si'iga tanwatpa iga tangkustumbre ityeget jesɨk wɨɨtyim iga tangjoodong'a'iñ jeempigam wi'aap tampa't tantung juutypɨk tanyooxpa'tpa tantɨɨwɨ ukyajpa'ap

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Tañixpigiñ tyii mojpa tanwat siga tangyooxpa'ttooba tantɨɨwiyaj iga odoy ukyajiñ, ity justeen tung juutypɨk wi'aap tangkuyujka' tyii tangwatpa. Wi'aap tangmay tooto watneyajwi'p o wi'aaptyim tangkuyuj tyiimɨ tantɨɨwiyaj ichoyoyyajpa uuki kakuy

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas.

B. *Juutypɨk wi'aap tanyooxpa't tantɨɨwɨ ipɨk ukyajpa yi'm tantigangjoom*

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Kumun yooxaji kun angjago'yi itypɨk attebet i meextyim je'pɨk ity tangtigangjoom, jeempigam mich ini'iipa angja'goyi i yooxpadoyi

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Meextyim wɨɨ iga mingtumata'mpa iñtyumpɨy, jempɨgam mich wi'aap ingjodongata'm jutsang tantɨɨwɨ pɨɨmi ukyajpa, juutypɨk iñtyumpuytyam wi'aap mikumung yooxata'm i ityi'am mojpa ingwatta'm iga ichakyajiñ iga pɨɨmi ukyajpa tantɨɨwɨ

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Meextyim wɨɨ iga ingwadyim iñtyeget iga tsɨstyam, traaytyi, yoomtam, pixiñyaj,choomtam y weweyaj ijodong'ayajiñ tyii wi'aap tangwat jesɨk tanyooxpatto'ba tuum tantɨɨwɨ iga ichagiñ iga ukpa

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Meextyim wɨɨ iga iñ'ixpɨgiñ yɨ'm tangtɨgangjoom ii wi'aap miyooxpa't in yɨ'p yooxakuy. Jespɨytyim joongaajɨ ii wi'ap miyooxpa't tumangeeymɨ

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad.

Wɨɨtyim iga mich iningkeja'yiñ tantɨɨwɨyaj juutypɨk wi'aap iyooxpatyaj uukiyaj, jeempɨgam, okmo je'yaj wi'aap iwatyaj yɨ'p yooxakuy ikutyuum.

D.R. Miguel Bracho / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Recomendaciones en lengua totonaca de la sierra

Traducción: Academia Veracruzana de las Lenguas Indígenas

Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas

Tastakyaw nak xtapuwan tamakxtumit tlan tatláwat laki namalakgachokgokan xatakgotat kuchu chu kalikgotni nak xpulataman matakuxtunanin

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. *Laki napekgtanukan nak xalitastakyawan wantu nakalixakgatlikan chu nakalimalakpuwanikan ama lakskujnin nak xalimakuchin.*

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Nalakgachixkuwikgó paks wantu xa laktlan watu kgalhiyáw nak kintapuwankan.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Nalilakpuwankan xlakata ama talitey nak xataskujut wantu natlawakan nak laktsu pulataman, lata nak xatapuwan tamakxtumit tlan tatláwat.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Matlantikan tipalhuwa tapuwwan xlakata xpulataman matakuxtunanin: xlatamananin, xlita´akgpitsin, takgalhtawakga, tlan tatláwat, ta´akgsanat.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Lakgapaskan xatakglhuwit xlakata kgotkan kuchu chu ama kgotnin nak xlikatilanka pulataman, laklanka kachikinin, laktsu kachikinin chu xpulataman matakuxtunanin.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Putsakan tuku wamputun kgotkan kuchu, wa nalipawankan xtatlaw chu xtasmaninkan nak laktsu pulataman, tamakgstokgni usu nak kachikin wanti amaka ta´skujkan.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Liwana lakgapaskan xkilhtsukut wantu xlakaskinka nalimalakgachokgokan xtakgotat kuchu, lata xataskujut taputsan, chu lakgapaskan lata maklakaskinkan xalakgmakgán likuchu nak uma tapuwan.

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas.

B. *Laki natlawakan taskujut wantu nalipekgtanukan nak xpulataman matakuxtunanin.*

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad

Tatamakxtumikan mapekgsinanin xala nak puchiwin chu nak xakalilakatsu laki namakgtekan nak xalitamakgamakglhtinat ama lakskujni nak laktsu pulataman.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Liskujkan nak xalitalakpuwan nak laktsu pulataman laki natlawakan taputsan, lakaxlakan nak xalitaskujat chu tlawakan wantu naliskujkan.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Matliwekglhkan xtapekgtanut laktsu kaman, lakgkgawasan, lakpuskatni, lakchixkuwin chu lakgkgolún nak xataskujut limalakgachokgon.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Liskujkan xatakaxyawan ama tamakgtey wantu na anan lata nak xpulakni chu nak xmakni, laki sakstu namakgtekan ama wantí laktlawanitá kuchu chu ama kalikgotni.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad

Liskujkan nak xalimatlantit chu liskujat ama tapuwan nak xalipekgtanut amakgolh wanti tatakgskgó nak aktsu pulataman.

Recomendaciones en lengua yaqui

Traductor: Lic. David Ruiz González

Recomendaciones para realizar acciones de prevención del alcoholismo en comunidades con población indígena

Tekil a jootume, jii ko'okoata omola biakta betchi'ibo ousailam jo'akaapo

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. *Jume salupo tekipanoame aet jiapska am tekipanoaneepo, tu'isi am majtatebone.*

1. Sentirse orgulloso de nuestra diversidad cultural.

Emo uttiane nallebelle'emu yoemiata kaa nanaanak ayukaapo.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Emo temaine, tuuti tekilta ousailammak a weiyaaneepo amani, nallebelle'emu kaa itom lutu'uuria nanaana jippuepo amani.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Tu'isi am yekane waka lutu'uriata ousailam jippuepo amani, jaikisamme, jaisa emo uju'u, jaisa jita ta'asaka, bem yo'o lutu'uria betana into bem jaisa kaa ko'okoeka emo am jippuepo amani.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Waka jii ko'okoata betana ayukamta ju'uneuyaane, jaisaaka utte'ata bwi'ibwise itom jo'akaapo, yoim jo'akaapo into che'asan si'ime nasionechi.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que va a trabajar.

Nattemaine jaisa jiubae ju'u "jii ko'okoa" yo'oram lutu'uriapo, into pueplopo tekilta ae betana yaanaapo amani.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema

Tu'isi am ta'ane waka bo'ota jipu'uwamta kaa jii ko'okoau watti betchi'ibo, into jiak jittoata ta'ane a jitto betchi'ibo.

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades.

B. Tekilim ya'anaa, jaisa ousailammak taekipanoanaapo amani.

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Municipiopo ya'uchimmak into ousailam ya'urammak tu'isi a lutu'uriane ju'u tekilta weiyaaneeme.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Tekilim ya'ane yoemiata emo a temaineepo amani, junama'a beja ju'u tekil boo'o yeu weene, jaisa nau a weiyaane juka tekilta.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Si'ime yoemiata nunune, ili usimpo naateka, yoewemmeu tajtia, jii ko'okoata kaa utte'ata bwisneepo amani.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Nallebelle'emu yoemiata nau ee nunune into paariat betana katemmak lutu'uriata jipu'une, inilen jii ko'okoata jippueme ania betchi'ibo.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad
Inika tekilta au a makne,into ae betchi'ibo ujbwansimne, nallebelle'emu si'ime yoemiamake.

Recomendaciones en lengua zapoteca de Villa Alta

Traducción: Academia Veracruzana de las Lenguas Indígenas

Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y el alcoholismo en comunidades indígenas

Da dxeyala' gak kuench bi ta' bene' wrall visiw che yela wee

A. Para participar en procesos formativos que contribuyan a la sensibilización de los prestadores de servicios de salud.

A. Da dxeyala' gak kate dxzajnhirgake' bene' dxon llin che rmedxw kuench nesrgake' nho lennan dxongake' llin.

1. Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Dxeyala' nersgake' nha yezaka'gake' nhita' yedx wrall nha ndxa' ndxa'gake'n.

2. Reflexionar sobre la responsabilidad de trabajar para las comunidades indígenas desde el enfoque intercultural.

Dxeyala' gongake' xbab che xchingake' kate dxongake' llin rawe' yedx wrall ka'.

3. Dominar aspectos generales sobre los pueblos indígenas: demografía, distribución, educación, cultura, salud.

Dxeyala' gombiargake' rate' che da ki: ga dxegan yedx wrall ka', bale bene' nhita', da ka' dxxenlalle'gake', nha gakre dxapgake' kuingake'.

4. Conocer los problemas por consumo de alcohol y por alcoholismo en el país, en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Dxeyala' gombiargake' da zed ka' dxata' kate bene' dxda'gake' visiw che yela wee, bene' nhita' yedx xhen, yedx dao' nha yedx wrall ka'.

5. Investigar el significado del consumo de alcohol acorde con los usos y costumbres de la comunidad, tribu o pueblo con el que se va a trabajar.

Dxeyala' wyuagake' che dxonhen bayen gon bene' wrall ka' yela wee kate dxongake' da dxxenlalle'gake' rawe' yedx gan gongake' llin.

6. Dominar los principios básicos para la prevención del consumo de alcohol, con base en evidencia científica, y conocer el uso de la medicina tradicional en este tema.

Dxeyala' gombiargake' yogo' da ka' dxeyala' gak kuench bi ta' bene' visiw che yela ween, wruergake' bene' yogo' da ka' dxongake' yela ween, nha leska' dxeyala' nersgake' ka dxon bene' wrall ka' rmedxw da dxxenlalle'gake'.

B. Para realizar acciones encaminadas al proceso de intervención en comunidades indígenas.

B. Da dxeyala' gongake' kate segake' oche gongake' llin rawe' yedx wrall ka'.

7. Vincularse con las autoridades municipales y locales para propiciar la aceptación del servidor en la comunidad.

Dxeyala' gongake' llin nha segake' txenze len bene' ka' dxnabia' yedx gan dxongake' llin kuench dxxenlalle' bene' yedx ka' lie'.

8. Promover procesos de reflexión en la comunidad para hacer el diagnóstico, establecer acuerdos de colaboración y elaborar un plan de acción.

Gongake' bayen gon bene' yedx ka' xbab che visiw che yela ween, nha nhegake' da ka' gongake' rawe' yedx chegake'.

9. Propiciar la participación de niños, jóvenes, mujeres, hombres y ancianos en las actividades preventivas.

Gongake' bayen se' yogo'ze bene', bidao', nhore, bene' byo nha bene' gore kate dxongake' da bi gata' yela wee rawe' yedx chegake'.

10. Promover la formación de redes internas y externas de apoyo, para el autocuidado de personas afectadas por el alcohol y el alcoholismo.

Gongake' bayen kue' bene' gakren luellj kate nhita' bene' da' visiw che yela ween.

11. Promover la apropiación y la autogestión del proyecto con participación de miembros de la propia comunidad

Gongake' ga gon bene' wrall ka' llin towrazgake' nha ga gakren luelljgake'.

5.4. Testimonios de trabajo en campo

• Los jóvenes torokoyoris[46]

Torim

El pueblo yaqui es uno de los ocho pueblos indígenas del estado de Sonora, asentado a lo largo de ambas márgenes del río Yaqui, en un territorio total aproximado de 485 mil hectáreas. Su organización política se da a través de las autoridades tradicionales de la Tribu, las cuales encabezan y representan cada uno de sus pueblos integradas en primer lugar por el gobernador, el pueblo mayor, capitán, comandante y secretario.

Gobernador y secretario de Lomas de Huamúchil

46 Colaboración de la Lic. Érika Patricia Castaños Celaya, coordinadora del Proyecto "Atención Integral de Salud Mental del Pueblo Yaqui", Consejo Estatal contra las Adicciones de Sonora

En la actualidad, la población alcanza aproximadamente los 40 mil habitantes, habiendo sido duramente reducidos por las guerras que libraron por su supervivencia durante más de 50 años. El acercamiento de la sociedad mestiza (yoris) a la comunidad yaqui se intensificó con la apertura de la carretera, iniciándose así un proceso de transculturación al interior de la tribu, llevando a esta más perjuicios que beneficios; las oportunidades de trabajo y las alternativas de esparcimiento son escasas, no así las oportunidades para el consumo de alcohol que se ha potencializado cada vez más con la apertura desmedida de expendios y establecimientos que venden alcohol, como los Oxxos y aguajes, entre otros. Así se ha propiciado un aumento en el consumo de alcohol en las últimas décadas, no sólo entre los jóvenes y adultos sino también entre sus mujeres, aumentando los riesgos en la estructura y funcionalidad familiar, además de generar una mayor vulnerabilidad en los niños y jóvenes en cuanto a la edad de inicio, disfuncionalidad familiar, debilitamiento de las tradiciones y alejamiento de sus propias raíces culturales.

Mujeres en el Valle del Yaqui

El joven yaqui está perdiendo uno de los factores protectores más fuertes con los que contaba: el orgullo de su raza y el apego a sus costumbres y tradiciones.

Los yaquis mayores llaman al joven de ahora "torokoyori" que quiere decir 'renegado'.

Don Francisco "Chico" Valerio Jaime, tío de Demetria Matus.

El joven yaqui ya no quiere hablar la lengua, usar sombrero, paliacate o sandalia de tres puntos, a cambio quiere llevar gorra con aplicaciones brillosas, hablar español y emigrar a las ciudades, renegando así de sus raíces. Rosa Choqui mujer yaqui del pueblo de Potam comenta que su apellido significa "Estrella"; sus sobrinos ya no usan el Choqui, ellos se apellidan ahora Estrella.

Rosa María Choqui Bacasegua

Han cambiado el frijol con hueso por los hot dogs, los quelites por los tostitos preparados y el agua de pinole por las sodas o refrescos. Dejaron de escuchar los cuentos de sus antepasados para pasar al aula con una maestra yori que conoce poco o nada

de su cultura. Pocos son los que bailan la danza del venado como lo hacían sus antepasados y en la tribu queda sólo un anciano que sabe interpretar la danza del coyote. El joven yaqui tiene celular, navega por internet y las jóvenes han dejado el traje típico por la ropa de moda.

Niñas yaquis

Dejaron de consumir sus bebidas fermentadas o destiladas en espacios y momentos específicos para pasar al consumo de cerveza, lo cual les ayuda a superar su timidez y retraimiento, mejora su estado de ánimo y la posibilidad de "divertirse" y de integrarse a un grupo de amigos donde la mayoría consumen, ya que hay que mencionar que los jóvenes yaquis son más tímidos que los yoris. El alcohol proporciona a los jóvenes y adultos yaquis una serie de efectos que ellos consideran "positivos": facilita la expresión de emociones, desinhibe y potencializa las relaciones sociales. Dichos efectos se convierten en motivo de consumo, a la vez que no creen que ingerir bebidas alcohólicas tenga consecuencias negativas, incrementándose considerablemente el nivel de ingesta durante el fin de semana, cuando las relaciones interpersonales se intensifican.

Iglesia y panteón en Pithaya

Influidos por la modernidad y la interculturalidad, la vida de los jóvenes yaqui ha cambiado sustancialmente en relación con la de sus antepasados, ampliando su visión y proporcionándole a la vez una enorme libertad de acción y decisión. Pero, lo que no evalúa el joven torokoyori es que aunado a esto viene la consiguiente pérdida de prácticas, costumbres, valores y lenguaje, llevando a éste a una desubicación social y pérdida de identidad. "Al fragmentarse estos elementos se produce un profundo malestar en el joven, que en múltiples ocasiones, condiciona el consumo de alcohol y otras drogas como alivio y bienestar; esto refuerza una relación de dependencia y es así como el alcohol y las drogas se vuelven medicamentos de una enfermedad en la cual los primeros síntomas son la tristeza y la depresión, producto de la pérdida del sentido y la identidad cultural". Entonces, "el consumo de drogas cumple la función social de llenar vacios, responder a la tensión social asociando las drogas con el concepto de libertad, placer, sexo y tranquilidad" [47].

Enramada en Vicam Pueblo

Por estas razones, una de las demandas más sentidas de la tribu Yaqui en Sonora ha sido poner freno al embate de las adicciones y a la problemática de salud mental producto de la modernidad que afecta cada vez más a su población.

Luego de un acuerdo con el Gobierno del estado para llevar a cabo una serie de acciones a favor de la tribu, se diseñó un centro capaz de atender y prevenir el problema de adicciones en la tribu, por alcohol, cristal y marihuana principalmente y, al mismo tiempo, atender las necesidades de salud mental en la comunidad, como son los trastornos de aprendizaje, el trastorno

47 José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez, Vicente Vargas Vite. "La atención a las adicciones desde la perspectiva cultural". En: CONADIC, SSA. (2005). Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/retalco_IV.pdf y en www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task

por déficit de atención y otros problemas de salud mental que están presentando niños y adolescentes de la etnia.

La creación de este centro estatal está basado en dos modelos nacionales: el modelo de Centros Nueva Vida y el modelo de los Centros Integrales de Salud Mental (CISAMES) integrándolos en un sólo establecimiento, acorde con las necesidades y la situación local para lograr una atención de mayor calidad para la tribu. El centro estará orientado a toda la población con prioridad hacia los menores y adolescentes, y se aplicará un enfoque preventivo comunitario; en cuanto a la atención personal, un enfoque cognitivo-conductual que se sabe ha dado buenos resultados.

La tribu Yaqui ha participado activamente en este proyecto, tanto en la fase de diseño como en el otorgamiento de terreno para su construcción. Para esto la tribu asignó un terreno de 5 mil metros cuadrados, ubicado en las inmediaciones de un albergue para estudiantes, cerca de la localidad de Tórim, al pie de carretera.

Se pretende que el Centro Nueva Vida de la tribu Yaqui dé cobertura a sus ocho pueblos. Para ello contará con personal de psicología, psiquiatría y promoción de la salud. Esta última será la piedra angular del centro, a través de promotoras de salud mental de la misma comunidad yaqui.

Promotoras yaquis de visita en el Centro Nueva Vida Guaymas

Previamente a la operación del Centro Nueva Vida, y como parte de los preparativos y de una visión a largo plazo, se está realizando la capacitación de promotoras de salud mental con un enfoque indigenista e intercultural, con la finalidad de que sea la misma comunidad la que una vez empoderada afronte la problemática con el apoyo de su centro especializado, ya sea para la prevención, atención directa o la referencia de usuarios a los siguientes niveles de atención y rehabilitación.

La capacitación de promotoras inició el año pasado (2011) y se lleva a cabo en tres etapas:

1. Conocimientos básicos sobre adicciones
2. Modelo Nueva Vida
3. Enfoques y habilidades para la prevención en trabajo comunitario

Promotora Antonina Norzagaray

Recién terminó la primera de las etapas, y el curso concluirá en este año (2012) con un plan de trabajo que tendrá su base en el Centro Nueva Vida. Sin duda estas promotoras serán la punta de lanza para las actividades preventivas del mismo.

De esta forma se pretende dar una respuesta, sin precedente en el estado, a una problemática de salud con serias repercusiones familiares en la etnia, conjuntando la experiencia del modelo Nueva Vida y de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, con otros elementos técnicos y culturales que aseguren mejores niveles de salud y bienestar para la tribu Yaqui.

Promotoras yaquis y personal Centros Nueva Vida

- **La organización comunitaria y el alcoholismo en comunidades originarias: el caso del ejido Jerusalén, Las Margaritas, Chiapas. Una experiencia comunitaria de control**[48]

A'tel tuneletik yu'un lumaltik, "Cargos comunitarios y sus implicaciones".

En las prácticas tzeltales, la organización social se basa en principios comunitarios, los cuales no sólo sirven para aceptar o rechazar programas y proyectos para mejorar el pueblo, tampoco para ofrecer la comunidad al mejor postor por intereses particulares; sino que se trata de servir trabajando, de ir organizando y escuchando la voz de todos. Para que esto suceda, ha sido necesario crear estrategias de trabajo y organización; ha sido necesario también buscar otros canales de comunicación, pero sobre todo personas que sean capaces de escuchar y hacer de las propuestas bases de trabajo y organización comunitaria. Las necesidades en una comunidad son de todos; claro, todo aquello que sirva para un beneficio común.

El desorden, la involuntariedad, la exclusión y el individualismo se tratan de desechar en la forma de organización de los tzeltales. Se trata de trabajar en equipo; de hecho, se ha trabajado en colectivo ante las necesidades que el hombre y la mujer han tenido. No sólo se piensa en el presente, ni en los que están ahora, sino que se trabaja pensando en el *yal snich'an te alnich'an* ('en el hijo de los hijos'); es decir, se trabaja pensando en las futuras generaciones, en el futuro de los nietos, de aquellos que todavía no han nacido. Esto significa que el pensamiento tzeltal razona y actúa en el presente, cuidando que no afecte el futuro de otras generaciones, tal y como pensaron nuestros *mam me'chuntik* ('nuestros abuelos y abuelas').

Las prácticas y los conocimientos tzeltales han sido herramientas importantes para la generación de un modo alternativo de autodesarrollo comunitario, que trabaja y sirva al pueblo; sin embargo, ha sido necesario establecer normas y acuerdos, pero también gente que haga cumplir los mandatos del pueblo, la palabra de todos, gente que coordine y que organice, reúna y sirva a la comunidad, por eso se nombran los *a'tel tuneletik yu'un lumaltik: a'tel* significa 'trabajador'; *tuneletik* quiere decir 'servidores'; *yu'un* significa que es 'propiedad de' y *lumaltik* significa 'pueblo' o 'comunidad'; una traducción literal sería "los servidores trabajadores del pueblo o de la comunidad"; éstos tienen la función de representar la palabra y decisión de la gente en nuestra comunidad, transportan y transmiten la palabra de todos a otros, otras instituciones o personas u organizaciones. Son representantes del pueblo, son nombrados para trabajar y servir, pero no se mandan solos, sino por la decisión de la comunidad que les otorga el poder; es tanto como mandar obedeciendo.

En la comunidad de Jerusalén se entiende de esta forma el papel y la función de los *a'tel tuneletik*, gente que debe trabajar, obedecer y mandar, se debe hacer respetar aunque no por imposición, sino por su conducta y trabajo en la comunidad. Se entiende que el respeto o el *ich'el ta muk'* se gana con el trabajo.

Los *a'tel tunel* deben ser personas con un amplio criterio y visión para el desarrollo comunitario y regional, deben ser capaces de cuidar el interés colectivo, personas con una conducta aceptada por la gente; no importa el grado de estudios, aunque por lo menos debe saber leer y escribir, para no ser engañados por cualquier persona; que hable bien o no el castellano, pero que tenga valor de hablar y defender la palabra comunitaria.

Ahora bien, hemos hablado de las implicaciones de un servidor trabajador comunitario para el pueblo; ahora trataremos de entrar en el corazón y la mirada de un *a'tel tunel*, porque no sólo importa cómo los vemos como miembros de la comunidad, sino también qué piensan y sienten con la responsabilidad que tienen. La situación que vive un *a'tel tunel* cuando ejerce su cargo es compleja, ya que se enfrenta con diversos problemas que tienen origen desde la sociedad que lo gobierna, pero también por los problemas familiares que enfrenta, pues debe hacerlos a un lado para poder participar en la resolución de problemas comunitarios, debe saber hacer uso del sentido común y el sentido comunitario; esto es visto por muchos como difícil y complicado. Así lo expresan algunas personas que han sido servidores comunitarios [49]: *"te spasel a'tel tunel, lom*

48 Pedro Hernández Luna, indígena tzeltal originario del ejido Jerusalén, ubicado en Las Margaritas, Chiapas. Egresado de la licenciatura en la Universidad Intercultural de Chiapas y estudiante de la maestría en Desarrollo Rural de la UAM.

49 Por respeto y a solicitud de las personas entrevistadas, se han omitido sus nombres.

k'ax tulan, ya sk'an p'ijotik, ya sk'an muk' ko'tantik, ya sk'an muk' k'inal ya kaytik swenta jich lek ya chaptik a te lumaltike, yu'unme ja' jich ya xben a te a'tele; te spasel a'tel tunelej ya me sk'an ya kaybetik sk'op te winik antsetike; xch'unelme k'op, xch'unelme mantalil, abatinel yu'un te lumaltike" ("ejercer un cargo comunitario es muy difícil, necesita inteligencia, necesita que tengamos un gran corazón, saber razonar para solucionar y organizar bien el pueblo, porque así se logra encaminarnos bien. Ejercer un cargo comunitario significa escuchar a la gente; es obedecer el mando del pueblo, es servir para el pueblo"). La expresión de tener *muk'ul o'tan*, no solo es tener el corazón grande, sino que significa ser fuerte, honrado, respetuoso, imparcial en el momento de tomar decisiones, sin velar o cuidar el interés de unos cuantos sino de la mayoría. El *p'ijil* no sólo significa ser inteligente para hablar, sino se considera *p'ij* cuando el *a'tel tunel* sabe escuchar y hablar a la gente, cuando toma en cuenta su palabra, su decisión y su necesidad.

Actualmente, en la comunidad de Jerusalén se dice que nadie nace sabiendo dirigir un pueblo, organizar una comunidad, sino que es un aprendizaje constante, que también cambia de acuerdo con las necesidades de los tiempos, la práctica hace a la gente conocedora de sus capacidades y no lo que se cree o se supone. Sin embargo, cuando no se cumple de forma adecuada con el encargo, el pueblo puede destituir a la autoridad del cargo. Hoy en día se recuerdan algunos acontecimientos importantes en la comunidad de Jerusalén donde algunas autoridades actuaron en contra de los principios comunitarios y fueron castigadas o destituidas.

Como podemos darnos cuenta ser un *a'tel tunel* es complicado, implica diversos valores y morales sociales-familiares; no sólo es una temporada de servicio y trabajo, sino una oportunidad de hacerse respetar y valorar en la comunidad, por eso hay ex servidores comunitarios que se recuerdan con respeto, aunque otros se recuerdan por ser abusivos y corruptos, y otros tantos que ni se mencionan. Es responsabilidad de cada cual aprender como quiera, pero teniendo en cuenta que en el momento de asumir responsabilidades dentro de la comunidad, tendrá que ser como el pueblo quiera, eso es: **"mandar obedeciendo, haciendo obedecer"**.

Una de las estrategias utilizadas por los *a'tel tuneletik* para saber cómo va el trabajo con la comunidad consiste en reuniones quincenales con los hombres para discutir los problemas que se hayan presentado, o se exponen avances de los trabajos que se están realizando. Asimismo, en estos *tsoblej* se exponen las necesidades que tienen los *a'tel tuneletik*, para solicitar el apoyo de la gente, con la autorización del uso de recursos disponibles.

Es, pues, un compromiso grande ser servidor comunitario, porque se tiene que aprender en la práctica; por supuesto que la comunidad apoya para que esto sea posible; entiende y dispone sus recursos para lo que se necesite, no importa cuánto, pero siempre que se haga como una inversión. Cuando todo esto se da, el que ocupa un cargo comunitario se siente respaldado y trabaja con gusto y dice: *"binax ko'tantik yu'un te k'alal ya skoltaotik te lumaltike, junax ko'tantik yu'un ya xbajt te mel o'tane sok binax sbuts' k'inal ya kaytik a"*, que significa "el corazón se pone feliz cuando el pueblo nos apoya, nos sentimos con un solo corazón, se va la tristeza y que gusto sentimos cuando esto es así". Cuando se tiene la vocación de servir, se trabaja honradamente, se utiliza el recurso que dispone la comunidad cuando sea necesario, se evalúa lo que se tiene que hacer y se piensa para gobernar en colectivo, se logra un verdadero sentido comunitario; esto es, sentir la necesidad de todos como un compromiso a resolver, de trabajar sin percibir un sueldo y, sobre todo, velar y trabajar por y para la comunidad.

- El caso del alcoholismo en el ejido

El alcoholismo visto desde las comunidades indígenas tiende a interpretarse de muy distintas formas, e incluso hay quienes dicen que forma parte de la cultura de un pueblo (frecuentemente este último argumento se escucha desde a fuera). Sin embargo, podemos dar cuenta de que existen comunidades indígenas que han tomado medidas para hacer frente a esta problemática social, que atenta contra la seguridad de los propios hombres y mujeres en una comunidad y también trae implicaciones económicas a las propias familias directamente afectadas.

En lo sucesivo, haré referencia al ejido Jerusalén, ubicado en Las Margaritas, Chiapas, en la región III Fronteriza. Se trata de una comunidad tzeltal que fue fundada en 1969; sus primeros habitantes son originarios de distintos parajes de municipio de Tenejapa, de los Altos de Chiapas.

El tema que nos ocupa abordar en este pequeño ensayo también puede generar una reflexión sobre nuestra vida en sociedad y las repercusiones de nuestros actos en la gente cercana a nosotros. Se trata de un caso comunitario sobre cómo se ha podido controlar y evitar la venta de bebidas alcohólicas, y cómo se ha logrado disminuir el consumo de dichos productos.

Desde la fundación del ejido y hasta principios de 1994, en la comunidad no había ningún acuerdo que prohibiera la venta de bebidas alcohólicas, por lo que el consumo de estos productos era libre y estaba fuera de control. Las principales consecuencias fueron la violencia intrafamiliar, peleas campales en los espacios públicos de la comunidad e incluso muertes por accidentes diversos.

Con esta libertad de venta y consumo de bebidas alcohólicas, en la comunidad había un ambiente de inseguridad por temor a sufrir agresiones u otras acciones que atentaban contra la estabilidad social comunitaria. Así lo expresaba una habitante: "la venta del trago en nuestra comunidad era algo que ya no

soportábamos, porque de dos a tres veces a la semana, en nuestra casa siempre había problemas. Cuando mi esposo llegaba borracho, siempre llegaba peleando y nos golpeaba con mis hijitos, muchas veces tenía que salir corriendo de mi casa y pedir con los vecinos un refugio en sus casas para pasar la noche". Este testimonio deja en evidencia que las más afectadas han sido las mujeres, madres de familia, que por muchos años soportaron la violencia por parte del esposo.

No se acostumbraba denunciar las agresiones que sufrían las madres de familia, porque "cuando tratamos de denunciarlo ante el Agente Municipal, lo seguro es que al día siguiente después de salir de la cárcel, volverá a tomar y luego cobra venganza y nos va un poquito peor". Ante estas condiciones, lo común era acudir a los familiares a pedir ayuda para controlar el borracho agresor. Pero eso no era suficiente, el alcoholismo rebasó la ayuda familiar, pues incluso quien acudía a ayudar corría el riesgo de ser agredido.

Otra de las consecuencias graves del alcoholismo es el deterioro económico de las familias. El abandono en que han estado viviendo los pueblos originarios, la falta de oportunidades de trabajo, lo poco remunerado de la producción agrícola, sumado al alcoholismo, vulnera más nuestra condición económica.

En otros casos, quienes tenían un cargo comunitario de representación de los intereses colectivos, al ir a gestionar las necesidades de la comunidad, muchas veces no llegaban a nada porque los comisionados sólo iban a la cabecera municipal a emborracharse, lo que creaba un descontento entre los habitantes de la comunidad.

Con estos antecedentes se dio inicio a una reflexión amplia de hombres y mujeres de la comunidad sobre cómo se tenía que enfrentar este problema grave del alcoholismo, y se llegó al acuerdo unánime de prohibir la venta de bebidas alcohólicas dentro de los límites territoriales que comprende el ejido Jerusalén; en consecuencia, se fijaron sanciones a los que no respetaran dicho acuerdo. A partir de 1994, se fijó como sanción la cantidad de 500 pesos, mientras que para los consumidores violentos cada falta o agresión se castigaba con 24 horas de cárcel, y dependiendo de la gravedad de la falta se fijaba el monto de la sanción económica. Pero para hacerla efectiva, necesariamente tenía que haber una denuncia para castigar a los que infringieran el acuerdo.

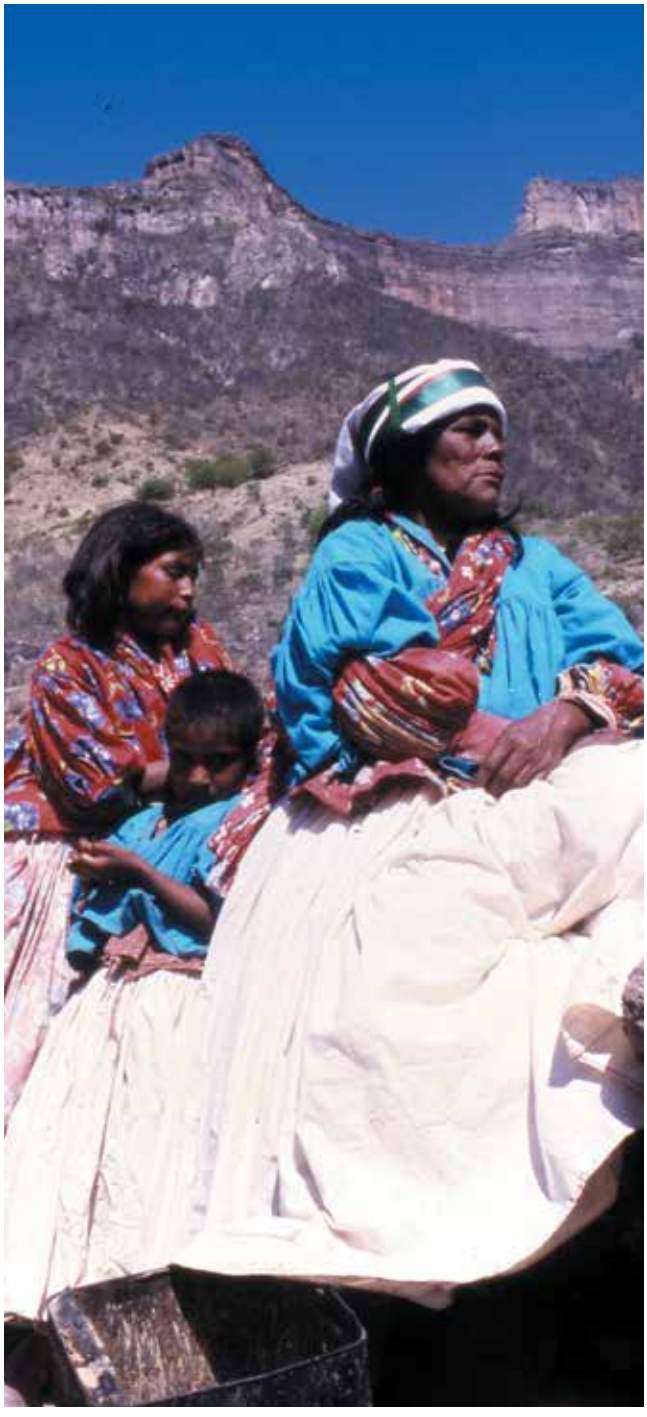
Los resultados positivos fueron: la disminución del consumo de bebidas alcohólicas, la disminución de encarcelados y otros efectos negativos, lo que permitió tener mayor seguridad dentro de la propia comunidad.

Los adictos a estos productos generalmente salían a comprar a otras comunidades circunvecinas, e incluso llegaban a la ciudad de Comitán a hacer sus compras de bebidas alcohólicas, conscientes de sus actos y de las sanciones a las que podían ser acreedores. A pesar de ello, la magnitud del problema era menor. La edad promedio de los consumidores de bebidas alcohólicas era de 30 años.

Sin embargo, el problema no tuvo fin; al contrario, aún empezaba: "pensamos que estábamos a punto de lograr que el alcoholismo en nuestra comunidad fuera parte de un pasado que ya no podíamos pensar ni recordar; pero esto cambió con la llegada de la escuela Secundaria, donde desde muy jovencitos y entre amigos empezaron a tomar, entonces de nueva cuenta tuvimos que repensar nuestra vida comunitaria". No se podía castigar a los estudiantes de la misma forma que a los propios habitantes de la comunidad, ya que se piensa y considera que muchos padres de familia que manda sus hijos a estudiar, lo hacen con un gran esfuerzo y sacrificios. Entonces, se pensó en otras posibilidades, pues de sancionar a los estudiantes, también se tenían que sancionar a los que daban el ejemplo, como son los profesores, que muchas veces se emborrachaban en la comunidad y descuidaban su verdadero compromiso comunitario, que es educar. Se replanteó en asamblea comunitaria la clasificación de sanciones, entendiendo que si el problema revivió fue por la venta clandestina dentro de la comunidad de las bebidas alcohólicas, y para su efecto se acordó lo siguiente:

1. Para los habitantes de la comunidad, como consumidores al cometer una falta o un delito, será la autoridad competente de la comunidad (Agente Auxiliar Municipal) quien fije las sanciones correspondientes, que puede ser desde una llamada de atención hasta pagar una sanción económica de 50 mil pesos, de acuerdo con la gravedad de la falta, e incluso puede ser más.
2. A los estudiantes, que generalmente sólo se emborrachan sin hacer mucho escándalo, se castiga con 12 a 24 horas de cárcel, y deberán realizar una labor de servicio social comunitario, que puede ser juntar basura en la plaza pública.
3. Para los profesores de educación, se sujetarán a la disposición de la comunidad, y en su caso serán obligados a cambiar su centro de trabajo.
4. La policía comunitaria está facultada a detener a infractores dentro de los límites territoriales del ejido. Es necesario solicitar la intervención de la autoridad siempre que los actos violentos se den dentro de la casa; esta solicitud la podrá hacer cualquier miembro de la familia.
5. Toda la gente que cometa algún delito dentro de los límites territoriales del ejido será juzgada según los acuerdos y sanciones acordados por la asamblea comunitaria del ejido Jerusalén.

6. Los vendedores de alcohol se harán acreedores a una sanción económica que puede llegar a ser mayor a 30 mil pesos. En este grupo se incluye a quienes pueden vender desde una botella de litro, para estudiantes o cualquier miembro de la comunidad, que sea sorprendido.



D.R. Lorenzo Almendáriz / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

- Nuestros retos y desafíos

Hablar del alcoholismo en la comunidad es complejo. En el caso de Jerusalén es preciso mencionar que con el endurecimiento de las sanciones no se ha logrado terminar con el problema, aunque ha permitido tener un mayor control y castigo a los consumidores violentos, pues ha disminuido la violencia intrafamiliar, y se observa que ya no hay vendedores locales, pero aún falta mucho por hacer. Tenemos casos aún de violencia intrafamiliar por efectos del consumo del alcohol, que muchas veces no se sabe cuándo se dan, sólo se ven los golpes en el rostro de la mujer que aún no tiene el valor de denunciar.

Una referencia histórica ha sido el Movimiento Zapatista de 1994, que vino a dar fortaleza y certeza a la participación de la mujer en nuestra comunidad. Un cambio muy importante ha sido que las propias mujeres han hecho valer su palabra para ganarse el respeto de la sociedad tzeltal, en particular de Jerusalén.

Los acuerdos intercomunitarios también han dado fruto; por ejemplo, las comunidades circunvecinas de Jerusalén han optado por prohibir la venta de bebidas alcohólicas en sus comunidades, lo que nos da un aliento para seguir trabajando y construyendo nuevos acuerdos para nuestra vida comunitaria.

Pero algo que veíamos venir ya llegó: la nueva oleada de jóvenes que regresan a la comunidad después de estar un tiempo en los estados del norte y de Estados Unidos de Norte América, con los hábitos de consumir bebidas alcohólicas y de más estupefacientes, pero en la comunidad hay capacidad de controlarlo, y así se ha hecho.

Tenemos claro que no sólo se trata de endurecer las sanciones, hay que abrir nuevos espacios recreativos para los jóvenes y fomentar el deporte, principalmente; y sabemos que sí funciona, porque ya lo hemos hecho y continuamos en ello. La carencia de recursos económicos para generar espacios deportivos y recreativos nos ha limitado. Un joven estudiante de Jerusalén nos expresó: "la alternativa de tener una conciencia sobre los problemas del alcohol o del cigarro, no está en las pláticas que nos dan en el centro de salud, porque quien quiera se puede informar en el Internet, como tampoco en el endurecimiento de sanciones; sería distinto si se fomenta el deporte, nada mejor que eso".

Por mi parte considero que no podemos seguir planteando soluciones a un problema único, pues no sólo se trata de la adicción al alcohol, sino de falta de oportunidades y alternativas de trabajo y distracción de nuestras generaciones. Es necesario respetar el modo particular de las comunidades de establecer sus acuerdos y de hacer frente a sus problemas; esto será fundamental si queremos entre todos contribuir a disminuir este problema que aqueja a nuestra sociedad y a nuestra comunidad en particular.

• Modelo de prevención del uso nocivo de alcohol con pertinencia intercultural y lingüística en el Distrito Federal[50]

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas representa un serio problema de salud pública en México. Es un fenómeno que afecta a diversos grupos poblacionales, motivo que ha llevado a la construcción y puesta en operación de acciones encaminadas a proporcionar servicios a dicha población.

Actualmente, se cuenta con esquemas de intervenciones breves diseñados ex profeso para atender el tabaquismo, el consumo de alcohol en sus diferentes fases evolutivas y esquemas específicos por sustancias: marihuana, cocaína. Así como la atención a las familias de los usuarios de drogas.

Existe una amplia infraestructura de unidades a lo largo de todo el país, las cuales proporcionan servicios en materia de adicciones; de hecho, México cuenta con la red de tratamiento más grande de América Latina. El esfuerzo realizado por la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), permite asegurar que en municipios con mayor riesgo la comunidad cuente con un Centro Nueva Vida.

Es indudable que durante la presente administración se ha logrado consolidar la calidad en los servicios de prevención y tratamiento. Sin embargo, a lo largo de varias administraciones, un grupo importante de la población afectada por las drogas no tuvo la oportunidad de acceder a dichos servicios ni de recibir una atención respetuosa de su cosmovisión, desarrollada con pertinencia lingüística: los pueblos indígenas.

Mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas ha sido una recomendación de la OMS desde muy diversos foros, encomienda reiterada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de los resolutivos emanados de la Reunión sobre Pueblos Indígenas y Salud celebrada en Winnipeg, Canadá, en 1993. De 1994 a 2004, se estableció el decenio de los pueblos indígenas, constituyendo las pautas para la coordinación de las acciones necesarias para su desarrollo integral, a partir de cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas: 1. la Salud con un criterio holístico; 2. el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación; 3. el derecho a la participación sistemática; 4. el respeto por las culturas indígenas y su revitalización, y 5. la reciprocidad en las relaciones.

Con base en estas recomendaciones, y a través de una estrategia de coordinación interinstitucional con la CDI y la Dirección de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, e incorporando el derecho a la autodeterminación y a la participación sistemática de los pueblos, representados por indígenas pertenecientes al Consejo Consultivo, el CENADIC decide realizar el proyecto, "Modelo de prevención del uso nocivo de alcohol con pertinencia intercultural y lingüística". Y es el siguiente.

I. Diagnóstico

De acuerdo con la CDI, la población indígena en México se estima en aproximadamente 12 millones de personas, que representan el 10.5% de la población total de México. Los indígenas se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional y cada vez tienen mayor presencia en las zonas urbanas. Sin embargo, cerca del 80% de la población indígena se concentra en ocho entidades: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, Yucatán, Campeche, Veracruz y San Luis Potosí. En México existen 156 mil 557 asentamientos dispersos en 803 municipios en los que más de 30% de la población habla una lengua indígena.

Tomando como base el criterio lingüístico, es posible estimar que en México existen 68 agrupaciones lingüísticas, y se hablan más de 365 lenguas. Al referirse a estos pueblos y a sus derechos humanos, resulta inevitable considerar la inequidad, la marginación, la desigualdad, la pobreza extrema, la injusticia y la persistente discriminación como temas aún pendientes en la agenda nacional, a pesar de la reforma constitucional que se llevó a cabo en 2001 y de las modificaciones que de ella derivaron, como la creación de la CDI –antes CONADEPI– y del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, a partir de la aprobación de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas y la reforma al artículo 7, fracción cuarta, de la Ley General de Educación.

La información que existe sobre los pueblos indígenas aún es precaria; es escasa la investigación que se desarrolla sobre su historia y, sobre todo, sobre su vida presente: su cosmovisión, sus formas de organización, sus recursos humanos y materiales, sus demandas y los problemas que enfrentan. Sólo hasta hace poco se ha avanzado en el conocimiento de sus formas de gobierno y de sus "usos y costumbres" en los procesos políticos.

Las poblaciones indígenas que viven en mayor atraso se encuentran en Chiapas, Veracruz y Puebla, seguidas por las de Guerrero, Oaxaca, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí y Guanajuato, entidades que concentran el 73% de la pobreza extrema en el campo mexicano. Se trata de la población indígena más grande de América y que habita, predominantemente, en 801 de los 2 mil 433 municipios que existen en el país.

50 Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

Esto refleja, entre otras cosas, deterioro y, aun, regresión en el desarrollo humano de la población, que afecta principalmente a los pueblos y comunidades indígenas aumentando su pobreza extrema y su marginación, cuyas secuelas son: analfabetismo, insuficiencia alimentaria, desnutrición, bajos índices educativos y persistentes problemas de salud pública e infraestructura. Este sector de la población presenta los más bajos índices de desarrollo humano del país, a lo que se debe sumar los altos índices de alcoholismo que registran.

La migración hacia las grandes urbes se ha incrementado en los últimos años en nuestro país; familias enteras se alejan de sus tierras, de sus orígenes, para buscar la forma de adaptarse a las nuevas formas de convivencia que les plantean las ciudades, situación que se convierte en disparador de varias problemáticas, entre ellas, las adicciones.

II. Panorama epidemiológico del consumo de alcohol

Durante 2004 la Organización Mundial de la Salud reportó que hay alrededor de 2 billones de personas en todo el mundo que consumen bebidas alcohólicas y 76.3 millones con trastornos por el consumo de alcohol.

Según el Informe Mundial de la Salud 2002, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD perdidos) y el 3.2% (1.8 millones) de todas la muertes del mundo en 2000. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo.

El consumo nocivo de alcohol causa 2.5 millones de muertes cada año, provoca daños en la salud física y mental del consumidor, y también provoca daños en la comunidad. Es un importante factor determinante de trastornos neuropsiquiátricos –como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia–, así como otras enfermedades no transmisibles –como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres.

Los expertos destacan que el alcohol causa un número desproporcionado de víctimas entre los pobres. La gente pobre gasta una mayor proporción de su salario en alcohol, y cuando sufre las consecuencias de los excesos en la bebida tiene menos acceso a los servicios de salud, puede perder su trabajo y causa más trastornos a su familia [51].

51 Nota http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_articulo04.htm

El consumo de alcohol también está asociado al uso de otras sustancias psicoactivas.

Con base en los resultados de la ENA 2008, se conoce que aproximadamente 27 millones de mexicanos de entre 12 y 65 años, beben grandes cantidades por ocasión de consumo y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades de alcohol.

Casi 4 millones son usuarios consuetudinarios, es decir, beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia. Este patrón de consumo es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer.

El grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad.

Más de 4 millones de personas presenta abuso/dependencia al alcohol; de ellos, 3.5 millones son hombres y poco más de medio millón son mujeres.

A) Consumo en población indígena

Uno de los problemas que se tiene para conocer el panorama epidemiológico del alcoholismo en población indígena (PI)[52], lo representa el hecho de que a pesar que se han realizado diversas Encuestas Nacionales de Adicciones (desde 1998), la mayor parte de ellas se enfoca en población urbana y poco en la rural, y ninguna aborda específicamente a población indígena.

Se han realizado estudios en población de estudiantes, adolescentes, niños, centrándose principalmente en las grandes ciudades, sin que muestren datos sobre indígenas. Berruecos señala que el alcoholismo tiene efectos devastadores en esta población, debido a la marginación y pobreza [53].

Y los escasos estudios que se han elaborado en comunidad indígena han sido con enfoque médico y antropológico, existiendo escasa información epidemiológica.

52 Población indígena se considera a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena. Además, también incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares.
http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=54

53 Berruecos, Villalobos. La investigación sobre el consumo de alcohol entre la población indígena de México. Consultado en: http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?investigacion=127

D.R. Miguel Bracho / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Con el fin de conocer si la ENA 2002 podría aportar alguna información particular referente al consumo de alcohol en PI, se llevó a cabo un análisis especial considerando como indicador si el entrevistado hablaba o no hablaba una lengua indígena, y con base en esta submuestra de 2.7 millones de sujetos que sí hablan lengua indígena se determinó una prevalencia de abstemios mayor en mujeres que en hombres (73.7% y 29.8%, respectivamente), patrones de consumo mayores en varones que en mujeres, y un mayor por¬centaje de consumo en el patrón de "bebedor moderado alto" de 19.4% en hombres.

En cuanto a la dependencia al alcohol, se observó una frecuencia de 9.3% en hombres y 0.4% en mujeres, pero llamó la atención un predominio en las mujeres bebedoras en relación con el máximo de copas tomadas en un día, donde las mujeres presentaron una frecuencia de 35.4% en el consumo de tres a cuatro copas al día, mientras los hombres presentaron una frecuen¬cia de 20.2% con este mismo indicador.

Se observó una mayor frecuencia en el consumo de cerveza en ambos sexos, y coincidiendo con las tendencias a nivel nacional, se mostró un predominio en la prevalencia del consumo actual de alcohol en los hombres (51.7%) sobre el consumo de mujeres entrevistadas que hablan una lengua indígena (17.0%).

A pesar de que la ENA 2002 no incluyó dentro de sus objetivos el de precisar la magnitud del consumo de alcohol en la población indígena del país, los datos presentados constituyen una información inédita valiosa que si bien debe tomarse con reserva, presenta una aproximación al comportamiento de este fenómeno en población que habla lengua indígena, que coincide ampliamente con el panorama que se muestra a nivel nacional.

Retomando los resultados de un análisis de 871 municipios catalogados como indígenas, efectuado por el Sistema Nacional de Información en Salud, durante el periodo 1998-2003, se encontró que la dependencia al alcohol está implicada en cinco de las 10 principales causas de defunción en la población rural de nuestro país. La enfermedad alcohólica del hígado fue causa de 0.76% del total de defunciones entre 1979 y 2003, y, comparativamente, en los municipios indígenas los ca¬sos son significativamente más altos. La proporción de muertes por enfermedad alcohólica del hígado, por sexo, en los municipios indígenas, es de 87% de casos para hombres y de 12% para mujeres; además de que se reportan en edades muy tempranas (de 10 a 24 años); el 76% de las defunciones ocurre entre los 35 y 64 años, en plena edad productiva.

Las defunciones por enfermedad alcohólica del hígado, en los 871 municipios indígenas, engloban 60% de la población total del país.

En 2006 se llevó a cabo la Encuesta sobre Percepción del Alcoholismo en Población Indígena, realizada por consejeros de la CDI. En esta participaron un total de 96 consejeros indígenas, teniendo una representación de 51 pueblos indígenas. Entre los resultados, podemos destacar los siguientes datos:

1. Los resultados muestran que la bebida de mayor consumo es la cerveza, desplazando el consumo de bebidas tradicionales; un 21% refirió la ingesta de alcohol puro.
2. El lugar en donde se adquieren con mayor frecuencia las bebidas alcohólicas son las cantinas (44%) y los expendios o tiendas comerciales (30%). Lo que sin duda repercute en la economía familiar.
3. Los motivos que propician el consumo del alcohol tienen que ver principalmente con la celebración de fiestas familiares (75%), reli¬giosas (74%) y de matrimonio (61%). Un 40% del total de consultados opinó también que la costumbre es un factor de peso en el consumo del alcohol, mientras que el asociado al ciclo agrícola y al trabajo ocupó un lugar de menor importancia.

4. El 41% de los consultados percibe que el tiempo que se destina a la semana para el consumo del alcohol es de dos días; 20% opina que siete días. La variación está asociada princi¬palmente con el tiempo que duran las celebraciones familiares y comunitarias.
5. Sobre la cantidad de alcohol que se consume por día, 42% opinó que es de más de 10 vasos; 29% recibieron los indicadores de 1 a 4 y de 5 a 10 vasos al día. Dichas cantidades se consumen principalmente en un lapso de 4 a 8 horas, según contestó el 48% de los encuestados
6. Los problemas que se generan por el abuso del alcohol son principalmente los familiares (86%) y de salud (85%); les siguen los accidentes y problemas con la comunidad, los homicidios y los suicidios. En menor proporción se señalaron los trastornos men¬tales y de comportamiento.
7. Se percibe que el alcoholismo es un problema tanto de jóvenes como de varones. Un 48% señaló que el alcoholismo es un problema de mujeres. Un 77% opinó que entre hombres y mujeres existen diferencias en el consumo del alcohol, pues los hombres beben más y lo hacen en espacios públicos, como las cantinas, mientras que las mujeres que toman deben cuidarse más, pues son muy criticadas y desprestigian a sus esposos y familiares.
8. El 76% percibe que en sus localidades sí existen formas de atender el alcoholismo; sin embargo, es importante señalar que en varios casos esta respuesta se asocia con los mecanismos tradicionales de control local y no necesariamente con la oferta de atención institucional en el ámbito municipal y/o regional.

B) Prevención del uso nocivo de alcohol en comunidades indígenas

Desde hace décadas, el alto índice de alcoholismo que padece la PI ha sido tema de interés de varias investigaciones, lamentablemente los resultados no han permitido contar en la actualidad con un modelo de prevención.

Los factores que han intervenido en ello son múltiples [54]: indagar sobre el consumo de alcohol en la comunidad indígena es inmiscuirse entre los linderos de lo público y lo privado, incluso de lo "secreto". El consumo de alcohol es una experiencia subjetiva. Es una forma particular de ver y estar en el mundo.

Existe un bastión de resistencia hacia un cambio que no es solicitado. Sus tradiciones pueden sentirse amenazadas, por ejemplo, entre los hombres con alto consumo de alcohol; en las mujeres, su rol tradicional de apoyo y de no contradicción al hombre también es amenazado.

También hay que tener en cuenta la dificultad de tener información confiable de primera mano: los hombres difícilmente aceptan ser entrevistados y no quieren que las mujeres hablen; existe miedo al cambio de actitudes en las mujeres; existe desconfianza hacia el extraño. Las mujeres, por su parte, tienen exceso de faenas, demandan soluciones inmediatas y tienden a generalizar debido a las dificultades del idioma; además de que existe miedo a que los demás se enteren.

El alcohol forma parte de la vida cotidiana, por eso la población no percibe su importancia. Las formas tradicionales de bebida se integran profundamente a costumbres y valores del contexto sociocultural.

Por todo lo anterior, es necesario considerar la cosmovisión, así como los usos, costumbres y lengua de dicha población en el diseño de las intervenciones; es decir que toda intervención debe tener un enfoque intercultural y con pertinencia lingüística.

D.R. Ramón Jiménez / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

54 Guillermina Natera. Percepción del consumo de alcohol por hombres y mujeres en las comunidades indígenas. Reflexiones antropológicas sobre la intervención.

III. Modelo de prevención del uso nocivo de alcohol con pertinencia intercultural y lingüística

Objetivo general: desarrollar un modelo de prevención sobre el uso nocivo de alcohol en comunidades indígenas, con pertinencia intercultural y lingüística, con el fin de incrementar la percepción de riesgo y disminuir los índices de consumo.

Objetivos específicos:

- Informar a la población indígena sobre los riesgos y daños del uso excesivo del alcohol, desde su cosmovisión y considerando su representatividad en la comunidad, las edades y el género.
- Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso nocivo de alcohol y coadyuvar a disminuir el patrón de consumo en la comunidad.
- Orientar a los líderes, representantes, padres y madres de familia indígenas sobre cómo identificar el uso nocivo de alcohol, y dónde recibir tratamiento.
- Implementar alternativas comunitarias para favorecer la convivencia social disminuyendo las prácticas del uso nocivo de alcohol. (Reconstrucción del tejido social.)

1. Alcance

Intervención piloto con 19 comunidades indígenas migrantes de la Ciudad de México, y un pueblo náhuatl del estado de Hidalgo.

El proyecto se realiza en coordinación con la Asociación Acyacto, integrada por indígenas, quienes son consejeros/as del Consejo Consultivo de la CDI; está dirigido a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores de comunidades migrantes en el Distrito Federal y una originaria del estado de Hidalgo (véase Mapa 1).

La metodología de trabajo considera reuniones de sensibilización con líderes de organizaciones de indígenas y de predios en los que se ubican las 20 comunidades indígenas.

Realizar foros de consulta sobre el uso nocivo de alcohol, para conocer sus necesidades (diagnóstico) y, posteriormente, retroalimentar a los representantes reconocidos y a las autoridades para que realicen acciones encaminadas a disminuir los patrones de consumo de alcohol.

En cada comunidad se realizarán talleres para cada grupo poblacional. Cada taller está conformado por tres sesiones, las cuales se diseñaron respetando la cosmovisión, los usos y costumbres de cada una de ellas.

Los materiales fueron hechos para dar respuesta a sus necesidades; por ejemplo, como existe un grado importante de analfabetismo, se utilizarán cédulas que permiten el registro a través de imágenes. Asimismo, se contará con otros materiales para que sean adaptados a otras poblaciones.

La cobertura que se espera alcanzar es de más de 5 mil personas beneficiadas.

El proyecto se llevará a cabo en la Ciudad de México, en las delegaciones de Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Gustavo. A. Madero, Tláhuac, Milpa Alta, Iztapalapa, Coyoacán y Tlalpan; y en el estado de Hidalgo.

Mapa 1.

Delegaciones en las que se trabajará

Beneficiados directos:

1. Un grupo del pueblo náhuatl de Hidalgo
2. Un grupo del pueblo originario de Tláhuac
3. Un grupo del pueblo originario de Milpa Alta
4. Un grupo del pueblo mazahua en la delegación Cuauhtémoc
5. Un grupo del pueblo náhuatl de Veracruz en delegación Cuauhtémoc
6. Un grupo del pueblo zapoteca del Istmo en la delegación Venustiano Carranza
7. Un grupo del pueblo zapoteca de la Sierra en la delegación Venustiano Carranza
8. Un grupo mixto en la delegación Venustiano Carranza (Morelos)
9. Un grupo mixto en la delegación Gustavo A. Madero (La Villa)
10. Un grupo del pueblo otomí en la delegación Cuauhtémoc
11. Un grupo del pueblo triqui en la delegación Cuauhtémoc
12. Un grupo del pueblo totonaca de Veracruz en delegación Cuauhtémoc
13. Un grupo del pueblo náhuatl en la delegación Iztapalapa
14. Un grupo del pueblo mazahua en la delegación Cuauhtémoc
15. Un grupo mixto en la delegación Coyoacán
16. Un grupo del pueblo tzotzil en la delegación Tlalpan (Ajusco)
17. Un grupo del pueblo zapoteca el Istmo en la delegación Venustiano Carranza
18. Un grupo del pueblo náhuatl en la delegación Gustavo A. Madero
19. Un grupo pueblo mazahua de Querétaro en la delegación Iztapalapa
20. Un grupo del pueblo zapoteca en la delegación Gustavo A. Madero

La intervención en campo inicia en julio de 2012 y el proyecto se extiende hasta el mes de octubre del mismo año.

2. Acciones integrales para la atención de la salud en el municipio de Chilón, Chiapas

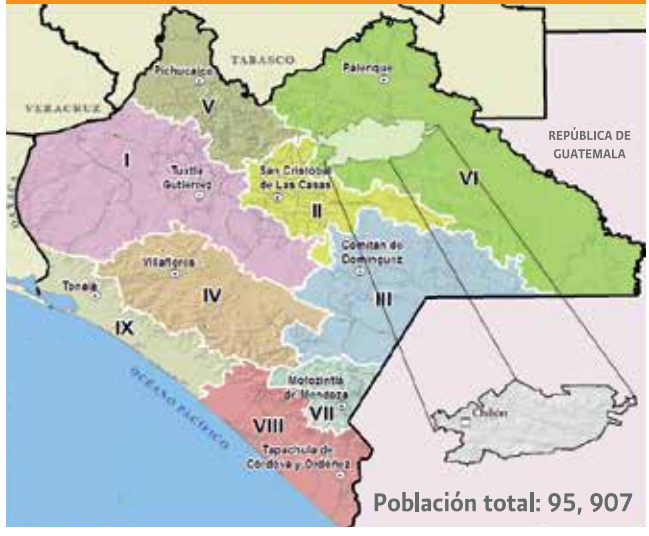
Este proyecto es coordinado directamente por la Subdirección de Participación Social en Salud, quién integró un grupo intersectorial conformado por varias instancias, entre ellas: CDI, INALI, IMSS, Centro Nacional de Equidad y Género, CENSIA, entre otros.

En la fase inicial, el grupo realizó un diagnóstico con la participación directa de la comunidad indígena. Los resultados señalaron que el principal problema de salud es el alcoholismo. Derivado de ello, el CENADIC fue aceptado para incorporarse al grupo y participar en la capacitación de personal de salud a nivel estatal y municipal, así como de promotores de salud de Chilón.

Se está diseñando la estrategia intersectorial para la atención del alcoholismo, para el 2013.

Mapa 2. Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida

Chilón, ubicación en el estado



	Chiapas	Chilón
Grado de marginación	Muy alto	Muy alto
Grado de rezago social	Muy alto	Muy alto
Grado de desarrollo humano	Medio	Medio
El periodo del proyecto abarca de marzo a diciembre de 2012.		

3. Prevención del uso nocivo de alcohol a nivel nacional. Radios comunitarias

Con el apoyo de la Dirección de Planeación para el Fortalecimiento de Capacidades y de la CDI, se diseñaron spots sobre prevención del uso nocivo de alcohol, para ser transmitidas en todas las radios indígenas del país. Los locutores de cada una de las 56 radios de comunidades indígenas harán la traducción a su lengua, para ser transmitidos del 1° de agosto al 30 de noviembre de 2012.

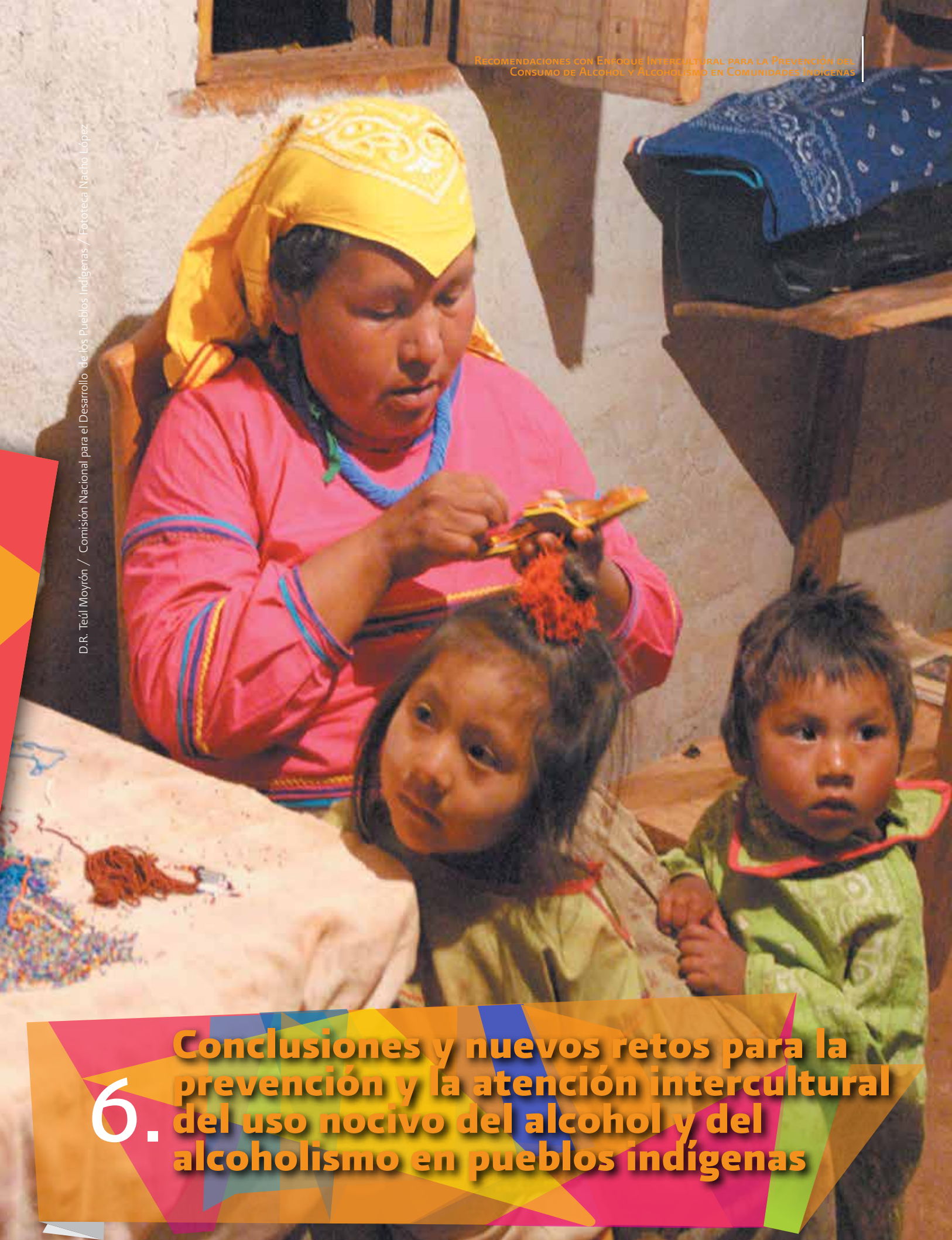
A través de la Subdirección de Promoción de la Salud, se diseñaron spots de prevención para ser transmitidos a través del mensajero de la salud, en todo el país. Esto en los espacios que da el Sindicato Industrial de Trabajadores y Artistas de Televisión y Radio (SITATyR). Se transmitirán en el mes de octubre.

4. Participación del Consejo Consultivo de la CDI

Se está participando en la mesa de Salud, Nutrición y Medicina Tradicional del Consejo Consultivo de la CDI. Se presentó en la 30° Sesión Ordinaria celebrada en Monterrey, Nuevo León, el proyecto piloto de las 19 comunidades indígenas. En esta mesa participan siete consejeros indígenas, representando aproximadamente a 26 comunidades. Los integrantes de la mesa aceptaron sumarse al proyecto de prevención de alcoholismo, y en el mes de agosto aplicarán una cédula de diagnóstico en sus comunidades, a partir de la cual podrá estructurarse una estrategia de atención.

D.R. Fernando Rosales / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Se debe subrayar que un factor fundamental en la prevención del consumo del alcohol es la conservación de una identidad positiva hacia la cultura propia, por ello se debe remitir siempre la reflexión de la comunidad en torno al sentido de pertenencia, al orgullo por mantener raíces ancestrales, al valor del apoyo comunitario, a la armonía que brinda la relación permanente con la naturaleza, a la fortaleza de la creación de redes de apoyo, entre otros.



D.R. Teúl Moyrón / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

6. Conclusiones y nuevos retos para la prevención y la atención intercultural del uso nocivo del alcohol y del alcoholismo en pueblos indígenas

Hacia un enfoque intercultural para ofrecer servicios para la prevención y la atención de problemas por el uso nocivo del alcohol y del alcoholismo en población indígena. Hacia allá nos dirigimos. Ello implica reconocer la complejidad de un problema multifactorial que se ha examinado con detalle en este documento. Reconocer quiénes y cómo son ahora las comunidades indígenas, sus relaciones históricas y actuales con el alcohol y el alcoholismo, sus causas y consecuencias particulares, como punto de partida para el establecimiento de acciones preventivas y para su atención.

El servidor de salud se vuelve una pieza clave como promotor del cambio, pero desde un enfoque intercultural, por lo que ante todo debe conocer a fondo su comunidad y prepararse continuamente para realizar un trabajo informado y sensible, que vaya acorde con las características específicas de su población objetivo. Al mismo tiempo, como hemos señalado, se pretende propiciar la construcción de propuestas de intervención en conjunto con los indígenas, garantizando un trabajo intercultural. Ello será un acto de respeto para con los grupos indígenas, que evitará cualquier forma de imposición, siempre apelando a la conformación de acuerdos que promuevan una vida sana con base en las concepciones particulares de cada cultura, cuyo fin sea controlar y prevenir el uso nocivo del alcohol.

El trabajo intercultural que se desarrolle en México, deberá fortalecerse con el establecimiento de nuevas políticas públicas y con la asignación de más recursos para garantizar la formación de profesionistas con perfil intercultural, con programas que contemplen la integración de la visión indígena, así como para diseñar modelos interculturales para hacer intervención directa en las comunidades para mejorar los procesos para el diagnóstico, la detección oportuna, la realización de acciones preventivas, para realizar el tratamiento o bien la referencia adecuada, con la interculturalidad como principal referente.

Como se hizo evidente, será necesario construir estos nuevos dispositivos de atención incorporando a los miembros de las comunidades indígenas, involucrándolos tanto en la traducción, como en la planeación, la capacitación y el trabajo en los centros de salud, las clínicas de primer nivel y los servicios especializados en prevención, en la consideración del enfoque sobre el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo. También se pretende que la participación de los actores pueda lograr ser un trabajo remunerado, pues la propuesta intercultural no sólo implica el entendimiento horizontal, sino la valoración de los conocimientos indígenas y su experiencia como promotores de la salud o como médicos tradicionales. Asimismo, es necesario proporcionar espacios físicos para la práctica de la medicina tradicional en los hospitales y clínicas de salud, y recordar la importancia de darle un peso importante a los aspectos culturales y espirituales como parte del tratamiento con este tipo de población.

Así mismo, es importante considerar el beneficio del acompañamiento que brindan los Alcohólicos Anónimos y otros grupos de ayuda mutua en el tratamiento y prevención de personas con problemas del uso nocivo del alcohol, alcoholismo y otros padecimientos relacionados con el mismo, por lo que se sugiere incluir en los grupos de reflexión comunitaria el testimonio de otros indígenas rehabilitados o en proceso de rehabilitación en sus propias lenguas, con aspectos de su propia cultura, la cual tendrá un mayor impacto en los grupos de la comunidad.

Se debe subrayar que un factor fundamental en la prevención del consumo del alcohol es la conservación de una identidad positiva hacia la cultura propia, por ello se debe remitir siempre la reflexión de la comunidad en torno al sentido de pertenencia, al orgullo por mantener raíces ancestrales, al valor del apoyo comunitario, a la armonía que brinda la relación permanente con la naturaleza, a la fortaleza de la creación de redes de apoyo, entre otros. A pesar de que estos procesos identitarios puedan ser distintos de una comunidad a otra, e incluso de una persona a otra, la reflexión de estos procesos puede constituir un poderoso factor de protección ante el embate del alcohol hacia las comunidades indígenas.

Que las comunidades promuevan el establecimiento de nuevas normas internas, orientadas a disminuir los problemas ocasionados por un uso nocivo del alcohol, y apoyadas por los vínculos de coordinación con los servicios de salud, entre otros, también se hace necesario para asegurar la eficacia en el acatamiento de dichas normas para beneficio de la calidad de vida de la comunidad. Al mismo tiempo, se deben generar proyectos que aseguren una continuidad en las acciones de prevención, así como procesos de evaluación continua y medidas para garantizar su aplicación y cumplimiento.

Para combatir el uso nocivo del alcohol y el alcoholismo, se deben atender y resolver diversas problemáticas que también inciden agravando este problema. Por ello, es importante instrumentar también el seguimiento de estas recomendaciones, que si bien son susceptibles de mejorarse y de complementarse con base en nuevas experiencias, constituyen sin duda un buen punto de partida para iniciar un trabajo de esta naturaleza con población indígena.

El establecimiento de redes sociales de apoyo, sean sectoriales, institucionales y comunitarias también son una buena práctica para gestionar, fortalecer y empoderar a la comunidad. En el ámbito intersectorial, será necesario echar a andar un proyecto nacional para capacitar, sensibilizar e instrumentar intervenciones preventivas capaces de reducir factores de riesgo para el uso nocivo del alcohol y del alcoholismo. Pero será indispensable que sean los propios indígenas quienes abran sus puertas y nos señalen el sentir de su comunidad, para orientar a los profesionales sobre cómo

abordar esta problemática. Solamente con su participación se podrá ir avanzando en la consolidación de una política pública validada por las comunidades indígenas en beneficio de la sociedad mexicana.

¿Cuáles serían los principales retos a enfrentar a partir de este momento, para seguir promoviendo el desarrollo de acciones preventivas y para mejorar la atención del uso nocivo de alcohol y del alcoholismo en los pueblos indígenas de México? Sin duda, son muchos, y en mucho dependerá de que las propias comunidades indígenas puedan apropiarse de este derecho y participen en una construcción de soluciones en conjunto.

- Seguirá siendo necesario, mantener un respeto irrestricto a sus principios morales, éticos y culturales, evitando imponer medidas ajenas a sus tradiciones, a sus usos y costumbres, pero facilitando la incorporación de conceptos tendientes al autocuidado de la salud, al mantenimiento de vínculos comunitarios y a la construcción de redes de apoyo con las instituciones y los servicios de salud.

- Será necesario crear nuevas unidades operativas, para extender la oferta de servicios especializados en prevención y atención de las adicciones con modelos apropiados para atender a la población Indígena

- Capacitar a los profesionales de la salud de las unidades del primer nivel de atención, en el conocimiento y la aplicación de nuevas metodologías, capaces de fomentar en las personas que viven en comunidades indígenas el fortalecimiento de su resiliencia, de sus habilidades sociales, de sus proyectos de vida, que los protejan y los vuelvan cada vez más conscientes de sus propias capacidades para enfrentar el uso nocivo del alcohol, del alcoholismo y de otras sustancias adictivas.

- Impulsar el desarrollo de un mayor número de investigaciones de todo tipo, que permitan detectar las necesidades de atención más sentidas de estas comunidades, tanto como documentar el impacto en el desarrollo de intervenciones interculturales para hacer frente a los problemas ocasionados por las adicciones

- Algo muy importante, un reto interesante y desafiante a la vez, consiste en lograr empoderar a las comunidades indígenas, en hacerlas conscientes de todas sus capacidades y reivindicar el gran valor de su subsistencia y de cada una de sus culturas, devolviéndoles la certeza de que son capaces de generar grandes procesos de cambio en beneficio de todos sus miembros.

- Un reto más será, sin duda, el de institucionalizar programas específicos para asegurar que las comunidades indígenas podrán seguir siendo beneficiadas con la aplicación de recursos suficientes para el desarrollo de acciones preventivas y para la atención del uso nocivo del alcohol, del alcoholismo en particular, y de las adicciones en general.

Finalmente, la principal conclusión es que este documento es sólo un punto de partida para continuar reconociendo y fortaleciendo la gran diversidad cultural que conformamos como sociedad, como un caleidoscopio lleno de cosmovisiones, tiempos y saberes, en el cual debemos identificar cuáles son las dimensiones de nuestro quehacer como profesionistas y como sociedad en la construcción de nuevos puentes que permitan a las personas transitar entre culturas y saberes, con base en una escucha armónica de músicas diversas y complementarias, que acompañen la construcción de soluciones para lograr un desarrollo pleno, más digno, respetuoso y democrático en nuestras comunidades indígenas y en nuestro país.

D.R. Griselda Nopal Chárrez / Archivo fotográfico del pueblo Hñahñu del Valle del Mezquital

Bibliografía

Almaguer González, J. A.; García Hernández, J.; Vargas Vite, V. (2005). "La atención de las adicciones desde la perspectiva cultural", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

Almaguer González, J. A.; Vargas, V. y García Hernández, J. (2008). Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de salud. México: Secretaría de Salud.

Bartolomé, M. (1997). Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México. México: Instituto Nacional Indigenista/Siglo XXI.

Berenzon, S.; Ito, E. y Vargas, L. (2006). "Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México", en Revista Salud Pública, 48 (1): 45-56. Instituto Nacional de Salud Pública.

Berruecos Villalobos, L. (2007). "Las bebidas indígenas fermentadas y los patrones de consumo de alcohol de los grupos étnicos", en El cotidiano, 22 (146): 5-11, noviembre-diciembre, Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2012). Ley general de derechos lingüísticos de los Pueblos Indígenas. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/257.pdf (Consultado en julio de 2012).

Campos, R. (1992). La antropología médica en México. Antologías universitarias: nuevos enfoques en las ciencias sociales, tomo I. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

Castrejón, J. (2005). "La prevención del consumo de alcohol y alcoholismo en Pueblos Indígenas", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

Centre for Addiction and Mental Health (2012). Aboriginal Program. Toronto. Disponible en: http://www.camh.ca/en/hospital/care_program_and_services/addiction_programs/Pages/guide_aboriginal_service.aspx

Centre for Addiction and Mental Health (2009). Specialized Aboriginal addictions treatment will build community of healing. Camhconnexions, 9 (1). CAMH Toronto.

Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América (2005). Un diagnóstico comunitario: analizar la comunidad, identificar problemas y establecer metas. Washington D. C.: Instituto Nacional de Coaliciones Antidrogas.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2010). Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012. México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2008). Informe general de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas. México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (s/f). Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2001-2006. http://www.amdh.com.mx/ocpi/documentos/docs/6/26/01.pdf (Consultado en junio de 2012).

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2003). "Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes". Cuadernos de Legislación Indígena. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/transparencia/convenio169_oit.pdf (Consultado el 31 de mayo de 2012).

Comisión Nacional contra las Adicciones (2011). Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012. México: CONADIC.

Comisión Nacional contra las Adicciones (2011). Programa contra la Farmacodependencia: Actualización 2011-2012. México: CONADIC-Secretaría de Salud.

Consejo Nacional contra las Adicciones; Secretaría de Salud (2005). Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del CONADIC-SSA.

Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm (Consultado el 31 de mayo de 2012).

Dabas, E. (1998). Redes sociales, familias y escuela. Buenos Aires: Paidós.

Dabas, E. y Perrone, N. (1999). Patrocinado por FUNDER.

Durie, M. (1999). "Te Pae Mahutonga: a model for Mäori health promotion", Health Promotion Forum of New Zealand Newsletter, 49 (2-5). December.

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (2008). México: Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Encuesta Nacional de Adicciones (2008). México: Consejo Nacional contra las Adicciones/Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/Instituto Nacional de Salud Pública/Fundación Gonzalo Río Arronte.

Florescano, E. (2001). Etnia, Estado y Nación. México: Taurus.

Gálvez Ruiz, X. (2005). "El alcoholismo en las poblaciones indígenas de México", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

García-Andrade, C.; Medina-Mora, M. E.; Natera, G.; Juárez, F. y Kershenobich, D. (2005). "Consumo de alcohol en comunidades ñahñu del Valle del Mezquital", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

García-Andrade, C; Villafaña, P; Blanco, C. y Garfias, N. (2009). Manual de habilidades para la vida dirigido a adolescentes hñahñu. Enviado para publicación.

Giménez, G. (2002). "Paradigmas de identidad", en Chihu, A. (comp.) Sociología de la Identidad. México: Miguel Ángel Porrúa.

Grimson, A. (2009). "Identidad y cultura: dos nociones distintas." Ponencia presentada en la VIII Reunión Anual de Antropología (RAM). Buenos Aires: Universidad de San Martín.

Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (2012). Disponible en: http://www.iwgia.org/esp

http://www.aamexico.org.mx/ (Consultado en julio de 2012).

http://www.aamexico.org.mx/Docepasos.html (Consultado en julio de 2012).

http://www.aamexico.org.mx/Localizacion.html (Consultado en julio de 2012). http://cuarto.informe.gob.mx (Consultado en junio de 2012).

http://primer.informe.gob.mx (Consultado en junio de 2012).

http://quinto.informe.gob.mx/ (Consultado en junio de 2012).

http://segundo.informe.gob.mx/ (Consultado en junio de 2012).

http://tercer.informe.gob.mx/ (Consultado en junio de 2012).

http://www.conadic.salud.gob.mx/pprg/nom028.html (Consultado en julio de 2012).

http://www.CONAPO.gob.mx/00cifras/indigenas/Proyindigenas.pdf (Consultado en junio de 2012).

http://www.CONAPO.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf (Consultado en junio de 2012).

http://www.CONAPO.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=478&Itemid =194 (Consultado en junio de 2012).

http://www.CONEVAL.gob.mx/cmsCONEVAL/rw/pages/medicion/multidimencional/anexo_esta distico_municipal_2010.es.do) (Consultado en mayo 2012).

http://www.CONEVAL.gob.mx/cmsCONEVAL/rw/pages/medicion/cifras/rezago%20social%20 2010.es.do (Consultado en mayo 2012).

http://web.CONEVAL.gob.mx/Informes/Interactivo/Medicion_pobreza_2010.pdf (Consultado en mayo de 2012.

http://web.CONEVAL.gob.mx/Paginas/principal.aspx (Consultado en mayo de 2012).

http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html (Consultado en junio de 2012).

http://www.inea.gob.mx/transparencia/pdf/rez_censo_edos/rez_HI_mun_rm.pdf).

http://www3.INEGI.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est (Consultado en mayo de 2012).

http://www.INEGI.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s= est# (Consultado en mayo de 2012).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Marco conceptual del censo de población y vivienda. Disponible en: http://www.INEGI.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf (Consultado en mayo de 2012).

Lerín Piñón, S. (2005). "Alcoholismo, alcoholización y consumo de alcohol: un problema de salud en contexto intercultural", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

López Macial, B. y Morales Rodríguez, J. (2005). "Estrategia de intervención preventiva del abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en población wixarika en la zona norte del estado de Jalisco", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

Marroquín Segura, H. (2005). "Huasteca sobria. Acciones de prevención del alcoholismo en población indígena de San Luis Potosí, México", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud.

Mata, E. (2012). "Propuestas desde las teorías de la acción social, sus enfoques y metodologías en la prevención de los riesgos psicosociales en escuelas primarias insertas en zonas de alta marginalidad. Ciudad de México". Artículo en prensa. ENTS- UNAM.

Menéndez, E. (1991). Antropología del alcoholismo en México. México: CIESAS.

Montero, M. (1994). "Altercentrismo y construcción de identidades negativas", en Mato, D. (ed.) Teoría política de la construcción de identidades y diferencias en América Latina y el Caribe. Caracas: UNESCO/Nueva Sociedad.

Munist, M. et al. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Naciones Unidas (2008). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Pueblos Indígenas. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Natera Rey, G.; Medina Aguilar, P.; Callejas Pérez, F.; Juárez, F.; Tiburcio, M. (2011). "Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México", Salud Mental, 34 (3), mayo-junio.

National Drug Research Institute Preventing harmful drug use in Australia (2011). Disponible en: http://ndri.curtin.edu.au/

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo.

Organización Mundial de la Salud (2008). Medicina tradicional. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington D. C. Disponible en: http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf (Consultado en mayo de 2012).

Presidencia de la República (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 para pueblos indígenas. Disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/pueblos-indigenas.html (Consultado en junio de 2012).

Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Diario Oficial. Jueves 17 de enero de 2008.

Real Academia de la Lengua Española (2001). Diccionario de la lengua española, vigésima segunda edición. Versión electrónica: http://www.rae.es/rae.html

Ruiz Gaytán, C. (2005). "Retos presentes de la lucha contra el alcoholismo en México", en Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas. México: SSA.

Secretaría de Salud. (2001). Programa de Acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas. México: SSA.

Secretaría de Salud (2008). Programa de Atención Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones. México: SSA.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones (2011). Programa de Acción Específico. Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones (2012). Prevención y tratamiento de las adicciones. Actualización 2011-2012. México: CONADIC-Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud. México, D.F. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf (Consultado en junio de 2012).

Sepúlveda, J. (1993). La salud de los pueblos indígenas de México. México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional Indigenista.

Slizki, C. (1996). La red social. Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Editorial Gedisa.

Viesca, C. (1979). Estudios sobre etnobotánica y antropología médica. México: Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, A. C.

Villoro, L. (1998). Estado plural, pluralidad de culturas. México: UNAM/Paidós.

Warman, A. (2003). Los indios mexicanos en el umbral del milenio. México: Fondo de Cultura Económica.

Agradecimientos

La Comisión Nacional contra las Adicciones agradece a las siguientes personas, quienes participaron en su calidad de expertos, gestores, promotores, traductores y colaboradores, para hacer que estas ***Recomendaciones*** tuvieran la fortaleza conceptual, técnica, metodológica y lingüística necesarias para dejar sentados nuevos elementos para llevar a las comunidades con población indígena, propuestas concretas, eficientes y novedosas que contribuyan generar mecanismos para prevenir conjuntamente el uso nocivo del alcohol y del alcoholismo, en beneficio de las familias y comunidades indígenas de nuestro país.

• A los representantes de las instituciones del Grupo Técnico que participaron con sus aportaciones, comentarios y sugerencias para hacer posible la construcción del documento:

- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.
- Licenciada Ana Lilia Mendieta Corona, Jefa del Departamento de Diseño y Operación de la Consulta de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
- Maestro Vicente Vargas Vite, Subdirector de Interculturalidad en los Servicios de Salud de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud
- Doctora Consuelo García Andrade, Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"
- Maestro J. Dionisio Bernardo Córdova Tello, Subdirector de Normatividad y Validación Institucional de la Dirección de Desarrollo Comunitario, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-DIF
- Licenciada Montserrat E. Lovaco Sánchez, Directora de Coordinación de Estrategias Nueva Vida del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
- Señor Arturo García Martínez, Consejero Ex--Oficio de Alcohólicos Anónimos
- Doctora en Antropología Gabriela Eugenia Ramírez Ceja, Asesora de la Comisión Nacional contra las Adicciones
- Maestra en Antropología Social Nancy Garfias Antúnez, Catedrática de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Doctora Ma. Teresa Oviedo Gómez, Subdirectora de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales, Comisión Nacional contra las Adicciones
- Maestro José Manuel Castrejón Vacio, Director General de Programas Nacionales en Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones

• A los directivos y encargados de la Fototeca "Nacho López", de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas:

- Antropóloga Margarita Sosa Suárez, Directora de Acervos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas
- Licenciada Silvia Gómez Díaz, Responsable de la Fototeca "Nacho López"

• Al Museo de Arte Popular de la Ciudad de México, por proporcionar la imagen y el permiso para publicar la obra de José Miguel Covarrubias Duclaud, "México" (1947)

- Maestro Walther Boelsterly Urrutia, Director General del Museo de Arte Popular.

• A las fotógrafas que gentilmente donaron sus obras para ilustrar estas ***Recomendaciones***:

- Indígenas hñähñu del Valle del Mezquital, participantes en el Taller de Fotografía impartido por la Antropóloga Nancy Garfias Antúnez

• A los traductores y directivos que colaboraron para acercar los contenidos de las Recomendaciones a los hablantes de lenguas indígenas:

- Carmen Jesús Sánchez, habitante de Milpa Alta, Distrito Federal, por la traducción de las Recomendaciones a lengua náhuatl de Milpa Alta
- Sixto Gómez Caballero, habitante de Santa María la Asunción, Huautla de Jiménez, Oaxaca, por la traducción de las Recomendaciones a lengua mazateca
- Psicólogo Francisco Germán Duarte Islas, Coordinador Estatal de Centros Nueva Vida, por la traducción de las Recomendaciones a lengua mayo

- Licenciado David Ruiz González, por traducir las Recomendaciones a lengua yaqui
- Al Taller de Lengua Náhuatl, de la Casa de Cultura de la Delegación Azcapotzalco, Distrito Federal, dirigido por la Maestra María Rebeca Mendoza González, quien con sus alumnas: Sandra Luz Amores Espinoza, Carmen Andrea Morales Camacho, Mercedes España Krauss, Gloria Guadalupe Gómez Gutiérrez tradujeron las Recomendaciones a náhuatl clásico del centro del país.
- Al Grupo de Traductores de la Academia Veracruzana de las Lenguas Indígenas, dirigida por la Lic. Lucila Tepole Ortega, Directora General, por la traducción de las Recomendaciones a las lenguas: totonaca, zapoteca, náhuatl de la Huasteca, popoluca y náhuatl de la Sierra Zongolica

• A los promotores comunitarios e indígenas de las diversas etnias que brindaron sus testimonios de vida:

- Licenciada Erika Patricia Castaños Celaya, coordinadora del Proyecto "Atención Integral de Salud Mental del Pueblo Yaqui", Consejo Estatal contra las Adicciones de Sonora
- Licenciado Pedro Hernández Luna, indígena tzeltal originario del ejido Jerusalén, Las Margaritas, Chiapas. Estudiante de la maestría en Desarrollo Rural de la Universidad Autónoma Metropolitana
- José Luis G., indígena purépecha. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A. C.

• Al sociólogo Ismael Rosas Landa Bautista y la psicóloga Mauricia Villegas Otero, prestador de servicio social y adscrita respectivamente, a la Subdirección de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales de la Comisión Nacional contra las Adicciones, por su invaluable apoyo profesional y técnico, así como por su gran dedicación para lograr la integración de este trabajo.

• A la licenciada Leticia Amparano Gámez y al licenciado Pedro Tonella Trelles del Consejo Estatal del Estado de Sonora, quienes con su entusiasmo y gran apoyo, impulsaron y contribuyeron la realización de este trabajo desde sus inicios...

• Especialmente al doctor José Alejandro Almaguer y al maestro Vicente Vargas Vite por sus enseñanzas, su dedicación y entusiasmo para esta causa.

D.R. Fernando Rosales / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas / Fototeca Nacho López

Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas.

Comisión Nacional contra las Adicciones

Se terminó de imprimir y encuadernar en los talleres
de Imprenta Rayo y/o Alejandro Aguilera Muñoz
en julio de 2012

La edición consta de 1,000 ejemplares

www.gobiernofederal.gob.mx
www.salud.gob.mx
www.conadic.salud.gob.mx