

ISSN-1667-8672

**Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre
Antropología Psiquiátrica
Publicación N° 51-Año XVI- 2005**

**DETERMINACIONES SOCIALES DEL ABUSO
EPIDÉMICO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.**

HUGO A. MIGUEZ

Director
Prof. Doctor Fernando Pagés Larraya
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Bmé Mitre 1970 – 4° "A" (1039) Buenos Aires

Tabla de Contenidos

INTRODUCCIÓN	4
CÁP.1. EL PROBLEMA DEL ABUSO DE ALCOHOL.....	9
1.1. Antecedentes sobre el concepto social de abuso.....	9
1.2. Antecedentes de los estudios en Argentina.....	13
1.3. Situación actual	19
CÁP. 2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. El enfoque desde América Latina.....	25
2.2. El abuso como problema psicosocial.	37
2.3. Hipótesis	40
2.4. El modelo de comprensión del abuso: Exposición y Vulnerabilidad....	40
2.4.1. El concepto de Exposición.	44
2.4.2. El concepto de Vulnerabilidad.	50
CÁP.3. MÉTODO.....	54
3.1. Objeto de estudio, información y fuentes	54
3.2. Definiciones.....	57
3.2.1. Abuso de bebidas alcohólicas.	57
3.2.2. Necesidades Básicas Insatisfechas.....	61
3.3. Plan de análisis	63
CÁP.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	66
4.1. Exposición.	66
4.1.1. Disponibilidad.	66
4.1.2. Tolerancia Social.....	72
4.1.2.1. Alcoholización y modelos sociales.....	72
4.1.2.2. Alcoholizaciones toleradas	81
4.2. Vulnerabilidad.	88
CÁP. 5. DISCUSIÓN.....	99
CÁP.6. CONCLUSIONES.....	111
CAP. 7. CONSIDERACIONES SOBRE LOS HALLAZGOS DE LA TESIS... 	116
BIBLIOGRAFÍA	123

INTRODUCCIÓN

El consumo de las bebidas alcohólicas transcurre en una sociedad que, en ocasiones, manifiesta inquietud y preocupación frente al fenómeno. No obstante esto, su actuación se caracteriza con frecuencia por la ambigüedad frente al mismo, cuando no es francamente contradictoria. Es un tema a considerar si en esta inconsistencia de respuestas, no tiene un papel en la Argentina actual, la presencia de un importante mercado de bebidas alcohólicas y la fuerza de su tecnología publicitaria en los medios de comunicación. La regla de los mensajes inductores de la bebida alcohólica ha tenido como eje, hasta ahora, promocionar en todos los casos la naturaleza social de la ingesta. Sin embargo, los que promocionan estos mensajes a la hora que se presentan los problemas de alcoholización, suelen dar cuenta de estos problemas invariablemente como una circunstancia restringida al orden individual. La explicación refiere siempre a una conflictiva interna que no guarda relación con el afuera, de forma tal que no hay cabida para el análisis de los efectos de un mensaje de inducción masivo, regular y sistemático. Tampoco, para la vulnerabilidad que supone una sociedad fuertemente desigual, con vacíos en la provisión de aportes básicos y en las oportunidades para el desarrollo psicosocial de los grupos que la integran.

Lo cierto es que, un mercado de bebidas alcohólicas con ventas que superan los dos mil millones de litros anuales, hace difícil sustentar la creencia de una alcoholización como un resultado de una patología individual, sin vinculación

con estándares sociales acerca de cómo se puede o se debe disponer de las sustancias que alteran la conciencia.

Sin embargo estos argumentos irrumpen desde diferentes ámbitos, sin excluir el científico (Aguinaga, Bialous & Shatenstein, 2002), cuando se trata de poner límites a la comercialización de las bebidas alcohólicas o de otras sustancias psicoactivas.

La sociedad diferencia con dificultad el abuso de alcohol del consumo de bebidas alcohólicas en general. El abuso se desarrolla dentro de un ambiente tolerante en tanto la dependencia no lo haga visible socialmente. Representa un campo de problemas ocultos al no ser detectados como tales. Así, mientras el foco de la atención social está puesto en la temática del alcohólico (o el adicto), el campo del abuso de las bebidas alcohólicas representa un área de indefensión precisamente en la puerta de entrada del problema de las sustancias psicoactivas. La mirada social se escandaliza frente a las manifestaciones del alcohólico o el adicto pero es tolerante frente al abuso.

La utilización abusiva del alcohol en busca de sus propiedades *remediales* sobre el estado de ánimo o el comportamiento, es expresiva para esta tesis de la *farmacologización* de la vida cotidiana frente a diferentes situaciones de exigencia o trastorno social. Esta utilización, promovida como una vía de resolver emociones y comportamientos poco funcionales, se extiende a otras sustancias psicoactivas (menos toleradas) al modelizar una forma de respuesta frente a situaciones conflictivas.

“El problema de la droga es, por lo tanto, el de la obtención por la vía química de efectos que no han podido lograrse mediante la interacción con el medio. El individuo concluye que su situación es inmodificable y, en consecuencia, busca alterar el estado de ánimo, los sentimientos, las percepciones hasta lograr sin sufrimiento inmediato, acomodarse en forma circunstancial a la realidad y sentirla placentera”

(Míguez, 1998. p.25)

El abuso de bebidas alcohólicas fue indagado en esta tesis, como un hecho que desborda la dimensión clínica circunscripta al proceso definido por Jellinek (1960) como: tolerancia tisular progresiva, síndrome de privación, deseo compulsivo de ingestión y pérdida de control con incapacidad de detener la ingesta o de abstenerse de ella. En esta tesis el abuso fue estudiado relacionado con su causalidad relativa en el proceso histórico-social (González, Sepúlveda y Gaete, 1976).

De acuerdo con este concepto, el problema que se definió fue analizar y describir la emergencia del abuso de bebidas alcohólicas, como un resultado de la relación entre la Exposición a las fuerzas de las creencias y prácticas sociales sobre las bebidas alcohólicas y la Vulnerabilidad que presentan los grupos frente a las mismas.

Este análisis se llevó a cabo mediante el proceso de los datos provistos por investigaciones recientes en la Argentina. Se procuró responder también, a la

necesidad de apoyo que tiene el país en materia de planeamiento preventivo sobre uso de sustancias psicoactivas, aportando una mayor comprensión del papel de las condiciones sociales en el abuso de las bebidas alcohólicas.

En el **capítulo 1** se desarrollaron los antecedentes generales y locales de la conceptualización sobre abuso de alcohol, los elementos que intervienen y su relación en los diferentes modelos de comprensión. Se inscribió el problema de la tesis dentro de un marco psicosocial.

En el **capítulo 2** se presentó el marco teórico que orienta la tesis, y se hizo un puente conceptual con el enfoque latinoamericano de la epidemiología del alcohol de las décadas de los sesenta y setenta. Se examinaron diferentes posiciones y desarrollos teóricos sobre los factores sociales y el papel del abuso alcohólico. El capítulo presentó un modelo de comprensión basado en los conceptos de Exposición al mercado de alcohol y de Vulnerabilidad, en el campo psicosocial de los grupos, frente al mismo. Este punto constituyó el marco de análisis en el que se situó el trabajo de tesis

En el **capítulo 3** fueron detallados los estudios que se han consultado, las fuentes, sus instrumentos y definiciones. Sobre este último aspecto se detalló particularmente la operacionalización de los conceptos del Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas de 1999 – ENSA99- y los desarrollos propios de la tesis para el estudio del concepto de abuso.

El **capítulo 4**, presentó el análisis de resultados organizado de acuerdo al modelo de comprensión planteado.

La Exposición recogió información sobre la Disponibilidad de alcohol en la Argentina, de acuerdo a los datos de producción de bebidas alcohólicas, durante el período 1985- 2001. Asimismo analizó información bibliográfica, documental y periodística de la Tolerancia Social sobre el abuso de alcohol promovido por el mercado de la época. También, sobre las alcoholizaciones toleradas en las poblaciones de riesgo. Los datos de la Exposición fueron analizados en relación con las respuestas legales que se proponen desde la comunidad y el estado en los últimos años.

En cuanto a Vulnerabilidad se examinaron los datos de prevalencia del ENSA99 según los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas recogidos por ese estudio y en el contexto de la situación educacional en general. Asimismo se consideraron los resultados de prevalencia obtenidos en el 2003, en la Provincia de Buenos Aires.

El capítulo 5, interpretó y relacionó los resultados encontrados dentro del marco de comprensión propuesto.

El capítulo 6 presentó las conclusiones relacionadas con la metodología empleada y con los resultados obtenidos.

El capítulo 7 establece consideraciones acerca de los hallazgos originales de la tesis.

CÁP.1. EL PROBLEMA DEL ABUSO DE ALCOHOL.

1.1. Antecedentes sobre el concepto social de abuso

Una sencilla mirada histórica, muestra el uso del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, presente en las primeras formas de organización social y asociado a las primeras prácticas de la agricultura y la ganadería (Valerio Charpentier, 1980). Es difícil precisar cuándo se reconoció la asociación entre el proceso natural de fermentación de las frutas maduras y las sensaciones que producían en el hombre, en ese estado. El alcohol, resultado del efecto de microorganismos actuando sobre los azúcares naturales, fue sin duda una de las primeras sustancias con la propiedad de actuar sobre el estado de ánimo, la percepción y el comportamiento. Este papel se expresó de diferentes formas en el desarrollo social y cultural y algunos autores destacan incluso el papel de las vides en el paso del nomadismo al sedentarismo de la especie humana. (Granier-Doyeux & Gonzalez-Carrero, 1979).

El uso del alcohol es, en la mayoría de las sociedades, un comportamiento social; acompañó rituales, ceremonias y festividades como parte de un acontecer aceptado culturalmente como benéfico (Heath, 1981) y, en esa medida, está ubicado en un contexto de valores y actitudes. Pero, sin embargo, también en ese tiempo, se advertía sobre los límites que al transgredirse transformaban el consumo en un hecho perjudicial.

La conciencia sobre su capacidad potencial de perjuicio aparecen en uno de los primeros papiros egipcios en el 1500 AC, *en una carta del padre al hijo en*

la cual le previene en el sentido que mucha cerveza puede ser dañina. (Heath, 1981, p.16). Sobre esto mismo, el primer sistema escrito de leyes que se conoce como Código de Hammurabi (1793 -1750 A.C) decretado por los babilonios, dedica considerable atención a las bebidas alcohólicas y es, también, una de las primeras referencias históricas que estableció restricciones para [...] *las bebidas embriagantes, las tabernas y lo que ocurre en su interior.* (Lorenzo et al, 2003, p.387). Mardones (1985) cita un elocuente texto bíblico, en donde se lee lo siguiente *Proverbios (31:4-7) No esta bien ¡oh Lemuel! , no está bien a los reyes beber vino ni a quien gobierna sorber licores. /Si no, bebe y se olvida de las leyes y pervierte el derecho de los afligidos. /El licor dadlo a los miserables, y el vino a los afligidos, /que bebiendo olviden su miseria y no se acuerden más de sus afanes.*

El concepto de perjuicio en el abuso de las bebidas alcohólicas aparece desde los primeros textos que se conocen y en ellos se refieren a los principales efectos del alcohol:

elación, locuacidad, sedación de la ansiedad, perturbación del juicio, trastornos de los sistemas propioceptivos y del equilibrio, analgesia, sueño, narcosis profunda y alucinaciones, así como un fenómeno de conducta de la mayor importancia, la dependencia psicológica. (Negrete, 1985, p30).

La alcoholización fue considerada y estudiada hasta mediados del siglo XIX como una conducta desviada de búsqueda de placer o *vicio*. A partir de esos años la conceptualización de Magnus Huss, en 1848, categorizó el fenómeno dentro de las problemáticas de la salud cuando acuñó el término *Alcoholismo*

al recopilar todos los síntomas de patología del sistema nervioso, presentes en personas que habían tomado bebidas alcohólicas en exceso, durante largo tiempo. Concepto anátomo-patológico que fue adoptado por los estudiosos de la época. El avance en ese tiempo, fue pasar a ubicar en el campo de la morbilidad lo que era considerado un comportamiento estigmatizante asimilable a un *vicio*.

La auténtica importancia de esta aportación terminológica es que al etiquetarla con el “ismo” final la dotaba de la consideración de ser una enfermedad, según el modelo científico natural clásico de las ciencias médicas. (Lorenzo et al, 2003. p. 387).

En 1926, Cimbal (Horwitz et al, 1967, p.49) definió la adicción al alcohol por la *sed irresistible por la intoxicación* poniendo el acento en la dependencia física. Dentro de una orientación similar, años más tarde, el concepto se amplió para dar cabida a las enfermedades consecutivas al abuso de alcohol, incluyendo trastornos psiquiátricos y somáticos, pero sin referencias a los efectos sociales. *“En el concepto original de alcoholismo, no desempeñan, pues, papel alguno las complicaciones sociales”.* (Feuerlein ,1982, p. 102).

El cambio conceptual que había hecho posible superar la idea inicial de *vicio*, sin embargo, tuvo el efecto de *medicalizar* el fenómeno del alcoholismo, restringiéndolo con frecuencia a los cuadros del síndrome de abstinencia, la tolerancia (tisular y metabólica) y la compulsividad de la ingesta.

Recién durante el siglo XX, los efectos del alcohol sobre la conciencia y sus consecuencias sobre el ambiente que rodea la persona, lo situaron como tema de la ciencia social. En 1943, Horton consideró a las creencias, los valores y las actitudes como el material necesario para comprender las prácticas con las bebidas alcohólicas y su significado. Sus estudios se dirigieron a la correlación del uso del alcohol con los índices de ansiedad en culturas aborígenes y hallaron a la frecuencia de episodios de ebriedad relacionada directamente con el grado de ansiedad colectiva. Hallazgo que llevó, en ese entonces, a atribuir como función primaria de las bebidas alcohólicas, la reducción de la ansiedad.

En 1946, Jellinek en su obra *The Disease Concept of Alcoholism*, tomó a *la pérdida del control en la situación de ingestión*, como punto de partida para describir la etiopatogenia del problema. Sin embargo, también introdujo el concepto social, al ampliar la definición del alcoholismo como un daño que no sólo se situaba en el individuo sino también en la sociedad: *cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa cualquier daño al individuo, a la sociedad o ambos* (Horwitz et al, 1967, p.50).

En la década de los cuarenta, las determinaciones sociales del alcohol tuvieron una primera sistematización en el modelo de Bales (1946), quien señaló tres núcleos de factores: los *dinámicos*, relacionados con las tensiones psíquicas agudas en el grupo, las *orientaciones normativas*, arraigadas en las tradiciones culturales, y los *factores alternativos*, que constituyen los equivalentes funcionales a la bebida - en cuanto configuran formas de

adaptación a las situaciones de exigencia social -. A partir de estas consideraciones Bales sostuvo la existencia de una alcoholización predominante para diferentes grupos sociales cuyos modelos culturales extremos fueron los irlandeses-americanos y los chinos tradicionales. Los primeros caracterizados por una ingestión irregular de bebidas destiladas en busca de los efectos farmacológicos y los segundos por un consumo regular relacionado con el acto de comer.

El análisis histórico-cultural de las diferentes modalidades de uso del alcohol, fueron circunscriptas por Alonso-Fernández (1981) a cuatro formas de cultura, según los aportes de Jellinek a la obra de Pittman y Snyder (1962): las *culturas abstinentes* opuestas al consumo alcohólico (cultura hinduista y la islámica), las *culturas ambivalentes* que convivían en contradicción entre la censura y la aprobación (cultura anglosajona y países escandinavos), las *culturas permisivas moderadas* que aceptaban el placer de la bebida, sobre todo en pequeños círculos, durante las comidas, y con censura sobre los comportamientos de abuso (cultura mediterránea) y las *permisivas incondicionales* que, a diferencia de las anteriores, aceptaban la embriaguez y el exceso. Estas últimas en su más pura expresión, no existirían en ninguna parte, aún cuando Alonso-Fernández en 1981 localizaba formas atenuadas en España, Portugal, Bolivia y Chile.

1.2. Antecedentes de los estudios en Argentina.

En la Argentina, los primeros registros relacionados con el tema del abuso del alcohol en grupos culturales, se encontraron en los libros de los jesuitas que

han referido su existencia en las comunidades preeuropeas. Entre éstos, los documentos del misionero Pedro Lozano en 1753 sobre la embriaguez en los actos rituales de los chiriguano del Gran Chaco (Landaburu et al, 1981, p.134).

La emergencia del alcohol y de su abuso en situaciones pautadas culturalmente fue una condición que limitaba el exceso y sus consecuencias nocivas dentro de los grupos. La destrucción de las pautas grupales que regían el uso de alcohol en poblaciones indígenas ha sido señalada para explicar los estragos del abuso alcohólico en estos grupos. Tal fue el caso citado por Castellano (1982) de los aborígenes norpatagónicos, donde el uso sacralizado perdió su entidad comunitaria y dio lugar a la desorganización de la conducta.

[...] el alcohol pierde el sentido sacral, se "seculariza" y la aparición de bebidas conservadas y de mayor contenido oxidrílico, hace que se integre con mayor fuerza en las costumbres, dándose un tipo peculiar de alcoholismo, el cual además de su función social-comunitaria, adquiere en algunos individuos un sentido hedónico, particular, individual. (Castellano, 1982, p.83).

Los testimonios y documentos que registraron la extensión del abuso de alcohol en las comunidades aborígenes en la Argentina destacaron la ocurrencia del mismo dentro de las ocasiones relacionadas con los ritos y la guerra (Landaburu et al, 1981)

Un tema que ha convocado menos al desarrollo de estudios, ha sido el marco sociocultural de la alcoholización en los grupos inmigrantes de la Argentina. El caso de la inmigración italiana, interesa especialmente a efectos de esta tesis, dada su influencia cultural que incluyó los hábitos relacionados con la bebida. Los grupos de italianos que llegaron durante el siglo pasado, aportaron la cultura de un país vinícola con un alto consumo de alcohol por habitante, pero con un problema de *alcoholismo relativamente escaso y con bajas tasas de problemas de alcohol* (Negrete et al , 1985, p.85). La tasa de alcohólicos de Italia comparada con otros países fuertemente consumidores como Francia representaba, según algunas estimaciones, un quinto de los casos de este país (Alonso-Fernández, 1981, p.142).

Los italianos llevaron consigo una cultura permisiva sobre el beber que promovía el vino dentro de la alimentación. (Lolli et al, 1958). La bebida era parte de una situación amistosa y familiar y cuando esto se modificaba (la bebida solitaria por ejemplo) la percepción del mismo lo reconocía entonces, como una problemática de carácter patológico.

Las pautas de ingestión italiana o mediterránea extendieron un hábito de ingesta consuetudinaria, no intermitente, con fuertes mecanismos de censura a la ebriedad. En la vida cotidiana la vinculación con el vino modelizó el disfrute de la bebida en un contexto de intercambio social y familiar que actuaba como control del mismo.

Negrete detalló una serie de características culturales como explicativas del porqué las *tasas de prevalencia* eran *muy bajas* en los italianos, como en los

grupos de chinos y judíos. Para lo cual citó la socialización de la ingesta alcohólica dentro de un ambiente familiar y bajo supervisión paterna, la aceptación del consumo moderado sin ambivalencia, reglas claras sobre dónde, cuándo y cuánto se puede tomar y, finalmente, la intolerancia con el abuso y los que se intoxican. (Negrete, 1972, p.117)

Un rasgo relevante de la cultura mediterránea fue la intolerancia y la censura al exceso mientras que, sin embargo, propiciaba el uso del alcohol como condimento placentero y vigorizante en las comidas. Sus efectos psicoactivos tenían objetivos limitados a *promover la integración y facilitar la solidaridad social* (Heath, 1981, p23), *embellecer la realidad y hacerla más amable* (Chafetz, 1971, p.15) o ser, en cantidades moderadas y junto con la comida, un consumo *útil* para encarar la exigencia física de algunos trabajos. Consumos culturalmente acotados dentro de un límite, que no llegaba a inhabilitar en el individuo la conciencia sobre el mundo externo.

La Argentina de 1966 con un per cápita de 80 litros de vino, fue presentada por el diagnóstico realizado por Vidal (1967) como [...] *el país que más vino consumía per capita, después de Francia, Italia y Portugal. A su vez era el país que menos cerveza consumía en América Latina* [...] (2.260.829 hectolitros). Vidal distinguió en esa época, entre zonas del país de [...] *población indígena y mestiza (provincias del N.E., N.O., y S.O.) con una gran tolerancia a la ingestión excesiva de alcohol* y, en contraste, describía a la Capital Federal y al Gran Buenos Aires, como de *población predominantemente europea, donde es notoria la actitud de rechazo frente al enfermo alcohólico*. Señalando que *No se observan borrachos en las calles de la ciudad* [...] (Horwitz, 1967, p.64)

Unos años más tarde, las mediciones del perfil del consumo de alcohol en Buenos Aires y conurbano, entre 1969 y 1970, indicaron tasas consistentes con el patrón de consumo mediterráneo. Solo el 15,3% de la población era abstemio, el 61,5% era moderado y el consumo excesivo de alcohol alcanzaba al 16,5% de la población general -. Los alcohólicos representaban el 6,7% de la población. (Grimson, Blanco & Estrugamou, 1972).

En esa época se dió a conocer la tesis de Tarnopolsky (1971) cuyos resultados señalaron la vinculación de una bebida más elevada y una mayor frecuencia de bebedores *problemáticos*, con la rápida urbanización y la migración de las áreas rurales a las urbanas.

En la Argentina, el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet , inició en 1973 una serie de investigaciones dirigidas a los componentes multifactoriales de la enfermedad mental. A fines de 1975 y poco antes del golpe institucional, se publicaron estudios sobre actitudes hacia el alcohol en estudiantes de diferentes clases sociales, con la presencia de Marconi exiliado en Córdoba en 1974. (Evangelista, Saforcada & Marconi, 1975). El proceso dictatorial que se implantó en la Argentina, eco de la Guerra Fría en la región, adoptó una mirada ideológica que adjudicaba peligrosidad al estudio de lo social e impedía la continuidad de esta orientación. Los estudios sociales regresaron al campo de grupos muy localizados en la comunidad indígena. La psiquiatría transcultural, con la dirección del Pagés Larraya continuó, en esos tiempos, las indagaciones sobre la psicopatología de grupos aborígenes (Pagés Larraya, 1978) con vistas a una hipótesis etnográfica (Pagés Larraya, 1982).

A mediados de los ochenta y con otras condiciones democráticas, el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet, comenzó a retomar los estudios en Buenos Aires sobre patología mental (Pagés Larraya et al, 1982) y sobre prevalencia de alcoholismo en barrios de Buenos Aires (Pecci, 1985). En la provincia de Buenos Aires se reinició la línea iniciada por Tarnopolsky (1977) y se realizaron investigaciones acerca del alcohol y su relación con lo comunitario (Tisminetzky et al, 1986).

Sin embargo en relación al tema de la alcoholización en la Argentina, solo hacia fin del siglo XX, la Secretaría para la Programación de la Prevención del Uso Indebido de Drogas y Lucha contra el Narcotráfico – SEDRONAR- realizó un estudio representativo sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la población general a nivel nacional. En ese estudio el concepto de abuso es operacionalizado según la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE10- de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV-. Por otra parte, las medidas de alcohol fueron recogidas en centímetros cúbicos de alcohol absoluto lo que permitió, junto a las otras mediciones, establecer una medida del abuso de alcohol en la población general, de acuerdo a las definiciones que habían sido utilizadas en numerosos estudios epidemiológicos sobre alcohol en Latinoamérica.

El estudio de SEDRONAR recogió asimismo los indicadores para evaluar los hogares de los casos recolectados según Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI-. Este estudio fue titulado como Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas - ENSA99 - y realizado por SEDRONAR, con el asesoramiento del CONICET en 1999. Los datos obtenidos en él fueron utilizados por esta tesis

para analizar el abuso de alcohol como resultado de la relación entre la vulnerabilidad de los grupos - operacionalizada como NBI - y las condiciones a las que se hallan expuestos en relación al alcohol.

1.3. Situación actual

A fines del siglo XX, la Oficina Panamericana de la Salud como organismo regional de la Organización Mundial de la Salud, examinó en el documento CD33/14 del 15 de agosto de 1988, las condiciones de vida y de salud que caracterizaron los últimos cien años. Su análisis consideró que, en los países desarrollados, se transitó sucesivamente por diferentes estadios que eran expresivos de un perfil determinado de enfermedades y de organización de los sistemas de salud.

De este modo, el informe señaló la existencia de un *primer estadio* donde eran prevalentes las enfermedades infecciosas. Estas fueron controladas con una mejor alimentación, condiciones adecuadas de la vivienda, disminución del analfabetismo, y respondieron a medidas básicas de salubridad tales como la extensión de los servicios de agua potable, el saneamiento y la vacunación.

-Esta etapa tenía como antecedentes las primeras aplicaciones del método epidemiológico en el siglo XIX fijadas por Rojas (1978) en el 8 de septiembre de 1854. Fecha simbólica que refiere al momento en el cual Snow, retiró la manilla de la bomba que abastecía de agua (contaminada) a la población de Broad Street al sur del Támesis y controló la epidemia de Cólera basándose en el análisis sistemático de la concentración de casos, su distribución cronológica y espacial y la encuesta de hábitos-.

Esta primera etapa, fue sucedida por un *segundo estadio* definido por el predominio de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos mentales y otras enfermedades degenerativas como la diabetes. Las medidas de salud pública necesarias en el estadio anterior pasaron a un segundo plano y el enfoque individualista predominó en los instrumentos de prevención y tratamiento de este tipo de problemas de salud. En este momento el diseño e implementación de tecnologías complejas y alto costo en materia diagnóstica y asistencial propiciaron la transferencia del cuidado médico de los consultorios a los hospitales especializados.

El último cuarto del siglo trajo consigo *un tercer estadio* relacionado con las modificaciones en las condiciones sociales de las familias y las comunidades. Estas tuvieron determinaciones sobre *el comportamiento y estaban asociadas con la violencia, el abuso del alcohol y la adicción a drogas en proporciones epidémicas... Los problemas de este estadio llevaron a considerar nuevas estrategias en el campo de la promoción de la salud y en la aplicación de medidas preventivas individuales y colectivas.* (OPS/OMS, 1989, p9)

Lo cierto es que estos estadios, sucesivos en el desarrollo, fueron simultáneos en los países de América Latina. La situación en la región se caracterizó por la coexistencia de los problemas de salud asociados a la pobreza del subdesarrollo, junto con los problemas más comunes de los países desarrollados. La realidad local mostró en el mismo hospital al adolescente

intoxicado por mezclas de alcohol con psicofármacos y al niño desnutrido, al Sida y al Cólera, al accidente de tránsito y a la inhalación de pegamentos. Esta situación de coexistencia también se expresó en el campo de la alcoholización. Los estudios realizados en la Provincia de Buenos Aires en el 2003 (MS/GBA/SADA.2003) indicaron un 24,3% de abuso de alcohol en los últimos 30 días en la población general. Un 67% de consumo de alcohol en menores de 15 a 17 años con una ingesta intermitente de 17,8 % (mientras que la consuetudinaria era de 5,5).

El tradicional *pattern* mediterráneo, de ingestión regular de vino y vinculado a la alimentación cedió a la generalización de un consumo episódico o intermitente de fin de semana (cerveza, destilados y mezclas), por fuera de la alimentación y de la situación familiar. Las pautas asociadas a las culturas ambivalentes de influencia anglosajona, con una ingestión patológica cercana al bebedor *gamma* o al *alfa* (Jellinek, 1960), introdujeron la problemática del *alcoholómano* que busca con la bebida *modificar vivencias o tensiones emocionales* (Alonso, 1981.p. 58).

De esta manera, en el tercer estadio, las pautas de ingestión juvenil abusiva y episódica de fin de semana, con carácter de onda epidémica (Míguez, 2004), se sumó a los problemas no resueltos del bebedor inveterado o consuetudinario de carácter endémico en el que la cirrosis hepática era emblemática del mismo (Horwitz et al, 1967).

Frente a estas nuevas problemáticas sumadas a las tradicionales, la prevención requirió un marco preventivo que partiera de una amplia comprensión de los determinantes del abuso de alcohol. Los elementos tradicionales del modelo epidemiológico a) el alcohol como sustancia, b) la persona que la bebe, y c) el contexto social y cultural de tal uso, habían tenido diferentes desarrollos en la práctica, según el énfasis que los programas atribuyeron a cada uno.

En el *Modelo ético-jurídico* (Nowlis, 1975, p.13), el alcohol fue el agente activo y el individuo la víctima no informada que había que proteger mediante medidas legislativas que restringían o limitaban su disponibilidad y mediante acciones informativas que difundían las propiedades peligrosas de la sustancia. Al restringir el problema a la oferta de alcohol, este enfoque consideró muy ligeramente los aspectos psicosociales relacionados con la vulnerabilidad de los grupos.

En el Modelo de la Medicina y Psicología Clínica, centrado en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, se consideró, en cambio, el abuso de alcohol como un tema de trastornos biopsicopatológicos discretos que debían ser objeto de una acción terapéutica. En algunos casos, se trasladó al campo social y cultural, una visión reparadora centrada en la tecnología de diagnóstico y tratamiento del alcoholismo que *acentúa unilateralmente sólo el aspecto clínico del proceso o subraya cierta generalización del caso individual hacia el ámbito colectivo* (González, Sepúlveda & Gaete, 1976,p.26).

Este modelo representó escasamente en su análisis las fuerzas sociales, culturales y económicas del consumo y de sus determinaciones sobre los estilos de vida.

Esta tesis, se situó en un modelo de comprensión inscripto en la psicología social que analiza la acción de un hombre desde el significado que esta tiene en función de otro con *presencia real, imaginada o implícita* (Allport). Para lo cual *“debe tomar en cuenta condiciones económicas, políticas e ideológicas, y poder caracterizar la combinación particular de estos aspectos en el proceso histórico de una sociedad particular”* (Laurell, 1977, p.84). Es decir, la influencia interpersonal dentro de una historia y en una situación social determinada.

[...] una acción no es algo que se puede explicar adecuadamente a partir del sujeto mismo, sino que, explícita o implícitamente, en su forma o en su contenido, en su raíz o en su intención, está referida a otro y a otros, en esa misma medida la acción es social y cae bajo la consideración de la psicología social. Las personas no somos seres arrojados al vacío, sino que formamos parte de una historia, nos movemos en una situación y circunstancia, actuamos sobre las redes de múltiples vinculaciones sociales. La psicología social trata de desentrañar la elaboración de la actividad humana en cuanto es precisamente forjada en una historia, ligada a una situación y referida al ser y actuar de unos y otros. (Martín-Baró, 1990, pp. 9 -10).

Desde esta orientación entonces, se propuso interrogar el papel que tiene en el abuso de alcohol, tanto la exposición a las presiones de un mercado, que regula la disponibilidad de bebidas alcohólicas en la comunidad e influencia en

su tolerancia, como a las condiciones de vulnerabilidad psicológica y social que han tenido estos grupos para poder cuestionar, confrontar o desarrollar alternativas al abuso de alcohol.

El modelo utilizado guarda relación con las demandas del campo preventivo para el análisis y planeamiento de acciones sobre el problema del abuso de alcohol en las comunidades. En esta medida, procura ser una herramienta idónea para el análisis del problema que se plantea en esta tesis pero también intenta abrir una instancia de transferencia hacia las urgencias programáticas que tiene la realidad de hoy en estos temas.

CÁP. 2. MARCO TEÓRICO.

2.1. El enfoque desde América Latina.

La década de 1950 representó, para Horwitz (1967), el inicio de las acciones científicas para el control de los problemas de abuso de alcohol en la región latinoamericana. Esta apreciación coincidía con la presentación del nuevo enfoque sobre alcoholismo de Jellinek y con la influencia que sus aportes iban a tener sobre el grupo de salud que, en esos tiempos, se abocaba a la investigación, prevención y tratamiento del alcoholismo en la región.

En los sesenta, González Uzcátegui, desde la Organización Panamericana de la Salud, fue la persona que promovió y organizó los encuentros regionales claves en Latinoamérica, para la elaboración de las bases conceptuales e instrumentales de trabajo con la problemática del alcohol.

De esta forma en noviembre de 1960 se celebró en Chile el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo y, dos años más tarde, en el II Seminario de Salud Mental de Buenos Aires, también organizado por OPS, se estableció la necesidad de su estudio sistemático sugiriendo la creación de una secretaría permanente de investigación de alcoholismo. Esta secretaría latinoamericana fue originalmente pensada para tener su sede en la Argentina. Decisión que se vio afectada como consecuencia del golpe militar de 1966 y del desmantelamiento de los equipos técnico-científicos de la Argentina que llevó a

cabo el régimen de facto. Unos años más tarde se pusieron en marcha en Costa Rica, los proyectos del Centro de Estudios Sobre Alcoholismo (CESA) (Horwitz & Mardones, 1971) y, en 1976, se integraron al Instituto Nacional Sobre Alcoholismo de Costa Rica con la dirección de Chassoul Monge.

El encuentro en San José de Costa Rica de junio de 1964, con los principales referentes de la epidemiología del alcoholismo en América latina definió una serie de puntos de orden conceptual y metodológico, publicados posteriormente por la Fundación Acta de Buenos Aires como “Bases para una epidemiología del alcoholismo en América latina” (Horwitz, Marconi & AdisCastro, 1967). Entre estos puntos, Mariategui, psiquiatra social y alcoholólogo peruano desarrolló la conceptualización *Ingestión de alcohol y factores socioculturales* (Horwitz et al, 1967, pp 24-31).

En Junio de 1966, la OPS convocó a un grupo de estudio en San José de Costa Rica para la consideración de la epidemiología del alcoholismo. Participaron en esos momentos; Vidal (Argentina), Azoubel Neto (Brasil), González. (Colombia), Adis Castro y Morales (Costa Rica), Marconi (Chile), Endara (Ecuador), Aguilera (Guatemala), Calderón y Cabildo (México), Mariategui (Perú) y Galeano Muñoz (Uruguay). El encuentro dio lugar a una serie de líneas de trabajo que orientaron, la producción científica de América Latina hasta comienzos de los ochenta.

La producción científica y técnica de esos momentos tuvo importantes hallazgos. Entre estos, el Programa Integral sobre Alcoholismo de Marconi, en

el área sur de Santiago de Chile (Marconi, 1971). Su metodología fue puesta en práctica en Córdoba, Argentina (Marconi, 1974), San José de Costa Rica (Marconi, 1979) y República Dominicana (Silvestre, 1978). Las definiciones del programa, que operacionalizaban el consumo de alcohol, se extendieron prácticamente a toda la región y fueron aplicadas por diferentes países con una metodología similar de encuesta. Sin embargo, los tiempos democráticos de esos momentos eran interrumpidos frecuentemente por gobiernos de facto, promovidos por los intereses internacionales de la Guerra Fría dentro de la región latinoamericana, dando por tierra con los diferentes esfuerzos de trabajo científico y comunitario. Es el caso de los programas de Marconi en Chile desmantelados por el golpe de 1973 y que habrá de repetirse en otros lugares con programas comunitarios.

A mediados de la década del ochenta se produjo un cambio, en la agenda de la Organización de Estados Americanos, con la introducción de la temática de las sustancias ilícitas y el problema del Narcotráfico.

En abril de 1986 se realiza la Primera Conferencia Interamericana sobre Narcotráfico y Abuso de Drogas de Río de Janeiro con la presentación del Anteproyecto de Plan de Acción sobre Educación y Abuso de Drogas del Departamento de Asuntos Educativos de OEA. Posteriormente presentado a la Primera Reunión Ordinaria de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en Washington D.C. en abril de 1987. Entre distintas consideraciones, el documento de referencia puso su marca en los contenidos de la educación preventiva:

Los mensajes educativos e informativos deben sustentarse en el enfoque factual que privilegia el conocimiento preciso y equilibrado en materia de drogas para lograr una respuesta racional. Esto no quita el uso de la estrategia del miedo o del terror (sic), pero usada ponderada y prudentemente.

(OEA – PREDE, N° 12, 1987, p. 144).

Este Plan fue uno de los instrumentos que orientó la política regional sobre las sustancias psicoactivas hasta ya entrados en el siglo XXI. El énfasis en las sustancias ilícitas y el eje en las problemáticas del narcotráfico orientaron las definiciones, consustanciadas en la práctica con el *modelo ético jurídico* (Nowlis, 1975) centrado sobre la sustancia.

Por otra parte, en 1989, la Asesoría Regional en Alcoholismo y Farmacodependencia de la Organización Panamericana de la Salud analizaba en esos momentos las condiciones de respuesta a los problemas de alcohol y de drogas ilícitas sosteniendo que:

“Se puede decir sin temor a equivocarse que el problema que significa el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia ha tomado desprevenidos a los países, ya que la velocidad con que se ha propagado este fenómeno y la gravedad de la situación planteada supera en mucho la capacidad de los gobiernos de responder con medidas eficaces”. (OPS, 1989, p. 473).

En síntesis, el interés surgido de la década del ochenta por el tema de las sustancias adictivas es acompañado de una escasa atención a la historia de desarrollos y consensos latinoamericanos en materia de epidemiología, prevención y asistencia de las sustancias psicoactivas. Por otra parte, el énfasis en la temática de las sustancias ilícitas dividió el campo de acción en un área de control de la oferta de drogas –ilícitas- y otro de reducción de la demanda – en el que se incluía secundaria, sino marginalmente, a las sustancias lícitas como el alcohol - . La ayuda económica de los organismos regionales en estas materias, se organizó mediante contralorías a los países con énfasis sobre la erradicación de cultivos de sustancias ilegales y el control del narcotráfico y, secundariamente, sobre los problemas del abuso de alcohol. El Mecanismo de Evaluación Multilateral –MEM- de CICAD/OEA fue la expresión, en el año 2000, de este proceso.

Casos como el de Pérez Gómez, de Colombia, fueron excepciones que intentaron diferenciar una perspectiva más amplia sosteniendo que, además de la problemática de cultivos ilícitos y el narcotráfico, se encontraba también el abuso de bebida alcohólica y sus asociaciones con los problemas sociales no resueltos:

“El consumo de alcohol empezó a considerarse como un grave problema social, dado que la población de clase baja invertía la mayor parte de su salario en el consumo de bebidas, que al igual que ahora, estaba asociado con factores como la explotación campesina, el subempleo, la ausencia de oportunidades

educativas, la carencia de servicios públicos adecuados y la migración del campo a la ciudad”

(Pérez Gómez, 1988. pp. 32- 33).

En un contexto geopolítico similar , Medina Mora del Instituto Mexicano de Psiquiatría trataba las condiciones socioeconómicas en América Latina que podían favorecer el consumo, tomando como referencia el diagnóstico de la OPS y mencionando a las presiones en la familia y el lugar del trabajo, asociadas con la violencia, el alcohol y el abuso de drogas .

“La rápida urbanización ha producido la consiguiente formación de “cinturones de pobreza” fuera de las grandes ciudades, estas áreas, como viejas barriadas, carecen de servicios, plantean grandes riesgos para la salud y crean un clima de conducta antisocial y abuso de drogas en jóvenes”.

(Medina Mora, 1992.pp. 86-87).

Pero, dentro de la región latinoamericana, la problemática del alcohol fue puesta en segundo plano y el enfoque dominante restringió las consideraciones de orden sociocultural a problemas de cultivos y tráfico ilícito dentro de la región. De esta forma, los intereses geopolíticos de los últimos veinte años, tuvieron el efecto de desviar la mirada de América Latina del camino recorrido en materia investigación, prevención y tratamiento de los problemas de sustancias psicoactivas.

La consideración en esta tesis de los desarrollos conceptuales y operativos de Mariategui, Marconi, y otros representantes latinoamericanos, residió en la

necesidad de recuperar la visión regional en la temática del alcohol y de otras sustancias adictivas. Esto implicó que, sin dejar de lado las problemáticas actuales del tráfico de sustancias ilícitas, los enfoques puedan ir más allá, para tomar en cuenta la problemática social de las poblaciones que las consumen. A finales de la década del sesenta Mariategui (1967) señalaba la determinación social de la alcoholización en América Latina como fenómeno poblacional, independientemente de aquellos casos que podían constituir la expresión de situaciones individuales.

Hemos señalado en otra parte que la extensión o gravedad del problema del alcoholismo de un determinado conjunto humano mide, en cierta forma, la insuficiencia o inadecuación de sus estructuras sociales. La actitud del individuo frente al consumo de bebidas alcohólicas se fundamenta en normas culturales, tradiciones y, principalmente, en la organización social. Si se admite que, más allá de sus condicionamientos individuales, el alcoholismo o consumo exagerado de alcohol supone una evasión sistemática de la realidad, puede decirse que, cuando no expresa una posición patológica definida, exterioriza una deficiente estructura social que no satisface necesidades humanas básicas y que frustra permanentemente las realizaciones significativas o de valor

(Mariátegui, 1967, p30).

Uno de sus aportes de trascendencia fue sostener a la ruptura de la organización social como determinante de la aparición del alcoholismo. Ruptura con su tradición, con la cultura que le permitía comprender el mundo propio. De las consecuencias de dicha ruptura (aislamiento y brusca asimilación de normas culturales ajenas), se desprendió la conclusión: la aparición del hábito de consumo del alcohol extendido más allá de los rituales tradicionales. El choque vivido en América de las poblaciones nativas y europeas fue tomado como origen y paradigma.

El consumo de alcohol, en las poblaciones indígenas precolombinas, estuvo regulado por sus normas sociales y principalmente limitado a las grandes festividades religiosas. Las culturas autóctonas de México y el Perú, las más desarrolladas del continente, ofrecen testimonio de este aserto. La ruptura de la organización social que siguió a la conquista, produjo la aparición de una marcada tendencia, en el indígena, hacia el uso exagerado del alcohol. El aislamiento por un lado, o la brusca asimilación de normas culturales distintas por otro, han de encontrarse sin duda en la base del desajuste que facilitó, desde entonces, la habituación del aborigen a las bebidas alcohólicas, extendiendo su empleo más allá de las expresiones tradicionales de consumo ritual o "convival".

(Mariátegui, 1967, p. 24.)

La imagen difundida por la mayoría de los cronistas de los excesos alcohólicos de los habitantes del Incaio corresponde al trauma de la conquista, que al suprimir los controles psicopolíticos y socioculturales que sustentaban su universo valorativo, generó toda suerte de conductas desviadas y formas autodestructivas de consumo tóxico.

(Mariátegui, 1985, p. 253)

El concepto de Gutiérrez Noriega (1937), citado por Mariátegui (1967), de *trauma cultural* vinculado a la conquista y sus secuelas, puede encontrar aplicaciones hoy en día, en los conceptos actuales de Suárez Ojeda sobre resiliencia comunitaria. La pérdida de las culturas locales como resultado de la asimilación brusca de pautas externas conduce al concepto de *malinchismo* – nombre derivado de Malinche, la mujer que colaboró con Cortés en el dominio de los aztecas- Este fenómeno es considerado como la renuncia al grupo de pertenencia, es decir la anulación de *sus recursos potenciales, ecológicos y culturales y (que) empobrece su capacidad de respuesta.* (Suárez Ojeda, 2001, p.76). En este marco, el abuso de alcohol, puede expresar, entonces, un área de *trauma cultural* o de *baja resiliencia comunitaria*. Mientras que lo opuesto, lo resiliente, puede mostrar la capacidad de preservar la identidad cultural a través de las crisis sociales y potenciar por tanto el uso de los recursos grupales para enfrentar la adversidad que, en la línea de análisis anterior, era disminuida por la apelación al abuso de alcohol como evasión.

En tiempos cercanos a los desarrollos de Mariategui, Marconi señalaba que los problemas con el alcohol - con raíces en la ruptura cultural y la desorganización social – eran, además, enfrentados con una acción preventiva-asistencial pensada desde un *modelo etnocéntrico occidental... que ignora otra cultura que no sea la europea minoritaria... y opera con el supuesto básico de un vacío cultural en las comunidades obreras, urbanas y rurales* (Marconi, 1971, pp 255-256).

Se planteó entonces la incorporación de la comunidad en el planeamiento educativo, como prevención del abuso de alcohol. Esta estrategia, aplicada por el Programa Integral de la década del setenta, antecedió las políticas regionales de fines de los noventa.

[La estrategia de promoción de la salud requiere]... abandonar el papel tradicional del experto que entrega instrucciones y recomendaciones, reemplazándolo por el de cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas en forma conjunta.

(OPS, 1999, p.20).

En la Argentina, a mediados de los ochenta, los alcances de estos planteos sobre el abuso de alcohol y de drogas llegaron al *Programa de Epidemiología Psiquiátrica* del CONICET. Esto dio lugar al desarrollo de una estrategia de epidemiología comunitaria que priorizó el estudio local del abuso de alcohol, a

partir de metodologías de capacitación dirigidas al responsable de la acción preventiva o asistencial.

La estrategia de las Ventanas Epidemiológicas (Míguez, 1993) incluyó la formación metodológica de los integrantes de las guardias hospitalarias, de las comunidades terapéuticas e, incluso, alcanzó a un sector poco considerado hasta ese momento, las Comisiones de Higiene y Seguridad de las organizaciones del campo del trabajo (Míguez, 1998).

El *Programa de Epidemiología Psiquiátrica* en los años siguientes consolidó este desarrollo apoyando su organización como Centros de Estudios Locales (Míguez, 1997) que fundaron su accionar en los conceptos de descentralización, participación comunitaria e intersectorialidad de los Sistemas Locales de Salud – SILOS- (OPS, 1988). Las estrategias de capacitación se encaminaron a facilitar el análisis de los datos empíricos, cómo elaborarlos en distintos grupos (niños y adultos, padres y maestros, profesionales y voluntarios, etc.) y cómo evaluar la propia acción. (Míguez, 2002).

En la Argentina, la convocatoria a grupos de la comunidad para el análisis y reflexión sobre datos locales, así como el ejercicio de una epidemiología con mirada hacia lo social tenía una larga historia de censura y, quizá, como parte de esta historia, la predominancia de una mirada clínica-individual opacó, en ocasiones, la visión de la naturaleza social de los problemas de uso y abuso de sustancias adictivas. En consecuencia, desde el Conicet, durante los noventa,

la epidemiología comunitaria en adicciones puso un énfasis significativo en la transferencia tecnológica a los grupos clave de la comunidad, tanto para el estudio de los problemas del abuso de alcohol y de otras drogas, como para el diseño de la acción preventiva. Los conceptos de *barrera cultural* (Marconi, 1971, p.255) estuvieron presentes en el desarrollo metodológico del CONICET de esos años.

La visión interdisciplinaria de Mariategui y los aportes programáticos de Marconi en su momento, definieron un enfoque regional a los problemas de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas. La recuperación actual de estos enfoques colaboró con el logro de una visión social hacia lo que ocurre dentro de los países y no solo a los controles del narcotráfico en las fronteras. Se procuró, entonces, una mirada epidemiológica que retomara la tradición latinoamericana interrumpida y a partir definir el papel de los psicólogos y de otros profesionales en relación con su propia comunidad.

2.2. El abuso como problema psicosocial.

El abuso de alcohol y su papel con la tensión ambiental fue considerado por diferentes autores. Los estudios de Horton (1943) relacionaron su origen con el peligro de una agresión externa o la falta de alimentos. Negrete (1985) lo vinculó al *estrés social* producto de distintos desajustes sociales.

“... fenómenos colectivos, tales como la pobreza, la falta de oportunidades de mejoramiento y de logros sociales, la inaccesibilidad a las estructuras de poder y la falta de participación en las decisiones sociales, la anomia, los conflictos de identidad cultural, la aculturación, las mudanzas aceleradas en la estructura sociocultural del grupo, etc.”

(Negrete, Mardones & Ugarte. 1985, p. 84).

Años más tarde planteó como estrategia frente a estos problemas la *intervención preventiva global donde el foco no se limita al “huésped” sino que implica al “medio ambiente”*. (Negrete, 1996 pp. 153-154)

La tensión ambiental fue considerada asimismo, como resultado de la situación paradójica que enfrentan los grupos cuando comparten los expectativas de un conjunto social pero, a la vez, no cuentan con los medios para alcanzarlos.

Merton (1980) en relación a este problema identificaba el abuso de sustancias intoxicantes en estas poblaciones como una conducta de *retirada* o de abandono, concepto cercano al síndrome de indefensión aprendida y miedo social mencionado por Saforcada (1999) como consecuencia de la Pobreza Estructural.

La relación del abuso de alcohol con las condiciones de carencia que implica la pobreza en América Latina, fue analizada por Mariátegui como una conflictiva de clase y de evasión.

“Las pugnas de clase, el ansia de ascenso social y la propia conciencia de pertenecer a un estrato sometido o supeditado, determinan un malestar social que tiene diferentes expresiones en la vida diaria. Aunque el hábito de beber se encuentra en todos los grupos sociales, es evidente que los estratos inferiores encuentran en el alcohol, con mayor frecuencia, fácil modo de evadir su penosa realidad”.

(Mariátegui, 1967, pp. 29-30).

De otra forma, el abuso epidémico del alcohol fue señalado como consecuencia de la búsqueda de un desarrollo económico realizado de una manera *“que no contempla ni el medio ni las personas y que, por tanto, fue determinante de una urbanización con profundos efectos sobre la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de las personas”* (Holtzman et al, 1988, pp 320-340). Los efectos de estas condiciones de desarrollo fueron el debilitamiento de los sistemas tradicionales de contención psicológica basados en los grupos, reduciendo según los autores anteriores, la capacidad de los individuos, familias y comunidades para enfrentarse a las aflicciones, enfermedades y discapacidades.

La contención grupal como ámbito de resolución del malestar cedió paso a un sistema de representaciones sociales (Jodelet, 1984) que situó el ajuste

farmacológico como forma de manejo de los conflictos de la vida cotidiana (Míguez, 1998).

El planteo de esta tesis es que, frente a la exposición a estas representaciones las condiciones de desigualdad social afectaron [...] *el acceso democrático a los almacenes donde se guardan las herramientas: fuerte escolaridad y grandes posibilidades de optar entre diferentes ofertas audiovisuales que disputen con la repetida oferta de los medios [...]* (Sarlo, 1994, p.132). De esta forma, ante una misma exposición, se presentó una resistencia diferente al influjo del mercado y sus medios de comunicación.

- Inlujo que, en el caso del tabaco, dio lugar a la afirmación : *I believe that the tobacco epidemic is an advertised disease* (Brundtland, 2003) -

Es decir, se planteó la existencia, también, de una distribución desigual de los riesgos frente a un sistema de representaciones inducido comercialmente, que promocionaba la *farmacologización* del conflicto. Es decir , un “*modelo cultural que propone la reducción farmacológica de los estados de displacer sin atender las causas que lo determinan*” (Míguez, 1998,p.25)

El problema que se trata aquí, en relación a la emergencia del abuso del alcohol, es su relación con la inequidad en los aportes que los grupos deben recibir para poder confrontar (Vulnerabilidad) la Exposición al mercado de bebidas alcohólicas, que actúa tanto por medio de un sistema de representaciones condescendiente con el abuso (Tolerancia Social) como por la facilitación de su acceso desde los espacios comunitarios (Disponibilidad).

“Los hombres no son iguales frente a lo normal y a lo patológico, es la sociedad humana la que los hace diferentes al distribuir desigualmente los riesgos, que ella misma crea y distribuye, según sus propios intereses.”

(Blanco, Portillo & San Martín, 1991, p.11).

2.3. Hipótesis

La Vulnerabilidad, en el campo psicosocial de los grupos, frente a condiciones semejantes de Exposición al mercado de bebidas alcohólicas, tiende a la asociación con una mayor prevalencia de abuso de alcohol.

2.4. El modelo de comprensión del abuso: Exposición y Vulnerabilidad.

Una completa revisión de estudios epidemiológicos sobre alcohol realizada a mediados de los ochenta (Negrete, Mardones & Ugarte, 1985), identificaba diferentes factores psicosociales relacionados con el aumento de la prevalencia alcohólica, entre ellos se destacaban:

1. La *disponibilidad*, relacionada con la facilitación del acceso a la bebida y la alta prevalencia del abuso.

2. El *alto grado de estrés social o tensión psíquica* en el ambiente, resultado de la distancia entre las necesidades de los grupos y las posibilidades de satisfacerlas.

3. La *Inexistencia de sanciones sociales contra el consumo abusivo*, considerada expresión de una actitud de permisividad que banalizaba los riesgos y los problemas del abuso de bebida alcohólica.

4. El concepto de *bebida utilitaria*, que relacionaba el efecto farmacológico de la bebida, como de otras sustancias psicoactivas, con el ajuste a exigencias sociales (Dejours, 1992).

La interrelación de estos factores, junto a otros, compuso un conjunto con determinaciones sobre el fenómeno del abuso de alcohol. La tesis desarrolló un nuevo modelo de comprensión epidemiológica que redefinió estos factores, no como una colección de factores de riesgo, sino integrados en un juego de fuerzas entre la Exposición y la Vulnerabilidad .

Desde este marco se analizó la emergencia del abuso de alcohol, concentrado en el período 1985-2003, con un modelo de análisis que articuló de manera original, las relaciones entre los factores ligados con la oferta de bebida, el precio, la distribución, la publicidad, los modelos culturales y normativos, la permisividad social y las carencias de recursos básicos para el desarrollo psicosocial de las personas. Esto se expresó en una resultante final: el abuso de alcohol.

La Exposición de los grupos al mercado del alcohol, refirió a la convivencia no elegida, con un ambiente de permisividad al abuso de alcohol - Tolerancia Social - y de penetración de los espacios comunitarios por la venta de bebidas alcohólicas –Disponibilidad- .

La amplitud de la Tolerancia Social y el grado de penetración comunitaria de la Disponibilidad de bebidas alcohólicas son considerados como indicadores de niveles variables de desorganización social y, en consecuencia, de deterioro de los controles que aseguran la salud de una comunidad. La promoción de bebida alcohólica dirigida a la población de menores de edad, constituye uno de los ejemplos que ilustran este planteo.

La respuesta que los grupos sociales se encuentran en capacidad de dar frente a la Exposición de estos condicionantes, tiene relación con su Vulnerabilidad desde el campo psicosocial. O sea, con los recursos con que cuentan los grupos para confrontar la tolerancia al abuso de alcohol y el aumento de la accesibilidad de la bebida alcohólica.

Es decir, la forma final que adopta en una sociedad, el continuo del abuso de alcohol, está condicionada tanto por las presiones que se ejercen desde el medio consideradas como *Exposición*, como por la *Vulnerabilidad* de los recursos psicosociales con que cuentan los grupos para contradecirlas.

Condicionantes del abuso de alcohol

(Riesgos relacionados con los recursos
psicosociales de los grupos)

Vulnerabilidad



Exposición

Disponibilidad
(Riesgos relacionados con
con la oferta de bebida alcohólica)

Tolerancia Social
(Riesgos relacionados
permisividad social)

2.4.1. El concepto de Exposición.

El concepto de Exposición incluyó dos componentes: la Disponibilidad y la Tolerancia social.

La *Disponibilidad* está referida a la convivencia no buscada, amplia en su distribución y constante en el tiempo, con la oferta de las bebidas alcohólicas. Una oferta que ha penetrado los espacios comunitarios mediante estrategias sobre el sistema de precio y sobre las normas de comercialización y expendio.

Un ejemplo histórico, ilustrativo de la existencia de disponibilidad de alcohol abundante y barato tiene un caso testigo en Inglaterra a fines del siglo XVIII. La llamada epidemia de beber ginebra tuvo origen en la anulación de restricciones para la fabricación de esta bebida, que respondía a los intereses económicos de los granjeros por aumentar el mercado de granos.

Se inició en 1690 y alcanzó su punto máximo en 1740 con importantes consecuencias en las tasas de mortalidad. El grabado al aguafuerte *Gin Lane* de Hogarth en 1751 con la imagen de una sonriente madre que no reacciona mientras su hijo cae de una escalera de una ciudad ruinosa y hambrienta describe, con los matices de la época, los estragos del alcohol barato en ese momento. (*Madden, 1984*).

En el mismo sentido, la documentación de principios de siglo XX aportó otro significativo ejemplo vinculado a la primera guerra mundial, cuando el alcohol abundante y barato se consideró que conspiraba con la eficiencia en la lucha

armada y se recurrió, como estrategia, a un aumento en el impuesto de la cerveza, y a su dilución obligada para reducir la graduación alcohólica. Los efectos de estas medidas se observaron no sólo en la disminución del consumo durante el período de la guerra sino, también, en la mortalidad por accidentes y cirrosis hepática. Tablas 1 y 2. (Tablas tomada de Madden,J.S. (1984) Alcoholismo y farmacodependencia. Ed. Manual Moderno. México, D.F.)

Año	Cerveza	Licores	Vinos
1913	27,8	0,70	0,25
1914	26,7	0,69	0,23
1915	22,8	0,76	0,22
1916	20,8	0,61	0,22
1917	12,6	0,41	0,15
1918	10,0	0,33	0,25
1919	17,5	0,49	0,43
1920	20,8	0,47	0,32
1921	18,6	0,39	0,24
1922	15,9	0,36	0,26

Madden,1984. Pág.290

Tabla 1. Consumo de alcohol en el Reino Unido, 1913 - 1922, en galones por cabeza (galones aprobados para licores).

Año	Tasa de muerte por cirrosis hepática por millón	Infracciones por conducir en estado de ebriedad
1913	97	196,215
1914	99	194,384
1915	93	144,335
1916	79	87,536
1917	63	48,473
1918	46	30,225
1919	37	59,829
1920	42	96,415
1921	51	79,609
1922	50	78,799

Madden, 1984. Pág.290

Tabla 2. Tasa de muerte por cirrosis hepática e infracciones por conducir en estado de ebriedad en Inglaterra y Gales, 1913-1922.

Los ejemplos ilustran lo que diferentes organizaciones e investigadores sostuvieron acerca de que el nivel de consumo de alcohol era radicalmente afectado por el precio de las bebidas alcohólicas (Marconi, 1998). En este sentido la existencia de un mercado de bebidas alcohólicas activo en el mantenimiento de precios bajos y en la diseminación de la venta en espacios comunitarios, ha sido considerado un condicionante de la prevalencia del abuso alcohólico.

El otro aspecto que integró la Exposición está referido a la *Tolerancia Social*. Esta incluyó tanto la permisividad sobre la promoción del consumo asociado a estilos de vida inalcanzables (basados en el hedonismo, la inmediatez y la liviandad) como sobre prácticas de riesgo con las bebidas alcohólicas. (Uso de bebidas alcohólicas en los jóvenes menores de edad, uso en situaciones de peligrosidad y uso de cantidades excesivas de alcohol diario). Estos consumos fueron socialmente apoyados como reacciones esperables e, incluso, *necesarias* para el desempeño exitoso. En general este ha sido el caso del aumento de los controles que el individuo tuvo que ejercer sobre si mismo para tener cabida en la vida social.

"la modificación, artificial o no, de los cuerpos como de los estados de conciencia: cuerpos modificados por el deporte, la cirugía estética o los anorexígenos, percepciones mentales alteradas por productos euforizantes, tranquilizantes o estimulantes".

(Controles sin los cuales se arriesgaba a ser excluido por) el peso, el envejecimiento precoz o las insuficientes capacidades de adaptación a la empresa

(Ehrenberg, 1994, p. 20)

Los cambios en la vida de las personas fueron frecuentemente promovidos como una decisión tomada por arbitrio propio

Somos libres. Cada vez seremos más libres para diseñar nuestro cuerpo, hoy la cirugía, mañana la genética, vuelven o volverán reales todos los sueños. ¿Quién sueña estos sueños? La cultura sueña, somos soñados por los íconos de la cultura. Somos libremente soñados por las tapas de las revistas, los afiches, la publicidad, la moda.

(Sarlo, 1994, p.26)

En el continuo del abuso de las bebidas alcohólicas, la *Tolerancia Social* termina cuando los comportamientos han avanzado al campo de la dependencia alcohólica (Míguez, 1998). Pero, mientras esto no se produce, los gradientes anteriores, tienden a ser banalizados en la medida que se los considera funcionales para el manejo cotidiano de la tensión que surge de la vida social.

“Se reconoce asimismo que, a pesar de la tendencia a considerar que todo comportamiento indeseable se debe a aspectos indeseables del sistema social, mucho de lo que se reprueba está

vinculado inicialmente, a elementos que son aprobados y apreciados. La sumisión, la competición, los logros, la productividad pueden ser una espada de doble filo”.

(Nowlis, 1975, p. 17).

La bebida alcohólica puede ser consumida, entre otros propósitos, *con finalidad utilitaria de facilitar intercambios y transacciones* (Negrete, Mardones & Ugarte. 1985, p.81), en ese caso el alcohol funciona como un instrumento de la relación entre personas y ha sido, con frecuencia, un comportamiento de abuso mimetizado con un contexto social que es difícil distinguir, desde adentro, como atípico.

“El alcohol está tan bien anclado en numerosos ritos que, muchas veces , estos lugares sociales están marcados por un alcoholismo invisible y muy a menudo denegado”

(Ehrenberg, 1991, p.13)

La Tolerancia Social constituyó para la tesis un área relevante del campo preventivo. La convivencia con representaciones sociales que sostienen el *silenciamiento* de los indicadores de la calidad de la vida de las personas - el tedio, el cansancio, la angustia, el miedo, el malestar en general - (Míguez, 1992) actúa como soporte de la farmacologización de la vida cotidiana, del ajuste personal por la vía de la química de las sustancias de las que no se excluye el alcohol.

“El alcohol ansiolítico, antidepresivo, excitante y desinhibidor es un poderoso medicamento. Un medicamento que no da su nombre, un medicamento que guarda el secreto: y el secreto es el miedo. El solo hecho de ingerir un comprimido de valium o anafranil alcanza para detectar el síntoma psíquico subyacente. El alcohol por su parte, remite a lo querido y al compañerismo; no revela a la luz del día lo que debe permanecer oculto, a saber la angustia que tiene prohibido estacionarse en la obra”.

Dejours, 1992 Pág. 240

El análisis de estas situaciones requiere asimismo, atender a su contrapartida, es decir, las propuestas y cambios que se han propuesto como respuesta desde la comunidad y desde sus instituciones. Esto incluye, las normativas municipales, provinciales o nacionales que han procurado regular o restringir los mecanismos de la distribución y venta de alcohol así como de su publicidad.

2.4.2. El concepto de Vulnerabilidad.

Expuestos a las presiones de la disponibilidad y permisividad al abuso de alcohol, los grupos deben definir sus prácticas según los recursos psicosociales con los que cuentan para poder confrontar esta inducción. La insuficiencia de estos recursos constituye un plano de inclinación favorable al abuso de alcohol que puede incidir en la decisión que sus miembros adopten.

Esta inclinación es resultante tanto de los mayores niveles de tensión como consecuencia de la privación de aportes básicos, como de la falta de recursos suficientes para considerar críticamente la inducción social a usar estrategias escapistas de esa tensión.

Si las gentes socioeconómicamente débiles son las afectadas más por el alcoholismo, ello se debe a que, por una parte, la insuficiencia económica fomenta la aparición de situaciones vivenciadas en forma de soledad y desesperanza, factores fuertemente alcoholomanígenos, y por otra, a que entre las personas poco cultivadas prosperan más fácilmente un serie de errores y desconocimientos sanitarios que fomentan el alcoholismo inducido [...] (Alonso-Fernández, 1981, p.165).

Es decir, la pobreza, una vivienda inadecuada, la deficiencia educativa, han sido reconocidos epidemiológicamente, entre otros factores, como responsables de mayores niveles de tensión ambiental o estrés social.

El abuso de alcohol es un problema común en poblaciones expuestas a un alto nivel de stress social. Esta tensión ambiental tiene su origen en fenómenos colectivos, tales como la pobreza, la falta de oportunidades de mejoramiento y de logros sociales, [...] (Negrete, Mardones & Ugarte, 1985, p 84)

Asimismo se consideran estos factores por su papel en el debilitamiento de la organización familiar y comunitaria que ayuda a resolverlos. (Holtzman et al, 1988) y en las carencias educativas para el desarrollo de un pensamiento crítico para afrontarlos adecuadamente (Alonso, 2001).

La expresión de la Vulnerabilidad guarda relación con el debilitamiento de las prácticas sociales necesarias para enfrentar con “entereza “ los obstáculos que presenta el mundo externo y promover con “vitalidad” las respuestas necesarias

“La salud es la capacidad que tienen las personas para funcionar bien desde el punto de vista físico, mental y social. Esto incluye la vitalidad con que las personas emprenden sus actividades diarias y avanzan hacia las metas y aspiraciones que quieren para si mismas, sus familias y sus comunidades así como la entereza con que las personas se adaptan a los reveses y otras situaciones de tensión que enfrentan en el transcurso de sus vidas”

Goodstadt, Loranger & Gliksman, 1992, pág 1.

Esta condición de *Vulnerabilidad* puede determinar la búsqueda, en el abuso de bebidas alcohólicas, de una función reductora de las vivencias angustiantes.

“Un comportamiento que no satisface una función física, psicológica o social no puede perdurar. Si persiste un comportamiento como el uso de drogas, será porque cumple una o más funciones y satisface necesidades, el uso de drogas desaparecerá cuando dejen de existir esas necesidades o sean colmadas de otro modo.”

(Nowlis, 1975, p. 46).

Los problemas de *Vulnerabilidad* fueron estudiados en grupos afectados por la Pobreza Estructural, considerados en esta tesis con la operacionalización disponible del ENSA99, de acuerdo a la clasificación de Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI- (vivienda, servicios y educación).

En relación a la *Vulnerabilidad* de estos grupos se plantea que, dadas sus carencias se encuentran por un lado en situación de mayor conflictividad psicosocial y por otro tienen una menor provisión educativa para cuestionar el sistema de representaciones que promueve el abuso de bebida alcohólica *(Alonso-Fernández, 1981)*.

Esta condición no es determinante en si misma – ni supone la ausencia del problema en grupos beneficiados económicamente - sino que indica un punto de mayor *Vulnerabilidad* que, en relación a la Exposición a la que se vea sometido el grupo, puede influir en una mayor prevalencia relativa del abuso de alcohol.

Si bien esta tesis trata los aspectos relacionados con los determinantes psicosociales del abuso de alcohol, se hace notar, también, que la predisposición asociada a los factores genéticos puede favorecer por ejemplo, la dependencia alcohólica.

Vale destacar que esta condición, fue considerada en la tesis como un determinante potencial cuya expresión final será el resultado de la interacción con el ambiente.

“la idea de una capacidad biológica idéntica para todos los seres humanos, cambia por la de capacidad genética potencial favorable o desfavorable para generar salud, capacidad que es activada o deprimida por los factores ecológicos y sociales”.
(OPS, 1999, p. 12).

Finalmente y a modo de síntesis, el modelo de comprensión propuesto estudió la emergencia del abuso de alcohol como resultado de la interrelación entre los condicionantes de la *Exposición* en una sociedad determinada y la *Vulnerabilidad* diferencial que pueden presentar los distintos grupos sociales, en un momento dado. El modelo fue propuesto para dar respuesta a una pregunta central en el campo preventivo ¿La presentación epidémica del abuso de alcohol, se distribuye de manera aleatoria, en situaciones de desigualdad social?

CÁP.3. MÉTODO.

3.1. Objeto de estudio, información y fuentes

El objeto de indagación de esta Tesis de Doctorado fue el abuso de alcohol en relación con las condiciones de Exposición y Vulnerabilidad de la Argentina según la información disponible desde 1985 a 2003.

En relación a información sobre la Exposición al mercado de bebidas alcohólicas, se contó con los datos estadísticos informados por los productores de bebidas alcohólicas. Esto permitió, tener una estimación de la disponibilidad del consumo de todas las bebidas alcohólicas desde mediados de la década del ochenta hasta el 2001. En materia de Tolerancia social se utilizó información bibliográfica, epidemiológica, documental y periodística, que permitió el análisis de las estrategias del mercado de alcohol en el período de referencia y la permisividad que estuvo vigente frente a la alcoholización de poblaciones de riesgo. Se tomó en cuenta para el análisis de la Exposición la información vinculada al campo de la promulgación de leyes sobre estas materias en la Provincia de Buenos Aires entre 2002 y 2003.

Fueron considerados para su análisis los resultados del Estudio Nacional Sobre Sustancias Adictivas de SEDRONAR y los datos del Primer Estudio de Uso de Sustancias Adictivas en Hogares de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (SADA, 2003). Asimismo fue examinado el capítulo sobre población de 12 a 15 años de SEDRONAR en 1999 (complementario del ENSA99) y los estudios en población escolar de

diferentes escuelas del país realizados entre 1999-2003 por el proyecto de Conicet-Programa de Epidemiología Psiquiátrica (1999-2003) -. Estos estudios, nacionales y provinciales, fueron dirigidos por el autor de la tesis.

En relación a la Vulnerabilidad Psicosocial la información se concentró en la cobertura del Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas -ENSA99- sobre los casos recogidos de acuerdo a NBI, indicativo para esta tesis de una distribución desigual de recursos psicosociales.

Información general sobre los estudios consultados por la tesis.

La muestra del Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas –ENSA99- realizado por SEDRONAR *comprendió a la Población Nacional Urbana de la República Argentina, de ambos sexos... El tamaño fue de 2699 casos -de 16 a 64 años- con un margen de error de +/- 1,92 estimado para un nivel de confianza del 95,5% ... La muestra fue probabilística domiciliaria y polietápica, con selección final del entrevistado de acuerdo a cuotas de sexo y edad distribuida según parámetros poblacionales... a los fines de procesamiento se expandió la base de cálculo de la muestra tomando como parámetro la distribución etaria de la población estudiada con los datos provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 (INDEC). (Sedronar Apéndice metodológico, 1999, pp.25-28).*

El ENSA99 incluyó un capítulo complementario sobre el uso de sustancias adictivas en población de 12 a 15 años. En este caso se diseñó *una muestra*

no probabilística, coincidental, con un margen de error de +/- 5,29% para un nivel de confianza del 95,5% (Sedronar Apéndice metodológico, 1999, p.25).

Edad	Población
12 a 15 años	2.593.666
16 a 24 años	4.694.370
25 a 24 años	4.518.423
25 a 49 años	5.772.871
50 a 64 años	4.146.432

Tabla 3. Expansión de la base de cálculo de la muestra, realizada por la empresa consultora de Sedronar en diseño muestral, tomando como parámetro la distribución etaria de la población estudiada con los datos provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 (INDEC).

(Fuente: ENSA99: Apéndice metodológico, pp.28).

El cuestionario utilizado en la encuesta de Sedronar tuvo como referencia la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta V. 2.1.– Composite Internacional Diagnostic Interview - de la Organización Mundial de la Salud traducido al español por la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción de Chile en 1997. *La elaboración del cuestionario se realizó tomando como eje el CIDI y en algunos casos la introducción de indicadores provenientes del DIS –Diagnostic Interview Schedule- y de las preguntas fijadas por los acuerdos con SIDUC – Sistema de Información Uniforme sobre Drogas- ... (las pruebas de validación del cuestionario) se llevaron a cabo con el Centro Nacional de Reinserción Social (CENARESO), el Centro de Tratamiento de Buenos Aires y el Departamento de Salud Mental del Hospital*

de Clínicas... los resultados obtenidos indican que el cuestionario con la formulación y ordenamiento actual de sus preguntas es apto para recoger los indicadores necesarios para el diagnóstico epidemiológico.

(Sedronar Apéndice metodológico, 1999, pp.11-14).

El Primer Estudio de Uso de Sustancias Adictivas en Hogares de la Provincia de Buenos Aires (SADA, 2003), utilizó una muestra probabilística diseñada por la Dirección Provincial de Estadística (DPE). Recolectó un total de 2.829 casos. El instrumento aplicado se basó en una versión para Encuesta en Hogares, validada en la Argentina, del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID-2001).

Los datos consultados sobre creencias y prácticas relacionadas con la alcoholización fueron recogidos entre 1999-2003 por el proyecto de Conicet- Programa de Epidemiología Psiquiátrica (1999-2003) en una selección no probabilística de diferentes escuelas del país correspondiente al proyecto de Centros de Estudios Locales (Míguez, 1997).

3.2. Definiciones.

3.2.1. Abuso de bebidas alcohólicas.

En el cuestionario del ENSA99 las preguntas sobre abuso de alcohol se construyeron con referencia a las siguientes fuentes:

- a) CIE10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (1995), F1x.1, Consumo perjudicial. Punto A. (CIE10, 1994, p.80).

b) DSM IV –Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-
Criterios para el abuso de sustancias - (DSM-IV. 1995, pp 188-189).

La tesis utilizó en el análisis de la vulnerabilidad, los datos sobre la frecuencia y cantidad diaria de bebida alcohólica en cc de alcohol absoluto en consonancia con las definiciones de Marconi (1967) y Alonso-Fernández (1981). El análisis de los datos del ENSA99, se enfocó sobre las personas que habían tomado bebida alcohólica durante los últimos doce meses anteriores a la encuesta. La medición de la prevalencia en el uso de bebidas alcohólicas se hizo de acuerdo a la relación siguiente:

Número de casos con ingesta de bebida
alcohólica en los últimos doce meses
anteriores al momento de la encuesta.
según cantidad de cc de alcohol.

Tasa de prevalencia = $\frac{\text{-----}}{\text{Población total}} \times 100$

La prevalencia del abuso alcohólico, a diferencia de la prevalencia del uso, implicó definir límites posibles entre una ingesta segura de otra riesgosa. Para esto la tesis, comenzó estandarizando en primer lugar, la cantidad de alcohol que contiene la unidad de bebida que se sirve habitualmente.

Se consideró que el *trago* (operacionalización utilizada en el cuestionario de Sedronar) o dosis unitaria (DU), equivalente a nueve gramos de alcohol absoluto -según la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)- podía transformarse en un intervalo con un máximo de 12 gramos de alcohol absoluto.

Esta ampliación partió de considerar las diferencias culturales de usos que se producen a la hora de servir. Mediciones regionales que incluyeron a Paraguay (Míguez, Pecci & Carrizosa. 1992), Uruguay (Míguez & Magri, 1995) y Chile (Negrete, Mardones & Ugarte. 1985), indicaban que las cantidades de alcohol que un individuo ingería comúnmente de una vez – un *trago* o DU– era de alrededor de 12 gramos. Es decir el *equivalente de 300 ml de cerveza de 5° GL, 100 ml de vino de 14° GL, una onza de whisky de 50° GL* (Negrete, Mardones & Ugarte. 1985, p.39) . -La construcción de un intervalo en esta tesis se presentó como una medida más ajustada, considerando incluso que distintos alcoholólogos atribuyen a las diferentes clases de bebida, diferente graduación alcohólica promedio - .

De esta forma el alcohol absoluto contenido en el *trago* o DU servido habitualmente se estimó comprendido entre los 9 gramos (11,4cc) y los 12 gramos (15,2cc) de alcohol absoluto.

En segundo lugar se procedió a fijar un límite que permitiera separar la ingesta moderada del abuso de alcohol para efectos de investigación. Este trabajo fijó operativamente dicho límite en ocho o más *tragos* o DU diarios. Es decir más de 72gr (91 cc) de alcohol absoluto diario, en la equivalencia del CIDI, o en más de 96gr (121 cc) en la equivalencia regional.

La cantidad diaria delimitada de esta forma se aproximó a los límites de abuso definidos en términos calóricos por Alonso Fernández *la ingestión de alcohol*

constituye un consumo de lujo, que el sujeto puede tolerar siempre que no supere más o menos 70 gr. por día para un organismo de 70kg . (Alonso Fernández, 1981, p. 28).

En forma semejante Marconi había sostenido que *el total de alcohol ingerido (diariamente)*

no debería exceder, en este caso, los 100cc u 80grs, lo cual equivale aproximadamente a un litro de vino (con 10%de alcohol), o ¼ litro de bebidas espirituosas (con 40% de alcohol), o dos litros de cerveza (con 5% de alcohol) (Horwitz et al, 1967, pp.18-19).

- Se hace notar que en situaciones de asistencia y prevención el límite de la alcoholización moderada es más bajo y se ubica en los 60 gramos de alcohol absoluto, con diferencias por género (Santo-Domingo & Jiménez-Arriero,2003)-

En síntesis, esta tesis adoptó como unidad un *trago* o DU equivalente a una medida de 9 a 12 gramos de alcohol absoluto diarios (11,4 - 15,2cc) y un límite de ocho o más *tragos* o DU de alcohol absoluto diarios (91-121cc) a partir del cual se fija con carácter operativo una ingestión de abuso.

La tesis seleccionó la información sobre consumo diario de bebidas alcohólicas recogida por la pregunta 8 del cuestionario utilizado por el ENSA99.

La pregunta 8 del capítulo de Bebidas Alcohólicas busca estimar el total de alcohol consumido en un día, que refleje la forma de ingestión usual del entrevistado. La información puede incluir la combinación de bebidas diferentes... esta pregunta sirve para: a)

conocer el total de alcohol que tomó según cada tipo de bebida. b) diferenciar la cantidad de alcohol que tomó según cada tipo de bebida. (Sedronar Apéndice metodológico, 1999, p. 80).

3.2.2. Necesidades Básicas Insatisfechas

Los trastornos que derivan de la pobreza se expresaron para esta tesis, tanto por la tensión ocasionada en la privación de recursos básicos como por la situación de desventaja social para adquirir una mirada crítica sobre el mercado de bebidas alcohólicas y el abuso de alcohol.

Dada la información recogida por el ENSA99, las Necesidades Básicas Insatisfechas–NBI- (vivienda, servicios y educación) fueron consideradas en este caso como indicadores de Pobreza Estructural y, en consecuencia, de Vulnerabilidad Psicosocial.

El estudio de Sedronar clasificó el hogar del entrevistado con NBI de acuerdo a las pautas del INDEC que establecen la existencia de, al menos una, de las condiciones siguientes:

l) Tipo de vivienda

Se incluyen como hogares NBI a:

Casa de tipo B. *Es la que cumple por lo menos con una de las siguientes condiciones:*

Provisión de agua por cañería dentro de la vivienda.

No dispone de retrete con descarga de agua

Tiene piso de tierra u otro material que no sea cerámica, baldosa, mosaico, alfombra, madera, plástico, cemento o ladrillo fijo.

Rancho o casilla: *son viviendas con salida al exterior.*

El rancho (propio de las áreas rurales) tiene generalmente paredes de adobe, pisos de tierra y techo de chapa o paja.

La casilla (propia de áreas urbanas) está habitualmente construida con materiales de baja calidad o de desecho.

Casas de inquilinato: *vivienda con salida independiente al exterior construida o remodelada deliberadamente para que tenga varios cuartos con salida a uno o más espacios de uso común. Algunas formas son conocidas como conventillos.*

II). Condiciones de la Vivienda

Condiciones Sanitarias: son hogares NBI los que se proveen de agua de las siguientes formas:

Perforación - bomba: *el agua es bombeada manualmente o mecánicamente desde una napa profunda ubicada en el perímetro del terreno donde está asentada la vivienda.*

Pozo: *el agua se extrae del subsuelo sin utilizar medios mecánicos de elevación. El pozo se encuentra en el perímetro de terreno donde se ubica la vivienda.*

Acarreo: el agua se obtiene fuera del lote en el que se encuentra construida la vivienda y es acarreada hasta la misma por medio de baldes, tachos, etc.

Servicio sanitario: son hogares NBI los que poseen retretes o inodoro sin descarga de agua o que no poseen ningún tipo de retrete.

III) Asistencia escolar

Son hogares NBI cuando hay al menos un niño de edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.

3.3. Plan de análisis

Esta tesis se enfocó al análisis de la emergencia del abuso de bebidas alcohólicas como resultado de la interacción entre las fuerzas del medio sociocultural y sus condicionamientos desde el mercado de bebidas alcohólicas y los recursos psicosociales de los grupos para llegar a una posición crítica frente al mismo. Es decir la interacción entre la Exposición y la Vulnerabilidad.

La hipótesis esta basada en la idea de que una sociedad que se ha visto expuesta a las estrategias comerciales para expandir el mercado necesariamente se verá afectada en su conjunto por estos pero, expuestos a los mismos sucesos, los grupos más vulnerables en el campo psicosocial tendrán -dentro de ese conjunto- un riesgo desigual que da lugar a tasas de prevalencia de abuso mayores que el resto.

Esta relación se examinó a partir de los datos relacionados con la venta de bebidas alcohólicas en la Argentina disponible de 1985 a 2001 y con información documental y periodística que reseñó las estrategias del mercado dentro de ese período. Por otra parte se tomó en cuenta documentación relacionada con posiciones de organismos oficiales sobre regulaciones necesarias al mercado de bebidas alcohólicas. Se partió del supuesto que estas condiciones del mercado se distribuyeron en forma homogénea en la población general por vía de los diferentes medios de comunicación social.

Ante estas condiciones, los casos del estudio realizado por SEDRONAR en 1999, representativos de la población urbana a nivel nacional fueron analizados según su consumo reconocido de bebidas alcohólicas y se tomó en consideración su procedencia de hogares con NBI, de acuerdo a las definiciones del ENSA99.

Se planteó contrastar los datos, desagregados por uso y abuso de alcohol y por NBI y fueron comparadas las tasas de prevalencia.

De manera complementaria se utilizó información proveniente de la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones y de los Centros de Estudios Locales de CONICET, en particular casos vinculados a alcoholizaciones de riesgo que se encontraron dentro de la Tolerancia Social.

El análisis partió del supuesto que los grupos del estudio han estado expuestos a un nivel similar de Disponibilidad y participaron de situaciones semejantes en cuanto a Tolerancia Social al abuso. Las diferencias halladas fueron

consideradas en relación con las condiciones de satisfacción o no de las necesidades básicas de los grupos estudiados – NBI-.

Las relaciones que se encontraron fueron un material relevante para el desarrollo de estrategias preventivas en el campo del abuso de alcohol en particular y del uso de sustancias adictivas en general. El examen de situaciones de riesgo en materia de sustancias adictivas, relacionadas con la provisión de aportes básicos aportó información relevante para una acción preventiva integral y una acción asistencial más específica y oportuna.

CÁP.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1. Exposición.

Los grupos sociales de la Argentina, en un período seleccionado desde 1986 a 2001, recibieron la acción del medio relacionado con las bebidas alcohólicas desde dos campos. Uno, considerado como Disponibilidad y definido por la penetración de las bebidas alcohólicas en el espacio comunitario, el otro, denominado Tolerancia Social y que fue entendido como la permisividad social que acompaña los vínculos con las bebidas alcohólicas.

4.1.1. Disponibilidad.

En materia de ventas de bebidas alcohólicas en la Argentina, el período de 1986 a 2001 mostró una serie de cambios de interés para esta tesis. Así, mientras vinos y bebidas destiladas disminuyeron sus ventas en forma significativa, las diferentes cervezas del mercado argentino duplicaron el volumen de sus ventas (Tabla 4). En litros de alcohol absoluto la cerveza, de aportar casi la misma cantidad de alcohol que las bebidas destiladas en 1986, pasó a cuadruplicarlos quince años después.

Bebidas	Litros de alcohol absoluto	
	1986	2001
Bebidas destiladas	24.933.040	12.887.619
Cerveza	27.229.500	55.800.000
Vino	213.404.476	166.269.432
Total	265.567.016	234.957.051

Tabla 4. Disponibilidad de bebidas alcohólicas en Argentina. Ventas en litros de alcohol absoluto. Período: 1986 - 2001

-Fuente: elaboración sobre datos difundidos por INV – CAC - CADL

En los periódicos de la época, las declaraciones de los ejecutivos del área de marketing de las compañías cerveceras en la Argentina, indicaron explícitamente su objetivo de llegar con la oferta de bebida a la población de menores de edad y a extenderse dentro de sus lugares de encuentro social.

[...] El segmento al que nos dirigimos bajó notablemente. El gran público está entre los 15 y los 30 años.

¿Cuál será el piso?

Todo indica que este año bajará hasta los 14 años. Es un consumo que ya se impuso en los boliches [...].

Nota periodística: -Referente de moda para adolescentes- entrevista a ejecutivo Marcelo Varela de Bieckert (Clarín. Economía. 28-11-1993, p.21).

Estos cambios, dirigidos a extender la disponibilidad de alcohol hacia grupos más jóvenes, tuvieron lugar dentro de un período con modificaciones económicas y sociales que habían impactado sobre los proyectos de los jóvenes (Abdala 2002) con altas tasas de desempleo (Tabla 5).

Argentina (GBA)	15 a 19			20 a 24			25 a 65		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1990	16.1	26.5	19.7	8.5	10.2	9.2	4.4	4.0	4.3
1998	29.4	44.0	35.1	17.8	19.3	18.4	9.2	12.9	10.7

Tabla 5. Tasas de desempleo según edad y género en la década de 1990.

Fuente: DIEZ de Medina, R., 2000, Empleo, desempleo y calificación en los jóvenes de América Latina durante la década de 1990: ¿una difícil alianza?, Informe de consultoría para CINTERFOR/OIT, informe para discusión, CINTERFOR, Montevideo.

Dentro del contexto social y económico apuntado, el bajo precio fue un recurso usado para asegurar la disponibilidad de la cerveza. Los análisis económicos de los productores, a inicios de la década del noventa, explicaron el crecimiento de su producto a partir de esta condición de mercado.

En poco más de una década, el consumo de cerveza por habitante se cuadruplicó. Razones hay muchas, pero dos son las que mas pesan: el producto es más barato que antes y el público que lo consume es cada vez más joven, por lo tanto más numeroso

Nota periodística: Cerveza, un buen negocio que crece gracias a los jóvenes.

(Clarín. Economía. 28-11-1993. p.20)

El bajo precio de las bebidas alcohólicas ha sido considerado como determinante de la prevalencia de su uso excesivo (De Lint, 1977). Estos efectos fueron destacados para señalar la consecuencia positiva de una política fiscal sobre el alcohol dirigida a limitar los problemas de abuso.

“La demanda de una droga suele estar relacionada con su precio. Cuanto más barata sea, más personas es probable que la utilicen. A la inversa, un precio mayor debería propiciar una reducción de los niveles de consumo. Confirman la validez de esta hipótesis los datos sobre el consumo de alcohol, indicativos de que el consumo per cápita (calculado a partir de las cifras de venta) está en relación inversa con el precio.

(Gossop & Grant, 1990, p.70).

Sin embargo, los datos de Argentina mostraron que el impuesto interno del 4% que pagaban las cervezas hasta el año 2000, elevado al 8%, fue absorbido por los principales productores (Quilmes y Brama) para mantener un precio bajo en el mercado (ALAFE, 1998).

Los resultados de esta estrategia para asegurar una importante disponibilidad de bebida en el numeroso mercado de los jóvenes llevó, diez años después, a la Subsecretaría de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a denunciar la situación del precio y proponer una modificación legislativa (MS/GBA/SADA 2003) para aumentar los impuestos internos a las bebidas alcohólicas.

“Esta segunda medida regulatoria (el aumento de los impuestos a la bebida alcohólica) tiende a restablecer la valoración social del acceso a un consumo a través de un sistema de precios. Merced a un insólito y vergonzante privilegio fiscal, hoy la Argentina exhibe una trastocada escala de precios en donde el litro de leche cuesta más al consumidor final que un litro de bebida alcohólica”
[...] “En el momento de lanzarse el Plan de Convertibilidad el precio por litro de leche al consumidor final era de 44 centavos de peso o dólar y el de la cerveza de 93 centavos. Diez años más tarde, la convertibilidad se despide con la cerveza a 1,37 y la leche entera en sachet a 1,30, con lactantes hambrientos y jóvenes alcoholizados.”

(MS/GBA/SADA 2003, pp. 11)

La política empresarial, de asegurar una importante disponibilidad merced al mantenimiento de precios en el mercado, fue acompañada por un fuerte impulso a extender las situaciones de consumo (desestacionalizar la oferta del verano) y los lugares donde beber.

La propuesta de reforma legislativa planteada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, por medio de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones, analizó en sus documentos estas estrategias.

...La rentabilidad consistió en extraer las cervezas del patrón alimentario, trasladando una bebida alcohólica desde la mesa de los argentinos hacia los boliches, los encuentros sociales, las plazas, las calles y los potreros. Para ello, se volcaron inversiones que en algunas empresas superaron los 65 millones de dólares anuales, solamente en promoción y publicidad.

(MS/GBA/SADA 2003, pp. 7-8)

El consumo del vino, subordinado a la norma familiar y a la pauta alimentaria disminuyó y fue desplazado por el de la cerveza *de la noche, la plaza y la calle* que aumentó de 7,25 litros por habitante en 1978 (Cámara de la Industria Cervecera Argentina. 1990) a 33 litros por habitante en 1998. (Bruzzone, 2002). (Tabla 6).

En litros corrientes, a inicios de los noventa, la cerveza alcanzó los mil millones de litros anuales.

Años	LITROS COMUNES (i)	Consumo per cápita Lt/hab/año
1978	204.300.000	7,3
1979	211.200.000	
1980	231.800.000	
1981	206.100.000	
1982	223.700.000	
1983	312.100.000	
1984	397.547.300	
1985	397.004.000	
1986	545.242.500	
1987	584.716.500	
1988	522.859.600	16,2
1989	610.188.600	
1990	616.968.700	
1991	797.752.300	
1992	951.532.800	
1993	1.030.515.200	
1994	1.127.233.000	
1995	1.042.323.100	
1996	1.028.743.100	
1997	1.083.373.400	
1998	1.061.651.200	33,0

Tabla 6. Disponibilidad de cerveza en la Argentina. Ventas en litros comunes. Período 1978-1998 litros

(i) Datos originales en miles de hectolitros.

Elaboración de datos de la tesis sobre la base de

1986-1988 fuente: Cica Boletín estadístico N°3. 1959-1989

(Boletín "Joh.Barth. y Sohn y Naciones Unidas")

1989 - 1999 fuente: Cica Total de ventas período 1989-1999

1999: Bruzzone A. www.sagpya.mecon.gov.ar

4.1.2. Tolerancia Social

4.1.2.1. Alcoholización y modelos sociales

Tal como se ha planteado los datos indicaron en el período de 1985 a 2001 el descenso de bebidas como el vino y las bebidas destiladas y el aumento de las ventas de cerveza.

Explicaciones del sector vinícola atribuyeron esta disminución a los cambios de costumbres donde *el trajinar diario* llevó a que *los almuerzos no se hacen en familia* y a la tendencia a *consumir dietas no calóricas*. (Nota periodística: *La pendiente del vino*. Clarín. 27/03/1988 p. 20).

El argumento sobre el contenido calórico también fue referido por los analistas de bebidas destiladas. (Nota periodística: *Qué beben los argentinos hoy*. La Nación. 24/04/1988. p. 1.)

En relación a los argumentos sobre la merma del almuerzo como ámbito familiar, estos señalaron, desde otro ángulo, los fenómenos ya referidos por Holtzman y col. (1988) sobre el debilitamiento de los espacios familiares en la urbanización acelerada.

Por otra parte, los argumentos referidos a la búsqueda de un menor contenido calórico como *cuidado de la salud*, se vincularon con información relacionada sobre los efectos de esta inducción comercial (Tabla 7) en el mercado de adolescentes.

Una cultura castigada por una estética que tiene como modelo de la esbeltez la delgadez extrema, expresa en desfiles de modelos y en diferentes promociones médicas y no médicas para conseguir un peso mínimo, ha introducido cambios en los patrones sociales de alimentación. [...] el 42,8% de las jóvenes de

15 a 17 años y el 35,5% de las de 12 a 14 años de edad, trataba de perder peso al momento de la encuesta.

Míguez ,2003. p23

<i>“Actualmente ¿Estás tratando de bajar de peso, estas tratando de ganar peso o no estás tratando de cambiar tu peso?”</i>	Total 8° EGB	Fem.	Masc.	Total 2°Poli modal	Fem.	Masc.
Tratando de perder peso	28,3	35,5	21,3	29,2	42,8	15,8
Tratando de ganar peso	12,6	11,7	13,5	15,1	12,9	17,3
No estoy tratando de cambiar mi peso actual	56,6	51,2	61,8	53,3	42,8	63,6
NS/NC	2,5	1,6	3,4	2,4	1,5	3,3
base : jóvenes que nunca fumaron y jóvenes fumadores	5976	2939	3037	5705	2838	2867

Tabla 7. Encuesta del Ministerio de Salud y Gallup Argentina SA.

Fuente: Ministerio de Salud. Programa Vigi+a/Gallup Argentina. Julio 2002

En relación al aumento de la venta de cerveza en el mercado argentino, la década del noventa fue caracterizada como una de las de mayor expansión.

Los estudios realizados por CEPAL sobre esta década señalaron que su crecimiento *espectacular* era resultado de una estrategia exitosa de las empresas locales líderes para incorporar nuevas franjas de consumidores (Kosacoff, 1998). El fenómeno de su crecimiento y sus estrategias fue señalado por la prensa de la época.

Todo vale entre los fabricantes de bebida...Brahma y la chilena CCU fabricarán cerveza en la Argentina y tratarán de arrebatarle una porción a Quilmes. La pelea es por el mismo mercado. En la mira están los jóvenes y los de 30 y pico.

Nota periodística: La guerra de las bebidas

(Clarín. Economía.28/6/1993, p.22).

Un año más tarde *la guerra* en el mercado se trasladó al interior del propio campo publicitario y se expresó en la apropiación de los recursos tecnológicos con mayor experiencia para actuar sobre el campo de los intereses juveniles.

Los de Pepsi no tienen tregua. Al margen de su eterna pelea con Coca ahora se las tienen que ver con las cerveceras. Las "big four" de este mercado acaban de desmantelarle su departamento de marketing [...] Los cazadores de talento dicen que las cerveceras se fijaron en el perfil agresivo y de buenos conocedores del gusto de los adolescentes.

Nota periodística: En Privado. Agitación en Pepsi.

(Clarín.3/9/1994, p.25)

Las declaraciones de Varela a la prensa en 1993 (Clarín. Economía. 28-11-1993) - citada anteriormente - acerca de la venta de cerveza orientada al mercado de los catorce años fue probablemente un símbolo, no buscado, de la estrategia publicitaria de esta década. Consistentemente con esto, las declaraciones en esa época de altos responsables de marketing de empresas productoras de bebidas alcohólicas, responsabilizaron del éxito obtenido a la instrumentación publicitaria dentro del ámbito de las representaciones juveniles, que fue destacada elogiosamente como *agresividad*.

"Periodista: ¿Cuáles son las razones del sostenido incremento del consumo cerveza: retrasos en su precio, cambios de hábitos...?"

D.E.: La apreciación que tenemos a través de encuestas del aumento de la demanda es que básicamente está sustentada en un cambio en los hábitos de consumo, debido en gran parte a la agresividad publicitaria que muestra el sector. Por ejemplo, el corte por edad ha bajado marcadamente; de los altos 30 de unos diez años atrás, el promedio actual se sitúa en los 21. Por cierto esto significa una expansión importante de la base de consumo [...]

Nota Periodística: Sube la demanda de cerveza. Entrevista a Norberto Morita, Director ejecutivo de Quilmes Internacional (La Nación, 21-6-87, p.4).

La nota de referencia mencionó asimismo como explicación del aumento del consumo – *la tendencia mundial hacia el cuidado de la salud que derivó en que cayese la demanda de bebidas de alta graduación por otra de menor nivel* – e hizo referencia al punto del precio – *aquí le puedo decir que la cerveza en términos relativos está más barata frente a bebidas sustitutivas (sic) como las gaseosas y el vino* -

La tecnología publicitaria que promovió los cambios en los hábitos del consumo de bebidas alcohólicas, tuvo apoyo en una serie de principios de formulación internacional y local. Así, la venta tomó como eje la promoción de estilos de vida virtualmente asociados a los objetos que se venden. La gente es lo que consume y por lo tanto también lo que bebe. La publicidad dio a las necesidades de las personas las formas de los objetos del mercado y expuso

un mensaje masivo que tuvo como objetivo el modelamiento de sus deseos y también, de las cosas que deberían satisfacerlo.

*“No existe una realidad objetiva. No hay hechos. No hay mejores productos. Lo único que existe en el mundo del marketing son percepciones en las mentes de los clientes actuales y potenciales. La percepción es la realidad. Todo lo demás es una ilusión... El marketing consiste en una manipulación de esas percepciones. La mayoría de los errores del marketing se deriva del supuesto de que se libra una batalla de productos enraizados en la realidad. El marketing es una batalla de percepciones, no de productos.
(Ries & Trout, 1995, pp. 22-29).*

Las leyes del mercado internacional tuvieron su réplica en el mercado argentino donde se aplicaron las estrategias publicitarias bajo los mismos presupuestos que implica la *Ley de la percepción* (Ries & Trout, 1995).

“Paradójicamente, y desde un punto de vista estratégico, mientras los productos pierden existencia tangible ganan poder intangible para crear mundos imaginarios. Liberados del universo cerrado de su existencia material, los productos adquieren una ilimitada vida simbólica a través de la marca”.

(Wilensky, 2003, p.21)

En el caso de las bebidas alcohólicas del mercado local, se partió del imaginario construido y asociado a este *poder intangible*, que fue definido como *El poder de la marca*.

La marca es una gran “máquina” de producir significados: construye “mundos” posibles y les da un “decorado” atractivo. Quilmes propuso un mundo de sabor, alegría, y buenos momentos compartidos. Un mundo simple y despreocupado que facilitó la incorporación de innumerables consumidores al universo del consumo de cerveza que en la Argentina estaba aún poco desarrollado.

(Wilensky, 2003. Pág.36)

En el campo de la Tolerancia Social intervinieron los intereses que buscaron su ampliación para aumentar el mercado y, a su vez, las posiciones institucionales que, desde el Estado o las Organizaciones No Gubernamentales debían expresar los intereses sanitarios de la población en su conjunto. En los vacíos legislativos, estas participaciones tuvieron siempre un papel fundamental, no solamente porque eran el fundamento para la reformulación del marco normativo, sino, también, por que contuvieron los problemas creados por estas lagunas , mediante la concientización comunitaria.

En marzo de 2003 el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires sostuvo en la Apertura del 131° Período Legislativo *eliminar la publicidad de alcohol en cualquier medio o ámbito protegido para menores de edad* (MS/GBA/SADA ,

2003, p.3) . Posición expresada asimismo, en el documento del Ministerio de Salud de la Provincia que propuso una reforma legislativa nacional.

(En relación al uso farmacológico de las bebidas alcohólicas) Lo cierto es que este modelo de consumo –propaganda mediante- generalizó y naturalizó el abuso de un fármaco y hoy jóvenes y mayores ven sin alarma que disfrutar, divertirse, desinhibirse o alegrarse, son estados que es más fácil alcanzar medicalizándose.

(MS/GBA/SADA , 2003, pp.7-8)

En contraste, los informes difundidos en 1998, en el sitio de internet de la Asociación Latinoamericana de Fabricantes de Cerveza –ALAFE- con el título “¿Cómo vender cerveza? refirieron a la estrategia publicitaria de los últimos años en la Argentina.

Una de las estrategias más redituables para Quilmes, a la hora de ganar adeptos, son sus patrocinios a los eventos deportivos. "El deporte es una buena forma de conectarnos con la gente, y además es muy útil para la sociedad", asegura Pablo Pla, gerente de marketing de la cervecera, que invierte más de 10 millones de dólares anuales en publicidad y promociones, además de "sponsorear" a la selección nacional de fútbol y a los clubes más populares de primera división, Boca Juniors, River Plate, y Vélez Sarfield. Heineken apuesta al tenis y el rugby, y Brahma al fútbol, con especial énfasis en sus estrellas mundialistas que juegan en grandes equipos europeos.

<http://www.cerveceroslatinoamericanos.com/privado/noticias/Noti521.htm>

La concepción comercial acerca del valor de las imágenes deportivas asociadas con el uso de bebidas alcohólicas fue caracterizada por el documento del Ministerio de Salud de la Provincial

La estrategia... se abocó a la captura del segmento juvenil adolescente del mercado... en consecuencia, había que colocar... un producto asociado a la fiesta, la diversión, el éxito e incluso – el señuelo predilecto de los jóvenes- el deporte

(MS/GBA/SADA ,2003.Pág.7)

A partir de esta caracterización sobre deporte y alcohol, el documento citado incluyó entre las restricciones a la publicidad que vinculaba a ambos. La propuesta fue la modificación al artículo 6 y la incorporación del artículo 6 bis a la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788.

Se propuso, entre otros puntos, la prohibición de la publicidad o incentivo del consumo de bebidas alcohólicas cuando :

“utilice por asociación o cualquier otra clase de relación a deportistas; intelectuales; científicos o profesionales notorios; o en general personas de fama o con habilidades especiales, de modo que por emulación se pueda estimular el consumo de bebidas alcohólicas” (MS/GBA/SADA 2003, pp. 11).

Finalmente, se consideró el comportamiento de los hábitos de consumo mientras actuaban estas condiciones de exposición al mercado de bebida alcohólicas. La observación señaló cambios dentro de las pautas tradicionales del consumo de bebidas. De esta manera, las formas de ingestión *mediterránea*, que habían definido una modalidad de bebida para diferentes

grupos de la Argentina, fue estudiada según la información disponible. El análisis se dirigió al estudio sobre entidades psiquiátricas realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental, en 1970 (Grimson, Blanco & Estrugamou, 1972). Sus datos fueron comparados con los del estudio del 2003 de la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires realizados más de tres décadas después, en un área similar.

Los datos de 1970 señalaron para Capital Federal y Conurbano (Gran Buenos Aires) una población de abstemios de 15,3 % en la población de 16 a 59 años residente en hogares. Los correspondientes al estudio de 2003 para población de 16 a 64 años, residentes en Conurbano, mostraron porcentajes más altos de abstención que llegaron al orden del 38,3%

Se produjeron cambios en la modalidad de consumo. En la ingesta de 1970 se destacaba que *Respecto al ritmo anual de bebida el más común es el consuetudinario (69,2) y luego los intermitentes (22,3) [...] dentro del grupo de bebedores excesivos y alcohólicos aumentan el porcentaje de consuetudinarios (81,7%)* (Grimson, Blanco & Estrugamou, 1972, p.579).

En contraste el estudio realizado en la Provincia de Buenos Aires en el 2003 indicó que la forma episódica o intermitente se presentó en el 73% de los casos de abuso de alcohol en los últimos 30 días (MS/GBA/SADA, 2003). En las áreas estudiadas se encontró muestras de la transformación de la cultura mediterránea.

4.1.2.2. Alcoholizaciones toleradas

La Tolerancia Social sobre el abuso de alcohol además de haberse canalizado por la vía expresa de los medios y de la publicidad, lo hizo también por la aceptación tácita de situaciones que la evidenciaban de manera directa, tal el caso del consumo de alcohol en jóvenes. Permisividad silenciosa, sin una censura expresa hasta fines del 2002 , que toleró el consumo de alcohol en menores de 18 años y en cantidades identificadas como abusivas incluso para la población adulta.

El estudio complementario del ENSA99, dirigido por el autor de esta tesis, sobre los grupos comprendidos entre los 12 y los 15 años, señaló a casi a un tercio del grupo de niños y niñas en la adolescencia temprana con consumo de alcohol en el momento de la encuesta, mientras que se reducía significativamente la diferencia de consumo entre sexos La Tabla 8 destaca la dimensión de un consumo que se llevó a cabo, necesariamente por su dimensión, bajo alguna forma de aceptación social.

Consumo de alcohol en población de 12 a 15 años.	Total	Masc.	Fem.
Prevalencia en los últimos 30 días.	31,1	33,9	28,4

Tabla 8. Prevalencia del consumo de alcohol en los últimos treinta días, de la población de 12 a 15 años, según sexo.

ENSA. Tomo 2. Población 12-15 años. Argentina 1999

El consumo alcohólico entre los menores y el crecimiento del consumo femenino casi equiparado al masculino, indicó entre otros aspectos el papel de los intereses comerciales puestos en la ampliación del mercado tomando en cuenta a los jóvenes.

Durante el año 2003, El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, por medio de la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones realizó el Primer Estudio de Prevalencia de Consumo de Sustancias Adictivas en Hogares en la Provincia de Buenos Aires (SADA, 2003).

Los resultados, cinco años después del estudio realizado por Sedronar, indicaron que el 67% de la población menor de 18 años de edad de la Provincia había tomando bebidas alcohólicas en el mes anterior al estudio (Tabla 9). El estudio de la Provincia, definió abuso de alcohol como una cantidad superior a 100 cc de alcohol absoluto diario, y con esta definición encontró que el 23,2% de los menores que participaba del consumo de alcohol lo hacía de una manera abusiva.

Nivel de ingestión	Porcentajes
No bebe	33,0%
Bebe	43,8%
Abusa	23,2%
Total	100,0%

Tabla 9. Abuso semanal (más de 100cc OH) de alcohol en los últimos treinta días, en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires en adolescentes de 15 a 17 años.

Fuente: Estudio Provincial sobre Sustancias Adictivas – MS/GBA/SADA 2003

Estos niveles de abuso de bebida registrado por el estudio llevaron a un límite la Tolerancia Social a la venta de alcohol a menores de edad, en la Provincia de Buenos Aires en 2003. En consecuencia con esto, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires propuso la reforma legislativa para modificar a la venta de alcohol -considerada actualmente como contravención -para ser tipificada como delito.

Para esto busca incorporarse al Código Penal, Título VII Delitos contra la Seguridad Pública, Capítulo IV Delitos contra la Salud Pública el artículo 204 quinqués, con el siguiente texto:

Artículo 204 quinqués: Será reprimido con prisión de dos a cuatro años el que expendá bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años. MS/GBA/SADA 2003, p.13

La permisividad del consumo de alcohol en cantidades abusivas en las fiestas juveniles fue estudiada por los Centros de Estudios Locales, dirigidos por el autor de esta tesis, con apoyo del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet (Tabla 10). Los resultados obtenidos indicaron las cantidades de bebida alcohólica que los adolescentes pautaban en sus fiestas y los niveles de permisividad en circunstancias sociales. Es decir, expresaron una medida de la tolerancia social, considerando que la mayor parte de las fiestas estudiantiles se realizaban en la casa familiar. Los resultados obtenidos sobre 2.689 adolescentes entrevistados, indicaron que el consumo de bebidas alcohólicas, medido en alcohol absoluto, superaba los 100cc de alcohol absoluto por persona en el 36,4% de las fiestas cuando la bebida seleccionada para la

fiesta era vino, al 42,9% de las mismas cuando eran bebidas destiladas y el 56% cuando se hacía con cerveza. (Míguez, 2003).

Período 1999-2003	Cantidades aproximadas a 100 cc de alcohol absoluto		
	Opción 1: vino Una botella de litro por persona o más.	Opción 2: vodka Cuarto de botella por persona o más	Opción 3: cerveza 2 botellas de litro por persona o más
2003 La Rioja, La Rioja	37,1%	47,2%	53,3%
2003 San Pedro, Jujuy	32,1%	33,3%	40,3%
2003 San Salvador, Jujuy	28,2%	30,8%	44,6%
2002 Concep. del Uruguay.	21,8%	53,5%	65,1%
2002 Quilmes, PBA	20,9%	31,0%	40,5%
2002 Carlos Casares, PBA	36,0%	51,0%	56,0%
2002 S.Miguel de Tucumán.	33,3%	36,7%	60,0%
2002 Gral Daniel Cerri, PBA	22,9%	37,5%	45,8%
2002 Ituzaingó, PBA	50,0%	54,2%	77,1%
2002 Mar del Plata, PBA	39,5%	44,7%	33,3%
2002 Pigue, PBA	48,4%	55,7%	69,4%
2002 Navarro, PBA	35,3%	47,5%	50,0%
2001 Allen, Rio Negro	32,0%	48,6%	64,1%
2001 Santa Rosa, La Pampa	39,4%	45,9%	60,1%
1999 Cafayate, Salta	30,0%	40,0%	44,1%
1999 Clorinda, Formosa	36,45	53,3%	54,9%
1999 Resistencia, Chaco	34,1%	39,8%	49,7%
1999 Saenz Peña, Chaco	41,1%	45,4%	58,9%
1999 Castelli, Chaco	39,05%	44,8%	58,2%
1999 Machagai, Chaco	38,7%	43,4%	50,0%
1999 Santa Fe, Santa Fé	34,7%	38,5%	57,3%
1999 Córdoba, Córdoba	48,1%	52,9%	33,3%
1999 Oliva, Córdoba	39,0%	36,9%	43,8%
1999 Esquel, Chubut	41,8%	46,5%	68,1%
1999 Trevelin, Chubut	30,2%	46,6%	53,5%
1999 Rawson, Chubut	33,3%	33,3%	49,3%
1999 Usuahia, Tierra del Fuego	25,5%	44,3%	63,2%

Tabla 10. Cantidades de bebida fijadas por los estudiantes de último año de colegio secundario para una fiesta juvenil, según opciones excluyentes entre diferentes tipos de bebida. (n = 2689 casos) Fuente: Centros de Estudios Locales/Programa de Epidemiología Psiquiátrica. Conicet

Por otra parte la oposición al consumo de alcohol se experimentó como una disidencia incómoda en un porcentaje que rondaba el cincuenta por ciento de los jóvenes entrevistados por los Centros de Estudios Locales. (Tabla 11)

Relevamiento dentro del período 1999-2003 - Centros de Estudios Locales -	Auto percepción “Vos pensás que un joven que no toma, se siente incomodo cuando está en una reunión donde se sirven bebidas alcohólicas” Sí
2003 La Rioja, La Rioja	53,7%
2003 San Pedro, Jujuy	68,0%
2003 San Salvador, Jujuy	63,1%
2002 Concepción del Uruguay	51,7%
2002 Quilmes, PBA	25,6%
2002 Carlos Casares, PBA	51,0%
2002 San Miguel de Tucumán	46,7%
2002 General Daniel Cerri, PBA	34,7%
2002 Ituzaingó, PBA	51,6%
2002 Mar del Plata, PBA	38,9%
2002 Pigue, PBA	45,1%
2002 Navarro, PBA	48,8%
2001 Allen, Rio Negro	56,4%
2001 Santa Rosa, La Pampa	39,4%
1999 Cafayate, Salta	60,0%
1999 Clorinda, Formosa	51,2%
1999 Resistencia, Chaco	46,7%
1999 Saenz Peña, Chaco	51,5%
1999 Castelli, Chaco	48,3%
1999 Machagai, Chaco	39,6%
1999 Santa Fe, Santa Fé	38,0%
1999 Córdoba, Córdoba	37,7%
1999 Oliva, Córdoba	44,6%
1999 Esquel, Chubut	52,4%
1999 Trevelin, Chubut	58,1%
1999 Rawson, Chubut	46,3%
1999 Ushuaia, Tierra del Fuego	55,8%

Tabla 11. Percepción de la abstención en el uso de bebidas alcohólicas en una reunión, en estudiantes de último año de colegio secundario. (n = 2689 casos) Fuente: Centros de Estudios Locales/Programa de Epidemiología Psiquiátrica. Conicet

La tolerancia social siempre tendió a disminuir cuando la utilización de bebidas alcohólicas se producía en situaciones de riesgo reconocido. Las reacciones de

alerta social, en esos casos, actuaban sobre el individuo con señales de aviso, censura o castigo. Pese a esto, se hallaron formas de tolerancia sobre consumos que son advertidos como de riesgo, paradójicamente por la misma normativa que los acepta. Es el caso, por ejemplo, de los niveles aceptados de alcoholización en situaciones de conducción de vehículos en la Ciudad de Buenos Aires.

El límite máximo permitido de alcoholización es el correspondiente a los 0,50 g/l para la conducción de vehículos (con excepción de vehículos de carga o transporte pasajeros donde es cero). Este límite, que supone una situación sin riesgo, no consideró los efectos de cantidades menores de alcohol que pueden actuar sobre el estado de ánimo y la conducta sin perturbar notoriamente la coordinación motora. O sea, los efectos en la conducta, tales como la autosatisfacción injustificada del sujeto con respecto a sus propias actuaciones como resultado de la elación, que se presentan en personas que no se ven a sí mismos, ni son reconocidos socialmente, como en situación de riesgo.

La presentación del fenómeno de la elación introduce un hecho que puede requerir una observación fina desde la clínica pero que tiene consecuencias sobre las señales de advertencias habituales. Esto, en la medida que puede inducir a una toma de riesgos en principio diferente a la que se hubiera decidido con una alcoholemia menor a 0,30g/l.

En este sentido, paradójicamente, se halló que el material preventivo de instituciones que aplicaron la normativa de 0,50 g/l, indicaba también que con

niveles mayores a 0,15 g/l y menores a 0,50 g/l, los riesgos de sufrir un accidente se aumentaban (Tabla 12).

Copas de vino	Alcohol en sangre	Riesgo de accidente se multiplica por:	Manifestaciones
(0,5) media	0,15 g/l de sangre	1,2	Disminución de los reflejos
2,5 copas	0,50 g/l de sangre	3	Euforia, incremento del tiempo de reacción

Tabla 12. Municipalidad de Buenos Aires Folleto de divulgación 2001

En la Argentina, la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires registró en el año 2000 que el 14,9% del total de determinaciones de alcoholemias en conductores era positiva, pero solo el 2,7% superaba el límite de 0,50 g/l. y era, por tanto, punible. (Tabla 13).

Positivas no punitivas: de 0,01 a 0,49 g/l .												
Positivas punitivas:												
1° grado - desde 0,50 hasta 0,99 g/l .												
2° grado - de 1 a 2 g/l .												
3° grado - más de 2 g/l .												
Total Anual	Alcoholemias		Grado			Edad					Sexo	
	Posi tivas	Puni tivas	1°	2°	3°	< 18	18 - 21	22 - 30	31 - 40	> 40	Fem	Mas
20587	2510	555	348	174	33	16	104	200	114	121	15	540

Tabla 13. Resultados de alcoholemias – Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones Provincia de Buenos Aires. Año 2000. Números absolutos

Fuente: Dpto de investigación epidemiológica SPAA.

En los fenómenos relacionados entre la elación y la disminución de las señales de advertencia, está implicado una multiplicidad de trastornos que, deslizados

dentro de la normativa, recuerda la imagen del témpano en el que la parte sumergida se representa por *un gran número de personas de bajo riesgo que puede originar más casos de una enfermedad que el reducido número que tiene riesgo elevado.* (Rose ,1985, pp. 32-38) .

4.2. Vulnerabilidad.

Los resultados del Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas de Sedronar de 1999 –ENSA99-, aportaron en ese momento un perfil global del consumo de bebidas alcohólicas en la Argentina. Sobre un total de 2.699 casos, 2.467 habían consumido bebidas alcohólicas. Es decir que nueve de cada diez personas de 16 a 64 años habían tomado alguna vez una bebida alcohólica. Siete de cada diez lo había hecho en los treinta días anteriores a la encuesta, ocho en los doce meses anteriores. (Tabla 14).

Prevalencia de consumo de bebida alcohólica alguna vez en:	Masc	Fem	Total	
	%	%	Abs	%
30 días	78,9	54,4	1787	66,2
Último año	89,5	76,9	2240	83,0
Ex consumo	6,9	9,8	227	8,4
De vida o global	96,5	86,7	2467	91,4

Tabla 14. Consumo de alcohol según sexo. Valores ponderados.

ENSA. Población 16-64 años. Argentina 1999

Esta tesis se propuso conocer, en particular, si los resultados de prevalencia, en grupos que habían consumido bebidas alcohólicas durante el año anterior a la encuesta difería según condiciones de Vulnerabilidad en el campo psicosocial.

Es decir, si las carencias en los aportes necesarios para el desarrollo psicosocial de los grupos afectaba sus prácticas con las bebidas alcohólicas, bajo el supuesto (Alonso-Fernández, 1981) de que estas carencias podían incidir tanto sobre la formación de un pensamiento crítico frente a la Exposición, como con la capacidad de respuesta frente a las mayores tensiones que determinaban.

El análisis de esta relación se realizó en base a la información recogida por el ENSA99. Los efectos de la pobreza –y de sus consecuencias psicosociales– sobre el consumo de alcohol se definieron por los datos disponibles de NBI en el grupo de 1.767 personas que habían tomado una bebida alcohólica, al menos 12 veces en el último año, de la muestra de 2.699 personas de la muestra tomada por SEDRONAR.

En un primer análisis no se discriminaron las cantidades de bebida tomadas en cada oportunidad. De esta forma el consumo fue analizado en forma general a partir de la Vulnerabilidad por NBI. Los resultados obtenidos sobre el consumo de alcohol de las personas, sin precisar cantidades, mostraron que no había

diferencias de vulnerabilidad de acuerdo a que provinieran o no, de hogares con NBI. (Tabla 15).

NBI			
SI		NO	
269	77,2%	1488	78,6%

Tabla 15. Consumo global de bebidas alcohólicas en personas que consumieron una bebida alcohólica, al menos doce veces el último año. Números absolutos y porcentajes de columna

ENSA. Población 16-64 años. Argentina 1999

La relación entre el uso indeterminado de bebidas alcohólicas y las condiciones socioeconómicas ha llevado, en algunos casos, a la interpretación sobre que el uso de bebidas alcohólicas es un fenómeno independiente de lo social. Esta afirmación es parcialmente cierta y se verifica cuando la medida del consumo alcohólico no precisa la magnitud de la ingestión.

Así, por ejemplo, en el informe de un estudio realizado durante el año 2003 sobre 31.600 estudiantes, se concluye que *“No hay diferencias en el consumo según la clase social de pertenencia”* (Sedronar, 2003, p. 10). En este caso, lo cierto es que errores del cuestionario propuesto por la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas - CICAD/OEA- y adoptado por la Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media de Sedronar en el año 2001 llevaron a medir la ingestión de bebida con una pregunta cerrada de cuatro rangos donde, el primero de estos, forzaba la respuesta del estudiante dentro

del intervalo *-de 1 a 5 vasos-* de bebida alcohólica. Esto, obviamente, impidió cualquier intento de diferenciar un uso moderado de alcohol de otro excesivo. El abuso de alcohol, medido a partir de los ocho DU diarios (90cc -120cc de alcohol absoluto), representó el 13,2% de la población de 16 a 64 años que consumía regularmente, bebidas alcohólicas (Tabla 16).

Número de DU diarios en un día corriente	Porcentajes de columna
1	23,9%
2	21,8%
3	18,2%
4	6,8%
5	5,5%
6	7,1%
7	3,1%
8	1,4%
9	3,0%
10	1,0%
11	0,4%
12	2,6%
13	0,1%
14 y más	4,7%

Tabla 16 Población de 16 a 64 años que consumió bebidas alcohólicas, al menos uno o dos días a la semana, durante los últimos doce meses según cantidad diaria de alcohol, en DU, en un día corriente. Base 1.380 personas.

ENSA. Argentina 1999

La tesis seleccionó de la base de datos del Estudio Nacional –ENSA99

(dirigido por el autor de la tesis) a las 1.380 personas que habían tomado,

semanalmente, alguna bebida alcohólica, durante los últimos doce meses antes de la encuesta.

Este grupo fue seleccionado por su condición de bebedores regulares (consumo semanal en el último año) y constituye como tal un grupo completo, tomado sin modificaciones, del Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas que se encuadra dentro de la muestra general. Los casos fueron diferenciados por NBI y contrastados, en este caso, de acuerdo a su ingesta diaria promedio, en *tragos* o Dosis Unitarias de alcohol – DU- (ver definiciones en *Método*). La Tabla 17 mostró que la relación entre NBI y consumo se modifica significativamente cuando en la alcoholización se precisan los datos de la ingesta alcohólica, por ejemplo en promedio de DU (cada una aproximadamente de 11,4 cc -15,2 cc de alcohol absoluto).

En los grupos con NBI el consumo promedio fue de 6,6 DU diarias y en los que no tienen NBI fue de 3,7 DU diarias.

	NBI	
	SÍ	NO
n	214	1166
Valor medio	6,6 DU	3,7 DU
Desvío	9,9	4,4

Tabla 17. Consumo de bebida alcohólica en personas que consumieron bebidas alcohólicas semanalmente, al menos uno o dos días, en los últimos doce meses, según promedio diario de tragos o DU por NBI.

ENSA. Población 16-64 años. Argentina 1999

Dif % =2,9 t = 6,94** Significativa a nivel de $p \leq 0,01$.

La relación entre NBI y el abuso de alcohol fue analizada a partir de una medida operativa de abuso de bebida (ver definiciones en *Método*) fijada en ocho o más DU diarios, equivalente a 90 -120 cc de alcohol absoluto - aproximadamente un litro de vino ó dos de cerveza ó ¼ de bebida destilada - (Horwitz et al, 1967, pp.18-19). .

En la tabla 18 se observó que los grupos con NBI, presentaban de manera estadísticamente significativa un mayor abuso de bebida alcohólica en relación a los grupos que satisfacían sus necesidades básicas.

Promedio DU diarias	NBI			
	SI		NO	
Menor de 8	158	73,83%	1017	87,22%
8 y más	56	26,16%	149	12,77%
Total	214	100,0%	1166	100,0%

Tabla 18. Consumo de bebidas alcohólicas en la población de 16-64 años que tomó bebidas alcohólicas, al menos uno o dos días a la semana, en los últimos doce meses, según límite de ocho DU diarias, por NBI. Números absolutos y porcentajes.

ENSA. Población 16-64 años. Argentina 1999

Dif % = 13,39 z = 4,25** significativa a nivel de $p \leq 0,01$

Los entrevistados del ENSA99 con una historia de abuso de alcohol manifestada en trastornos como la centralización de la bebida y perjuicios en la relación social fueron analizados según la condición de NBI de sus hogares.

Los casos donde el abuso de alcohol ha llevado al abandono o secundarización de otras actividades en la vida de una persona, se presentaron vinculados significativamente con NBI en los contrastes de la Tabla 19.

Indicador: "La bebida hizo que dejara o disminuyera considerablemente actividades importantes".	NBI			
	SI		NO	
Si	29	13,6%	89	7,7%
no	185	86,4%	1072	92,3%
Total	214	100,0%	1161	100,0%

Tabla 19. Preeminencia de la bebida alcohólica sobre la vida de la persona, en la población de 16-64 años que tomó bebidas alcohólicas, al menos uno o dos días a la semana, en los últimos doce meses, Números absolutos y porcentuales.

ENSA. Población 16-64 años. Argentina 1999

Dif % = 5,9 z = 2,38* significativa a nivel de $p \leq 0,05$

Los casos donde el abuso del alcohol ha llegado a perjudicar los afectos cercanos de la persona, se manifestaron relacionados significativamente con NBI en los contrastes de la Tabla 20.

Indicador: "El beber le ha causado problemas con algún miembro de su familia o con algún amigo".	NBI			
	SI		NO	
Si	34	15,9%	80	6,9%
no	180	84,1%	1083	93,1%
Total	214	100,0%	1163	100,0%

Tabla 20. Consecuencias perjudiciales de la bebida alcohólica sobre la relación con algún miembro de su familia o amigo, en la población de 16-64 años que tomó bebidas alcohólicas, al menos uno o dos días a la semana, en los últimos doce meses .
Números absolutos y porcentuales.

ENSA. Población 16-64 años. Argentina 1999

Dif % = 9% $z = 3,46^{**}$ significativa a nivel de $p \leq 0,01$

Dentro de las carencias relevantes y como tal integrante de NBI, la insuficiencia educativa fue parte de la Vulnerabilidad en el campo psicosocial. Los resultados del ENSA99 señalaron a la menor educación asociada con una mayor vulnerabilidad. Los dos primeros grupos educativos (Primaria completa y Secundaria completa) presentaron un promedio de 19,2% de sus casos con

abuso de bebida mientras que el promedio de los terciarios incompleto y completa es muy inferior con 7,3% (Tabla 21).

Total	Primaria completa	Secundaria completa	Terc/univ incompleta	Terc/Univ completa
13,2%	23,4%	15,0%	9,5%	5,1%

Tabla 21. Ingesta de ocho o más DU diarios en la población de 16-64 años que tomó bebidas alcohólicas, al menos uno o dos días a la semana, por nivel máximo de estudio alcanzado. Porcentajes por columnas

ENSA. Argentina 1999

- El número de casos utilizados en los contrastes fue consultado con las tablas de Cohen (1998) hallando que los n usados demostraron tener una potencia de 80% y permitían justificar los resultados (Cortada de Kohan, 2004) -

El contexto educativo en la Argentina de la última década, que da un marco de referencia para la ubicación de los datos presentados ha sido referido por los estudios de UNESCO y de organizaciones locales como SIEMPRO:

Durante el año 2000 la UNESCO y la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) completaron el estudio sobre comprensión de textos entre estudiantes de 15 años de edad en 41 países. El rendimiento en cuanto a pensamiento crítico ubicó a la Argentina entre los últimos lugares junto con otros países latinoamericanos (México, Chile, Brasil y Perú). Los resultados en esta prueba indicaron que un 44 por ciento de los adolescentes argentinos de 15 años tenía inconvenientes para comprender textos sencillos (UNESCO – OECD, 2000). Situación que se ha diferenciado para algunos

autores de acuerdo a la desigualdad que existió frente a los recursos educativos disponibles.

“Los más pobres sólo pueden conseguir fast-food televisivo; los menos pobres consumen eso y algunos otros bienes, mientras recuerdan las buenas épocas de la escuela pública adonde ya no pueden ir sus hijos o donde sus hijos ya no reciben lo que los padres recibieron; los otros, eligen donde quieren, como en todas partes.”

(Sarlo, 1994, Pág. 8).

Los informes del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales – SIEMPRO – relacionados con los temas de educación y pobreza durante 1998-1999 indicaron que la educación en la Argentina en la década de los noventa aumentó los años de escolaridad de las nuevas generaciones con respecto a la de sus mayores en los diferentes sectores sociales. (SIEMPRO, 1999). Sin embargo, la “devaluación educativa” (mayor exigencia educativa en los puestos de trabajo) y la diferencia en años invertidos por sectores sociales, hizo que la vulnerabilidad se acentuara para los grupos más excluidos.

En promedio, los hogares del quintil más rico tienen algo más de cuatro años de escolaridad que los más pobres (12 años de escolaridad vs. 7,7 años) La CEPAL calcula que actualmente en América Latina son necesarios entre 12 y 14 años de estudio para

que una persona pueda situar a un hogar tipo fuera de la situación de pobreza por ingreso". (SIEMPRO, 1999, p.3)

El informe de SIEMPRO indicó que uno de cada cuatro jóvenes de 14 a 18 años estaba excluido de la escuela secundaria, en relación directa con la pobreza del hogar. En síntesis cabe el señalamiento que, desde esta situación de Vulnerabilidad en el campo educativo se dio, entonces, la confrontación con la Exposición al abuso de alcohol.

"Hay campañas publicitarias que, con frecuencia, se aprovechan de las aspiraciones y frustraciones de grupos especialmente vulnerables para promover ciertos productos, pasando por alto sus efectos perjudiciales, como acontece en el caso de la propaganda del alcohol, el tabaco y otras sustancias."

(Desjarlais, 1997, p. 133).

CÁP. 5. DISCUSIÓN.

En la Argentina de las últimas décadas, el tema del uso de sustancias adictivas ha concitado la atención de la sociedad y despertado la preocupación de numerosas personas e instituciones. Dentro de esa temática, el alcoholismo fue identificado como una de las partes del problema. Pero, así como las sustancias ilícitas fueron reducidas al fenómeno de la adicción, en el caso del alcoholismo un examen minucioso de las reacciones sociales mostró, casi siempre, una conciencia del problema vinculada con lo que Cimbal, a principios del siglo pasado, caracterizaba como la sed irresistible por la intoxicación (Horwitz et al, 1967p.49) .

Sobre esta percepción, limitada a las manifestaciones de la dependencia, fueron diseñados gran parte de los recursos educativos y sanitarios específicos. De esta forma, el síndrome de abstinencia al alcohol se constituyó en el ejemplo que reiteradamente demostró los efectos nocivos del alcohol en la persona; la ruina social, ejemplificada como la pérdida del trabajo y de la familia, ilustró sobre sus consecuencias en la sociedad.

El análisis de esta tesis, sin embargo, no fue restringido al tema de la dependencia alcohólica sino que, enmarcado dentro del continuo de la relación del hombre con las bebidas alcohólicas, se dirigió a la expresión epidémica del abuso y sus relaciones con las condiciones sociales de un grupo en un momento dado.

En esta medida, el abuso de alcohol ha sido considerado como un problema social que desborda la dimensión clínica, para presentarse como una resultante del campo configurado por la Exposición de los grupos a los diferentes influjos del mercado de las bebidas alcohólicas y por su Vulnerabilidad en el campo psicosocial para manejarse con estas presiones.

Las formas culturales que caracterizaron el uso del alcohol (Alonso-Fernández, 1981) son consideradas aquí como una emergencia de esta relación. En la Argentina, en lugares tradicionales para las pautas mediterráneas de bebida - Capital Federal y Provincia de Buenos Aires - , el consumo de bebidas alcohólicas integrado dentro de la alimentación y en el marco familiar experimentó cambios significativos durante las últimas décadas. El vino, como bebida paradigmática de este pattern ligado estrechamente a la inmigración italiana (Lolli et al, 1958; Negrete, 1985) retrocedió significativamente mientras el avance de otras bebidas, particularmente la cerveza, ganó posiciones dentro del sector juvenil.

Desde el área del marketing a fines de los años ochenta, se señalaban dos hechos como causales del retroceso del vino (Clarín. 27/03/1988 p. 20). Por un lado las mayores exigencias sociolaborales de la vida moderna, que impedían el almuerzo familiar tradicional, por otro, el control calórico de la dieta. Los resultados examinados mostraron diferencias con estas explicaciones.

En relación con los impedimentos para el encuentro familiar esto no se limitó a un problema de una menor oportunidad para beber sino que indicó el deterioro de los espacios donde los grupos compartían preocupaciones y aflicciones

(Holtzman et al, 1988). Este debilitamiento de la contención psicológica grupal fue, en muchos casos, una inducción a la búsqueda de una solución farmacológica que encontró en el alcohol un medicamento que no da su nombre (Dejour, 1992, p.240), una resolución química de los conflictos a partir de la modificación del estado de ánimo y el comportamiento sin participación o confrontación con el mundo externo (Míguez, 2004).

El descenso del consumo de vino como consecuencia del control calórico de la dieta y de una tendencia mundial hacia el cuidado de la salud que buscaba bebidas de menor graduación, tal como se sostuvo desde el mercado, no fue sostenido por los datos. Estos mostraron, no sólo a importantes grupos de menores de edad involucrados en dietas para disminuir el peso, si no también, como el uso de bebidas percibidas como menos calóricas tenían efectos paradójicos en el consumo. Es el caso de las cervezas que, a pesar de su menor graduación, aumentó significativamente la cantidad de alcohol absoluto consumido en el mercado (Míguez, 2003), al punto de cuadruplicar en 15 años el total de alcohol absoluto del conjunto de todas las bebidas destiladas.

Los resultados señalaron que el problema epidémico del abuso de alcohol era, en gran parte, un problema de jóvenes, con una modalidad de ingesta diferente a la de la cultura mediterránea, no solo en el tipo de bebida sino también en la forma y la oportunidad. Es decir, una bebida independiente de lo alimentario, utilizada en ámbitos externos como las plazas o las calles y de manera episódica o intermitente en relación con el fin de

semana. La búsqueda de los efectos farmacológicos del alcohol fue dominante sobre otros usos (Míguez, 1999; ídem, 2004). Algo más de tres décadas después del estudio de Grimson et al en 1972, la bebida intermitente desplazó a la consuetudinaria (MS/GBA/SADA, 2003). Los resultados comparados mostraron al patrón cultural dominante en los grupos juveniles mucho más cerca ahora, de las modalidades de ingestión ambivalente caracterizado para las culturas anglosajonas (Alonso-Fernández, 1981).

Los datos de la venta de bebidas en la Argentina, las referencias de los técnicos responsables de su marketing y los análisis críticos de instituciones del área de salud indicaron que, en la Exposición al mercado de las bebidas alcohólicas, fue distintiva la hegemonía de las cervezas como bebida juvenil. Esto se logró mediante la facilitación de su Disponibilidad con bajos precios y en la diseminación de accesos a su compra desde diferentes espacios comunitarios. Esta Disponibilidad vio allanada las resistencias por una amplia Tolerancia Social que fue resultado de una agresiva publicidad.

Los intereses comerciales tuvieron un papel activo sobre la formación de las representaciones que conformaron la Tolerancia Social de los grupos sociales con el alcohol. Actuaron sobre lo que se ha llamado la disponibilidad emocional (Gossop & Grant, 1990, p. 35), cuyo significado tiene que ver con reconocer que, además de la disponibilidad material del alcohol –o de otras sustancias adictivas-, existe también la disponibilidad de la persona para su utilización abusiva entendiéndolo que está bien hacerlo. Por otra parte, también debieron considerarse las reformas legislativas que impulsó en el 2003, el Ministerio de

Salud, para el control de la Disponibilidad de bebidas para los menores y los controles planteados sobre la Tolerancia Social en la publicidad que integraron la dinámica de fuerzas, acciones y reacciones donde se conforma la disponibilidad emocional de Gossop y Grant.

Las propiedades químicas y fisiológicas han sido tradicionalmente la base utilizada para describir la conducta respecto a las bebidas alcohólicas; pero las consecuencias que estas tienen sobre el comportamiento, dependen tanto de la representación social que existe sobre lo que esa droga hace, como de los procesos fisiológicos que tienen lugar. Cuando alguien levanta una copa de alcohol, no se trata solamente de la clase de sustancia que va a consumir, sino también de lo que espera de ella y de lo que su grupo social le ha dicho que puede esperar (Míguez, 1998, p. 36).

La marca de las bebidas construyó *mundos posibles* (Wilensky, 2003, p.36) como parte de una *batalla de percepciones* (Ries & Trout, 1995, p.27). En la estrategia de marketing, el alcohol fue presentado como un objeto relacionado con la cabida en la vida social. En sociedades desiguales los medios han actuado, más que en otras, como el espejo de Erised (Desire) que enfrentó el joven Potter en la novela de Rowling (2001). La imagen que devuelve no es la de sí, sino la del cumplimiento ficticio de *el más profundo y desesperado deseo de nuestro corazón* ; dicho en el lenguaje del espejo: *I show not your face but your heart's desire* . (Rowling, 2001, pp.174-179).

La persona y la representación de este deseo inalcanzable se materializó para los jóvenes, en un momento difícil para insertarse socialmente, en un objeto-señuelo cuya promesa de marca consistió en superar, virtualmente, la desigualdad que encontraban en la vida real. Su precio fue la resignación que implicó la reducción farmacológica de los estados de displacer sin atender las causas que lo determinan (Míguez, 1998, p.25).

La bebida alcohólica, promocionada como identificación con el éxito, lejos de neutralizar los conflictos, aumentó los sentimientos de impotencia exaltando el pensamiento mágico y el escape de sí mismo.

Algo más de diez años pasaron de aquel estudio y la memoria de esos resultados trae, también, la respuesta del joven de diecisiete años que cuando le preguntamos por qué lo hacía, después de pensarlo respondió en voz baja y casi con vergüenza "porque quería ser otro". (Míguez, 1999, pp. 211-222).

El mundo complejo que atravesaron los jóvenes de la Argentina en las últimas décadas, fue para algunos de ellos, el motor de búsqueda y de consumo de imágenes publicitarias despreocupadas, asociadas con el triunfo e indiferentes a las frustraciones de las realizaciones significativas o de valor (Mariategui, 1967, p.30). En una década donde, en promedio, la tasa de desempleo fue más del doble de la década previa (Abdala, 2002) transcurrió la agresividad de la estrategia publicitaria y el crecimiento espectacular (Kosacoff, 1998) del mercado de bebidas en la población adolescente. Las advertencias que contenían las palabras de Dumbledore, el maestro de Potter, se cumplieron para muchos de los jóvenes que lo leyeron en esos años:

“...Y si alguna vez te cruzas con él, deberás estar preparado. No es bueno dejarse arrastrar por los sueños y olvidarse de vivir, recuerda eso.”

(Rowling, 2001, pp .178-179).

En el continuo de relaciones posibles con el alcohol, la Vulnerabilidad en el campo psicosocial es la otra parte del campo de fuerzas que dio lugar a la presentación epidémica de las prácticas de abuso.

En la tesis se optó por estudiarla mediante la operacionalización de la información disponible en el ENSA99. En consecuencia se utilizaron las definiciones y los datos recogidos por ese estudio que tipifican la Pobreza Estructural por medio de las Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI- .

La consideración de la pobreza, como indicativa de vulnerabilidad frente al abuso de alcohol, fue sostenido por diferentes estudios que la relacionaron, junto con otros factores, con la determinación de alto nivel de *estrés social* (Negrete et al. 1985, p.83). Las condiciones de insatisfacción de las necesidades básicas fueron también señaladas como situación de riesgo frente al abuso de alcohol al promover la búsqueda de *una evasión sistemática* (Horwitz et al 1967, p.30) a estas situaciones.

Los contrastes estadísticos entre los grupos del ENSA99, diferenciados según la satisfacción de necesidades básicas, indicaron que los casos que se encontraban con NBI se asociaban con una mayor cantidad de bebida diaria promedio y, también, que llegaban en mayor proporción a una ingesta de

abuso por encima de 90 cc diarios de alcohol absoluto, durante al menos uno o dos días a la semana, en los doce meses anteriores a la encuesta de Sedronar. En forma similar el beber de los casos con NBI fue proporcionalmente más alto en el abandono de actividades importantes para la persona y en la afectación de sus relaciones interpersonales.

Los datos señalan, en este sentido, la vinculación del abuso con la tensión social originada en *la inadecuación de las estructuras sociales* (Mariátegui, 1967, p30) tanto por la conflictividad específica que despierta la privación (Saforcada, 1999) como por la merma en los recursos cognoscitivos para su contestación (Alonso-Fernández, 1981).

Sin embargo, así como se observó el papel de la tensión social en el abuso de alcohol, cabe señalar también como parte del proceso, los efectos inversos. Es decir el papel del abuso que incrementó la tensión social en los grupos con mayores privaciones. Es decir, que cuando el mundo fue recortado por el abuso y se deterioraron los vínculos más cercanos, la presencia de NBI aumentó significativamente esos costos. Es decir, sus consecuencias ruinosas, como era de esperar, impactaron con mayor fuerza cuanto más crítica era la situación social y laboral en la que se encontraba el individuo.

Esta situación no implicó la inexistencia de problemas en los sectores que tienen satisfechas sus Necesidades Básicas sino que las alternativas de apelar a mayores recursos para posponer los resultados y amortiguar sus

consecuencias en lo inmediato, disminuyó las proporciones relativas del problema.

Estos resultados fueron considerados tomando en cuenta que los casos, correspondían a una muestra representativa nacional de 16 a 64 años, por lo que estuvieron bajo condiciones de Exposición semejantes a las que tuvo el mercado de bebidas alcohólicas de la Argentina de 1999. De esta forma ante la misma Exposición hubo resultados diferentes según el NBI de los grupos.

Las definiciones socioeconómicas utilizadas por el ENSA99 incluyeron el ítem educación y fue considerado como indicativo de NBI para los contrastes anteriormente expuestos entre grupos y abuso de alcohol. Por aparte de la consideración del índice de NBI, se estudió el abuso de alcohol según los niveles educativos reconocidos por los casos del estudio nacional de Sedronar.

Los diferentes niveles alcanzados en la educación fueron interpretados como situaciones de desventaja social en el logro de un pensamiento crítico y, por tanto, de diferente Vulnerabilidad ante la Exposición. En esta medida fue consistente que los resultados mostraran, a los porcentajes más altos de prevalencia de abuso, situados en una mayor proporción en los niveles más bajos de educación.

La aprobación o desaprobación de valores y creencias del marco de Tolerancia Social sobre la bebida, fue considerado como el resultado del ejercicio de un

pensamiento crítico, clave para la diferenciación entre las propiedades reales y la percepción construida, desde el mercado, en torno a las bebidas alcohólicas.

En este sentido, cabe reflexionar sobre la desigual Vulnerabilidad según los recursos educativos de los que se ha dispuesto. La presencia de niveles proporcionalmente más importantes de abuso en algunos sectores sociales pueden ser examinados sobre la base de una sociedad pedagógicamente debilitada para dotarlos de una mirada crítica del mensaje comercial que, aunque basado en un pensamiento mágico, tiene la fuerza económica necesaria para presentarse y reiterarse hasta verse creíble.

En el caso específico de los jóvenes vulnerables, el análisis de las debilidades en la lectura crítica de la Tolerancia Social puede poner en discusión si los comportamientos catalogados como de libre elección en relación al consumo de bebidas, no fueron, en algunos casos una construcción ficticia, donde lo determinante tuvo relación con los diferentes accesos a la formación de un pensamiento. (*Sarlo, 1994; Desjarlais, 1997*)

La vulnerabilidad del pensamiento crítico para analizar los componentes de la Exposición, apoyados en la tecnología comercial actual, se distingue de acuerdo a los recursos desparejos de una sociedad desigual, con fuertes tensiones sociales,

Sin embargo, frente a las mismas condiciones que impone la pobreza y ante una fuerte exposición a condicionantes del abuso, algunos grupos no participan

del mismo. Se ha considerado la correspondencia de explicaciones basada en conceptos de resiliencia comunitaria al considerar, por ejemplo, la organización del pensamiento crítico para la discusión del malinchismo analizado entre los problemas de las poblaciones no resilientes. (Melillo & Suarez Ojeda, 2001).

Desafortunadamente el ENSA99 no recogió aspectos como renuncia a los propios recursos culturales (malinchismo), la actitud pasiva y de inermidad (fatalismo), el autoritarismo y la corrupción. Estos indicadores, considerados por Ojeda como propios de una baja resiliencia comunitaria pueden estar en la base que diferencie a su vez subgrupos dentro de la pobreza estructural y apoyan la realización de otros estudios a futuro en este sentido.

Los resultados analizados aquí, dentro un modelo de comprensión que retoma conceptos de la epidemiología latinoamericana (Mariategui, 1967), ha definido el abuso de bebida dentro de la Exposición a condiciones de Disponibilidad y Tolerancia Social y en relación a la capacidad de respuesta de los propios grupos representada como Vulnerabilidad en el campo psicosocial. Esta relación entre la Exposición y la Vulnerabilidad ha sido una fuente de tensión social que dio lugar a diferentes respuestas.

Una, caracterizada por Merton (1980) como conducta de *retirada*, expresó al abuso como forma de reacción ante la tensión que surge de compartir las expectativas sociales y no tener los medios para alcanzarlas. Esto significó para algunos grupos, convivir con los valores impuestos como necesarios por

la tecnología del consumo, enfrentar cotidianamente y en todo lugar la disponibilidad de los objetos que los representan y no contar ni con los recursos para alcanzarlos, ni con la mirada crítica para cuestionarlos. Frente a esta conflictiva se optó por el abandono del mundo de afuera y la búsqueda de su construcción virtual por medio de las sustancias como el alcohol. La respuesta de retirada ha sido entendida como un concepto cercano al síndrome de indefensión aprendida mencionado por Saforcada (1999) como consecuencia de la Pobreza Estructural.

Otra respuesta diferente a las tensiones entre la Exposición y la Vulnerabilidad Psicosocial, fue la entereza para *resolver los reveses* y otras condiciones de tensión (Goodstadt et al 1992,p.1) sin buscar en el abuso *el intento ilusorio* de superarlos (Grimson, 1999,p.19) con desarrollo de respuestas resilientes (Melillo& Suarez Ojeda, 2001).

Entre estas dos respuestas, retirada o confrontación, se decidieron diferentes prácticas y creencias relacionadas con el abuso de alcohol. El desarrollo de una Política de Prevención puede desprender, del análisis de estas respuestas sociales, las claves para una estrategia de acción comunitaria.

Aspecto que, por otra parte, tiene múltiples vasos comunicantes con el campo de las sustancias ilícitas al compartir un denominador común, la salida farmacológica de los conflictos de la vida cotidiana.

CÁP.6. CONCLUSIONES.

Sobre el modelo de comprensión Exposición-Vulnerabilidad

Se concluye la atingencia del modelo de comprensión expuesto para enfocar el surgimiento del abuso de alcohol, en un momento histórico determinado, al dar cuenta de los fenómenos socioculturales que intervinieron dinámicamente en su origen.

El concepto de Exposición hizo posible una lectura integrada de dos campos complejos, la diseminación de bebidas alcohólicas (Disponibilidad) y la aceptación social de su consumo con riesgo (Tolerancia Social), que mostró la existencia de un medio ambiente con peso específico en las prácticas de abuso con el alcohol.

El concepto de Vulnerabilidad en el abuso de alcohol, permitió examinar el equilibrio de los aportes, necesarios para el desarrollo psicosocial de una comunidad, como una relación entre debilidad y fortalezas en la respuesta social a la Exposición.

En este caso, su expresión operativa se concretó según la información disponible en el ENSA99 del estado de las necesidades básicas en los grupos del ENSA99.

Sobre los resultados:

Las asociaciones que se observaron en la tesis, con implicaciones para el campo preventivo y en el desarrollo de investigaciones a futuro, son las siguientes:

a. Sobre la hipótesis de la tesis

Frente a condiciones semejantes de Exposición a las fuerzas del mercado de bebidas alcohólicas, los grupos de mayor Vulnerabilidad – identificados por NBI- mostraron una proporción de prevalencias de abuso de alcohol más alta, que los grupos menos vulnerables. Esta relación se expresó como hallazgo de una asociación, a nivel poblacional, entre abuso de alcohol y situaciones de pobreza estructural.

b. Sobre la Exposición:

Se halló que la cultura tradicional –mediterránea- de uso consuetudinario de bebidas alcohólicas, particularmente de la región central del país, fue modificada por pautas de ingestión episódica con mayor acento en el uso farmacológico de la bebida.

Esta modificación se presentó especialmente en la población de jóvenes y menores de edad, representantes de un mercado no contemplado anteriormente, que fueron un objetivo comercial declarado explícitamente.

Se encontró que el abuso de alcohol, con bebidas de baja graduación (4°-6°) fue facilitado desde el medio sociocultural por diferentes condiciones:

La Disponibilidad de bebida alcohólica que fue mantenida por un sistema de precios bajos.

La Tolerancia Social, que extendió la permisividad hacia grupos no habilitados para hacerlo (menores), hacia situaciones de riesgo y en el consumo de cantidades excesivas de alcohol.

c. Sobre la Vulnerabilidad

Se halló que la Vulnerabilidad en el campo psicosocial, expresada operativamente como NBI en el Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas de 1999, se asoció de manera significativa con los comportamientos de abuso de alcohol.

La asociación se observó como tasas más altas de abuso para grupos con NBI.

Se encontró que la carencia de recursos psicosociales no tuvo un valor neutro en la presentación o evitación de conductas de abuso del alcohol. El nivel de educación alcanzado, como ejemplo de una de sus expresiones, mostró asociación de las mayores prevalencias de abuso con menores niveles educativos.

Los niveles educativos fueron considerados en esta tesis como formadores del pensamiento crítico necesario para confrontar la Disponibilidad y la Tolerancia Social.

d. Sobre estudios a futuro

Por último cabe considerar, en estudios a futuro en la Argentina, evaluaciones sobre los constituyentes de la exposición y la vulnerabilidad y sus interrelaciones.

En el caso de la Exposición:

- a) evaluaciones de las cargas impositivas a la disponibilidad del alcohol y sus efectos sobre los costos que determinan los trastornos del abuso.
- b) evaluaciones del control de los mensajes inductores (control de la propaganda) y su papel en la modificación de la Tolerancia Social al abuso.
- c) evaluaciones sobre alcoholemias aceptadas y sus costos sociales

En el caso de la Vulnerabilidad Psicosocial:

las asociaciones significativas que se observaron relacionadas con mayor educación y comportamientos menores de abuso de alcohol apoyan el desarrollo de las siguientes investigaciones a futuro:

- a) El desarrollo del pensamiento crítico y su papel sobre la instalación comercial de marcas-señuelo ("*Espejo de Erised*") vinculada al consumo de alcohol en particular y a las sustancias psicoactivas en general.

- b) El papel del pensamiento crítico frente al manejo de la tensión social resultante de la posesión de recursos y expectativas desiguales desarrollando alternativas a la “conducta de retirada”.
- c) El papel de la integración social, como factor de resiliencia a las conductas de abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

CAP. 7. CONSIDERACIONES SOBRE LOS HALLAZGOS DE LA TESIS.

Desde el marco de una Psicología Social y con una mirada epidemiológica desde lo histórico-social la tesis se concentró en el campo de la ingestión de bebidas alcohólicas de la Argentina en el período de 1985 a 2003. El objeto de estudio se enfocó hacia el análisis del abuso de alcohol y su relación con los aportes sociales que disponían los grupos, buscando responder el interrogante siguiente:

¿La presentación epidémica del abuso de alcohol se distribuye de manera aleatoria, en situaciones de desigualdad social?

Esta pregunta requirió previamente examinar la condición epidémica de este fenómeno. El primer hallazgo de la tesis fue encontrar la modificación epidemiológica del patrón de ingesta de la década del setenta a fines del noventa.

El tradicional patrón mediterráneo, de ingestión regular de vino y vinculado a la alimentación cedió a la generalización de un consumo intermitente de fin de semana (cerveza, destilados y mezclas), por fuera de la alimentación y de la situación familiar. Las pautas asociadas a las culturas caracterizadas como ambivalentes, con una ingestión patológica cercana al bebedor gamma o al alfa introdujeron el uso farmacológico del alcohol dirigido a modificar vivencias o tensiones emocionales. Epidemiológicamente, las pautas de ingestión juvenil abusiva y episódica de fin de semana, con carácter de onda epidémica, se instalaron como nuevo problema en la sociedad.

La tesis identificó como determinantes de estos cambios la combinación, en el período de referencia, entre la agresividad de las estrategias comerciales y un ambiente de alta permisividad social hacia el abuso de alcohol. Los objetivos de esta combinación se dirigieron a la participación masiva de los adolescentes en el uso de bebidas alcohólicas. Los recursos sociales, cognitivos y de manejo emocional con que contaron efectivamente los grupos de jóvenes de diferentes sectores sociales para cuestionar, rechazar o confrontar los patrones que promocionaban la alcoholización episódica y abusiva no fueron contemplados en los planes nacionales, a la hora de tratar factores de riesgo, en el período de referencia.

La vinculación entre prevalencia de trastornos mentales y situación de pobreza fue escasamente tratada desde que en 1969, Tarnopolsky, Del Olmo & Valdemarin, en el Partido de Lanus de la Provincia de Buenos Aires, determinaron epidemiológicamente las primeras relaciones entre los sectores carenciados y las tasas más altas de desórdenes mentales (Mariategui & Adis Castro. 1970)

A partir de considerar estas lagunas en el campo preventivo la tesis optó por dirigir su análisis a la relación entre el abuso de alcohol como fenómeno epidémico y la situación de desigualdad social en el acceso a bienes y servicios en la Argentina.

Hoy, con los resultados de la crisis social y económica del año 2000 y el estallido de la pobreza en la Argentina, un análisis de los problemas de la pobreza estructural y el abuso de alcohol constituye un insumo, que el autor entiende de utilidad actual para el diseño de estrategias y prioridades de una política preventiva nacional sobre el abuso de alcohol en particular y las sustancias adictivas en general.

El estudio de estas relaciones desde el campo social exigió el aporte de un nuevo modelo de análisis que integrara factores (tratados habitualmente como una simple sumatoria) tan diversos como la política de precios, las estrategias de publicidad, la permisividad social y los recursos con que cuentan las personas para su desarrollo psicosocial en la Argentina empobrecida de hoy en día. Esto, para poder medir el abuso de alcohol, con una definición original, en medidas objetivas de aplicación local.

El análisis para examinar estadísticamente la supuesta aleatoriedad del abuso de alcohol en los grupos con diferentes recursos sociales exigió previamente un arduo trabajo de la tesis para ponderar el papel que tuvo el mercado de bebidas alcohólicas de los últimos años sobre la población general. Esto se realizó caracterizando las situaciones de Exposición (Disponibilidad y Tolerancia social) en un período que se concentró entre 1985 y 2003.

Una vez definidas estas condiciones se utilizaron los datos del abuso de alcohol producidos por un estudio con representación a nivel nacional. Para esto la tesis utilizó los datos producidos por su autor como investigador principal del estudio epidemiológico nacional : *Estudio Nacional Sobre Sustancias Adictivas de Sedronar . ENSA99 (Hugo A. Míguez: Director General)*

La tesis uso también otros datos donde el autor tuvo a su cargo la investigación que los produjo. Es el caso del Primer Estudio Provincial de Sustancias Adictivas en Hogares y los aportados por los Centros de Estudios Locales sobre Riesgo Psicosocial. Tanto en la investigación nacional como posteriormente en la de la Provincia de Buenos Aires, Hugo Míguez fue el director de la investigación y los datos obtenidos fueron responsabilidad directa del autor de la tesis.

La tesis probó, con procedimientos estadísticos válidos, que los consumos de abuso de alcohol, no se distribuyen de forma aleatoria en la sociedad. Los resultados mostraron asociación estadísticamente significativa de las tasas más altas de abuso con los sectores con menores recursos sociales.

Esto, en una muestra representativa de la Población Nacional Urbana de la República Argentina de 16 a 64 años, que había tomado bebidas alcohólicas de manera regular en el año anterior a la Encuesta Nacional

Los grupos con menores recursos sociales fueron definidos a partir de la medición de Necesidades Básicas Insatisfechas siguiendo las pautas del INDEC. Este índice fue interpretado como una medida de Pobreza Estructural. La vulnerabilidad expresada de esta forma, no es sostenida por la tesis como *única vulnerabilidad posible* sino que priorizó un campo no desarrollado en la Argentina desde lo epidemiológico social.

Esta investigación sobre las relaciones de la pobreza y el abuso de alcohol fue inscripta en el marco de referentes históricos de la psiquiatría latino americana (Marconi, Mariategui) , de la psicopatología laboral europea (Dejours), de la epidemiología de las sustancias adictivas (Perez-Gómez, Medina Mora) y por alcoholólogos internacionales contemporáneos (Negrete, Alonso-Fernández).

Un hallazgo de aplicaciones importantes en el campo preventivo fue demostrar que la distribución del consumo (sin especificar) de bebida alcohólica se cumplió para todos los sectores sociales sin diferencias, pero que, en contraposición, el abuso de alcohol se concentró de manera estadísticamente significativa en los grupos carenciados.

Esta relación puso en cuestión la creencia difundida acerca de que los problemas de alcohol en la Argentina *se encontraban en todos los sectores sociales*, haciendo necesario distinguir: por un lado que esto fue válido para el consumo general. Por otro lado que, si bien los datos mostraron que hubo abuso en sectores no carenciados, tenían en el período estudiado una

proporción significativamente menor que en los grupos afectados por la Pobreza Estructural.

La tesis probó, estadísticamente, la no aleatoriedad de la distribución del abuso de alcohol según NBI. Es decir, señaló con base a un estudio de uso de sustancias adictivas de representación nacional -ENSA99-, que las mayores tasas de abuso se presentaron en la población con pobreza estructural en la Argentina -.

El abuso de bebidas alcohólicas vinculado a las situaciones de carencia de bienes y servicios elementales, se consideró afín al concepto de conducta de *retirada* definida por Merton. Definición que se propuso dar explicación del abuso de sustancias psicoactivas como una forma de reacción a la tensión que produce, en algunos grupos, el compartir las expectativas generales de satisfacción de necesidades básicas pero sin contar con los medios para lograrlas.

Estos conceptos tienen importantes consecuencias en el campo de la prevención ya que muestran que la ingesta excesiva y episódica, instalada en las últimas décadas, requiere acciones preventivas que recorran un camino diferente a los del modelo ético-jurídico, centrado en educar a los jóvenes sobre las consecuencias nocivas del abuso de alcohol.

En la actualidad se sostiene (OPS, 2001) la necesidad de que un enfoque preventivo, para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, incluya la formación de habilidades sociales e interpersonales (comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía) de habilidades cognitivas (toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación) y habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y el aumento interno de un centro de

control). Pero, la diseminación de la pobreza en los últimos años en la Argentina, hace necesario considerar el recorte que aquella introdujo en las instituciones que tienen un papel a cumplir en la formación de las habilidades mencionadas. Los datos analizados en la tesis señalan que, sólo en materia educativa, los recursos para esta formación son insuficientes para los grupos que no llegan a satisfacer ni siquiera sus necesidades más elementales. Esto, sin dejar de hacer notar que, desde la Psicología Sanitaria se señala como resultado de la Pobreza Estructural y las barreras psicosocioculturales , los *síndromes de indefensión aprendida [...], de discriminación y abandono, de miedo social, de defraudación, de desaliento/desesperanza*, (Saforcada, 1.999, p.162).

Una referencia histórica para los psicólogos señaló a mediados de los sesenta que el campo de trabajo comunitario “ *incluye problemas de orden económico, social y cultural, tales como los de vivienda, trabajo, desocupación, alimentación, etc. y el satisfacer estas necesidades, tanto como atender a las condiciones sanitarias, es tarea que incumbe a la salud pública y la psicohigiene; a esta última, específicamente, le corresponde atender a todos los factores psicológicos que están implicados en la no satisfacción de estas necesidades o en la promoción necesaria para atenderlas en la escala que se requiere.* (Bleger, 1965. 7° Ed.1991, p.P119)

A la luz de la situación argentina actual, los resultados obtenidos por la tesis señalan como recomendación que, entre las responsabilidades de un psicólogo y su acción con los diversos grupos sociales, debe priorizarse su papel en el control de la exposición y en el apoyo de los elementos resilientes de las poblaciones más vulnerables por sus necesidades sociales.

BIBLIOGRAFÍA

Abdala, E. (2002) Jóvenes, educación y empleo en América Latina. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población (CIEAP) Universidad Autónoma del Estado de México *Papeles de Población N°33. pp.224-239*

Allport, G. W. *El trasfondo histórico de la moderna psicología social en Acción e ideología* 4° Ed. (1990) Martín-Baró, I. República de El Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Aguinaga Bialous,& S. Shatenstein, S. (2002). *La rentabilidad a costa de la gente*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

ALAFACE. (1998).*Cómo vender cerveza?* Asociación Latinoamericana de Fabricantes de Cerveza. Base de datos.
<http://www.cerveceroslatinoamericanos.com/privado/noticias/Noti521.htm>

Alonso-Fernández. (1981) *Alcohol-dependencia*. Psiquiatría en la Sociedad Madrid: Pirámide. S.A.

Bales, R.F. (1946): Cultural differences in rates of alcoholism, "*Quart. J. Stud.Alc*", 6:480-499.

Beccaria, L.: *Desempleo, pobreza y exclusión social*. 19 de julio de 2002
Universidad Nacional de La Plata . Departamento de Sociología

<http://www.cambiocultural.com.ar/universidad/beccaria.htm>

Blanco, R., J. Portillo & San Martín, H., (1991) *Teoría Social de la Salud*. .

Montevideo: Universidad de la República.

Bleger, J. (1991) *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.

Brundtland H.G. (2003) *Statement by the Director-General to the Intergovernmental Negotiating Body on the WHO framework convention on tobacco control* at its sixth session Geneva: Monday, 17 February 2003.

A/FCTC/INB6/DIV/6

Bruzzone A. (2002) *Análisis de la cadena de Cerveza*. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos. Dirección de Industria Alimentaria.

www.sagpya.mecon.gov.ar/alimentos/bebidas

Cámara de la Industria Cervecera Argentina. (1990) *Boletín Estadístico N°3*.

Segunda edición. Buenos Aires: CICA

Castellano, W. M. (1982) Introducción al estudio antropológico del alcoholismo en los aborígenes norpatagónicos. *Neuropsiquiatría y Salud Mental*. XIII pp.1-108 (3)pp .82-85

Chafetz M. (1971) *Uso y abuso del alcohol*. España: Ayma SA.

CIE10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid: MEDITOR & Lopez Ibor.

Cohen, J.(1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, N.J.Lawrence Erlbaum Pub.

Cortada de Kohan, N (2004). Consultoría sobre contrastes estadísticos de los datos de ENSA99 realizados en la tesis. Buenos Aires 28/7/2004.

Dejour C. (1992) *Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Creedla-Humanitas.

De Lint. (1977) *Alcohol control policy as a strategy: a critical examination of the evidence*. *Alcoholism and Drug Dependence: A multidisciplinary Approach*. New York : Plenum Press, pp.. 425-450

Desjarlais,R., Eisenberg,L.,Good & B. Kleinman. (1997)*Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington D.C. : Organización Panamericana de la Salud.

DSM-IV. (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: MASSON,S.A.

Ehrenberg. A. (1991). *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Evangelista, O., Saforcada, E. & Marconi, J. (1975) Estudio de las actitudes hacia el alcohol en adolescentes de tres estratos sociales de la ciudad de Córdoba, *Acta Psiquiat, Psicol. Amer. lat.* , , 21 N° 2, pp. 101-111.

Feuerlein, W. (1982) *Alcoholismo: abuso y dependencia*. Barcelona: Salvat.

Goodstadt, M.S. Loranger, P.D., & Gliksman, L.L. (1992). *Plan Estratégico Nacional contra el Abuso de Drogas*. Fundación para la Investigación de la Adicción, Toronto, Canadá Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo.. Montevideo: Junta Nacional sobre Drogas de la República Oriental del Uruguay. pp. 1-43

Gossop, M. & Grant, (1990) *Prevención y Control del Abuso de Drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Granier-Doyeux M. & Gonzalez-Carrero, A. (1979) *Farmacodependencia*. Venezuela: Ministerio de Sanidad y de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales.

Grimson W. R. (1999) *Sociedad de adictos*. Argentina: Planeta.

Grimson, W. R. ; Blanco, A., Estrugamu, M., Lastres, E. , Henchí, S., Phillipott, E. & Teisaire, A.M. (1972) Investigación epidemiológica de entidades psiquiátricas. *Bol. Of. Sanit. Panam.* Vol LXXIII N° 6. pp. 573-585

González, V. Sepúlveda, J. & Gaete, J. (1976) El alcoholismo social: apuntes para un enfoque integral. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, mayo-agosto. Costa Rica : Csuca.. pp. 25-54.

Gutierrez Noriega, C. (1937). Diseño de un estudio psicológico y antropológico de la raza amerindia. Lima: *Actualidad Méd. Peruana*.

Heath D. (1981) Factores socioantropológicos de la etiopatogenia del alcoholismo. *Actas del II congreso iberoamericano de alcohol y alcoholismo – Chile: .AIEPA-* pp. 15-24

Holtzman, W. Richard I. Evans, Kennedy S. & Iscoe I. (1988) Psicología y Salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud *Bol. Of. Sanit. Panam. 105 (3) pp. 320-340.*

Horton, D. (1943) : The function of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study. *Quart. J. Stud. Alc. 4 199*

Horwitz J. Marconi J. y Adis Castro. (1967). *Epidemiología del alcoholismo en América latina*. Buenos Aires: Acta. Fondo para la Salud Mental.

Horwitz, J. & Mardones J. (1971) Fundamentos para la puesta en marcha de un centro de estudios sobre el alcohol y el alcoholismo. *Informe restringido de consultoría* 5-19 diciembre.. San José de Costa Rica: OPS-OMS.

Huss, M. – *Chronische Alkohols krankheit* . Stockholm-Leipzig: 1852

Jellinek E.M. (1960) *The Disease Concept of Alcoholism*. Section III, 1.2. New Haven, Hillhouse: pp. 35-41

Jodelet, d. (1984) Représentation sociales : phénomènes, concept et théorie, in S. Moscovici, *Psychologie sociale*. París : P.U.F.

Kosacoff B. (1998) *Estrategias empresariales en tiempos de cambio. El desempeño industrial frente a nuevas incertidumbres*. Buenos Aires: CEPAL-UNQUI. pp. 64-65.

Landaburu, A. J.; Kohn Loncarica , A. & Zarranz, A. (1981) Apuntes preliminares para una historia del alcoholismo en la Argentina. *Buenos Aires: Quirón. Vol 12 . N° 1-2*.pp.134-138

Laurell, C. (1977) . Algunos problemas conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. Año 3, N°6. Costa Rica: Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud (CSUCA).

Lorenzo,P., Ladero J. M., Leza, J. C., & Lizasoain,I.(2003) *Drogodependencias*. 2º edición. España:Médica Panamericana

Lolli,G.,Serianni E.,Goder G, M,.& Luzzatto-Fegiz,P. (1958) *Alcohol in Italian Cultura. Food and Wine in Relation to Sobriety among Italians and Italians Americans..* Yale Center of Alcohol Studies New Haven, Connecticut. Illinois: The Free Press Glencoe,

Lozano Pedro. (1981) *Descripción Chorographica de las Provincias del Gran Chaco.* Córdoba. 1753 en Landaburu A.J. Kohn Loncarica A. y Zarranz A. *Apuntes preliminares para una historia del alcoholismo en la Argentina.* Quirón. Vol 12 . N° 1-2.pp.134-138

Madden, J.S. (1984) *Alcoholismo y farmacodependencia.* Ed. Manual Moderno. México, D.F.

Madrigal, E. (1989). Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. *Drogas Numero especial* Vol 107, N°6.pp.473-474.

Marconi, J. (1967) Definiciones operativas. en Horwitz J. Marconi J. y Adis Castro. *Epidemiología del alcoholismo en América latina.* Buenos Aires: Acta. Fondo para la Salud Mental.

Marconi, J. (1971) Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implantación (1968-1970). *Acta psiquiát.psicol Am. Lat.*, 17, pp.255-264

Marconi, J. (1974) Diseño de un programa integral de salud mental para la ciudad de Córdoba, *Acta psiquiát. psicol Am. Lat.* 20, pp.240-246

Marconi, J. (1979). Informe de consultoría en la organización de los servicios a nivel comunitario 19-30 noviembre. *El Programa Integral de Alcoholismo*. San José de Costa Rica: OPS/OMS.

Marconi, J. (1998) Política de alcohol en Chile: análisis crítico y propuesta de una nueva política. *Acta psiquiát. psicol Am. Lat.*, 44 (4), pp.322-329.

Mariategui, J. (1967). *Ingestión de alcohol y factores socioculturales en* : Horwitz J. Marconi J. & Adis Castro. *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires: Acta. Fondo para la Salud Mental.

Mariategui, J. (1985) Concepción del hombre y alcoholismo en el Antiguo Perú. *Acta psiquiát. psicol Am. Lat.*, XXXI (4), pp.253-267

Mariategui, J. & Adis Castro, G. (1970) *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires: Acta. Fondo para la Salud Mental

Martin-Baró, I. (1990) 4°Ed. *Acción e Ideología*. República de El Salvador. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Medina Mora, M. E. & Mariño, M. C. (1992) *El abuso de drogas en América Latina* en *El combate a las drogas en América*. Smith, P. México: Fondo de Cultura Económica.

Merton, Robert. K. (1980) *Teoría y estructuras sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Míguez, H. (1987) Apuntes sobre la cultura del guaro. *Acta psiq. y psicol. de Amer. Lat.*; Vol. XXXIII, N° 2, pp.105-111.

Míguez, H. (1992) La alcoholización silenciosa *Cuadernos Iberoamericanos sobre dependencias. N° 1*. Costa Rica: Universidad Nacional. pp..37-41

Míguez,H. Pecci,C. & Carrizosa, A. (1992) Epidemiología del abuso del alcohol y las drogas en el Paraguay *Acta Psiqu. y Psic. de Amer. Latina*. Vol. 38 (1), pp.19-29,

Míguez, H. (1993) Abuso de sustancias psicoactivas: bases para un sistema de vigilancia epidemiológica regional . *Acta psiquiát.psicol Am. Lat.*, 39 (3), pp.217-222

Míguez,H. & Pecci,C. (1994) Consumo de alcohol y drogas en Buenos Aires *.Acta psiquiát. psicol Am. Lat. , 40 (3), pp.231-235.*

Míguez,H. & Magri, R.(1995) R. Estudio Nacional de Hábitos Tóxicos en el Uruguay *Acta psiquiát. Psicol Am. lat.* 41, (1), pp 13-23

Míguez, H. (1997) Los Centros de Estudios Locales sobre Adicciones como estrategia para el seguimiento epidemiológico *Revista Quirón Fundación J.M.Mainetti Vol 28, N°1,pp.93-96*

Míguez H. (1998) *Uso de sustancias psicoactivas..* Argentina:: Paidós. Tramas sociales

Míguez,H. (1998) Naturaleza del uso intravenoso de cocaína en la Argentina. *Acta psiquiát. Psicol Am. lat.* 44(1) pp.41-49.

Míguez H. (1999) Ser Otro *Acta psiquiát. Psicol Am. lat.* 45(3) 211-222

Míguez, H: (2002) Estrategias de Epidemiología Comunitaria. *Programa de Epidemiología Psiquiátrica.* Buenos Aires: Conicet.pp. 3-90.

Míguez (2003) Uso de tabaco en jóvenes: exposición y vulnerabilidad en el campo de las representaciones sociales Buenos Aires: Programa Vigia- Ministerio de Salud.

Miguez H. (2003) Epidemiología de la alcoholización en la Argentina. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría. Epidemiología en Salud Mental.* Volumen XIV .Suplemento II. pp 19-26

Míguez, H. (2004) La alcoholización juvenil en la Argentina. *Acta psiquiát. Psicol America. Latina*. 50(1) pp.43-47

MS/GBA/SADA - Ministerio de Salud – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. (2003) Documento “Bases argumentales y propuestas para Proyectos de Ley modificatorios en materia de regulación nacional de la publicidad, impuestos y sanciones a la venta ilegal de bebidas alcohólicas” PBA: SADA pp. 3-14

MS/GBA/SADA Ministerio de Salud – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Ministerio de Salud (2003) *Primer estudio epidemiológico en hogares sobre Consumo de Sustancias Adictivas*- Documento oficial de la Subsecretaría del 23 de septiembre. PBA: SADA pp.1-19

Negrete, J.C. (1996) Prevención de la Toxicofilia. *Acta Psiquiat, Psicol. Amer. lat.*, 42, pp. 142-160.

Negrete, J.C. (1974) Factores culturales en estudios epidemiológicos sobre alcoholismo. *Acta Psiquiat, Psicol. Amer. lat.*, 20, pp. 112-119.

Negrete, J. C. Mardones, J. y Ugarte, G. (1985) *Problemas médicos del alcohol*. Chile: Andrés Bello.

Nowlis H. (1975) *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. Paris: Unesco.

OID. (2001) *Manual General de Procedimientos para Coordinadores Nacionales*. Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas. Washington DC: OEA/CICAD

Organización de Estados Americanos. (1987) *La oportunidad de crecer: La educación frente al abuso de drogas*. Monografía educativa n° 12. Washington D.C :Prede- OEA

Organización Panamericana de la Salud. (1990) *Abuso de Drogas. Publicación científica N° 522*. Washington D.C: OPS/OMS

Organización Mundial de la Salud (1987) *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*. Vol. 1. Ginebra: Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial.

Organización Panamericana de la Salud. (1985) *Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud*. Washington DC: OPS. Pág. 9-11.

Organización Panamericana de la Salud (1989). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. Documento CD33/14, 15 de agosto de 1988. Washington D.C.: OPS/OMS

Organización Panamericana de la Salud (1999) Planificación Local Participativa. Metodologías para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C: OPS/OMS

Mangrulkar, L. Whitman. C.V., Posner, M. (2001) *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Adolescencia. Washington D.C: OPS/OMS

Pagés Larraya, F. (1978) El teatro maka del Gran Chaco Gualamba: una investigación de psiquiatría transcultural. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina*. 24:171-200.

Pagés Larraya, F. (1982) Teoría de las Isoidias Culturales Argentinas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina*. 28:31-52.

Pagés Larraya, F. Casullo, M. M. y Paso Viola F. (1982). Prevalencia de patología mental en la megalopolis de Buenos Aires. *Documenta Laboris*, , II,32 Buenos Aires *PEPSI-CONICET*.

Pecci, M.C. (1985) Alcoholismo en la Metrópolis Estudios realizados en los barrios de La Boca y Villa Luro. *Documenta Laboris*, , V,74, Buenos Aires: PEPSI-CONICET

Pérez Gomez, A. (1988) Historia de la Drogadicción en Colombia. Colombia. Ediciones Uniandes.

Pittman D.J. and Snyder C.R. (1962). *Society, Culture, and Drinking Patterns*. New York .London: John Wiley & Sons, Inc..

Ries, L. & Trout, J. (1995).*Las 22 leyes inmutables del marketing*. España: Mc Graw Hill.

Rose, G. (1985) Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Boletín epidemiológico*. Vol. 6, N°3. pp. 32-38 Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud.

Rojas A. (1978) *Epidemiología*.. Buenos Aires: Intermédica

Rowling J.K (2001) *Harry Potter y la piedra filosofal* Barcelona: Salamandra

Saforcada, E. (1999) *Psicología sanitaria. Analisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós. Tramas sociales.

Sarlo, B. (2000) *Escenas de la vida posmoderna. Intelectuales, arte y videocultura en la Argentina*. Buenos Aires: Espasa Calpe Argentina S.A. / Ariel.

Santo-Domingo, J. y Jiménez-Arriero, M. A., (2003) *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones*. Madrid: Euromedice.

Sedronar. (1999). *Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas*. Tomos I, II, III, IV, V , VI. Apéndice metodológico. Argentina: SEDRONAR

Sedronar. (2003) *Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media*. Buenos Aires: Sedronar.

SIEMPRO. (2001) Sistema de información, monitoreo y evaluación de Programas Sociales. *Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida*. Informe N° 12. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

SIEMPRO. (1999) .Sistema de información, monitoreo y evaluación de Programas Sociales. *Informes 1997/1999 de situación social y pobreza*. Buenos Aires: Observatorio Social.

Silvestre,E. (1978). *Evaluación de un programa integral de prevención del alcoholismo y la neurosis*. Santo Domingo, República Dominicana: Centro de

investigación y Evaluación. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Bales (1946) *Cultural differences in rates of alcoholism* . Quart. J. Stud. Alcohol , 6: 480-499.

Suarez Ojeda (2001) *Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria*. en Melillo,A. y Suarez Ojeda, E. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós. Tramas Sociales.

Tarnopolsky A. (1971) *Correlación entre actitudes socioculturales y prevalencia del alcoholismo, estudio epidemiológico*. Tesis Doctorado en Medicina. Buenos Aires: UBA

Tarnopolsky A., Caetano,R. Levav,I. & del Olmo,G. (1977) Prevalence of Psychiatric Morbidity in an industrial Subur of Buenos Aires. *Social Psychiatry* 12, pp 75-88.

Tisminetzky, M. Aguirre,P.Frankel,D.,García, G.M. y Malamud, M. (1986) El alcoholismo como factor de adaptación – desadaptación en el partido de La Matanza. *Acta Psiquiat, Psicol. Amer. lat.* ,32, pag 223-231.

UNESCO /Institute for Statistics – OECD Organization for Economic Co-operation and Development. (2000) *Literacy skills for the world of tomorrow*.

Further results from PISA- Paris 07 France: Executive Summary-
ref.UIS/AP/03-025-.

Valerio Charpentier, E. (1980) *Alcohol y alcoholismo*. Costa Rica: INSA.
Instituto Nacional sobre Alcoholismo.

Varela M. (28/11/1993). Economía. Artículo. *Referente de moda para
adolescentes*. Buenos Aires: Clarín

Vidal, G. (1967). *El alcoholismo en Argentina*. en Horwitz J. Marconi J. y Adis
Castro. *Epidemiología del alcoholismo en América latina*. Buenos Aires: Acta.
Fondo para la Salud Mental.

Wilensky,A. L. (2003)*La promesa de la marca*. 3ª edición Buenos Aires: Temas
Grupo Editorial