

## Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención del alcoholismo\*

JUAN MARCONI\*\*

1. **Introducción: modelos culturales de medicina en Chile.** Describiremos, inicialmente, el telón de fondo frente al cual transcurren los programas de control y prevención del alcoholismo en nuestro país. En un trabajo anterior<sup>1</sup>, señalamos la coexistencia de tres modelos culturales de medicina chilena: el científico u occidental, el popular, propio de la clase obrera rural y urbana, y el aborígen, representado mayoritariamente por la cultura mapuche. Medio millón de habitantes mapuches se orientan, primariamente, por la medicina de su propia cultura. Seis a siete millones de sujetos de clase obrera, rurales y urbanos, son guiados, parcial o totalmente, por el código no escrito de la medicina popular, y el resto de la población, sólo dos a tres millones de individuos de clase media se rigen por valores indiscutiblemente europeos o científicos de la medicina impulsada por el Servicio Nacional de Salud. El modelo científico, fruto de una conciencia analítica de realidad, concibe la enfermedad como una ruptura de mecanismos de regulación biológica, psicológica o social, la etiología como una relación analítica causa-efecto, el diagnóstico como el fruto del análisis de anamnesis, exámenes y pruebas;

el tratamiento y prevención como una acción racional, a nivel sintomático o etiológico. Los agentes de salud son el médico y su equipo organizados funcionariamente, los servicios de salud están diseñados jerárquicamente en hospitales, consultorios y postas, la formación del personal está masivamente institucionalizada en escuelas universitarias y técnicas y el ejercicio de la medicina se separa explícitamente de otros aspectos integradores de la cultura como la religión, arte, música, etcétera. Los modelos popular chileno y mapuche, productos de una conciencia global de realidad, conciben la enfermedad como daño inferido mágicamente o la invasión de espíritus del mal, la etiología es la envidia o la ruptura de un tabú, el diagnóstico se hace por adivinación y, a veces, exámenes empíricos (orina, etc.). El tratamiento y prevención se basan en amuletos o ceremonias rituales, con invocaciones religiosas de origen medieval europeo en la medicina popular, o estados de trance con música ritual en la medicina mapuche. Los agentes de salud son la curandera en la medicina popular y el *shaman* o *machi*, con sus ayudantes, en la cultura mapuche. Los servicios de salud son netamente intracomunitarios, centrados en el hogar de la curandera o *machi* y en visitas domiciliarias. La formación de personal se hace por tradición oral de maestro a discípulo, con ritos de iniciación relacionados con la elección por un Ser supremo en el caso de los mapuches. El ejercicio de la medicina se fusiona íntimamente con la religión, tanto en el modelo popular como en el aborígen, y en este último, se fusiona estrechamente, además, con la música ritual.

\* La realización de este trabajo ha sido ayudada por una subvención del Foundations' Fund for Research in Psychiatry. Este trabajo fue presentado en la VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria. Buenos Aires, setiembre 1969.

\*\* Profesor de Psiquiatría. Jefe del Grupo de Trabajo Area Sur de Santiago. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Casilla 6561. Santiago 4, Chile.

**2. Alcoholismo y problemas del alcohol en Chile: una hipótesis explicativa socio-cultural.** La coexistencia de tres modelos culturales en Chile no determina sólo la presencia de tres tipos de medicina sino también de tres patrones culturales de ingestión de alcohol: el europeo meridional, minoritario, difundido en la clase media, el mestizo chileno, mayoritario, de clase obrera rural y urbana, y el mapuche, también minoritario, pero de gran influencia histórica para el desarrollo del modelo popular. El modelo de ingestión europeo meridional es típicamente moderado, se bebe con la familia, en el hogar, todos los días con las comidas, siendo criticada la embriaguez como algo indeseable y poco estético. Hombres, mujeres y niños comparten normas comunes de ingestión moderada.

Los modelos aborígen y popular chileno presentan una típica dicotomía por sexo en la edad adulta. Los hombres adultos beben fuera de su hogar, con amigos hombres, solamente los fines de semana o días de pago, buscándose activamente el estado de embriaguez valorado positivamente como signo de amistad y virilidad. Las mujeres adultas y los niños en general, tienen una pauta de ingestión moderada o son abstinentes, pero toleran y aceptan la norma masculina de ingestión excesiva. Si aplicamos a estas culturas chilenas del alcohol la hipótesis de la vulnerabilidad de Jellinek<sup>1</sup>, modificada, podríamos decir que la clase media, con un patrón cultural de ingestión moderada, tendrá, como grupo social, un riesgo menor de desarrollar el alcoholismo enfermedad, con dependencia física hacia el alcohol. La clase obrera urbana chilena, con pautas aceptadas de ingestión excesiva, tendrán un riesgo mayor, con incremento del riesgo en caso de marginalidad, ligada a la migración reciente desde zona rural. La clase obrera rural tendrá un riesgo mayor que la urbana estable y, por último, los reductos mapuches, representantes de las culturas aborígenes de zona rural donde se gestó la pauta de ingestión excesiva<sup>3</sup>, tendrán el mayor riesgo, como grupo social, de desarrollar la dependencia física o alcoholismo enfermedad.

Durante los últimos cuatro años, usando las mismas definiciones y cédulas de encuesta, se ha medido la prevalencia del alcoholismo en clase media baja, obrera organizada y obrera marginal en Santiago<sup>7</sup>; rural, de Chile Central, en Ñuble<sup>9</sup>, y en

reductos mapuches de la provincia de Cautín<sup>6</sup>.

Las tasas de prevalencia encontradas apoyan la hipótesis del riesgo creciente de alcoholismo en adultos desde la clase media urbana hasta los reductos mapuches; las cifras son:

Clase media baja	1,9 %
Clase obrera organizada	3,9 %
Clase obrera marginal	7,6 %
Clase obrera rural (Ñuble)	6,0 %
Reductos mapuches	13,1 %

La clase obrera marginal tiene una tasa más alta que la chilena rural, por efecto probable de la desorganización social y la comercialización masiva del alcohol en el grupo marginal urbano. Este contexto de gradiente sociocultural, recién descrito en los últimos años, debe orientarnos para programar en forma más realista las medidas de control y prevención del alcoholismo en Chile.

**3. El programa tradicional y el programa intracomunitario de control y prevención del alcoholismo.** Trataremos de caracterizar, por un lado, el programa del Servicio Nacional de Salud, iniciado en 1957 y que nosotros mismos hemos evaluado en 1966<sup>7</sup>, y por otro, el programa intracomunitario que la Universidad de Chile, ensaya, experimentalmente, desde 1968.

**3.1. El programa tradicional del Servicio Nacional de Salud.** Sus propósitos básicos son "reducir la prevalencia de alcoholismo en los grupos más afectados y disminuir los riesgos de morir por alcoholismo y sus complicaciones" y "reducir la incidencia de la enfermedad a través de las medidas preventivas que tienden a ese fin". Las acciones se orientan al tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, con la ayuda de los Clubes de Alcohólicos Recuperados, educación para modificar los hábitos populares de ingestión excesiva, formación de personal e investigación científica.

La planificación inicial suponía la creación dentro de la estructura de Servicio Nacional de Salud de un Centro de Tratamiento y Prevención del Alcoholismo por cada 100.000 habitantes, y desde estos Centros irradiaría el programa a las comunidades circundantes. Cada centro tendría 4 horas médicas, una asistente social y personal auxiliar. La acción educativa se de-

lega a los educadores sanitarios de las áreas de salud y a los profesores de la enseñanza oficial.

En la primera década, este programa logró crear alrededor de 30 Centros de Tratamiento, necesitándose 100 en todo el país. La educación sanitaria local no ha prosperado por falta de personal y recursos, y los profesores "no están preparados para realizar una acción educativa de prevención"<sup>3</sup>, ya que muestran la misma tolerancia hacia la ingestión excesiva que la población general y sólo un 28 %, de una muestra de profesores estudiados en el Gran Santiago, acepta colaborar en la educación preventiva.

Lemert<sup>2</sup>, en 1962, señala el fracaso universal de los cuatro modelos de control social utilizados hasta ahora para disminuir la ingestión anormal de alcohol. Los cuatro modelos se pueden caracterizar como la *prohibición* de producir y consumir alcohol, la *legislación* que pretende regular la distribución y consumo, la *sustitución* del alcohol por equivalentes funcionales (deportes, etc.) y la *educación* acerca de los riesgos del beber anormal. Todos estos modelos han sido ideados y *aplicados* por los grupos de élite dentro de una sociedad, en Chile por profesionales pertenecientes a la clase media, la cual presenta una subcultura del alcohol diferente a la de la mayoría nacional.

3.2. *El programa intracomunitario de la Universidad de Chile.* Estamos intentando introducir formas de control educativo interno que se hagan propias de la gran masa de consumidores de alcohol. La comunidad, los propios enfermos alcohólicos, idearon el sistema más eficaz para mantener la abstinencia permanente, definida por ellos mismos como meta del tratamiento. Los alcohólicos recuperados enseñaron y enseñan a los médicos un camino de control social de la enfermedad que nació como respuesta al sufrimiento de millones de pacientes y sus familiares en todo el mundo. La redefinición del rol y status social del alcohólico recuperado constituye la médula de nuestro programa intracomunitario.

Una característica esencial de las soluciones constructivas que la propia comunidad descubre y aplica, es la adecuación de los recursos disponibles para abordar un problema. En cambio, una de las grandes limitaciones de cualquier programa de salud mental ideado por nosotros, es la dra-

mática y permanente falta de recursos, terreno crucial en el cual la comunidad puede enseñarnos mucho.

Los pasos para elaborar nuestro programa intracomunitario son:

3.2.1. *Sectorización.* Detallada y precisa de la comunidad.

3.2.2. *Computación de los objetivos de salud.* Todos los conocimientos acumulados por la Universidad en alcoholismo constituyen el máximo operante de un programa. Luego hay que definir el nivel *mínimo operante*, los conocimientos mínimos que aún pueden resolver el problema del alcoholismo en la comunidad. Se fijaron como objetivos mínimos de reconocimiento del alcoholismo, detectar la incapacidad de detenerse y abstenerse y los síntomas de privación de leve y mediana intensidad. Objetivos mínimos de resolución fueron el tratamiento del síndrome de privación leve y mediano y la mantención de la abstinencia total indefinidamente. Objetivo mínimo de información preventiva es conocer el riesgo de la ingestión excesiva de alcohol.

3.2.3. *Jerarquización de los objetivos de salud.* Se ordenan los objetivos desde los más simples a los más complejos, quedando los primeros para toda la comunidad y los complejos para los líderes de salud.

3.2.4. *Distribución racional de los objetivos delegables.* Todos los mayores de 15 años en una comunidad chilena, deben aprender a reconocer a un alcohólico para referirlo a tratamiento y conocer el riesgo de la ingestión excesiva previa al alcoholismo. Por otra parte, los alcohólicos recuperados deben aprender a tratar el síndrome de privación, leve y mediano, y a mantener luego indefinidamente la abstinencia de los pacientes tratados en su comunidad.

3.2.5. *El esquema de delegación.* Se marcan cinco niveles de delegación entre el médico y su comunidad, a saber:

- Nivel D1: Médicos Generales
- Nivel D2: Enfermeras, Asistentes sociales, Matronas, etc.
- Nivel D3: Auxiliares, Cruz Roja, Profesores, etc.
- Nivel D4: Líderes de la comunidad (alcohólicos recuperados)
- Nivel D5: La comunidad que aprende.

Se ordenan los niveles en una estructura piramidal que aproveche el creciente número de personas en cada nivel y se ajustan a la sectorización de la comunidad.

3.2.6. *El efecto multiplicador.* La información y capacitación llega a la comunidad partiendo de D1, médico. Los conocimientos no van a ser utilizados por D1, D2 ni D3 sino por D4 (alcohólicos recuperados) y D5, la comunidad, pero deben pasar por D1, D2 y D3 para lograr efecto multiplicador y con una técnica para enseñar y aprender que será la misma de D1 a D5.

3.2.7. *La programación del mensaje.* En alcoholismo, el mensaje contiene dos objetivos para D5, comunidad, reconocimiento y prevención del alcoholismo. El grupo mayoritario, D5, debe ser educado por líderes D4 (alcohólicos recuperados), los cuales, además de reconocer y prevenir ellos mismos y enseñar a la comunidad a reconocer y prevenir, tienen dos metas adicionales: tratar el síndrome de privación leve y mediano y mantener indefinidamente la abstinencia de los pacientes tratados por ellos.

3.2.8. *Evaluación del mensaje.* Es realizada por los niveles D1, D2 y D3, directamente en D4 y D5, o indirectamente mediante índices de cambio de actitudes, etc.

3.2.9. *Las unidades de adiestramiento.* Cada unidad de adiestramiento busca una meta definida a la que se llega por un camino en el cual se ha identificado, uno por uno, los pasos sucesivos.

Los pasos se dan mediante una secuencia de preguntas, cuyas respuestas son justamente los objetivos que se espera alcanzar; el lenguaje debe adaptarse al contexto cultural de cada nivel de delegación.

Ejemplos seleccionados de la unidad de reconocimiento de los alcohólicos para D5, comunidad obrera chilena:

*Pregunta N° 1:* ¿Por qué nos tomamos un trago?

*Respuesta N° 1:* Tomamos un trago por costumbre, para sentirnos bien, y algunos, porque el cuerpo se lo pide.

*Pregunta N° 4:* ¿Por qué entre nosotros, los hombres, nos curamos?

*Respuesta N° 4:* Entre nosotros... para celebrar y parecer más hombres, para olvidar penas o por enfermedad.

*Pregunta N° 8:* ¿Cómo llegan los curados a ser enfermos alcohólicos?

*Respuesta N° 8:* Curándose más de un sábado o domingo cada mes o poniéndole más de un litro de vino todos los días.

*Pregunta N° 9:* ¿Se dan cuenta ustedes que hay dos clases de enfermos alcohólicos?

*Respuesta N° 9:* Fíjense... porque a los de una clase, al empezar a tomar se les calienta la boca, y los de la otra clase, cuando dejan de tomar, se sienten "espirituados".

Así se avanza hasta definir, para la comunidad, los síntomas fundamentales, enseñados por un líder D4, quien además recibe, con la misma técnica, otras unidades, con conocimientos para tratar el síndrome de privación y mantener luego indefinidamente la abstinencia en los alcohólicos que rescate.

3.2.10. *La transferencia de conocimientos.* El instructor aplica preguntas a un grupo de 6 personas y recoge y premia las respuestas acertadas. Luego lee la respuesta tipo y pide que el grupo la repita en voz alta. Pide luego a cada uno de los miembros que repita la respuesta tipo, hasta asegurarse que la información ha sido grabada. Cuando se formula un plan de enseñanza programada de Salud, el diseño se inicia determinando cuáles, de los objetivos de reconocimiento o resolución de salud, puede resolver la comunidad (D5), y para delegárselos se preparan las unidades de adiestramiento respectivas tomando en cuenta los valores culturales de esa comunidad. Luego se determina qué pueden resolver los líderes informales (D4), y así se va ascendiendo hasta precisar lo que el médico no puede delegar, el mínimo operante médico (D1).

4. La barrera cultural y los programas de control y prevención del alcoholismo.

La experiencia ya recogida respecto al programa tradicional en Chile nos indica: a) la lentitud de su desarrollo por "carencia" de recursos; b) la utilización limitada de los alcohólicos recuperados como agentes de cambio cultural; c) la ausencia de un esquema de delegación efectivo que multiplique las acciones y los recursos reales disponibles; d) la planificación exclusiva desde el vértice de la pirámide hacia la comunidad, sin integrar realmente a esta última en la acción; e) el uso del lenguaje técnico poco adaptado a la cultura popular. Todo ello señala la existencia de una barrera cultural; a un lado de ella están los profesionales de salud y, en general, los agentes de cambio de una élite de clase media, y al otro lado, la mayoría de la población afectada por la ingestión anormal de alcohol. El componente principal de esta barrera es el etnocentrismo, los juicios de valor que afirman la superioridad del modelo de la medicina científica tradicional, especialmente respecto al rol de los agentes de salud. La experiencia limitada, desde hace un año y medio, con el programa intracomunitario nos señala como contraste: a) la rapidez de su desarrollo y la presencia de recursos más que suficientes; b) la íntima integración del programa con cada comunidad; c) la permanencia y continuidad del programa en manos de líderes locales; d) las variaciones creativas que las comunidades aportan al programa; e) el policentrismo en la planificación que transcurre a corto plazo, desde la base de la pirámide hacia arriba, mediante fecundación mutua de los centros de actividad; f) la capacidad mucho mayor de penetración del lenguaje local (popular urbano, rural, mapuche, etc.).

Postulamos que nuestro programa intracomunitario es capaz de superar la barrera cultural y ofrece una solución más racional que el programa tradicional. Está en marcha una investigación destinada a evaluar objetivamente ambos programas en poblaciones del área sur de Santiago de Chile.

5. **Formación de personal para el programa intracomunitario.** Desde 1968, nuestros alumnos del 5º año de Medicina de la Universidad de Chile reciben formación en alcohol y alcoholismo mediante la realización directa del programa descrito en comunidades del Área Sur de Santiago. Este año, hemos iniciado un curso de Antropolo-

gía y Medicina, en 1º año, estudiando los tres modelos ya descritos de medicina en Chile. En 2º año el tema central de Psicología Social y Medicina será Comunidad y Alcohol. Ambos cursos básicos darán mejor preparación a nuestros futuros alumnos de Psiquiatría. Volviendo al 5º año, psiquiatras entrenados y asistentes sociales instruyen inicialmente a un alumno líder por cada 6 alumnos del curso. Los alumnos líderes reciben las seis unidades de adiestramiento para los niveles D5, comunidad, y D4, alcohólicos recuperados, además de nociones generales acerca del programa y técnicas de liderazgo. Luego cada alumno líder ascendido ya a nivel D3, hace otro tanto con seis de sus compañeros y, una vez formados, todos se constituyen en responsables del desarrollo del programa en una población obrera.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JELLINEK E. M. — *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven Hillhouse Press, 1960.
2. LEMERT E. M. — *Alcohol, values and social control. Society, culture and drinking patterns*. Pittman, D. J., Snyder, Ch. R. (Editors). New York, J. Wiley and Sons., 1962.
3. LOMNITZ L. — *Función del alcohol en la sociedad mapuche. Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 15, 157, 1969.
4. MARCONI J. — *Evaluación del programa nacional de prevención y tratamiento del alcoholismo en Chile. Abril 1966. Rev. neuro-psiquiát. Lima*, 29, 373-391, 1966.
5. MARCONI J. — *Esbozo de modelos de valor epidemiológico para la investigación y la acción en América latina. Epidemiología Psiquiátrica en América latina*. Mariátegui, J., Adis Castro, G. (Editores). Monografía N° 2, Buenos Aires, Acta Fondo para la Salud Mental, 1969 (en prensa).
6. MEDINA E. y MARCONI J. — *Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural en Cautín (por publicarse)*.
7. MOYA L. y MARCONI J. *et al.* — *Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile. Comparación de poblaciones de tres niveles socioeconómicos. Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1969, 15, 137.
8. MUÑOZ L. C. y PARADA A. — *Enseñanza sobre el alcohol en las escuelas. Simposio internacional sobre el alcohol y alcoholismo. Arch. Biol. Méd. Exp. (Chile)*, Suppl. n° 3, 1969.
9. TAPIA O., GAETE J. e IBÁÑEZ R. — *Patrones socioculturales y conducta de ingestión de alcohol en áreas rurales de la provincia de Nuble. Seminario Esc. de Sociología, Univ. de Chile, 1969 (por publicarse)*.