

Saber “médico” y saber “popular”: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización

Eduardo L. Menéndez

1. La alcoholización como proceso social contradictorio

EN 1966 G. LOLLI OBSERVABA que el continuo incremento de la producción y consumo de alcohol se debía relacionar con el aumento de la problemática del hambre en la mayoría de los países del denominado Tercer Mundo. Esta observación no se analizó demasiado, pese a que el proceso siguió incrementándose con fuerza. Incluso la preocupación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de los setenta por la tendencia ascendente de ambas problemáticas, no se tradujo en una vinculación de las mismas en los enfoques médicos dominantes.¹

Sin embargo, toda una serie de hechos epidemiológicos orientaron tempranamente la percepción de determinados sectores sociales a establecer una relación negativa entre alcoholismo y nutrición en las clases subalternas. Todos los datos indican que: 1) la alcoholización afecta básicamente a los varones en “edad productiva”; 2) que los grupos en los cuales actualmente se da el mayor incremento son los adolescentes y las mujeres (sobre todo en el periodo de fecundidad); 3) que si bien el consumo afecta a todas las clases sociales, su incidencia en la estructura del gasto

¹ Recientemente la Fundación de Investigaciones Sociales organizó la producción de tres volúmenes sobre el problema del alcoholismo en México (V. Molina y L. Sánchez, 1982; V. Molina, L. Berruecos y L. Sánchez, 1983; V. Molina, C. Román, L. Berruecos y L. Sánchez, 1983) y en ninguno de ellos se trata específicamente las relaciones entre alcoholismo y problemas de nutrición, pese a que dichos trabajos pretenden ser una revisión integral del problema del alcoholismo en México.

en alimentos puede cobrar consecuencias diferenciales en la mortalidad y morbilidad de las clases subalternas; 4) que la tendencia de los precios al consumidor indica que, al analizar series históricas largas y de mediana duración, el precio de las bebidas alcohólicas tiende a estar por debajo del de la mayoría de los productos alimenticios básicos y 5) que en numerosos contextos la producción de materia prima para la industria alcoholera tiende a desplazar o a utilizar productos alimenticios de consumo básico.

Éstos y otros indicadores condujeron a considerar la alcoholización como uno de los principales problemas actuales de salud pública. Sin embargo, este reconocimiento no es nuevo; por el contrario, reiteradamente las autoridades del sector salud han denunciado el problema, incluidas sus relaciones con los procesos de desnutrición y de modo recurrente se ha caído en el olvido o en la inactividad.

Puede afirmarse que desde fines del siglo XVIII, la denuncia médica y de los organismos judicial-policiacos sobre el alcoholismo y sus consecuencias para la sociedad, constituye una constante.

El alcoholismo aparece construido como entidad médico-psiquiátrica entre fines del siglo XVIII y principios del XIX. Esta construcción fue parte de un proceso de apropiación médica de un fenómeno considerado hasta entonces como vicio, como desorden, como problema social y muy secundariamente como enfermedad. La construcción médica del alcoholismo se realizó a partir de una serie de comportamientos sociales que se pueden clasificar diferencialmente como enfermedad y como problema social. Como enfermedad, el alcoholismo se asoció a la tuberculosis, a las enfermedades venéreas y a la desnutrición. La concepción inicial dominante se hizo en términos de "manía" y posteriormente de "degeneración", la cual halló su verificación casi exclusivamente en el enfermo de los estratos bajos. Como problemática social el diagnóstico médico de alcoholismo asumió toda una serie de procesos sociales que aparecieron a la mirada médica como intrínsecamente ligados al mismo: vagancia/desocupación, indolencia, sensualidad extrema, criminalidad, prostitución, relaciones matrimoniales "irregulares", ausentismo laboral, tumultos y actividades "salvajes" de masas.

Estos dos conjuntos de hechos se deben relacionar con dos niveles explicativos que los fundamentan. En un nivel manifiesto emerge que los estratos sociales más bajos, y sobre todo los "sectores peligrosos", son los que más beben, que constituyen un

complejo circular vicio-miseria, y que este complejo no sólo atenta contra su propia supervivencia y la de su grupo familiar, sino que sobre todo afecta al conjunto de la sociedad. En un nivel profundo lo que aparece es la necesidad funcional de la sociedad de establecer controles ideológico-políticos para el conjunto de los estratos subalternos urbanos sometidos a condiciones estructurales de pauperización, tanto económica como cultural. El "peligro" del alcoholismo implicó la apropiación médica de una "enfermedad" que promueve el desorden y la locura, que es necesario controlar en la medida en que afectan los objetivos centrales del desarrollo empresarial: la productividad. La alcoholización no sólo está en la base de los tumultos y la criminalidad, sino sobre todo en la del ausentismo laboral, del "san lunes", del mantenimiento de determinados ritmos productivos.

Desde esta perspectiva el alcoholismo aparece como un instrumento que puede funcionar contradictoriamente en las relaciones de los diferentes sectores que articulan parte de sus prácticas sociales en torno a su ingesta. Por una parte el alcoholismo expresa la posibilidad de estigmatizar a las clases subalternas; pero por otra expresa también la posibilidad de cuestionar los fundamentos del sistema estigmatizante. La realización de dicha instrumentación dependerá de las condiciones específicas de cada situación social.

1.1 Esta construcción social negativa que se desarrolla respecto del alcoholismo a fines del siglo XVIII y que cristaliza durante el XIX, supone la existencia de construcciones sociales previas respecto de las cuales se diferencia y cuestiona.

Una revisión esquemática de las construcciones sociales anteriores indica lo siguiente. A partir de los siglos XI-XII, se produce un incremento de la producción vinícola y cervecera en la mayoría de los países europeos; pero es en los siglos XVI-XVII cuando se observa una suerte de "despegue" productivo no sólo de las bebidas fermentadas, sino sobre todo de las destiladas. Para países como Francia y España, el alcohol se constituye en el principal artículo de exportación.

Hasta este periodo las producciones cervecera, sidrera y en menor medida la vinícola, eran domésticas, es decir las producía el grupo familiar, que las consumía básicamente como alimento. Es en este periodo cuando se inicia la diferenciación entre productores domésticos y empresariales, que en algunos casos (In-

glaterra, Estados Unidos), supuso la implantación de legislaciones específicas que limitaron la producción doméstica y favorecieron la industrial. Este proceso culminó en el siglo XVIII, tanto en Europa, como en América, generándose una impresionante expansión de la producción y el consumo de bebidas alcohólicas.

El incremento del consumo operó en *todas* las clases sociales y esto aparece documentado en la mayoría de los países. El punto de partida común a todas las clases lo constituyó la notable incidencia de las bebidas fermentadas en la dieta; la diferenciación estaba dada por el tipo y calidad de la bebida, ya que la frecuencia y cantidad eran similares, o indicaban que las clases altas bebían más y con mayor frecuencia. No obstante, este incremento conjunto se dará cuando se expanda el consumo de bebidas destiladas, de bebidas al margen de la dieta; cuando se inicie la emergencia de una concepción desigual del consumo y de la embriaguez de clase. Más aún, será en este periodo cuando se construya el estigma que asocia embriaguez sólo con las clases subalternas.

El desarrollo de la alcoholización de masas constituye todavía un problema de conflictiva explicación. En función de la articulación alcoholización/alimentación, propondré una interpretación general. Como ya señalé, a partir de los siglos XVI-XVII se inició un proceso de incremento de la producción y consumo de alcohol que cristalizó durante el desarrollo de la primera etapa de la industrialización. Desde esta perspectiva la alcoholización está relacionada con el desarrollo de nuevos sectores urbanos que debido a procesos económico-políticos han reestructurado parcialmente la organización ritual e ideológica del tiempo y el espacio social (S. de Grazia, 1966; H. Levine, 1982), que han dejado de elaborar domésticamente un producto necesario para su dieta y con un proceso productivo que ofrece a ese nuevo mercado una producción con precios comparativamente accesibles.

La alcoholización aparece ligada al proceso de industrialización en forma contradictoria, ya que dicho proceso potencia la alcoholización, pero al mismo tiempo va a necesitar controlarla. El proceso de industrialización implicará la necesidad de cuestionar, modificar y remplazar las formas preindustriales de trabajo y en consecuencia necesitará limitar la instrumentación que hacen del alcohol los trabajadores, para seguir manteniendo las pautas laborales que trataban de ser erradicadas. Las formas de trabajo "preindustrial" suponían normas de irregularidad productiva que limitaban el desarrollo industrial desde una pers-

pectiva capitalista. Estas normas determinaban el uso del tiempo laboral diario, semanal y anual y fueron uno de los objetivos centrales del enfrentamiento entre patrones y trabajadores.

El alcohol justamente será instrumentado por los trabajadores como el principal medio cultural que les permite hacer frente a las nuevas normas laborales y que a su vez les facilita reiterar pautas preindustriales de trabajo: regulación personal de los ritmos productivos diarios y anuales, "san lunes", mantenimiento de días festivos, etc. El san lunes constituirá tal vez la máxima expresión de ese enfrentamiento y será simbolizado por la ingesta excesiva de alcohol de fin de semana (E. P. Thompson, 1967; D. Reid, 1976).

Los empresarios necesitarán, en consecuencia, cuestionar esta instrumentación y es así como el alcoholismo pasará a constituir el principal indicador de las características más negativas del proletariado: vagancia, criminalidad, ausentismo laboral, irresponsabilidad familiar. Este proceso supone la construcción de un estigma de clase, el cual los propios trabajadores asumirán como elemento cualitativo de diferenciación y autoidentificación. El alcoholismo representará el "no trabajo" de una manera diferente para los patrones y para los trabajadores; para los primeros será falta de productividad y para los segundos un uso (positivo/negativo) del tiempo "propio". Desde esta perspectiva Hoggarth, Hobswaun y Thompson reconocen que el alcohol constituirá uno de los indicadores más importantes de escisión de clase y expresará, tal vez más que ningún otro factor, la cultura diferencial de las clases subalternas.²

Este proceso se da, como luego analizaremos, dentro de un contexto ideológico donde las bebidas alcohólicas fermentadas constituyen parte de la dieta básica del conjunto de las clases sociales.

El desarrollo de la alcoholización implicó esta condición ideológica (y estructural), pero debe ser relacionado con un proceso que real e ideológicamente condujo a un descenso en el nivel de vida del proletariado urbano y debe subrayarse que este descenso significó básicamente la reducción de la cantidad de alimento consumido. Ahora bien, aun aceptando como lo sostiene toda

² La construcción de la "cara alcohólica" no implica reconocer ninguna suerte de astucia de las clases subalternas, sino una respuesta potencial de enfrentamiento que, sin embargo, tendrá consecuencias negativas, sobre todo en lo que respecta a la mortalidad diferencial.

una tendencia, que dicho descenso no operó realmente, sino que constituyó un fenómeno ideológico, lo que sí se dio fue la emergencia de condiciones diferenciales en el ciclo ocupación/desocupación, en la extensión de la jornada de trabajo y en la intensificación de los ritmos de producción. "Todo parece indicar que si la clase trabajadora de 1850 ganaba y gastaba más que los trabajadores pobres de la época preindustrial, pagaba por ello un precio muy alto. . . Si comparásemos el bienestar representado por los mayores ingresos monetarios y por la baja de precios de los artículos manufacturados (aunque no alimenticios) con la tensión y fatiga de un horario de trabajo más largo y más duro, es dudoso que la balanza se inclinase a favor de los trabajadores. Para muchos de ellos la vida en aquellos términos sólo era aceptable si iba envuelta en los vapores del alcohol" (Ph. Deane, 1968: 302-303).

En consecuencia la alcoholización y la construcción social del alcoholismo operaron en un contexto donde se dieron condiciones reales o ideológicas de carencia alimentaria y de exigencia cada vez mayores en el rendimiento laboral, es decir, en el gasto de energías.

1.2 El proceso de alcoholización cobró características particulares en el contexto colonial. Dicho proceso también se inició en el siglo XVI y halló su cristalización en el XVIII; en este periodo se generó una construcción social del alcoholismo que guarda estrecha relación con la producida en los países europeos. Si bien en los diferentes contextos económico-sociales americanos no existía una percepción inicial del alcohol como alimento, dicha concepción se construyó a la par que se desarrolló el proceso de alcoholización, y esto justamente constituye una de las particularidades que se explicará.

Las clases dominantes de la Nueva España utilizaron indicadores similares a los europeos para estigmatizar la alcoholización de las clases "peligrosas" locales. Como es sabido el punto detonante de esta estigmatización fue el "tumulto" de 1692, pero fue durante el siglo XVIII cuando el estereotipo cristalizó no sólo para los grupos amerindios en general, sino en particular para las urbanas subalternas.³

³ A fines del siglo XVII y durante el XVIII se darán prohibiciones similares en otras áreas coloniales americanas, aduciendo las mismas causas: la relación alcohóli-

Las epidemias, la mortalidad, la vagancia, la criminalidad fueron remitidas constantemente al alcoholismo. El informe médico sobre la epidemia de 1784 "...sostenía que la mayor parte de los decesos ocurridos durante la epidemia se debían más a los excesos o debilidades personales de las víctimas que a los efectos de la enfermedad misma. Citaban el hecho de que los más afectados por el padecimiento eran los pobres, clase generalmente licenciosa o delincuente, reconociendo que su pobreza y desgracia general los hacía más susceptibles a contraer enfermedades. ... Según los médicos del Protomedicato. ... la causa de ruina entre los pobres [son] sus vicios en las comidas y bebidas embriagantes, su desnudez, el uso de remedios caseros" (D.B. Cooper, 1980: 104).

Este estereotipo no cedió en el periodo independiente; por el contrario, a lo largo de todo el siglo XIX continúa dicha percepción, aunque ahora se suele ponderar las condiciones negativas de vida y trabajo que pueden llevar a los estratos bajos, y sobre todo a la población indígena, al frecuente consumo excesivo de alcohol. Esto, algunos autores, lo relacionan con lo que consideran una vulnerabilidad y predisposición especial de estos grupos a los efectos nocivos del alcohol (C. Bustamente, 1981; original de 1817/1818).

Consideramos que tanto en el contexto del capitalismo central como en el periférico la estigmatización del alcoholizado de clase baja se estructuró durante el siglo XIX y operó a través de una construcción social similar y para cumplir objetivos similares. Dos textos, uno referido a la situación francesa en la década

zación-violencia. Esta asociación se convertiría en una constante potencial, que "normalmente" sería instrumentada como simple problema policial, pero que en algunas ocasiones tomó un franco cariz político. Posiblemente el hecho más espectacular lo constituye la interpretación y las medidas tomadas por el gobierno colombiano respecto del "Bogotazo" en 1948. Según el Ministro de Higiene "El 9 de abril de 1984 puso de manifiesto, y en forma impresionante, las graves fallas morales de que adolecía un enorme sector de la clase trabajadora. ..." Este hecho fue el que guió al Ministerio de Higiene para aprovechar la dura lección del 9 de abril y hacer un esfuerzo tendiente a eliminar totalmente muchos factores que venían obrando como disolventes, no sólo de la salud física, sino también y principalmente de la raza y de su capacidad económica" (J. Bejarano, 1950:16-17). Así, el Consejo de Ministros decretó que desde el 1 de enero de 1949 se prohibía la producción y el consumo de bebidas alcohólicas que no se ajustaran a los requisitos establecidos. En los fundamentos el presidente de Colombia había señalado que las bebidas alcohólicas eran uno de "... los principales factores que contribuyen a mantener un estado de exacerbación política y de criminalidad. ..." (J. Bejarano, 1950:97).

de 1870 y otro mexicano de 1900, permiten percibir con claridad dichas funciones de estigmatización.

Para Poulot, empresario francés, la ebriedad/sobriedad constituyen la alternativa para juzgar la moral general de los trabajadores. El alcoholismo en relación con el trabajo, el matrimonio y los compañeros de taller conforma el eje aparente a través del cual Poulot evalúa a los trabajadores. Según este autor el alcohol altera la red de relaciones organizada fuera y dentro del trabajo, y potencia conductas no laborales (no productivas) o antilaborales (acción política). El alcohol se convierte en el indicador sobre el cual debieran operar los controles empresariales y políticos.

R. Galindo, médico y hacendado, presentó un informe al Segundo Congreso Agrícola de Tulancingo de 1906, donde planteaba "... la necesidad de mejorar la vida de los peones impidiendo que se embriagarán. Su propósito esencial era aumentar la productividad en el campo, y al mismo tiempo establecer relaciones más cordiales y estrechas entre los amos y los peones" (F. Katz, 1976:10). Galindo envió un cuestionario con siete preguntas para evaluar la opinión de los propietarios rurales sobre la habilitación, la productividad, el endeudamiento de los peones y la embriaguez. En su análisis de las 45 respuestas, la embriaguez aparece como el factor que articula los restantes procesos. Así, el peón que gana más lo que hace es gastar más en alcohol, faltar al trabajo y endeudarse. "El dinero o ropa que por vía del enganche o habilitación se da a un peón en gran cantidad para él, equivale a proporcionarle recursos que él ve exagerados y de sobra. Los empleará según sus inclinaciones naturales o viciosamente desarrolladas que, ya se sabe por la experiencia, son la tendencia a la embriaguez y a la ociosidad y casi necesariamente sucederá que usa de esos recursos para entregarse a esos vicios hasta que se le agota toda o gran parte de la cantidad que se le prestó. Para obrar de otra manera, era necesario que el peón hubiera aprendido a dominar. . . sus inclinaciones y hábitos, a ser económico y previsor. Y únicamente dos informantes hablan de peones de raza náhuatl sobrios, buenos, trabajadores, humildes y dóciles. Luego los patrones al dar esos préstamos protegen la embriaguez y la ociosidad de sus labriegos. . ." (R. Galindo, 1976:151).

Las categorías manejadas por Poulot y Galindo, así como los objetivos y la instrumentación del alcoholismo, son los mismos. La construcción del "problema del alcoholismo" fue determinada por la nueva orientación hacia el trabajo y la vida

cotidiana. Los patrones tradicionales que percibían el alcohol como natural, normal, saludable y bueno serán remplazados por otros donde el alcohol aparece como antinatural, malo, enfermante, desviante (H. Levine, 1982). Esto aparece aún más transparente si, como dice Levine, reconocemos que en países como Inglaterra y Estados Unidos durante el siglo XIX se generó un decremento del consumo de alcohol respecto del siglo XVIII.⁴

2. Las funciones alimentarias y terapéuticas del alcohol

La construcción social del proceso de alcoholización en sus relaciones con el proceso alimentario se debe relacionar con una serie de hechos que permiten percibir hasta qué punto están ideológica y estructuralmente implicados.

Desde los siglos XVI-XVII se generó un proceso de concentración de la producción e industrialización de las bebidas alcohólicas, que en el caso de países como México, Perú o Argentina estuvo en gran medida en manos de la orden jesuita, a través de sus haciendas pulqueras, azucareras (chinguirito) y vitivinícolas, así como de otros sectores de la clase dominante (Cushner, 1980; Leal, Huacuja y Bellinger, 1978; Tutino, 1976; Kicza, 1980).

Además, el desarrollo de la producción alcoholera se dio frecuentemente a costa de reducir la producción de granos para la alimentación. Así, la expansión de los viñedos franceses durante los siglos XI-XIII se dio a costa de las tierras de pan llevar;* en los siglos XIV-XV en Inglaterra aumentó constantemente la producción de cebada para cerveza y disminuyó la producción de trigo, hasta convertir a este país en exportador de dicha bebida. En el siglo XVI la viticultura desplazó a los cultivos cerealeros de determinadas áreas portuguesas y del sur de España. Puede concluirse que durante los siglos XVI-XVII se generó un descenso en la producción de granos en casi todos los países europeos y una correlativa extensión de los cultivos alcoholeros. En casi todos los casos esto significó la necesidad de importar alimentos. Además esta expansión alcoholera se debe relacionar con el des-

* Tierras dedicadas al cultivo de trigo. (N. de la R.)

⁴ Incluso autores como E. Todd plantean que, por lo menos en Francia de 1848 a 1914 los enfermos mentales, suicidas y alcohólicos se daban sobre todo en los sectores de la pequeña y gran burguesía y concluye: "... tanto el suicidio como el alcoholismo es muy bajo en el proletariado histórico, comparado con su incidencia en la burguesía y pequeña burguesía. Engels confundió alcoholismo con ebriedad pasajera" (1979:65-66).

censo en el consumo de carne por parte de los estratos bajos (G. Duby, 1973; J. Neff, 1969).

En Nueva España se dio un proceso similar; a fines del siglo XVII los magueyes pulqueros desplazan en parte la producción maicera y triguera. Incluso A. Jara plantea que el alza en los precios del maíz se puede explicar parcialmente por la expansión del maguey: "...la agricultura mexicana presenta un crecimiento sostenido en el siglo XVIII, pero por lo menos una parte de ella debido al incremento de la desviación del consumo representado por el pulque" (A. Jara, 1973:42).

Ahora bien, estas dos consecuencias antialimentarias no necesariamente aparecieron como tales a la percepción de los conjuntos sociales, dado que a las bebidas alcohólicas, básicamente las fermentadas, se les consideraba como alimento. La cerveza, el vino y la sidra, así como la chicha y el pulque estuvieron integrados a la dieta básica no sólo de los adultos, sino de los niños desde las etapas más tempranas, ya que dichas bebidas fueron (y aún lo son) utilizadas en el destete y constituyen parte de la ablactación y de la alimentación cotidiana durante toda la niñez. Todavía en la década de 1920 se informa que en México los maestros que han indagado sobre la somnolencia de los alumnos en clase "...casi invariablemente han descubierto que en los hogares se les dan dosis bastante grandes de pulque como alimentación" (A. Osuna, 1929: 196).

Además a la mayoría de estas bebidas se les consideraba lactógenas, de allí que formaran parte de la dieta obligada de las embarazadas. Esta concepción sigue teniendo una notable persistencia en México, incluso en la capital. Así, en la encuesta que diseñamos y que aplicó un equipo del CIESAS/INN* en 1982 en cinco colonias del Distrito Federal, se halló que el 41.3% de las mujeres entrevistadas reconocía o sabía que el pulque o la cerveza ayudaban a la madre a producir más leche para amamantar a sus hijos.⁵

* Centro de Investigaciones Superiores en Antropología Social/Instituto Nacional de la Nutrición. (N. de la R.)

⁵ La encuesta la diseñaron E.L. Menéndez y R. Di Pardo, del CIESAS, y la aplicaron J. Barba y E. Ríos, del Instituto Nacional de la Nutrición. Los datos preliminares indican que el 43% de una muestra representativa de mujeres que habitan las colonias de Santo Domingo, Ajusco, Díaz Ordaz, Ruiz Cortines y Santa Úrsula, reconocen que la ingestión de algún tipo de bebidas alcohólicas aumenta la producción de leche materna. De este 43%, un 51% atribuye dicha propiedad a la cerveza y un 41% al pul-

El pulque y el maíz, el pan y el vino, la cerveza y las gachas constituirán, con otros dos o tres alimentos, la dieta básica de numerosas sociedades, y en esa dieta a las bebidas no sólo se les considerará como alimento, sino que se consumirán en notables cantidades: 1 a 3 litros de vino; 3 a 5 litros de pulque; 4 a 6 litros de cerveza por adulto varón.

Además de alimenticias, a un gran número de bebidas alcohólicas se les consideró como tonificantes, energéticas y aperitivas, cualidades que se le adjudicaron sobre todo a las destiladas. Las bebidas alcohólicas fueron clasificadas a través de sus especificidades terapéuticas, lo cual condujo a la producción de verdaderos recetarios caseros, que hallaron su correlato en las farmacopeas nacionales. Dichas funciones terapéuticas operaron mediante la aplicación (ingesta) directa del alcohol con objetivos y la intervención en rituales terapéuticos.

En el primer caso, las bebidas fueron utilizadas como medio para administrar medicamentos o como medicina en sí, y se generó una casuística que ponderaba el tipo, la frecuencia, los horarios y las cantidades que se deberían beber según la enfermedad y el grupo de edad.

En el caso mexicano se pueden detectar las funciones terapéuticas tanto de las bebidas precortesianas, como el pulque, como de las desarrolladas ulteriormente, como los mezcales, aguardientes, vinos.⁶

En el caso de los rituales curativos, el alcohol aparece como un elemento imprescindible en el manejo simbólico de la enfermedad por el curador, en una situación curativa donde el alcohol forma parte del contexto que permite el desarrollo de su eficacia simbólica. Es importante destacar que en un gran número de sociedades amerindias las bebidas que se utilizan en los rituales son destiladas, es decir, de incorporación postcolombina.

Las funciones alimentarias y terapéuticas de las bebidas alcohólicas se potencian para darles una función general de bienestar, que se asocia además al logro de una mayor energía (fuerza laboral) y de una mayor esperanza de vida.

que. Subrayamos que un 5% de las mujeres dice haber usado bebidas alcohólicas con este fin por recomendación médica.

⁶ Pese a que todas las bebidas alcohólicas expresan propiedades terapéuticas, serán el pulque y secundariamente el mezcal y los aguardientes de caña, los que presenten mayores aplicaciones medicinales.

3. Las construcciones social y técnica del "alcoholismo"

La construcción social del alcoholismo como hecho negativo se realizó a partir de la imagen positiva dominante en todos los sectores sociales. Las funciones alimentarias y terapéuticas, así como otras que no analizaremos ahora,⁷ se debieron cuestionar o por lo menos transformar, para imponer la nueva construcción social hegemónica.

En un nivel manifiesto los ejes del cuestionamiento fueron la estigmatización del alcoholismo como locura-desorden y el reconocimiento de que era un factor determinante en la disminución de la dieta de las "clases pobres urbanas". Desde la perspectiva de los grupos sociales "de ayuda a los pobres", así como desde la concepción sanitarista inicial, éste fue un factor en el que constantemente se hacía hincapié. El alcohol se constituyó en el culpable no sólo de la miseria, sino de la desnutrición de la familia y en particular de los niños. Así, la mortalidad adulta e infantil y preescolar de las clases subalternas urbanas hallaron en el alcoholismo una explicación parcial.

Determinados procesos posibilitaron el desarrollo de esta concepción. Las bebidas alcohólicas que formaban parte de la dieta básica tradicionalmente se habían producido a nivel doméstico, es decir, no implicaba una inversión monetaria o en especie directa.

Esta situación tendió a cambiar, inicialmente en Inglaterra y luego en la mayoría de los países europeos y americanos. El proceso de expulsión del campesinado, la urbanización notenciada o no por la industrialización, generó una masa social urbana que necesitó invertir cada vez más en un producto que si bien se usaba para otros objetivos, también se siguió utilizando como parte de la dieta y como un requisito energético para un gran número de trabajos, tanto rurales como industriales.⁸

Esto condujo a que el gasto en alcohol se constituyera en una dimensión decisiva en la estructura del gasto de las clases subalternas urbanas. Según G. Rudé, de 1789 a 1974, el consumo

⁷ Como sabemos, las bebidas alcohólicas cumplen numerosas funciones, además de las que se analizan en este trabajo; dada la naturaleza de nuestro análisis no se integraron al mismo (ver al respecto E.L. Menéndez y R. Di Pardo, 1982).

⁸ La dieta suponía sobriedad, pero una sobriedad que no sólo implicaba el consumo de uno o más litros de bebida fermentada, sino que ésta constituía entre el 40 y el 50% de los alimentos consumidos.

de vino en París representaba para un peón albañil el 23% de su sueldo y para un oficial cerrajero entre el 30 y el 51% de sus ingresos. Durante el siglo XVIII una familia media londinense gastaba en cerveza más que en cualquier producto (Ch. Hill, 1980:291); durante la segunda mitad del siglo XVIII y las primeras décadas del XIX esta inversión se fue desplazando de la cerveza a la ginebra, manteniendo similar incidencia en la estructura del gasto.⁹

Ni para la Nueva España, ni para el México independiente contamos con estimaciones de este tipo; sólo tenemos información impresionista que se reitera durante todo el siglo XIX y la primera mitad del XX. Así, en 1888, F. Flores señalaba que "... si se estudia la composición del régimen alimentario de la clase pobre, especialmente obrera y soldados, se encuentra también un consumo insignificante de carnes y mayor de feculentos y grasas, siendo el más notable el de bebidas espirituosas", (1982, t.I:290).

La polémica contra el pulque iniciada a fines del siglo XIX, y continuada hasta los años cincuenta, dio lugar a fuertes acusaciones respecto de esta incidencia según la cual en las zonas indígenas el gasto en alcohol absorbía el 50% de los ingresos (L. Mendieta y Núñez, 1939).

Así, de ser considerado un elemento básico de la dieta, el alcohol pasará a ser cuestionado por su efecto negativo en la misma. De ser un alimento, se le comenzará a denunciar, sobre todo por los Movimientos de Temperancia, los Sanitaristas y las Sociedades de Beneficencia, como una de las principales causales de la desnutrición.

3.1 A fines del siglo XVIII la ingesta "excesiva" de alcohol, comenzó a ser considerada como una enfermedad. B. Rush, médico norteamericano que participó en forma destacada en el movimiento de reforma carcelaria, concluyó en 1785 que la embriaguez crónica puede ser una enfermedad y que su característica distintiva era la *pérdida de control* (*sic*). Entre 1813 y 1819 se describe el *delirium tremens* y su relación con el alcohol y en esa misma década médicos alemanes acuñaron el término dip-

⁹ Algunos autores sostienen que durante el siglo XIX descendió el consumo del alcohol per cápita en Inglaterra; lo que parece haber ocurrido es que determinadas bebidas se remplazaron por otras y que el consumo permaneció dentro de valores constantes, por lo menos en este país.

somanía para describir todas las formas de ingestión patológica de alcohol. Alrededor de 1850, Morel propuso al alcoholismo como el principal factor degenerativo. En todos los casos, pero sobre todo a partir de 1830, estas tendencias teóricas detectaron a los “enfermos alcohólicos” básicamente en las clases bajas urbanas.

El reconocimiento del alcoholismo como enfermedad se inició desde una perspectiva casi exclusivamente psiquiátrica, es decir, desde la disciplina médica que presentaba las características más ambiguas respecto de su objeto de trabajo. Pero además el inicio de la construcción negativa del alcohol por parte del modelo médico se realizó a partir de los supuestos positivos que *dominaban en la práctica y saber médicos*.¹⁰

Puede afirmarse que para la práctica y saber médicos las bebidas fermentadas constituían también un alimento que no sólo operaba como nutriente y energético como criterio preventivo, ya que beber en las comidas era parte de la dieta para conservarse sano y tener una mayor esperanza de vida.

La práctica médica no consideraba alimentos a las bebidas destiladas, pero sí las reconocía como medicinales. Esta concepción se constituyó en los países europeos en las escuelas de medicina a partir de los siglos XIII-XIV y se mantuvo hasta bien entrado el XX. Así en Francia, a mediados del siglo XVII, el aguardiente era considerado tan medicinal que lo vendían exclusivamente las farmacias y no pagaba impuestos. Justamente su incremento como bebida durante dicho periodo condujo a talarlo con un impuesto especial.

Esta concepción estaba generalizada en los países europeos y en los Estados Unidos; según H. Levine en los siglos XVII y XVIII los médicos prescribían alcohol para casi todas las enfermedades.

En México la situación fue equivalente, y aquí se potenciaron las concepciones precortesianas y española respecto de las funciones terapéuticas. Si revisamos algunos de los textos más tempranos generados por una tradición “docta” (M. de la Cruz, 1552; G. López, 1580-1589; A. Farfán, 1592), así como textos

¹⁰ Entre las posibilidades establecidas por la información existente, el análisis opera no sólo en relación con la “teoría” médica, sino también con respecto a la práctica y el saber médicos, que son los que realmente hacen realidad la teoría en sus relaciones sociales y técnicas.

de la primera mitad del siglo XIX (J. Sánchez, D.R.M., M. Payno) hallamos que la práctica médica reconoció permanentemente las funciones terapéuticas, sobre todo del pulque. Una enumeración más o menos azarosa de sus propiedades, indica que dicha bebida fue utilizada y prescrita contra la caspa, alopecia, agua subcutánea, contra los animalejos que descienden al vientre del hombre; para la inflamación de estómago, frialdad abdominal, purulencia agusanada, herida de rayo, piojos, menstuo sanguinolento, sangre negra, dolor de costado, dolor de ijada, ciática, cámaras con frialdades, melancolía, encarnación de dientes, hinchazón de testículos, cólicos, llagas. También se usó para bronquitis, tuberculosis, blenorragia, gonorrea y dolor de muelas. El pulque fue recomendado para purificar la sangre, templar y refrigerar el hígado, bazo y estómago; para limpiar los riñones y obstrucciones del estómago, curar la tos y soltar el vientre. Durante todo este lapso se le percibió como lactógeno, de allí que se le recomendara especialmente a madres y nodrizas para incrementar la producción de leche. También se utilizó contra la esterilidad y para el proceso de parto.

De hecho este reconocimiento médico se mantuvo tanto en el saber como en la práctica médica mexicana hasta que las ideas de Broussais se impusieron momentáneamente en la "teoría" de dicha práctica. "Entre los estimulantes mexicanos, uno de los primeros que merecen citarse es la bebida nacional, común a algunos puntos del país, el pulque, cuyo uso se recomendó mucho por los médicos a principios de este siglo [XIX], cuando dominaba en la medicina mexicana la escuela de Brown, y el que después, cuando se extendió el brousesismo sufrió una guerra sin tregua, la que trajo como consecuencia que se desterrara su uso de las mesas en la gente acomodada, que desde entonces empezó a servirse en su lugar de las cervezas y los vinos que son todavía las bebidas que se consumen generalmente" (F. Flores, 1982, vol. III; 654). Ajeno a analizar internamente la "teoría" médica que cuestiona el consumo de pulque y lo remplaza por el consumo de cerveza y vino, lo relevante es que por lo menos una parte de la práctica médica siguió reconociendo en el pulque potencialidades terapéuticas, incluso cuando a partir de fines del siglo XIX se incrementaron las acusaciones académicas contra el pulque, al cual señalaban como el principal responsable del incremento de la mortalidad por alcoholismo (D. Mejía, 1878).

Ahora bien, la práctica y el saber médicos mexicanos estu-

vieron sucesivamente influidos por las concepciones terapéuticas dominantes en España y después en Francia. De allí que las principales corrientes del saber médico nacional durante el siglo XIX se hallaran muy vinculadas a las propuestas de la escuela médica francesa, que por otra parte constituía una de las dos tendencias nacionales dominantes en la investigación sobre alcoholismo.

Puede afirmarse que la práctica médica francesa siguió aceptando las virtudes terapéuticas del vino, articulando dicho reconocimiento con el desarrollo de las primeras campañas médicas antialcohólicas.

La revisión de importantes textos médicos generados por la escuela francesa en la segunda mitad del siglo XIX (M. Gingeot, 1867; M. Pecholiei, 1867; M. Bataille, 1874; M. Marvaud, 1875; M. Hayer, 1897; P. Verdos, 1899) permite extraer el siguiente listado de padecimientos y síntomas para los cuales se recomienda beber vino: fiebre tifoidea, neumonía, síndromes febriles agudos, fiebre puerperal, erisipela, hidropesía, debilidad cardíaca, estados de debilidad general y adinámicos y caquexia. En el caso de los niños se le recomienda para las enfermedades agudas y febriles con tendencia al colapso y postración nerviosas; para la bronquitis, neumonía, diarrea coleriforme, anemia, raquitismo, escorbuto y clorosis.

Se siguieron prescribiendo los vinos y otras bebidas alcohólicas como tónicos y estimulantes, aun cuando se fuera reconociendo su baja o nula incidencia terapéutica. En particular, dicha noción "tónica" fue aplicada a los niños; los vinos y alcoholes más recomendados para ellos fueron: aguardiente, ron, cognac, vinos generosos, ferroso y quinado, y cerveza. Se pensaba que algunos vinos (el oporto) y la cerveza favorecían la producción de grasas.

El nivel de consumo de vinos medicinales y tonificantes condujo a que en algunos países, como Inglaterra, se realizaran indagaciones parlamentarias para determinar su real incidencia nutricional. Así a principios de este siglo una comisión de la Cámara de los Comunes concluyó: "Algunos vinos medicinales pretenden contener sustancias nutritivas tales como extracto de carne. La cantidad de extracto de carne es, sin embargo, insignificante y en ningún caso es realmente nutritiva" (A. Osuna, 1929:22).

Consideramos que durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX la práctica médica dominante tendía a reconocer en el alcohol factores positivos y que la estigmatización aún no procedía por lo menos en las actividades de los médicos que lo

aplicaban. Una prueba bastante determinante se dio en Francia, al discutirse una ley antialcohólica. Cuando en 1913 los legisladores trataron de hacer una modificación que limitaba el número de expendios de bebidas alcohólicas, 26 médicos (diputados) sobre 45 votaron en contra de la ley. Varios de los curadores en sus intervenciones sostuvieron las virtudes terapéuticas de los vinos y las bebidas alcohólicas (J. Leonard, 1981).

Esta no debe ser considerada una tendencia exclusiva de la medicina francesa, ya que la "tradición médica" de países como Inglaterra y Estados Unidos integraban el alcohol como alimento a nivel institucional. A fines del siglo XVII hospitales para adultos y para niños en Inglaterra incluían en su dieta tres pintas de cerveza por paciente (W. Minchinton, 1979:103). En 1862 uno de los principales sanatorios londinenses utilizaba para consumo de enfermos 7 712 libras de alcohol. Valores similares hallamos para el mismo periodo en hospitales de Estados Unidos. En 1922 se interrogó a 30 000 médicos sobre el uso medicinal de las bebidas alcohólicas y casi el 50% dijo "que el whisky se podía recetar en ciertos casos". Hasta fechas recientes el vino constituía parte de la dieta normal de las instituciones de salud francesas. Es de subrayar que en los Estados Unidos si bien a partir de fines del siglo XIX decrece la utilización de las bebidas alcohólicas en los hospitales y pese a que en 1917 la Asociación Médica de los Estados Unidos (AMA) declaró que el alcohol no tenía valor terapéutico alguno, ni como tónico, ni como estimulante ni como alimento y que en consecuencia no debía ser prescrito como tal, se continuó con dicha práctica. Una clara expresión de esta continuidad prescriptiva la tenemos durante el periodo de la prohibición, ya que el whisky y otras bebidas alcohólicas se vendieron masivamente en las farmacias con receta médica. Su número pasó de 1 565 en 1916 a 5 922 en 1922. Se estima que sólo en 1928 las recetas de whisky procuraron un ingreso de 40 millones de dólares a los médicos norteamericanos.

3.2 El cuestionamiento médico de la ingesta de alcohol se dio inicial y básicamente por medio de la psiquiatría. Ulteriormente se generaron cuatro áreas de interés médico, que alcanzarían un desarrollo particular a fines del siglo XIX: el movimiento higienista antialcohólico, la relación entre daño hepático y alcohol, las investigaciones sobre las propiedades energéticas y habilitantes de las bebidas alcohólicas y el desarrollo de la criminología médica.

El movimiento higienista y la criminología aparecen estrechamente relacionados con la teoría psiquiátrica de la degeneración y fueron las propuestas que tuvieron mayor difusión social. Aún se hallan resonancias de la misma en trabajos médicos producidos en México en los años treinta.

La relación entre daño hepático y consumo excesivo de alcohol fue planteada tempranamente por la medicina francesa. Incluso la forma más frecuente de cirrosis, la de Laenec, se atribuyó al uso de alcoholes aromáticos, pero en general se concluía que la cirrosis no se producía por el consumo de alcohol, sino por las sales que contenían dichos vinos. En 1870 Trousseau propuso que el alcohol podía provocar infiltraciones de grasa en el hígado y esto producir la cirrosis de Laenec; en México alrededor de 1890 también se propone esa interpretación. No obstante, esta línea de trabajo no tuvo demasiada continuidad hasta que Addison "... sugirió que el alcoholismo y la cirrosis podrían estar relacionados etiológicamente. Se ha considerado en general que alguna vinculación existe entre ellas aunque en ningún momento se pudo demostrar en forma definitiva un poder citrógeno propio y peculiar del alcohol" (*Boletín* de la OPS, 1950:682). Creemos que es importante destacar el lenguaje dubitativo, potencial y finalmente negativo de este texto, que por otra parte resume lo que fue una constante de las investigaciones sobre cirrosis hepática y su vinculación con el alcoholismo. Podemos decir que apenas en la década de los cuarenta se generó una corriente de investigaciones que llegará a demostrar dicha causalidad, aunque todavía y según las escuelas médicas nacionales se difiere respecto de la incidencia del alcoholismo en la totalidad de los estados cirróticos. Así las escuelas francesa, italiana, alemana y suiza consideran que las cirrosis son de origen alcohólico en un 85-90%, mientras que las escuelas norteamericana, española y últimamente mexicana consideran que sólo entre un 40 y 60 por ciento.

Si bien la cirrosis constituyó una constante de la investigación médica, pero sin que se lograran demasiadas conclusiones *contra* la alcoholización, otras dos líneas de trabajo tuvieron un notable desarrollo a fines del siglo XIX y primera década del XX, para luego estancarse hasta los años cuarenta.

Como sabemos las bebidas alcohólicas aparecían, tanto a nivel de la percepción popular como médica, como productoras

de calorías, como fuente de energía, como medio para obtener más fuerza, eficacia y habilidad en el desempeño laboral. En el periodo citado se desarrollan toda una serie de investigaciones fisiológicas y psicológicas que trataron de probar o negar dichas potencialidades. Tal vez los dos trabajos más significativos en sus respectivas áreas fueron los de Atwater y Benedict desde una perspectiva fisiológica y el de Kraepelin desde la psicológica. Debe ponderarse que ambas investigaciones se realizaron con los más altos niveles técnicos del periodo y así se reconoce en la actualidad, pese a las críticas que dichos trabajos produjeron (R. Passmore, 1979). Mientras que Kraepelin concluyó que la ingestión de alcohol produce un decremento de la eficiencia, la investigación de Atwater y Benedict demostró que la utilización de la energía a partir del alcohol es sólo ligeramente menor a la obtenida con la dieta ordinaria.

Estas investigaciones se realizaron dentro de un contexto donde el alcohol era considerado casi unívocamente como alimento; en el lenguaje médico de la época era un "alimento nervino", que se suponía beneficiaba sobre todo a los estratos bajos. De allí que una gran parte de los médicos europeos y americanos recomendaran en especial a la clase trabajadora consumir alcohol en su dieta. "Las clases pobres, en su alimentación no hacen gran consumo de carne; a veces aun les falta enteramente; hacen gran uso de feculentos, azúcares y grasas; el consumo de las bebidas espirituosas y fermentadas es notable, pues está en relación con la insuficiencia del régimen alimentario y con la cantidad de fuerzas que cada obrero tiene que gastar para atender a su trabajo. Así se explica la cantidad de alcohol que necesita para concurrir a su nutrición y a su actividad muscular, que suministran materiales de calor y reparación. Los alimentos nervinos obran fisiológicamente de dos maneras. . . ; esta acción se resume en lo siguiente: el alcohol ingerido con moderación obra como agente dinámico por el efecto excitante de la parte que no se transforma y como alimento calorífico y agente de ahorro por la parte que se transforma en la economía" (M. Marvaud, 1875; citado por J. Martínez, 1901).

4. Proceso económico-político, práctica médica y estigmatización diferencial

Resumiendo, durante el siglo XIX la psiquiatría desarrolló una

perspectiva médica negativa respecto del alcohol que halló muy bajo apoyo en otro tipo de especialidades médicas, salvo en el higienismo y en la criminología, tendencias marginales del modelo médico.

Fueron los congresos de higiene, antialcohólicos y de criminología, junto con una parte de la práctica psiquiátrica, los que asumieron el cuestionamiento público del alcoholismo como locura y desorden social.

Estas tendencias médicas se deben, además, relacionar con los movimientos de templanza o con las sociedades de "ayuda a los pobres", que niegan o secundarizan la potencialidad terapéutica y alimentaria del alcohol y lo consideran como la principal causa del desorden y la miseria de las clases bajas, y con los sectores empresariales que ven a dichas bebidas como un freno a la productividad.

Estas dos líneas necesitan articularse con los sectores socioeconómicos y sociopolíticos en los cuales se incluyen y que podemos ordenar de la siguiente manera:

I. Líneas críticas respecto del consumo de alcohol: a] sectores empresarios que requieren una mayor regularidad y eficiencia laboral de la fuerza de trabajo; b] sectores de la pequeña burguesía dependiente e independiente que instrumentan la estigmatización antialcohólica como una barrera ideológica de clase, en gran medida asociada a características biológicas hereditarias (teoría de la degeneración); c] sectores sociales pertenecientes en su mayoría a la pequeña burguesía independiente y al proletariado que cuestionan al alcoholismo como mecanismo de control, de degradación y de apatía.

II. Líneas que apoyan el consumo de alcohol: a] sectores empresarios y de la pequeña burguesía independiente y dependiente que obtienen de la producción y comercialización del alcohol la fuente principal de sus ingresos y de acumulación de capital; b] sectores de trabajadores agrícolas e industriales que trabajan para el complejo alcoholero agrícola-industrial; c] sectores proletarios rurales y urbanos que integran cotidianamente la ingesta de alcohol como potencial cuestionador de la productividad y como potenciador imaginario de espacios particulares de relación social; d] sectores "marginales" que construyen espacios alternativos a la inserción laboral continua y a la participación sociopolítica activa.

La práctica y el saber médicos, sobre todo en países como

Francia (un alto porcentaje de médicos son dueños de viñedos), fueron sobredeterminados por los alineamientos sociales que operaron diferencialmente en la construcción social del "alcoholismo".

Sólo contextualizando así el proceso de alcoholización podemos comenzar a dar cuenta de los fundamentos socioideológicos que están en la base de las percepciones enfrentadas, maniqueas, ambiguas o aparentemente incongruentes que construyen los diferentes sectores sociales, incluidos la práctica y el saber médicos respecto del alcohol.

La contextualización del proceso conduce a detectar qué funciones cumplen el alcohol y el alcoholismo; cómo se resuelven socialmente y cómo se reformulan las interpretaciones dominantes respecto de las cuales se construye la imagen negativa; qué fuerzas son las que se apropian de las funciones y qué orientación les dan; cómo operan en estas dinámicas la práctica y saber médicos.

Uno de los procesos donde estas dinámicas se pueden analizar es el que se dio en México entre los productores de pulque y de cerveza a fines del siglo XIX, y que supuso la alineación de grupos sociales pertenecientes a los sectores enumerados.

4.1 Desde el último cuarto del siglo XIX se inicia un enfrentamiento entre los productores cervecedores y pulqueros que permite analizar casi paradigmáticamente la lógica ideológica (económica y médica) que opera en la construcción de una estigmatización diferencial del alcoholismo.

En el nivel manifiesto, el determinante del enfrentamiento es el alcoholismo, el cual se percibe como culpable del incremento tanto del consumo como de la mortalidad de la población. Los trabajos de J. G. Lobato (1879), D. Mejía (1878), S. Labastida (1879) y L. Ruiz (1891), subrayan estas consecuencias y sobre todo Lobato refiere dicho problema casi exclusivamente al pulque.

Toda una serie de autores defendieron al pulque, destacándose entre éstos no sólo médicos (J. Martínez, 1901), sino también economistas y políticos (F. Bulnes, 1909; Molina Enríquez, 1909).

Si bien el cuestionamiento del alcoholismo aparece referido explícitamente a las consecuencias diferenciales generadas para la productividad (ausentismo, irregularidad productiva) y para los trabajadores (miseria, degeneración, criminalidad) (J. Guerrero,

1901; R. Galindo, 1906; E. Maqueo, 1910), la determinación profunda de este enfrentamiento está en la competencia económica generada entre los productores de pulque y de cerveza.

En esta polémica contra el alcoholismo lo que se disputa es un mercado consumidor; el mayor de todo el país, constituido por la ciudad de México y la población de la Mesa Central. Dicha polémica aparece constantemente connotada por las referencias a las propiedades alimenticias y terapéuticas de ambas bebidas y en la misma se trata de adjudicar el "alcoholismo" a una de las bebidas e identificarla con su consumo negativo por las clases bajas.

En 1916, uno de los más congruentes e interesados defensores del pulque se preguntaba por qué se criticaba tanto a esta bebida y concluía: "Porque estorba al vendedor de otras bebidas alcohólicas destiladas y fermentadas y hace la competencia a las mismas. Es pues un enemigo de ellas y hay que aniquilarlo para que les deje el campo libre" (S. Riquelme, 1928:272) y todavía en 1935 escribía J. Paz: "lo que pasa aquí es que unos cuantos individuos, aquellos que monopolizan el azúcar y consecuentemente la fabricación de alcohol en alta escala, y tienen además grandes intereses dentro de la industria cervecera, no pueden ver tranquilamente que el pueblo beba pulque en vez de cerveza o de alcohol" (1935:193).

El enfrentamiento iniciado a fines del siglo XIX iba a cobrar características particulares a partir de la Revolución mexicana. Durante el Congreso Constituyente de 1917 no sólo se planteó el problema del alcoholismo, sino que expresamente se propuso la prohibición de la venta del pulque y del mezcal.

La identificación del "alcoholismo" con el pulque tenía, además de objetivos sanitarios y económicos, objetivos políticos dado que los propietarios de las haciendas pulqueras pertenecían a los grupos sociales que dirigieron México durante el porfiriato. Además, el complejo productivo-comercial pulquero suponía no sólo un notorio poder económico, sino una vasta influencia en la población jornalera dependiente de dicha industria.¹¹

¹¹ Debe tomarse muy en cuenta que el cultivo del maguey y la producción de pulque posibilitan una tasa de ocupación mucho más elevada que la mayoría de los otros cultivos. "Incluidos los trabajos del tinacal, integrado de hecho al medio rural, la hectárea de maguey necesita alrededor de 120 días de trabajo repartidos igualmente sobre todo el año, o sea más del doble que una hectárea de maíz de temporal. . ." (C. Bataillon, 1972:202). La posibilidad de clientelismo político basado en relaciones ocupacionales casi permanentes es, en consecuencia, muy alta.

La discusión "política" sobre la alcoholización manejó la negativa de las consecuencias sociales y médicas del pulque y la positividad de las propiedades alimenticias y terapéuticas, así como las funciones económico-ocupacionales de dicha bebida.

Estas dos últimas funciones se potenciarán para proponer una solución transaccional, según la cual el pulque puede ser negativo, pero por "ahora" resulta imprescindible. Así, en el Congreso Constituyente de Querétaro, cuando Múgica y otros congresistas propusieron en 1917 la prohibición de la venta de pulque y mezcal, el Dr. J. M. Rodríguez, director del Consejo Superior de Salubridad se opuso "...porque la violenta supresión del pulque ocasionaría una grave bancarrota económica que afectaría a 400 000 habitantes de la Mesa Central. . . Múgica replicó que contra cuatro millones de pesos que producían los impuestos al pulque, el país gastaba millones en mantener ebrios en las cárceles y enfermos en los hospitales. Por 98 votos contra 54 votos fue derrocada la proposición de Múgica" (M. González, 1974, 1:280).

Los argumentos económico y de nutrición serán continuamente reiterados durante el periodo 1920-1950 y constituirán el espectro a partir del cual se plantee la "defensa" y necesidad de mantener la producción pulquera.

De hecho durante este lapso se realizó toda una serie de investigaciones biomédicas para tratar de verificar o no sus potencialidades alimentarias. Estos trabajos, que continúan las investigaciones iniciadas a fines del siglo XIX, presentan una rigurosidad metodológica que permitió discernir con mayor precisión sobre sus verdaderas propiedades.

Conjuntamente con éstos, se genera una serie de escritos polémicos donde el pulque aparece como la única opción viable y posible hasta que mejoren las condiciones sociales y económicas de los trabajadores mexicanos. "En nuestro concepto apoyado por la historia, por los estudios científicos de todos los países y por los acontecimientos sociales, la supresión absoluta [del alcohol] no es realizable. El hombre no prescindirá nunca en ninguna parte de las bebidas alcohólicas y mucho menos la gran masa trabajadora de los pueblos que constituyen la inmensa mayoría. Sería necesario para esto que la nutrición fuera completa, que los alimentos estuvieran en su totalidad al alcance de todas las fortunas, para que dieran al organismo humano toda la actividad y energía de que es capaz. . ." (S. Riquelme, 1929:258).

Esta propuesta se reiterará; se acepta que el pulque, junto con las demás bebidas, pero en mucho menor grado, puede incidir en el alcoholismo, pero se subraya que constituye un factor nutricio y energético que no se puede reemplazar. "En resumen, cuando nuestras clases proletarias puedan contar con alimentación suficiente, aprobaremos que se prohíba la explotación y la venta de pulque, como se hizo con la cerveza en los Estados Unidos, pero en tanto que éste complementa la actual deficiente ración alimentaria de las masas populares sería inconveniente su prohibición" (S. Pauer, 1920:63).

Durante las décadas de los veinte y treinta, se insistió cada vez más en el valor económico y ocupacional del pulque, pero al mismo tiempo otros autores señalan las condiciones de alcoholismo crónico que domina en particular entre las poblaciones indígenas (Ramos Espinosa, 1939; Mendieta y Núñez, 1939; S. Askinasy, 1939; C. Basauri, 1940). Además, algunos de los más destacados nutricionistas (Ramos Espinosa, 1939; Ramos Galván, 1944) se refieren a la incidencia del gasto en bebidas alcohólicas en las condiciones de desnutrición de la población. Así en una revisión del problema de la nutrición en México concluye Ramos Galván: "por su gravedad hemos dejado para el final de este estudio el hacer algunas consideraciones sobre el alcoholismo, en la esperanza de dar mayor énfasis a la magnitud del problema" (1944:49). Todo su análisis está planteado en términos de alcoholismo *versus* alimentación.

A partir del siglo XIX, y sobre todo desde la década de los veinte, aparece la cerveza como la opción al pulque y al "alcoholismo". Las propiedades que avalan esta opción son sus mejores condiciones de higiene, su valor medicinal y sobre todo su capacidad nutricia. Así la publicidad de la cerveza exponía en los periódicos mexicanos equivalencias con el jamón, carne, huevos, leche y sostenía que era dos o tres veces más alimenticia. El énfasis en esas propiedades se hará extensivo a la leche materna. Para A. Genin las cervezas Moctezuma constituyen "... un verdadero tesoro para las señoras que amamantan. Se conocen multitudes de casos en que escasas de leche, enflaqueciendo el niño por esa escasez, bastó que las mamás hicieran uso de las Tres Equis para ver inmediatamente aumentada la cantidad de leche, su clase mejorada y el nene engordar y gozar de perfecta salud. Muchísimos médicos mexicanos y extranjeros han podido cerciorarse del hecho y muchos lo han atestiguado" (1924:16-17). Este tipo de

publicidad, que se manejaba a través de folletos "científicos", utilizó la experiencia de campañas similares efectuadas en Europa y Estados Unidos. Se debe subrayar que la identificación con valores nutritivos a través del aval médico fue una constante de los productores cerveceros, que incluso editaron folletos y libros en los cuales utilizaban información bibliográfica notablemente actualizada.¹²

Gran parte de esta campaña buscaba establecer el reconocimiento de la cerveza como una bebida especial, de moderación, que en función de sus propiedades terapéuticas y alimenticias debía estar "al alcance de las clases más pobres" (J. M. Albiñana, 1922) y, en función de esto, recibir determinados privilegios fiscales que abarataran su costo y por supuesto le permitieran competir con el pulque, cuyo precio al consumidor era mucho más bajo.

A partir del segundo tercio del siglo XIX una "teoría" médica había favorecido la reorientación del consumo de bebidas alcohólicas en los estratos medios urbanos que abandonaron el pulque por la cerveza y el vino, proceso que se acentuó en la segunda mitad del siglo XIX. Este trabajo de reorientación del consumo de la población trabajadora urbana continúa durante los años veinte. Mientras que en el primer periodo la práctica médica subrayó las consecuencias irritativas de una de las bebidas, en el segundo ponderó las propiedades nutricias de la cerveza, sobre todo para los trabajadores y para las "madres".

4.2 Si bien se ha dado ya alguna información, es necesario precisar cuál fue la posición o posiciones del saber y la práctica médicas durante este periodo.

En escala internacional en la década de los veinte se había generado una expansión de las políticas prohibicionistas, que en los treinta evidenciarían un notable fracaso social, aunque no médico.¹³ En México los organismos de salubridad desarrollaron

¹² Esta constante persiste en la actualidad. En los dos últimos años en anuncios publicitarios de alrededor de un cuarto de página de periódico se propone la necesidad de comer sano y de beber con moderación. Esta publicidad aparece avalada conjuntamente por el Instituto Nacional de la Nutrición y la Asociación Nacional de Fabricantes de Cerveza. Como vemos sigue manteniéndose esta asociación alimento-cerveza con respaldo médico.

¹³ Durante el periodo de la prohibición en los Estados Unidos descendió la tasa de mortalidad por cirrosis.

en esos años campañas específicas que siguieron un decurso similar. Además la investigación médica sobre la alcoholización permaneció estacionaria y sólo comenzaría a tomar nuevo impulso a principios de la década de los cuarenta. El propio Estado reconoce que en los años veinte (A. Osuna, 1929) y treinta (Primer Congreso sobre Alcoholismo, 1937, E. Martínez, 1937) persiste la concepción terapéutica del alcohol, tanto en la población como entre los médicos.

Durante estas décadas se desarrollaron trabajos sobre la importancia nutricia del pulque y sus consecuencias degenerativo-hereditarias (J.J. Quezada, J. Muñoz Turnbull, C. Basauri). Las investigaciones se pueden clasificar en dos tipos: aquéllas como las de Ramos Espinosa que reconocían el valor nutritivo del pulque, pero que lo cuestionaban por sus consecuencias sociales, y otras que trataban básicamente de demostrar dicho valor nutritivo. Uno de los estudios decisivos al respecto fue el que R. K. Anderson y otros realizaron en tres aldeas otomíes donde trataron de establecer el estado nutricional de la población. De su trabajo surge que el pulque es el segundo alimento en importancia, luego de la tortilla; que aporta alrededor del 25% de las calorías, que proporciona la cantidad de vitamina C recomendada en la dieta y aunque sea mínimamente también aporta vitamina B.¹⁴

Este trabajo, que fue publicado en el órgano oficial de la salud pública de México, consideraba que "muchísimos sostienen que el presente grado de depresión económica y cultural del pueblo es debido al amplio consumo de pulque y a sus más o menos crónicos defectos. . . Probablemente sería mejor sustituirlo por otros alimentos y bebidas alcohólicas. De cualquier manera hasta que un buen sustituto pueda ser encontrado y las condiciones económicas sean mejores, parece que el pulque seguirá aportando valiosa contribución a la dieta y que en ocasiones podrá constituir la diferencia entre la supervivencia o no supervivencia en un área como la otomí" (1945:16-17).

Estas conclusiones fueron asumidas, más que por la práctica

¹⁴ En 1956 E. Loyola realizó una de las síntesis más objetivas sobre las propiedades nutritivas del pulque. "El pulque posee valor como alimento, tanto en el aspecto energético como en el plástico (cualidad de un alimento que permita renovar la energía). De acuerdo con las investigaciones efectuadas su utilidad como energético se explica por la presencia del alcohol y de glúcidos, en tanto que su papel como factor plástico se justifica por la existencia de aminoácidos libres y de vitaminas" (p. 137). En sus conclusiones establece con claridad que estas propiedades se deben relacionar con la situación de los grupos que lo consumen y con las cantidades consumidas.

médica, por los antropólogos e indigenistas (E. Beltrán, 1949; M.L. Portilla, 1955; A. Fabila, 1951), quienes incluso propusieron el fomento de la producción pulquera como solución parcial a las condiciones de vida negativas dominantes en determinadas áreas.¹⁵

En todo este proceso los organismos de salud desempeñaron un papel funcional al desarrollo y estigmatización diferencial del "alcohol". Si bien el Estado planteó una política antialcohólica como prioritaria dentro de las políticas de salud desde 1917, fue apenas en 1926 cuando se expidió el primer Código Sanitario en el cual se establecieron las bases de las campañas antialcohólicas, las cuales sucesivamente han fracasado (M.E. Bustamante, 1974: 229). Dichas campañas, así como las actividades que produjeron, si bien tuvieron como objeto al "alcoholismo", se centraron diferencialmente en el pulque. Tanto la cerveza como el vino fueron excepcionalmente involucrados.¹⁶

Lo que se propusieron los sucesivos códigos sanitarios fue favorecer el consumo de bebidas de baja graduación como medio para disminuir el consumo de las destiladas. Los puntos más destacados de esta legislación se dieron en 1955 cuando, "como una solución parcial, pero efectiva se reformó la Constitución para considerar a la cerveza como refresco, evitando que los estados la gravaran y protegiéndola en todas sus formas" (M. González, 1974, 1:290) y en 1963, cuando se decide considerar bebidas de moderación, las de menos de seis grados, siendo favorecidas impositivamente siempre que estuvieran embotelladas, requiriendo que sólo cumple la cerveza.

Esta clara orientación sanitarista y médica cuestiona al alcohol no sólo por el "alcoholismo", sino por su incidencia negativa en la dieta. Desde 1930 numerosos trabajos trataron de evidenciar no sólo que el alcohol aporta menos calorías que los alimentos básicos, sino que además resulta mucho más caro. Pero casi indefectiblemente estos mismos datos indicaban que en términos comparativos era el pulque la bebida alcohólica de menor costo, es decir, la que hipotéticamente incidiría menos en la estructura

¹⁵ Puede aducirse sin embargo, que la práctica médica tomó en cuenta este valor nutricional (R. Cravioto y otros, 1951; tablas de alimentos del Instituto Nacional de la Nutrición, 1958), pero en los hechos no se generó un reconocimiento y apoyo médicos a una bebida que las propias investigaciones reconocían con propiedades alimenticias.

¹⁶ La Unión de Fabricantes de Vinos y Licores publicó las conclusiones del Primer Congreso Nacional sobre Alcoholismo, realizado en México en 1936.

del gasto familiar. "Se ha dicho que la incapacidad económica lleva a nuestro pueblo a ingerir bebidas alcohólicas que le proporcionan el aporte calórico que no pueden comprar en forma de alimentos. Este razonamiento es falso, puesto que las bebidas alcohólicas resultan muy costosas, fuera de su repercusión sobre la capacidad del trabajo del sujeto" (R. Ramos Galván, 1944:52). El autor presenta un cuadro en el que se evidencia que para obtener 1 000 calorías se gastarían 0.67 centavos si éstas provinieran de la leche, 0.78 del pulque, 1.36 de la cerveza y 1.75 del ron.

Es difícil sostener el cuestionamiento del pulque desde los fundamentos del saber médico y sanitarista, salvo en lo que respecta a las condiciones de higiene, ya que comparativamente, por su graduación alcohólica, costo y propiedades nutritivas, presenta valores más recuperables que los del resto de las bebidas alcohólicas. Puede aducirse que el pulque constituye el eje de estas críticas porque incide en los grupos de menores ingresos. Pero una crítica radical *crea la necesidad de una opción* que sólo se encuentra en bebidas de más alta graduación y de mayor costo.

4.3 Como ya indicamos este proceso de estigmatización diferencial se debe caracterizar económica y políticamente. Desde una perspectiva política aparece clara la necesidad de limitar el desarrollo de los sectores pulqueros por lo menos hasta mediados de los treinta. Desde una perspectiva económica observamos que a partir de 1910 se reduce constantemente la explotación del maguey, lo cual debe relacionarse con el proceso político, pero también con las nuevas condiciones de productividad y del mercado.

Si bien se dieron cambios en la estructura productiva, los mismos no fueron de tal intensidad y expansión como para hallar exclusivamente en ellos las causales del decremento pulquero, salvo luego de la aplicación de la reforma agraria en la década de los años treinta.

Tampoco puede atribuirse este retroceso y ulterior estancamiento a la construcción de la estigmatización diferencial. Sin embargo, todos estos factores se deben relacionar, para analizar su intervención en la construcción de la percepción del "alcoholismo" en México, a partir de los grupos sociales que articulan sus relaciones sociales, económicas e ideológicas en torno a la producción y al consumo de bebidas alcohólicas.

Ya vimos que la construcción de la estigmatización del alcoholismo no se relaciona *necesariamente* con el incremento del consumo de alcohol, sino con la funcionalidad que éste posibilita respecto de comportamientos sociales considerados "negativos" o "peligrosos". El resultado más importante de este proceso fue la identificación del alcoholismo casi exclusivamente con determinados sectores sociales, generalmente el conjunto o una parte de las clases subalternas.

Un análisis que pretende dar cuenta de la construcción social del "alcoholismo" y que lo contextualiza económica y políticamente se debe referir por necesidad a las condiciones específicas que operan en una sociedad determinada, es decir, a las fuerzas sociales que se han constituido en función de los procesos económico-productivos. Desde esta perspectiva puede concluirse que la construcción social en México se organiza hegemonícamente en torno a la "peligrosidad" y secundariamente respecto de la "productividad".

5. Poder, ambigüedad y función ideológica del modelo médico

El análisis del proceso de alcoholización en México evidencia que la construcción de la estigmatización del alcoholismo se relaciona con los objetivos de determinados grupos sociales, que utilizan sintetizadamente percepciones "tradicionales" y nuevas elaboraciones, las cuales posibilitan la ambigüedad que la práctica y el saber médicos tienen respecto del alcoholismo y la diferente funcionalidad que le dan sectores sociales opuestos o en conflicto.

El "alcoholismo" es cuestionado no sólo por los grupos antialcohólicos, sino por los propios productores; dicho cuestionamiento se da conjuntamente con el aumento de la producción y el consumo. La alcoholización la estigmatizan los mismos que defienden la importancia de las bebidas alcohólicas como alimento.

Para que esto se produzca sin contradicciones, el "alcohol" se debió diferenciar del alcoholismo, sobre todo internamente, y encontrar, por supuesto, los fundamentos sociales y técnicos de esta diferenciación. Lo que posibilitó esta construcción fue la distinción entre "alcoholismo" e ingesta "moderada" de alcohol. La inexistencia de criterios técnicos y metodológicos seguros permitió y permite una notable ambigüedad que posibilita la construcción de la estigmatización, pero también produce una di-

ferenciación que orienta la percepción negativa básicamente hacia determinadas bebidas.

Ahora bien, ¿por qué permanece esta ambigüedad? En el nivel técnico, por las dificultades para determinar con claridad la enfermedad en sí, sobre todo en las etapas tempranas de la misma (E.L. Menéndez, 1984). En el nivel social, esta ambigüedad aparece avalada por lo que podemos denominar reconocimiento colectivo de mínimos de funcionamiento: mientras la persona *funcione* en su trabajo y en su familia se le podrá percibir como bebedor, pero no calificar como enfermo. Esta ambigüedad además se mantiene dadas las funciones de control potencial que la alcoholización posibilita; en numerosos países el alcoholismo sigue siendo la causa del mayor número de detenciones policiales. Esta misma racionalidad social debe aplicarse a las relaciones entre productividad y alcoholización para explicar por qué la ambigüedad necesita ser mantenida por sectores sociales que en el nivel aparente sancionan diferencialmente al "alcoholismo".

Ahora bien, debe subrayarse que la ambigüedad persiste en la teoría y práctica médica actual, más allá de la supuesta certidumbre de determinadas investigaciones. Y esto ocurre porque el "problema" o la "enfermedad" denominada "alcoholismo", constituye como hemos visto un proceso que por otra parte sintetiza diferentes niveles (biológico, psiquiátrico-psicológico, social) y articula diferentes sectores sociales que operan en la propia práctica profesional.

De hecho la ambigüedad persiste y no se puede eliminar con preguntas aparentemente focales que permitirían establecer una clara discriminación, en la medida en que son los procesos práctico-ideológicos los que condicionarán la incidencia de la misma. Así, si nos interrogamos sobre la "verdadera" capacidad nutritiva del "alcohol", la respuesta debe estar planteada en términos de proceso, dado que otro tipo de respuesta daría lugar a la expresión de posiciones antagónicas que facilitan la persistencia de la ambigüedad. Desde esta perspectiva procesal debe en consecuencia reconocerse que las bebidas alcohólicas en general, y algunas fermentadas en particular, contienen minerales, vitaminas, proteínas y proveen potencialmente de calorías. Pero la cuestión estriba en demostrar la incidencia calórica y nutriente de estas bebidas en los que las ingieren y lo que actualmente evidencian la mayoría de las investigaciones es que el organismo no utiliza el "alcohol" ni en la terminogénesis ni en el trabajo muscular; el alcohol se quema

de inmediato y no constituye realmente un elemento de reserva calórica. Además se ha demostrado que el etanol interfiere negativamente en el metabolismo de las vitaminas y en su absorción, y que genera pérdida de apetito (consultar: Ch.H. Halsted, coord., 1980).

Ahora bien, y es lo que nos interesa subrayar, estas investigaciones no eliminan el mantenimiento social y técnico de la concepción analizada. Un fenómeno lo constituye el descubrimiento o la evidencia científica *provisoria* y otro la apropiación que de la misma hace la práctica médica institucionalizada. Desde esta perspectiva podemos señalar que la actitud médica actual no aparece *conscientemente* preocupada por esta problemática, sino que hace operar las sobredeterminaciones técnica e ideológica que siguen favoreciendo la ambigüedad. Al interrogar a las pacientes sobre su dieta, sobre sus condiciones nutricionales, o sobre su proceso de alimentación, los médicos no suelen preguntar sobre las bebidas alcohólicas, con lo que no sólo dejan de lado la relación específica, sino la sobredeterminación de otros padecimientos. Pero además, gran parte de la práctica médica sigue asumiendo la calidad nutritiva del alcohol a pesar de la existencia de evidencias que la cuestionan. Así, en el IX Congreso Internacional de Nutrición, realizado en México en 1972, M. van Belle y E. de Clerk, de la Universidad de Lovaina, presentaron un trabajo en el que tratan de mostrar el carácter nutritivo de la cerveza. Y esto no constituye una anécdota (ver Gartineav y otros, 1972); por el contrario, es parte de una concepción vigente, que se ve avalada por las oscilaciones de la "teoría" médica. Así, cuando la revista de la Facultad de Medicina de la UNAM dedicó uno de sus números a la cirrosis, una parte de la discusión llevada a cabo por los principales expertos nacionales se centró en las relaciones desnutrición/cirrosis hepática. Allí se señaló que "la influencia de la desnutrición es un punto de controversia que debe ser considerado aparte. Hace unos 25 años se afirmaba que la desnutrición aunada al alcoholismo era el factor causal más importante de cirrosis hepática; más adelante se pensó que la desnutrición "per se" no tenía gran importancia, sino que la cirrosis se debía fundamentalmente al alcohol. En la actualidad se está volviendo a considerar la importancia de la desnutrición como causa de cirrosis hepática, fundamentalmente en enfermos con obesidad extrema. . ." (Guevara, L., 1974:12).

Como sabemos, la apariencia y la realidad del desnutrido

operan socialmente con una mirada que califica como tales a los sujetos de las clases subalternas. La ambigüedad de la teoría y de la práctica médica avalan una mirada que asocia y estigmatiza diferencialmente.¹⁷ Toda estigmatización se refiere, en consecuencia, a las fuerzas y grupos sociales que se hacen cargo de la misma y a las reformulaciones funcionales que se generan y que pueden establecer puntos de articulación en un nivel profundo, pese a que en el nivel manifiesto operen como contradictorias. Toda estigmatización funciona a partir de instrumentos, que incluso una práctica reconocida como científica puede utilizar ambigüamente, en la medida en que dicha práctica devenga ideologizada en la inserción de sus relaciones sociales concretas.

Bibliografía

- Anderson, R. y otros, "Nutrición y alimentación de los indios otomíes del Valle del Mezquital". *Salubridad y Asistencia*, t. IV, 11:3, 1945.
- Anónimo (circa), *La cerveza: una bebida pura, sana y nutritiva*, México, 1965.
- Askinsky, S., *México indígena: observaciones sobre algunos problemas*, México, 1939.
- Basauri, C., *La población indígena de México*, Secretaría de Educación Pública, México, 1940.
- Bataillon, C. *La ciudad y el campo en el México Central, Siglo XII*, México, 1972.
- Bellinger, M. *Las haciendas en México: el caso de San Antonio Tochtlaco*, Colección Científica 89, INAH, México, 1980.
- Beltrán, E. "Plantas usadas en la alimentación por los antiguos mexicanos". *América Latina* IX, 3:195, 1949.
- Bejarano, J., *La derrota de un vicio: origen e historia de la chicha*, Editorial Iqueuma, Bogotá, 1950.
- Bustamente, C., *El indio mexicano o avisos al rey Fernando Séptimo para la pacificación de la América Septentrional*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1817-1818 edición original, 1981.
- Bustamente, M. E. "El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas: aspectos sociomédicos". *Gaceta Médica* 107, 3:227, 1974.
- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social e Instituto Nacional de la Nutrición, *Encuesta de alcoholismo y nutrición*, México, 1982.
- Cipolla, C. M., Comp. *Historia económica de Europa. Siglos XVI y XVII*, Ariel, Barcelona, 1979.
- Cooper, D. B., *Las epidemias en la ciudad de México, 1760-1813*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1980.
- Cravioto, R. y otros, "Composición de los alimentos mexicanos", *Ciencia* XI(5-6):153, 1951.
- Cushman, N., *Lords of the land: sugar, wine and the Jesuit States of Coastal Peru, 1600-1767*, State University of New York Press, Albany, 1980.
- Deane, P. H., *La primera revolución industrial*, Península, Barcelona, 1968.
- De Grazia, S., *Tiempo, trabajo y ocio*, Editorial Tecnos, Madrid, 1966.

¹⁷ Debe señalarse que no cuestionamos la "incertidumbre" científica que da lugar a la ambigüedad, sino que subrayamos el uso social e ideológico de dicha incertidumbre.

- De la Cruz, M. (1552). *Libellus de medicinalibus indorum herbis*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1964.
- Departamento de Salubridad Pública, *Memorias del Primer Congreso Nacional contra el alcoholismo* DAPP, México, 1937.
- Duby, G., *Economía rural y vida campesina en el occidente medieval*, Península, Barcelona, 1973.
- Espinosa y Moreno, J., *Apuntes sobre el empleo terapéutico del alcohol*, tesis, Escuela Nacional de Medicina, México, 1871.
- Fabila, A., *México, ensayo socioeconómico*, 2 vols., México, 1951.
- Farfán, A. (1592) *Tratado breve de medicina y de todas las enfermedades*, Ediciones de cultura Hispánica, Madrid, 1944.
- Flores y Troncoso, F. (1886-1888) *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta la presente*. 4 vols. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982.
- Galindo, R. (1906) "Informe presentado al Segundo Congreso Agrícola de Tulancingo", en K. Katz: *La servidumbre agraria en México en la época porfiriana*: 134, 1976.
- Gastineau, C., W. Darby y Th. Turner (eds.) *Fermented food beverages in nutrition*, Academic Press, Nueva York, 1979.
- Genin, A., *La cerveza entre los antiguos mexicanos y en la actualidad*, Tipografía Corral Hnos., México, 1924.
- González, M., *Población y sociedad en México (1900-1970)*, 2 vols., UNAM, México, 1974.
- Guerrero, J., *La génesis del crimen en México*, México, 1901.
- Guevara, L. (mod.) "Historia natural de la cirrosis hepática". *Rev. Facultad de Medicina, UNAM* XVII (8): 5, 1974.
- Halsted, Ch. (coord.), "Symposium Alcoholism and Malnutrition". *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, diciembre, 1980.
- Hill, Ch., *De la Reforma a la Revolución Industrial, 1530-1780*, Ariel, Barcelona, 1980.
- Hobsbawm, E., *Industria e imperio*, Ariel, Barcelona, 1977.
- Jara, A., *Plata y pulque en el siglo XVIII mexicano*, Center of Latin American Studies, University of Cambridge, Inglaterra, 1973.
- Katz, F. (comp.), *La servidumbre agraria en México en la época porfiriana*, Setentas, 303, México, 1975.
- Kicza, J., "The pulque trade of late colonial Mexico City". *The Americas* 37:193, 1980.
- Leal, J. y M. Huacuja, "San Antonio Xala. Contrapunto del funcionamiento económico de una hacienda pulquera en la segunda mitad del siglo XVIII y en el último tercio del siglo XIX". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 91:59, 1978.
- y otros, "La compañía expendedora de pulques y la monopolización del mercado urbano: 1900-1914", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 91: 177, 1978.
- Leonard, J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Aubier, París, 1981.
- López, G. *Tesoro de Medicina para todas las enfermedades*, Impresor Francisco Rodríguez Lupercio, México, 1672.
- Levine, H., "Industrialization, economic development and worker drinking: historical and sociological observations". *Institute of Medicine Legislative approaches to prevention of alcohol-related problems*: 26, 1982.
- Lobato, J. G., "Medicina práctica. Alcoholismo". *Gaceta Médica*, 7:77, 97, 184, 202, 214, 245, 261, 279, 322, 360, 1879.
- Loyola, E., *La industria del pulque*, Banco de México, México, 1956.
- Maqueo, E., *Algunos problemas nacionales*, Librero-Editor, Eusebio Gómez de la Fuente, México, 1910.

- Martínez, E., *En las garras del alcoholismo*, Editorial La Universal, San Luis Potosí, 1937.
- Martínez, J. (1901) "Aspectos terapéuticos del pulque", en J. Paz: *En defensa del pulque*: 113, 1935.
- Mejía, D., "Estadística de mortalidad en México", *Gaceta Médica*, 14:273.
- Mendieta y Núñez, L., "Ensayo sobre el alcoholismo entre las razas indígenas de México". *Revista Mexicana de Sociología*, 1, 3:77, 1878.
- Menéndez, E.L. "El problema del alcoholismo y la crisis del Modelo Médico Hegemónico", en *Cuadernos Médico-Sociales* 28:7, 1984.
- y R. Di Pardo, *Alcoholismo, I: Características y funciones del proceso de alcoholización. Alienación, enfermedad o cuestionamiento*, Cuadernos de La Casa Chata núm. 56, México, 1982.
- Minchinton, W., "Tipos y estructura de la demanda (1500-1700)", en C.M. Cipolla (comp.), *Historia Económica de Europa. Siglos XVI y XVII*: 68, 1979.
- Molina, V. y L. Sánchez, *El alcoholismo en México. Patología*, Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México, 1982.
- L. Barruecos y L. Sánchez, *El alcoholismo en México. Aspectos sociales, culturales y económicos*, Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México, 1983.
- C.R. Celis, L. Berruecos y L. Sánchez, *El alcoholismo en México. Memorias del seminario de análisis*, Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México, 1983.
- Neff, J., *La conquista del mundo industrial*, Paidós, Buenos Aires, 1969.
- Organización Panamericana de la Salud, "Alcohol y cirrosis hepática". *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*, 29, 6:682, 1950.
- Osuna, A., *El alcoholismo. Manual de enseñanza antialcohólica*, México, 1929.
- Passmore, R., "The energy value of alcohol en Gastineau", en Gastineau, Darby y Turner (eds.), *Fermented food beverages in nutrition*: 213, 1979.
- Pauer, S., "El pulque". *Etnos* 1, 3:60, 1920.
- Payno, M., *Memoria sobre el maguey mexicano y sus diversos productos*, Imprenta A. Boix, México, 1864.
- Paz, J., *En defensa del pulque. El pulque, factor económico, terapéutico y alimenticio*, México, 1935.
- Poulot, D. (1870), *Le sublime ou le travailleur comme il est en 1870 et ce qu'il peut être*, F. Maspero, París, 1980.
- Ramos Espinosa, E., *La alimentación en México*, México, 1939.
- Ramos Galván, R., "El problema de la nutrición en México". *Salubridad y Asistencia*, 1, 5:11, 1944.
- Reid, D., "The Decline of Saint Monday: 1776-1876". *Past and Present*, 71:76, 1976.
- Riquelme, S., *Breves apuntes sobre el pulque considerado desde los puntos de vista higiénico, social y económico*, Sociedad Científica Antonio Alzate, México, 1929.
- Rude, G., *Protesta popular y revolución en el siglo XVIII*, Ariel, Barcelona, 1981.
- Todd, E., *Le fou et le prolétaire*, Le Livre de Poche, París, 1979.
- Thompson, E.P., "Time, work-discipline and industrial capitalism". *Past and Present*, 38:56, 1967.
- Tutino, J., *Creole Mexico: Spanish Elites, Haciendas and Indian Towns, 1750-1810*, tesis de doctorado, University of Texas Press, Austin, 1976.