Alcoholismo y medicina

Carlos Campillo*
Martha Romero**

Summary

This paper gives a general view of the actual relation between medicine and alcoholism; how this relation has been changing with medicine and how this dynamic process has not been yet consolidated. It remarks the lack of a financing policy for the early detection and treatment of alcoholism, in spite of the fact that favorable results to stop the progression of the nosological entity have been obtained. It also points out the absence in the curricula of the medical personnel of an adequate training in the treatment of alcoholism and its related problems.

Key words: Alcoholism, medicine, screening, medical education.

Resumen

El presente artículo brinda un bosquejo general acerca de la relación del alcoholismo con la medicina en la actualidad, de cómo ha ido cambiando y de cómo esta relación se ha constituido como un proceso dinámico que no termina por consolidarse. Reflexiona en torno a la falta de presupuesto asignado para la detección temprana y el tratamiento del alcoholismo, a pesar de los resultados favorables de las investigaciones que han servido para impedir el progreso de la entidad nosológica. Asimismo, señala las ausencias en la curricula médica para la preparación adecuada del personal médico para la atención del alcoholismo y sus problemas asociados.

Palabras clave: Alcoholismo, medicina, tamizaje, educación médica.

Introducción

Cuando se nos solicitó un tema para participar en el 20 aniversario del Instituto Mexicano de Psiquiatría, de inmediato nos surgió el de "alcoholismo y medicina". Estamos seguros que emergió de lo más profundo de nuestro inconsciente, porque una vez que se lo comunicamos al comité organizador, nos invadió la duda de si se trataba de un asunto adecuado, pues de acuerdo con los propósitos del acontecimiento, se esperaba que los miembros de este Instituto presentaran las investi-

gaciones que han realizado o que están llevando a cabo en este momento. Además, el mismo nombre de la reunión "La psiquiatría hoy y mañana" invitaba a tratar aspectos vanguardistas con una buena dosis de futurismo.

Por lo que, al principio titubeamos en cambiar nuestro tema por algún otro que se ajustara mejor al espíritu de la reunión, que fuera menos general y que se sometiera a las reglas de la investigación científica. Por otro lado, había el peligro de que se nos tildara de anacrónicos, pues aludíamos a algo que estuvo en boga hace quince o veinte años. Incluso nos acordamos que en ese entonces y en este mismo Instituto, el profesor Griffith Edwards, uno de los grandes investigadores y pensadores en el campo del alcohol, impartió una conferencia magnífica, con un nombre parecido. Ante tales evidencias estuvimos a punto de cambiar nuestra presentación. Sin embargo, en ese momento nuestra formación (o deformación, según la ideología de cada quien) profesional en el campo de la psicología dinámica vino en nuestro auxilio, al percatarnos de que la elección que habíamos hecho era en efecto un típico acto inconsciente. Nos acordamos que en una época, al ahora tan vapuleado inconsciente, se le atribuía cierta sabiduría, por lo que de inmediato analizamos con más detenimiento nuestra decisión y con beneplácito corroboramos que el tema original podría muy bien responder a las expectativas de la reunión. Esperamos que los lectores compartan nuestra opinión, pues nosotros estamos convencidos de que ese primer y súbito arrebato fue un verdadero acierto.

La investigación en salud y alcoholismo

Se eligió el título "Alcoholismo y medicina" porque refleja nuestras actividades profesionales durante los últimos 10 años, y porque creemos que esta reunión además de científica, es también una celebración de aniversario. Que mejor oportunidad que ésta, para que miembros de la institución presenten públicamente las inquietudes y las ideas que los han acompañado durante todo este tiempo. Desde la trinchera de la salud hemos intentado entender y comprender el fenómeno del alcoholismo. Hemos llevado a cabo investigaciones epidemiológicas en comunidades, hospitales y centros de atención médica primaria. Hemos participado activamente en el manejo de estos enfermos y hemos investigado sobre la manera en que los médicos no especialistas pueden intervenir en la atención

*Asesor de proyectos especiales. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101 San Lorenzo Huipulco, 14370 México, DF.

**Investigadora Titular B. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

de los llamados bebedores en riesgo. Hemos indagado sobre el estado de la enseñanza de esta materia en las escuelas de medicina, hemos acudido a numerosos foros y hemos impartido clases y cursos sobre el tema. Durante todas estas actividades el espíritu que nos ha animado es que la comunidad médica y los profesionales de la salud del país, asuman el problema del alcoholismo como un asunto propio y que respondan ante él, con la misma atinencia y diligencia con la que han respondido a otros problemas de salud pública de la misma magnitud y a veces hasta de dimensiones menores como son las enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, infecciosas, nutricionales y el mismo síndrome de inmunodeficiencia, al que tanta atención se le ha prestado en los últimos años. Como muchos de los asistentes al 20 aniversario del Instituto Mexicano de Psiquiatría, somos unos convencidos de que la respuesta médica ante los graves problemas de salud que plantea el consumo de bebidas etílicas, es uno de los caminos más prometedoros para poder disminuirlos. Sin embargo, a pesar de que las evidencias en este sentido son contundentes y de que el número de profesionistas y colegas que están convencidos de la necesidad de asumir la responsabilidad con estos enfermos es elevado, el gremio médico en general y los demás profesionistas de la salud, no terminan por establecer una postura clara y coherente ante este asunto.

La relación entre la medicina y el alcoholismo siempre ha sido compleja, no es una relación natural como la que se observa en otros asuntos tradicionalmente médicos como lo es la diabetes, los trastornos coronarios y los tumores, ante los cuales no hay que convencer a los colegas para que actúen, ellos dan por hecho que se trata de un asunto que les pertenece y saben muy bien cómo manejarlo. En contraste con las enfermedades mencionadas, que desde siempre han formado parte del quehacer del clínico, el alcoholismo es un recién llegado. Antes era algo que le correspondía a los curas y a las organizaciones de beneficencia. Llega a la medicina a finales del siglo pasado y principios del presente. Su puerta de entrada fueron las complicaciones que el consumo excesivo de alcohol ocasionaba. Las primeras complicaciones que se identificaron fueron las mentales, por eso los psiquiatras y los psicólogos fueron pioneros en este terreno.

Después se puso atención en las consecuencias somáticas. No fue sino hasta los años cincuenta cuando el acto mismo de beber se le consideró como una enfermedad. El libro de Jellinek (1960) así lo atestigua. Fue a partir de entonces que los profesionistas interesados en el tema se dedicaron a demostrar ante las autoridades de salud, la sociedad en general y la comunidad médica que, el alcoholismo era un gran problema de salud pública y que por lo tanto debería ser abordado dentro del contexto de la medicina (*Committee of the Institute of Medicine*, 1990; De la Fuente 1992).

Alcoholismo como entidad nosológica y modalidades de tratamiento

Los resultados de aquellas iniciativas han sido fructíferos. El alcoholismo y sus entidades colaterales son re-

conocidas y aceptadas plenamente por las instituciones médicas oficiales y de más alto nivel. La Organización Mundial de la Salud declaró que el consumo de alcohol es uno de los grandes problemas de salud pública (Edwards 1994), declaración que han secundado casi todas las naciones, incluida la nuestra. Actualmente nuestras autoridades de salud son conscientes de este problema y han establecido acciones y políticas para contender contra él. Dentro de una nueva modalidad para jerarquizar la importancia de las enfermedades, que va más allá de considerar exclusivamente las tasas de morbi-mortalidad, está la de cuantificar las incapacidades y la reducción de la vida productiva de los pacientes e intenta calcular el costo real del padecimiento ya que los problemas de la bebida ocupan un lugar relevante. Mediante el uso de esta fórmula no quedan dudas de que el individuo, la sociedad, la fuerza laboral y los servicios asistenciales de salud pagan un alto costo por los problemas que se asocian a la bebida (Borges, Rosovsky 1996; Rosovsky 1996; Mariño, Medina-Mora, Escotto, De la Fuente 1997). El alcoholismo y sus complicaciones se han reconocido y tipificado como entidades nosológicas, tal como lo atestiguan los manuales internacionales de clasificación de las enfermedades (DSM-IV 1995; CIE-10 1992). Los estudios epidemiológicos han cuantificado y analizado la magnitud del problema desde una perspectiva de salud pública. En nuestro medio gracias a las Encuestas Nacionales de Adicciones y a las investigaciones que se han llevado a cabo por este Instituto se tiene ya una idea clara de la magnitud del problema (ENA 1990; ENA 1993). Ha quedado patente que los programas de tratamiento para atender a estos enfermos no sólo son eficaces, sino que llegan a ahorrarle dinero y recursos a los servicios médico-asistenciales y a las instituciones encargadas de dar empleo (Holder 1987; Marshall, Deehan 1998). Es incuestionable que el buen éxito terapéutico que han tenido los médicos sobre el alcoholismo en el primer nivel de atención, ha sido mediante lo que se conoce como *intervenciones breves* en bebedores en riesgo, tal como se demostró en el ya clásico estudio multicultural de la OMS (Babor, Grant 1992), en el que junto a México participaron diez países.

En nuestro país el impacto sobre el consumo de alcohol, los problemas generados por beber, la preocupación por la bebida y el índice de dependencia a los seis meses de seguimiento, fueron positivos (Campillo, Díaz, Romero, Cerrud, Villatoro 1992; Campillo, Romero, Saldívar, Ramos 1998). Este y otros estudios han confirmado que estas intervenciones son más exitosas que las que se han efectuado en enfermos con sobrepeso y en riesgo de sufrir una alteración coronaria (Anderson, Scott 1992). Desde el punto de vista de la investigación biomédica no hay duda sobre el papel que desempeña la herencia en algunos casos de alcoholismo (Shuckit 1992). Se empiezan a conocer los mecanismos moleculares que dentro del cerebro, podrían explicar fenómenos como la apetencia, la dependencia y la tolerancia al alcohol. Por último, ya han aparecido los primeros fármacos, que si bien todavía están lejos de ser una verdadera solución terapéutica, ya constituyen una esperanzadora promesa para

el futuro (O'Mara, Wesly 1994; Swift, Wheilan, Kuznestov, Buongiorno, Hsuing 1994).

La rápida y breve enumeración anterior nos indica que el asunto del alcoholismo ya permeó al mundo de la medicina. Las autoridades de salud y los médicos lo consideran como algo propio que debe ser objeto de estudio y atención. Consideramos que se ha dado un paso muy importante y que ahora hay que consolidarlo, porque si se revisa con detenimiento la relación alcoholismo y medicina veremos que todavía falta mucho por hacer. El reconocimiento médico del problema lo han expresado fundamentalmente las autoridades de salud y los colegas directamente involucrados con él. Con respecto a las primeras, la preocupación por el asunto del alcohol se encuentra casi exclusivamente en los niveles altos de la administración, pero más en forma de declaraciones verbales que en acciones concretas. Basta comparar los presupuestos que se destinan a los distintos programas con el del alcoholismo y veremos que casi siempre son inferiores (Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman 1997). Además, existe una serie de medidas que no se han llevado a cabo a pesar de que son necesarias y que han demostrado su eficacia. Entre ellas destacan: a) la ausencia de una política clara y contundente que comprometa a los servicios de urgencias a identificar a los bebedores en riesgo o con problemas de salud y a establecer protocolos de desintoxicación, para después ofrecerles la oportunidad de ingresar al tratamiento de rehabilitación. Hasta ahora la regla es el rechazo de estos enfermos a pesar de que se ha demostrado las bondades de los programas y que incluso llegan a ahorrarle dinero a las instituciones (Arborelius, Damstrom 1995), b) no se han establecido procedimientos de tamizaje y de intervenciones breves para bebedores en riesgo en los centros de atención médica, que como ya se dijo, aparte de su buena respuesta terapéutica ampliamente documentada, este tipo de pacientes llegan a alcanzar una tasa de prevalencia hasta del 25%, según estudios hechos por nosotros mismos y respaldados en otras partes. Además, se cuenta con instrumentos de tamizaje bien validados en México (De la Fuente, Kersenovich 1987; Medina-Mora, Carreño, De la Fuente 1998) y por el personal del Instituto, que arrojan índices de sensibilidad y especificidad comparables a instrumentos ampliamente aceptados como el del cáncer de próstata, el de mama y el *helicobacter* pilórico, c) por último, no se ha desarrollado una verdadera red de lugares de tratamiento para enfermos con dependencia al alcohol o bien con problemas serios en su forma de beber. Los pocos que hay, no son suficientes, se encuentran aislados del resto del sistema asistencias y la mayoría funcionan casi al margen de la medicina oficial.

Educación médica en alcoholismo

Lo que consideramos fundamental mencionar es que la omisión de las acciones anteriores no pueden explicarse por la ignorancia o la falta de voluntad de las autoridades de salud. No deseamos que se vaya a interpretar que nuestros señalamientos les abrirían los ojos. La verdad es que estas preocupaciones y consideraciones se encuentran bien expresadas en varios

documentos oficiales. La razón que mejor podría explicar la falta de estas acciones se encuentra en el gremio médico, cuya actitud es sumamente ambivalente, pues finalmente son ellos quienes ponen en práctica las políticas que vienen de arriba. Dicha explicación se desprende a través de algunas observaciones que hemos estado investigando. Los conocimientos y destrezas de los colegas con respecto al alcoholismo no los capacita para poder manejar estos problemas con soltura. Incluso, sus opiniones y conceptos sobre la materia en ocasiones no se distinguen de las del público en general (Roche, Parle, Stubbs, Hall, Saunders 1995). Esta situación encuentra un corolario lógico al comparar los hábitos alcohólicos y los problemas relacionados con la bebida de nuestros galenos, con grupos de otros profesionistas, no hay diferencias significativas, resultado que no deja de sorprender, ya que esperaríamos una conducta diferente de quienes tienen la responsabilidad de velar por la salud de la sociedad. Por otro lado, si no en descargo del gremio, pero sí para señalar un atisbo de optimismo de que la situación podría cambiar, está el hecho de que los programas de tratamiento para médicos alcohólicos son de los más exitosos que hay. El seguimiento a un año de estos programas muestra una tasa de recuperación del orden de 90% (Herrington, Benzor, Jacobson 1982; Talbott, Gallegos, Wilson 1987; Unwelling 1991). Esta es de las poblaciones de mayor éxito terapéutico junto con la de los pilotos aviadores (Flynn, Stuges, Swarsen, Kohn 1993). La ignorancia médica en asuntos del alcohol se entiende al revisar los *currícula* de enseñanza en las escuelas de medicina. En una encuesta reciente a nivel nacional que llevamos a cabo en un número importante de escuelas, vimos que el tiempo que se le dedica a esta materia es bastante menor en comparación con las demás, cuya importancia desde la óptica de la salud pública ni remotamente alcanza la magnitud del alcoholismo. Además, se trata de una enseñanza fragmentada ya que se aborda en diferentes asignaturas y es totalmente teórica, pues generalmente los alumnos no entran en contacto con los programas de tratamiento (Campillo 1992).

En términos generales, podría señalarse que el gremio médico no se ha abocado en su totalidad al manejo clínico de los pacientes que sufren alteraciones en su forma de beber. El espacio lo ha cedido a los grupos de autoayuda y a otros profesionales, principalmente psicólogos, quienes recientemente han desarrollado programas interesantes y prometedores (Emrick 1994; Marlatt y Barret 1994). En México, hay alrededor de 13 mil grupos de Alcohólicos Anónimos (Rosovsky 1998). Es el país que cuenta con más grupos después de Estados Unidos y Canadá. El papel que esta organización juega en la recuperación de los alcohólicos está fuera de toda discusión, pues sus bondades son evidentes. Los programas de terapia conductual, cognoscitiva y el manejo de situaciones riesgosas que habitualmente llevan a cabo los psicólogos, han mostrado ser efectivos por lo menos en condiciones experimentales y en ciertos grupos seleccionados de bebedores (Golden, Khantzian, McAuliffe, 1994), pues a algunas de estas técnicas les falta la prueba de la realidad cotidiana, cuya atmósfera es distinta a la que crea la investigación científica.

Lo que resulta preocupante es que ante el éxito de ambas instituciones, los AA y los profesionistas de la conducta, un sector de los médicos se ha replegado, situación que por distintos motivos no beneficia a los bebedores; porque gran parte de los problemas que presentan, únicamente pueden ser resueltos por quienes saben de medicina, ya que inciden directamente sobre su salud general. De acuerdo a los estudios que hemos hecho desde hace varios años, la población general espera su participación, o sea que hay una demanda social. El marco teórico de la medicina y el de la salud pública resultan idóneos para hacerle frente a estos problemas. Cada vez se conoce más sobre el fenómeno fisiológico de la adicción, lo que ha permitido contar con los primeros medicamentos para controlarlo y no es aventurado pronosticar que en el futuro estas sustancias serán más eficaces, pero requerirán, para ser prescritas, de conocimientos y habilidades especiales. Los problemas que genera el alcoholismo son de tal magnitud que rebasan la capacidad de cualquier organización, por lo que es imperativo que entren a escena la mayor parte de los actores.

Por las razones ya señaladas resulta necesario que los médicos no sólo no deben permanecer pasivos ante la situación que plantea el alcoholismo, sino que es su responsabilidad recuperar esos espacios e intentar un acercamiento mayor con el resto de los protagonistas, no por un afán protagónico, ni para buscar una posición de liderazgo, sino para cumplir con un deber que les exige la tradición de su profesión, porque cuentan con la formación profesional que requieren estos asuntos y para que respondan a las exigencias de la sociedad. El acercamiento hacia los otros protagonistas, principalmente con los grupos de AA, no es una tarea fácil ya que se sabe que los anima un cierto sentimiento antimédico, los médicos tienen la obligación de amortiguarlo, ganándose su confianza; pues en este caso es a los profesionistas a quienes les toca tomar el papel activo.

Otro aspecto de la relación de la medicina con el alcoholismo tiene que ver con la organización interna de la profesión. En un principio fueron los psiquiatras que

se responsabilizaron del manejo de estos enfermos, debido a que gran parte de su patología se expresaba por su conducta y a que el resto de los colegas no querían saber nada de ellos. Aunque todavía la psiquiatría sigue teniendo una influencia importante, poco a poco la ha ido perdiendo, en parte porque lo ha promovido activamente al capacitar a otros colegas y en parte porque otras especialidades han ido ganando terreno, como es el caso de los médicos familiares. En principio, el cambio es positivo, ya que los enfermos cuentan con más opciones de tratamiento y se amplía la cobertura asistencial, sin embargo, es importante que los psiquiatras estén atentos para que la balanza no se incline de forma desproporcionada hacia otras especialidades, como parece estar pasando sobre todo en algunas partes de los Estados Unidos en el que, a raíz del auge de las intervenciones breves, los médicos familiares han tomado el control del tratamiento. El problema que vemos con este rompimiento de equilibrio es que el manejo de estos enfermos se parcialice al ignorar a los pacientes mentales que sufren de alcoholismo y se trivialice reduciendo el tratamiento a dar puros consejos. La realidad es que como lo han demostrado los estudios de comorbilidad, la relación entre las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas es muy común y compleja (Díaz, Campillo, Cerrud, Rosado, Hernández 1992; Berlanga, 1993; Romero, 1998). Por otro lado, el tratar a algunos alcohólicos es un asunto complicado que requiere una larga y sólida preparación. Lo que deseamos enfatizar es que dentro de la profesión médica es necesario contar con especialistas en adicciones y que esa situación les corresponda a los psiquiatras.

Lo que intentamos dar fue un bosquejo general acerca de cuál es la relación del alcoholismo con la medicina actualmente, de cómo ha ido cambiando al tratarse de algo dinámico que no termina por consolidarse, por lo tanto, es imprescindible mantener una actitud atenta que vaya respondiendo de manera adecuada a los cambios que se generan en forma constante, en esta difícil e interesante relación que reta tesoneramente a la profesión médica.

REFERENCIAS

1. ANDERSON P, SCOTT E: The effect of general practitioners's advice to heavy drinking men. *British Journal of Addictions*, 87:891-900, 1992.
2. ARBORELIUS P, DAMSTROMM TH: Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice*, 12(4):411-419, 1995.
3. BABOR TH, GRANT M: *Programme on Substance Abuse. Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems. Report on Phase II. A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care.* World Health Organization/PSA 91.5. Ginebra, 1992.
4. BERGLANGA C: La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 16(1):1-9, 1993.
5. BORGES G, ROSOVSKY H: Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(5):543-548, 1996.
6. CAMPILLO C, ROMERO M, SALDIVAR G, RAMOS L: Problems associated with hazardous and harmful alcohol consumption in Mexico. Galanter M (ed). *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 14, The consequences of alcoholism. Medical, neuropsychiatric, economic, cross-cultural. Plenum Press, Nueva York, 1998.
7. CAMPILLO SC, DIAZ MR, ROMERO M, CERRUD J, VILLATORO J: La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. *Salud Mental*, 15(2):14-19, 1992.
8. CAMPILLO SC, DIAZ MR, ROMERO MM, CERRUD SJ, VILLATORO VJ: Mexico City, Mexico, centre report. En: Babor Th, Grant M (eds). *Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems. Report on Phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care.* World Health Organization, Ginebra, 1992.
9. CAMPILLO SC: La formación de especialistas en problemas de adicciones. *Rev Fac Med UNAM* 35(2):68-71, 1992.
10. CIE-10: *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico.* Organi-

- zación Mundial de la Salud, Madrid, 1992.
11. DE LA FUENTE JR, KERSENOVICH D: Detección oportuna del paciente alcohólico y de sus alteraciones hepáticas. *Salud Mental*, 10(4):76-80, 1987.
 12. DE LA FUENTE R: Alcoholism and alcohol abuse in Mexico. *Proceeding of the International Symposim on Drug Dependence. From the Molecular to the Social Level.* (Mexico City 22-25 January 1991), Cohen-Yañez J, Amezcua JL, Villareal J, Salazar L (eds). Elsevier Science Publishers, 335-342, Inglaterra, 1992.
 13. DESJARLAIS R, EINSENBURG L, GOOD B, KLEINMAN A: *Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos.* Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1997.
 14. DIAZ R, CAMPILLO C, CERRUD J, ROSADO A, HERNANDEZ A: El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. *Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1992.*
 15. DSM-IV: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Masson, Barcelona, 1995.
 16. EDWARDS G: *Alcohol Policy and the Public Good.* World Health Organization, Oxford University Press. Gran Bretaña, 1994.
 17. EMRICK CH: Alcoholic Anonymous and other 12 step groups. En: Galanter M, Kleber H (eds). *Textbook of Substance Abuse Treatment.* American Psychiatric Press Inc. Washington, 1994.
 18. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Volumen Alcohol, México, 1998.*
 19. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Volumen Alcohol, México, 1993.*
 20. FLYNN CF, STURGES MS, SWARSEN RJ, KONH GM: Alcoholism and treatment in airline aviators: one company's results. *Aviat Space Environ Med*, 64(4):314-318, 1993.
 21. GOLDEN S, KHANTZIAN E, MCAULIFFE W: Group therapy. En: Galanter M, Kleber H (eds). *Textbook of Substance Abuse Treatment.* American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1994 .
 22. HERRINGTON R, BENZOR D, JACOBSON G: Treating substance abuse disorders among physicians. *JAMA*, 247:2253-2257, 1982.
 23. HOLDER HD: Alcoholism treatment an potential health care cost saving. *Medical Care*, 25:52-71, 1987.
 24. INSTITUTE OF MEDICINE: *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems.* National Academy Press. Washington, 1990.
 25. JELLINEK EM: *The Disease Concept of Alcoholism.* Hillhouse Press, Highland Park, 1960.
 26. MARIÑO MC, MEDINA-MORA ME, ESCOTTO J, DE LA FUENTE JR: Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental*, 20 (suplemento julio):24-31, 1997.
 27. MARLATT A, BARRET K: Relapse prevention. En: Galanter M, Kleber H (eds). *Textbook of Substance Abuse Treatment.* American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1994.
 28. MARSHALL J, DEEHAN A: Need of special groups: drug and alcohol problems. *International Review of Psychiatr*, 10:136-138, 1998.
 29. MEDINA-MORA ME, CARREÑO S, DE LA FUENTE JR: Experience with the alcohol use disorder identification test. En: Galanter M (ed). *Recent Developments in Alcoholism.* Vol. 14, The consequences of alcoholism. Medical, neuropsychiatric, economic, cross-cultural. Plenum Press, Nueva York, 1998.
 30. O'MARA NB, WESLEY LC: Naltrexone in the treatment o alcohol dependence. *Ann Pharmacother*, 28:210-211, 1994.
 31. ROCHE A, PARLE A, STUBBS A, HALL W, SAUNDERS J: Management and treatment efficacy of durg and alcohol problems: what doctors believe? *Addiction*, 90:1357-1366, 1995.
 32. ROMERO M: Estudio de las adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Tesis de doctorado en antropología. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 1998.
 33. ROSOVSKY H: Accidentes y conducta violenta asociados a la ingesta de alcohol en la ciudad de México: hacia una estrategia preventiva. En: Rivero O, Ponciando G (eds). *Riesgos Ambientales para la Salud en la Ciudad de México.* Programa Universitario de Medio Ambiente, México, 1996.
 34. ROSOVSKY H: Alcohólicos Anónimos. En: *Beber de Tierra Generosa.* Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales AC, Volumen 2, 218-233, 1998.
 35. SHUCKIT M: Advances in understanding the vulnerability to alcoholism. En: O'Brien C, Jaffe J (eds.). *Addictive States.* Raven Press Ltd, Nueva York, 1992.
 36. SWIFT RM, WHEILAN W, KUZTENOW O, BUONGIORNO G, HSUING H: Naltrexone induced alterations in human ethanol intoxication. *Am J Psychiatry*, 151:1463-1467, 1994.
 37. TALBOTT C, GALLEGOS K, WILSON P: The medical association of Georgia's impaired physician program. Review of the first 1000 physicians. *JAMA*, 257:2927-2930, 1987.
 38. UNWELLING J: The evaluation of the Oregon program for the impaired physicians. *Bull Am Coll Surg*, 76:18-21, 1991.