

Alejandro Salazar Bermúdez*

La pugna por un modelo multidisciplinar del alcoholismo en México. Expertos, definiciones y redes institucionales, 1950-1985**

The struggle for a multidisciplinary model of alcoholism in Mexico. Experts, definitions and institutional networks, 1950-1985

Abstract | This article addresses transformation in the model by which alcoholism was understood and treated in Mexico in the second half of the 20th century. From a biological model close to the prohibition to a multifactorial model in which different specialists, not only medical disciplines, participated. This process began from 1950 when the World Health Organization (WHO) promoted the *disease concept of alcoholism*, and it was discussed in Mexican and Latin American academic circles and health institutions, even until the 1980s when the WHO had already withdrawn such proposal. I point out three main results, first, the relevance of epidemiological studies on alcoholism to understand addictions and, later, mental health in general. Second, the enrolment of specialists from social sciences (psychologists, social workers and sociologists) to mental health care and research institutions. Third, the transformation of care model promoted by entities such as the current National Institute of Psychiatry and the National Commission Against Addictions.

Keywords | alcoholism, mental health, social sciences, Jellinek, World Health Organization.

Resumen | En este artículo se aborda la transformación del modelo con el cual se entendió y trató el alcoholismo en México en la segunda mitad del siglo XX. De un modelo biológico cercano a la prohibición, se dio paso a uno multifactorial en el que intervenían especialistas de distintas disciplinas, no solo médicas. La transformación comenzó a partir de

Recibido: 6 de mayo de 2019.

Aceptado: 17 de febrero de 2020.

* Doctorado en Historia. FFyL-UNAM.

** Este artículo deriva de la tesis de doctorado en historia *Sobriedad, fe y enfermedad. La historia de Alcohólicos Anónimos en México, 1956-1985*, de Alejandro Salazar Bermúdez, UNAM, 2019. Agradezco a los evaluadores anónimos por sus comentarios para mejorar el texto y al Seminario de Estudios Sociales en Salud Mental del CEIICH-UNAM por sus lecturas previas.

Correo electrónico: alejo.sb@hotmail.com

Salazar Bermúdez, Alejandro. «La pugna por un modelo multidisciplinar del alcoholismo en México. Expertos, definiciones y redes institucionales, 1950-1985.» *Interdisciplina* 9, n° 25 (septiembre-diciembre 2021): 257-283.

doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.25.79976>

1950, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó el concepto de alcoholismo como enfermedad, el cual fue discutido en círculos académicos e instituciones de salud mexicanas y latinoamericanas hasta la década de 1980, aún después de que la OMS retirara el planteamiento. Hallazgos para destacar en este proceso son, primero, la relevancia de los estudios epidemiológicos sobre alcoholismo para entender las adicciones y, posteriormente, la salud mental en general. Segundo, la incorporación de especialistas de las ciencias sociales (psicólogas, trabajadoras sociales y sociólogos) a las instituciones de atención e investigación en salud mental. Tercero, una transformación del modelo de atención impulsada por entidades como el actual Instituto Nacional de Psiquiatría y la Comisión Nacional Contra las Adicciones.

Palabras clave | alcoholismo, salud mental, ciencias sociales, Jellinek, Organización Mundial de la Salud.

Introducción

EN ESTE ARTÍCULO ANALIZO el modelo para entender el alcoholismo que comenzó a tener vigencia a mediados del siglo XX. Desde 1950, la Organización Mundial de la Salud promovió abiertamente el entendimiento del alcoholismo como una enfermedad con grandes repercusiones en la salud pública, además de ser un padecimiento multifactorial que debía ser abordado por expertos de diversas disciplinas no solo médicas y por Alcohólicos Anónimos (AA). Por tanto, el argumento a demostrar en este artículo es que la incorporación de especialistas de la salud mental y la discusión en torno al concepto de alcoholismo como enfermedad permitió la conformación de un modelo multidisciplinar que impulsó el declive del modelo degeneracionista y dio paso a la conformación de estrategias de prevención y atención. Con esto se busca contribuir a la historiografía del alcoholismo en la segunda mitad del siglo XX, así como al estudio de su proceso de medicalización en un nivel más allá del discursivo.¹

Por un lado, hay una tendencia recurrente a aceptar que tal proceso se dio en México desde finales del siglo XIX (Menéndez Di Pardo 2018; Rojas Sosa 2019; Salazar Bermúdez 2017; Guadarrama 2017) y, de cierto modo, fue total, pero el análisis del periodo entre 1950 y 1985 permite evidenciar que no hubo una aceptación completa o lineal sobre el concepto de alcoholismo como enfermedad. En el lapso estudiado no hubo políticas públicas que tomaran como base tal modelo, los planes y programas de salud fueron escasos, fragmentados y discontinuos, por lo cual no es posible hablar de una medicalización en los niveles institucional y de tratamiento por lo menos hasta la década de los ochenta del siglo pasado.²

1 Sobre la medicalización: Conrad (2007).

2 Sobre los niveles en la medicalización: Conrad y Schneider (1980).

Por otro lado, la misma historiografía ha evidenciado ampliamente que desde finales del siglo XIX la teoría de la degeneración sirvió como modelo explicativo para el alcoholismo. Esta teoría daba prioridad a las explicaciones de la enfermedad basadas en un origen biológico, cuyas consecuencias podrían ser transmitidas mediante la herencia. De este modo, se entendía que el alcoholismo era causa y consecuencia de diversos males como la epilepsia, idiocia e imbecilidad, y esa condición degenerativa y hereditaria implicaba una suerte de pesimismo terapéutico y la defensa del antialcoholismo. No obstante, los constantes señalamientos de sus consecuencias en la degeneración de la raza no implicaron que las definiciones dejaran de ser ambiguas, no subsanaron la discusión referente a si era equivalente a enfermedades mentales propiamente dichas y no hubo un consenso en cuanto a si era síntoma o desencadenante de enfermedades latentes en la persona.³

A lo anterior hay que agregar que ha sido poco el interés sobre el declive de este modelo o sobre cómo dejó de ser un referente teórico en México. De acuerdo con Andrés Ríos el degeneracionismo tuvo vigencia en México hasta las décadas de 1920-1930 cuando los psiquiatras del movimiento de la higiene mental, como Samuel Ramírez, Alfonso Millán, Matilde Rodríguez Cabo, entre otros, emplearon herramientas de disciplinas como la antropología para explicar los trastornos mentales, con lo que se dio paso de un modelo biológico/hereditario hacia uno psicosocial (Ríos Molina 2016, 139). Importantes psiquiatras mexicanos como Edmundo Buentello, Alfonso Millán y Samuel Ramírez Moreno propusieron un enfoque interdisciplinar que abrió la puerta a las humanidades para “comprender la locura más allá de lo biológico”, especialmente a la antropología y el psicoanálisis. En adición, Ríos señala que dicho movimiento comenzó a debilitarse con la aparición del concepto de salud mental después de la Segunda Guerra Mundial (Ríos Molina 2016). Mientras que la higiene mental se planteaba políticas intervencionistas con tintes pedagógicos para la mejora colectiva y la defensa social, el modelo de salud mental promovió la investigación, atención eficiente y unas redes de atención socializadas que, poco a poco, impulsaron la psiquiatría social y la asistencia comunitaria.⁴

Sin embargo, para el caso específico del alcoholismo existieron continuidades que mantuvieron vigente la idea de degeneración hasta mediados de siglo XX, lo

3 Sobre la pervivencia del degeneracionismo en el alcoholismo y las ambigüedades en su definición puede verse: (Salazar Bermúdez 2017); incluso hasta la década de 1980, según argumentaba el médico mexicano Rafael Velasco Fernández: “no hay un acuerdo unánime, acaso ni siquiera general, sobre una definición de alcoholismo” (Velasco Fernández 1981, 23).

4 Para el paso de higiene mental a salud mental a nivel local e internacional véase: (Ríos Molina 2016, 192-202; Huertas, 2017, 16-19; Novella 2016, 83).

que involucró incluso a los psiquiatras que abogaron por la higiene mental. La historiadora Gretchen Pierce ha mostrado que intelectuales y médicos posrevolucionarios vinculados con instancias de gobierno como Moisés Sáenz, José Manuel Puig y el Dr. Bernardo Gastélum mantuvieron una preocupación porque el consumo de alcohol podría ocasionar que los bebedores crónicos fueran susceptibles a la tuberculosis, enfermedades mentales y “venéreas”,⁵ y propagaran tales afecciones a cónyuges e hijos, proceso considerado como factor de deterioro de la raza y obstáculo al “nuevo hombre” y “nueva mujer” que debían emanar del proyecto revolucionario (Pierce 2009, 152-153). También algunos psiquiatras como Edmundo Buentello, a cargo del Departamento de Previsión Social y médico de La Castañeda, en 1938 continuó afirmando que tanto la embriaguez simple como el alcoholismo crónico eran “uno de los más serios peligros sociales” que, además de los problemas planteados desde la psiquiatría sobre degeneración de la raza, constituían un factor fundamental en el aumento de la delincuencia (Buentello 1938, 432). En 1944, Buentello complejizó más la cuestión al poner en duda que el alcoholismo crónico pudiera ser visto como una entidad nosológica aislada (Buentello 1944, 12-13).

Por lo tanto, en este texto sostengo la idea de que fue a partir de 1950 cuando comenzó a gestarse una transformación institucional que impulsó una ruptura tajante con dicho modelo, cambio promovido por las nuevas generaciones de especialistas y por la OMS que buscó influir en el estudio del fenómeno y en las políticas sobre alcoholismo a nivel internacional. Las propuestas de dicha organización enmarcadas en el concepto de alcoholismo como enfermedad marcaron una ruptura con el modelo biologicista pues abogaron por uno multifactorial que ampliaba tanto el espectro de factores como los actores involucrados en el tratamiento. Por lo tanto, el artículo está dividido en cuatro apartados que pasan por la propuesta del mencionado concepto, las instituciones a implementar para el tratamiento y su discusión a nivel internacional, hasta la emergencia de nuevos expertos en México y la creación de programas e instituciones específicas para el alcoholismo.

Promoción del concepto de alcoholismo como enfermedad

Uno de los principales factores para la transformación del modelo etiológico del alcoholismo fue la propuesta del concepto de alcoholismo como enfermedad, planteamiento que comenzó a gestarse en la década de los treinta y cuarenta del siglo XX cuando la prohibición del alcohol en Estados Unidos terminaba (1919-

⁵ El término “venérea” se empleaba en la época para designar las actuales enfermedades de transmisión sexual.

1933). A grandes rasgos, este concepto más que definir un estado patológico en sí, contemplaba la idea de un proceso de enfermedad con diferentes etapas que se iniciaba en los sujetos alcohólicos, concebidos como aquellas personas que eran incapaces de abstenerse de beber alcohol o de detenerse una vez iniciada la ingestión, aun cuando estaban conscientes de las consecuencias negativas que esto les traía, bien fueran físicas, psicológicas o sociales.

Esta idea fue ampliamente difundida entre 1940 y 1960 cuando comenzó a tomar fuerza en Estados Unidos el “movimiento del alcoholismo”. En el centro de tal movimiento se encontraban el médico Elvin Morton Jellinek (1890-1963) y AA. Aunque se afirma que estos dos actores popularizaron el concepto de alcoholismo como enfermedad (Edman 2020), el pilar fundamental fue Jellinek, quien desde 1940 realizó estudios con grupos de alcohólicos pertenecientes a AA y propuso la existencia del alcoholismo como una enfermedad unitaria y discreta, cuyo primer síntoma era la pérdida de control (Butler 2010). Por un lado, su concepto no desplazó por completo las nociones biologicistas en la conceptualización del alcoholismo, pero sí dio un papel preponderante a las patologías psicológicas individuales y a las influencias culturales, más que a las de tipo genético o biológico (Snelders, Meijman y Pieters 2008), de ahí que pueda afirmarse que su impacto contribuyó a transformar el modelo biológico. Su otra gran contribución fue la elaboración de un marco conceptual para entender los “problemas relacionados con el alcoholismo” y un marco metodológico basado en la epidemiología con el que demostró su naturaleza y extensión (Page 1997). Todos estos aspectos fueron presentados por el autor en diversas publicaciones y fueron recogidos en 1960 en un libro que se convirtió en emblemático, titulado *The disease concept of alcoholism* (Jellinek 1960).

Lo novedoso de este concepto de enfermedad radicó en que cambió el foco sobre el origen del problema, las condiciones de aparición y, además, amplió el espectro de consecuencias. En otras palabras, en los años de la prohibición del alcohol (1919-1933), la causa del alcoholismo y de diversos problemas sociales era adjudicada al alcohol en sí, a su simple existencia y disponibilidad, por lo cual se veían como necesarias las políticas prohibitivas al afirmarse que cualquier consumidor podría experimentar consecuencias patológicas. En la posprohibición, el problema se llevó a nivel del individuo con el surgimiento de este nuevo concepto de alcoholismo como enfermedad, el cual asumía que solamente una minoría de los bebedores que fueran propensos a la enfermedad se convertirían en alcohólicos. Como consecuencia resultaban ineficaces las políticas que prohibían el consumo de alcohol para todas las personas. Ver al alcohólico como enfermo implicaba necesariamente que el alcoholismo fuera visto como una condición tratable que podía ser manejada en un entorno no moralista, sino dentro del sistema de salud, lo que contrasta notoriamente con conceptos decimonónicos que lo de-

finían como consecuencia inevitable del consumo de alcohol, como un problema de la voluntad más ligado a la religión. Aunque en este mismo contexto emergieron los grupos de AA, su postura acerca del concepto de alcoholismo fue enrevesada. Basta con decir que estuvieron cercanos a la definición del Dr. William D. Silkworth quien entendió el alcoholismo como una “alergia” que podría llevarlos a la locura o a la muerte de no suspender el consumo. Esta idea se presentaba como sugestiva y novedosa, pero no tuvo la suficiente evidencia científica para sostenerse en el tiempo, aunque sí fue usada por muchos alcohólicos para explicar su padecimiento (White 1998). Esta organización civil emplea la anterior noción de enfermedad y se fundamentan preceptos espirituales recogidos en doce pasos que buscan una transformación individual apoyada en la ayuda mutua, lo cual le ha permitido crear alianzas con sectores estratégicos de la salud y movimientos religiosos. Posterior a la Segunda Guerra Mundial tuvo una gran expansión internacional a través de la acción de sus miembros, la creación de comités, las alianzas estratégicas y el impulso que otorgaron elementos externos como los medios de comunicación y profesionales de la salud, lo cual ha llevado a que sean vistos como la institución adecuada para acompañar el tratamiento profesional (Salazar Bermúdez 2019).

Ahora bien, al finalizar la Segunda Guerra Mundial los vencedores crearon una red de organizaciones internacionales para asegurar su hegemonía y evitar un nuevo conflicto a gran escala. De este modo, en 1945 surgió en San Francisco la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual es el centro de una red de agencias especializadas de carácter multilateral. Una parte esencial de esa red es la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en 1948, entidad que absorbió a otras organizaciones de salud internacionales ya existentes y que estuvo notoriamente influida por los preceptos de la salud pública estadounidense (Cueto, Brown y Fee 2011). En lo concerniente al alcoholismo, la OMS fue un agente clave para transformar el conocimiento del problema a nivel internacional, pues buscó dejar de lado un modelo unicausal centrado en lo biológico e impulsó uno multifactorial donde se interrelacionaban causas biológicas, psicológicas y sociales/culturales, enfoque que claramente retomó los postulados de Jellinek.

Lo anterior conllevó desafíos en el monopolio terapéutico hasta entonces reclamado por los médicos, quienes se concentraban principalmente en los síntomas orgánicos causados por el exceso de alcohol. Con la ampliación del espectro de causas y consecuencias, se debía transformar a las instituciones encargadas, así como los actores involucrados para dar cabida a profesionales que atendieran las múltiples aristas del problema. Lo anterior, que es el centro de este trabajo, corresponde a la gestación de un modelo multidisciplinar del alcoholismo, el cual consiste en una red de actores e instituciones enfocadas en la investigación, prevención y atención, cuyo accionar va más allá del tratamiento de sínto-

mas somáticos pues se concentra también en las dimensiones psicológicas, sociales y culturales que intervienen en la aparición y evolución del problema. Aunque este modelo parte de una definición de enfermedad, dado que sus causas y consecuencias sobrepasan el ámbito puramente médico era necesario involucrar a expertos de disciplinas de las ciencias sociales, a saber, psicólogos, sociólogos, trabajadoras sociales y también a AA.

Para continuar el desarrollo de este modelo y promocionarlo la OMS creó el Subcomité de Alcoholismo, el cual formó parte del Comité de Expertos en Higiene Mental. El Subcomité estuvo integrado por seis especialistas del área de psiquiatría,⁶ y tres médicos secretarios: G. Hargreaves, jefe de la Sección de Higiene Mental de la OMS, P. O. Wolff, jefe de la Sección de Estupefacientes de la OMS, y Jellinek, quien se desempeñó como consultor experto del Subcomité dejando claro con este rol su influencia sobre las propuestas impulsadas.⁷ Su primera reunión se hizo en diciembre de 1950 en Ginebra, Suiza, con objetivos claros como resaltar “la importancia del alcoholismo como enfermedad y como problema social” (OMS 1953, iii), estandarizar la recopilación de información, mejorar las instalaciones de tratamiento, la educación profesional y pública sobre alcoholismo, aspectos en los que Jellinek había adquirido gran experiencia con su trabajo desde una década antes. Los resultados de la reunión influyeron fuertemente en el diseño de políticas sobre alcohol en países europeos y latinoamericanos (Page 1997).

Otro propósito fundamental fue acabar con la carencia de terminologías comúnmente aceptadas, lo cual representaba un problema para la acción internacional. Por ello, acordaron que la expresión alcoholismo debía ser entendida como:

[...] toda forma de embriaguez que excede el consumo ‘alimenticio’ tradicional y corriente o que, por su extensión, sobrepasa los linderos de costumbres sociales propias de la colectividad respectiva, sean cuales fueren los factores etiológicos, así como el origen de los mismos con respecto a la herencia, a la constitución física o a las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas. (OMS 1953, 3)

6 Estos especialistas fueron: Dr. S. Betlheim, Clínica Neuro-Psiquiátrica de la Universidad de Zagreb, Yugoslavia; Prof. L. E. Dérobert, profesor agregado a la Facultad de Medicina de la Universidad de París, (vicepresidente); Dr. R. Fleming, director de la Clínica de Alcohólicos en el Hospital Peter Bent Brigham, Boston, Massachusetts, EUA. (Relator); Dr. G. A. R. Lundquist, profesor auxiliar de psiquiatría, médico jefe del Hospital Langbro, Estocolmo, Suecia, (presidente); Prof. M. Muller, profesor de psiquiatría, médico director del Hospital Psiquiátrico de Minsingen, Berna, Suiza; Dr. M. Schmidt, psiquiatra jefe, Instituto de Psiquiatría Forense, Departamento de Policía, Copenhague, Dinamarca.

7 En ese entonces Jellinek se desempeñaba como decano del Instituto de Estudios sobre Alcoholismo de la Universidad Cristiana de Texas, pero sus principales aportes los realizó como director del Centro de Estudios Sobre Alcohol en la Universidad de Yale.

Esta definición marcó una profunda ruptura con la forma como se entendía el problema en la primera mitad del siglo XX, pues desplazó los factores etiológicos a un segundo plano y le dio preponderancia a los psicológicos y sociales. El Subcomité afirmó que existían diversas clasificaciones y definiciones de alcoholismo, por lo cual, la anteriormente citada se hizo con el fin de estandarizar el conocimiento a nivel internacional y de marcar una profunda distancia con “toda idea preconcebida de orden etiológico, y por otra, las dificultades que entrañan las diferenciaciones basadas en la sintomatología” (OMS 1953, 15). De igual modo, para definir al sujeto que padecía la enfermedad acordaron que: “Los alcohólicos son aquellas personas que beben con exceso y que dependen del alcohol al grado de provocar un disturbio mental evidente o de interferir con su salud física y mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica; y que, por lo tanto, requieren tratamiento” (OMS 1953, 16).⁸

Otro de los cambios introducidos se dio con respecto a la forma de calcular la extensión del alcoholismo en diferentes sociedades, la cual se basaba anteriormente en las cifras de producción y consumo, cifras que eran insuficientes pues descuidaban el aspecto sociológico del problema puesto que, al ser diferentes los índices de consumo *per cápita* en cada región, así como los patrones culturales de consumo, el aumento en la producción y consumo en un sitio no significaba necesariamente que el índice de alcohólicos creciera. Por lo tanto, instaron a que cada país recopilara estadísticas sobre la frecuencia del alcoholismo más que de la producción y consumo (OMS 1953). Para estimar el número de alcohólicos inveterados sin complicaciones, la OMS promovió la fórmula desarrollada por Jellinek en 1940 mientras trabajaba en Yale: $A = (P \cdot D) / K$, donde A es el número de alcohólicos vivos con complicaciones; P equivale al porcentaje de defunciones a causa de una enfermedad atribuibles al alcoholismo; D representa el número total de defunciones notificadas debido a la enfermedad o causa de muerte d ; K representa “el número de defunciones debidas a la enfermedad d en relación con el número total de alcohólicos con complicaciones existentes en un año determinado”, hayan padecido o no la enfermedad d (OMS 1953, 19). Esta fórmula tomaba como base “la población, las estadísticas de mortalidad y otros datos”, los cuales se recogían de hospitales y centros de asistencia quienes informaban acerca de defunciones a causa de enfermedades atribuibles al alcoholismo, alcohólicos internados con y sin complicaciones, para obtener un estimado indirecto de la prevalencia del alcoholismo. Aunque reconocieron que esta fórmula era de valor solo en el área estudiada originalmente, recomendaron su uso al decir que se podrían llegar a un cálculo que concordaba con los obtenidos por

⁸ Según el informe del Seminario Latinoamericano de Alcoholismo, celebrado en 1960, en Chile, esta definición es tomada de Jellinek.

cualquier otro método, en especial porque afirmaban que en diversos países no había cifras precisas sobre el número de alcohólicos (OMS 1953).

El empleo de este tipo de estadísticas a nivel internacional dio paso a un modelo epidemiológico del alcoholismo que fue implementado también en México, aunque generó cuestionamientos y fuertes críticas por parte de especialistas latinoamericanos, las cuales se analizan más adelante. Este modelo trajo consigo consideraciones de la salud en términos económicos y un enfoque sanitario basado en la medicina preventiva. Se evaluaron las pérdidas por muertes prematuras en cuanto a capital-vida, la incapacidad por enfermedades no letales y el incremento en los costos de salud debido al aumento en los servicios médicos y de asistencia (Winslow 1955).

Instituciones y propuestas para la atención

Una vez aclarados los preceptos teóricos del enfoque de la OMS, para entender las características del modelo multidisciplinar es necesario especificar las propuestas de atención, el tipo de lugares y los especialistas encargados de la prevención y rehabilitación. Desde la primera reunión del Subcomité en 1950, se promovió la organización de un cuerpo antialcohólico internacional que atendiera a los alcohólicos en hospitales generales y recopilaran estadísticas sobre la frecuencia de alcoholismo, datos que serían de utilidad para conocer la magnitud del problema a nivel internacional y poder comparar entre países con una medida estándar (OMS 1953). La gama de propuestas para el tratamiento tuvo una notoria influencia de la medicina y psiquiatría estadounidense e incluyó a especialistas de disciplinas no médicas: terapia de aversión, psicoterapia, psicoterapia de grupo y los grupos de AA. En este aspecto, concuerdo con Johan Edman en que estas herramientas que ya eran muy usadas en Estados Unidos, más que demostrar la existencia de un método viable y concreto, reflejan la adopción de un modelo y enfoque de enfermedad vagamente definido (Edman 2020). En otras palabras, se estaba planteando un nuevo modelo de tratamiento destinado al alcoholismo, visto como un proceso de enfermedad.

Para la aplicación de dichas herramientas se propuso la implementación de dispensarios antialcohólicos. Por recomendación del Subcomité, en ellos se debía abordar el problema desde el punto de vista de enfermedad y hacer un diagnóstico de los factores internos y externos que provocaron el problema. En el primer informe afirmaron que “el tratamiento del paciente mediante la psicoterapia y el trabajo social constituyen la labor fundamental del dispensario” (OMS 1953, 11). Dado que estos dispositivos estaban destinados a brindar consulta externa, se recomendó que se integraran a los hospitales generales o como instituciones independientes. Dichos espacios también debían servir para la investi-

gación y enseñanza con el fin de influir en la formación del personal hospitalario y en la actitud del médico con el alcohólico (OMS 1953).

En la segunda reunión del Subcomité, un año después, se incluyeron aspectos nuevos en la propuesta que dan cuenta del entendimiento del alcoholismo como un proceso de enfermedad. El tratamiento de los alcohólicos se dividió en cuatro etapas, acorde con la clasificación de Jellinek de las fases del alcoholismo: a) alcoholismo incipiente, sin orígenes neuróticos manifiestos; b) alcoholismo intermedio, y con características neuróticas primarias; c) alcoholismo crónico, con complicaciones psicóticas; d) alcoholismo con deterioro aparentemente irreversible (OMS 1954). Para los alcohólicos en las dos primeras etapas recomendaron el tratamiento ambulatorio, dado que en esas fases la mayoría de ellos continuaban en sus empleos y sosteniendo a sus familias, además se resistían al ingreso a hospitales mentales debido al estigma sobre la enfermedad mental. Para aquellos en la tercera y cuarta fase recomendaron la reclusión en hospitales psiquiátricos, lo cual evidencia la intención por llevar este tipo de pacientes hacia el dominio de los psiquiatras. Por lo tanto, buscaron reformar las leyes de admisión a hospitales mentales para que admitieran también a alcohólicos sin psicosis comprendidos en las fases tercera y cuarta, ya que en muchos países estas instalaciones solamente recibían a quienes presentaban “psicosis susceptibles de diagnóstico” (OMS 1954, 7).

Una vez que el alcohólico estuviera internado se implementaban terapias físicas con el uso de *Disulfiram*, medicamento que si bien no constituía un medio curativo ni debía usarse en todos los casos, producía un efecto negativo al alcohólico en caso de ingerir alcohol, con lo que se buscaba que la persona se abstuviera de beber durante el tratamiento y desarrollara aversión a la bebida.⁹ Este medicamento había sido creado en Dinamarca en 1949 y se expandió rápidamente por países escandinavos, Gran Bretaña y Estados Unidos, país donde en 1951 se presentó como la primera droga contra la dependencia al alcohol. Además de la importancia dentro del tratamiento, este fármaco proporcionaba el sustrato ideológico adecuado a la idea de que el alcoholismo era una enfermedad (Edman 2020), aunque por sí solo no se consideraba efectivo ya que debía ir acompañado de las terapias psicosociales consistentes en sesiones con un trabajador social que se encargaría de ayudar a los pacientes a resolver sus problemas personales y sociales. La dinámica sugerida era que durante las tres o cuatro primeras semanas del tratamiento medicamentoso, se debía acompañar al paciente con el trabajador social, el psicoterapeuta y, en casos extremos, con el psicoanalista, lo que dependía de los resultados obtenidos en los exámenes psicológicos y psiquiátricos (OMS 1954).

⁹ Fue comercializado como Antabus, Aversol y Refusal.

Otra parte del tratamiento fue la terapia de AA, asociación civil por la cual la OMS mostró gran interés y rápidamente la promovieron como parte fundamental de la rehabilitación de alcohólicos en todas las fases. El Subcomité afirmó que la existencia de grupos de AA en las zonas de los dispensarios disminuiría el número de días a la semana que debía ir el médico encargado, así como el número de consultas por paciente. Si se trabajaba junto con AA se estimaba que era suficiente la asistencia del médico solamente dos medios días y que el paciente podía ser enviado a los grupos después de cuatro o cinco consultas. En lugares donde no había grupos de AA estimaban que el número de consultas sería de 12 y que se requeriría del médico los cinco medios días a la semana (OMS 1953) Por tal motivo, en la segunda reunión el Subcomité recomendó explícitamente que “los médicos presten su ayuda para establecer grupos de ‘Alcohólicos Anónimos’ en sus respectivas colectividades. Esto podrá llevarse a cabo solamente si estimulan a sus pacientes alcohólicos para que organicen tales grupos, asegurándoles que pueden contar con su cooperación personal” (OMS 1954, 8). El médico debía tener en cuenta que los grupos debían ser dirigidos solamente por alcohólicos “curados” y que una vez se establecieran, podría mantener la continuidad enviando pacientes alcohólicos a sus sesiones (OMS 1954).

En el caso europeo estas propuestas se recibieron de forma similar y puede verse este proceso como una “tendencia medicalizante” del alcoholismo que venía ganando campo. En el caso sueco se hizo evidente entre 1946-1955 con las influyentes investigaciones llevadas a cabo en Yale por Jellinek, quien visitó Suecia a finales de 1951 y dio una conferencia sobre los últimos desarrollos en el tratamiento del alcoholismo y el significado de los métodos psicoterapéuticos. Allí ganó adeptos la idea de alcoholismo como enfermedad, aunque los médicos la aceptaron apegados a un modelo biológico y desde las ciencias sociales hubo constantes críticas al concepto de alcoholismo como enfermedad (Edman 2020). En Irlanda se comenzó a aceptar este enfoque en la política pública a mediados de 1960 y en 1970 cuando la OMS retiró el concepto de enfermedad alcohólica y orientó el problema hacia una perspectiva de “consumo total” y de salud pública, se dio paso a un enfoque que ha sido catalogado como neoprohibicionista. Este se valió de medidas iguales para alcohólicos y no alcohólicos, las cuales regulaban la disponibilidad de bebidas mediante el alza de impuestos a bebidas, regulaciones a la publicidad y consumo. Para 1984 esta perspectiva triunfó cuando se restauraron los servicios psiquiátricos en Irlanda y se adoptó esa “nueva ortodoxia” de la OMS (Butler 2010).

En el caso latinoamericano todavía no hay suficientes estudios que aborden la problemática. Una característica general fue la fragmentación o inexistencia de aparatos de salud y programas específicos para tratar exclusivamente el alcoholismo. De acuerdo con Eduardo Menéndez, en América Latina estos no existie-

ron por lo menos hasta 1990, por lo que prácticamente los grupos de AA se constituyeron como herramienta eficaz en la atención primaria (Menéndez 1990). Aunque dicha afirmación es válida desconoce los debates suscitados y los intentos por crear instituciones y políticas públicas con una orientación técnica en latinoamérica como en el caso mexicano que se presenta más adelante. Las propuestas de Jellinek encontraron eco rápidamente en Chile, país que ya contaba con un Instituto de Investigaciones sobre Alcoholismo desde 1950 y que fue lugar fundamental para la formulación de proyectos con enfoque latinoamericano. En este proceso fue clave el médico chileno Juan Marconi, becado por la OPS en 1955 para realizar un curso intensivo en Yale, donde estudió con Jellinek en el Centro de Estudios de Alcohol que estaba a su cargo. Hasta entonces, en Chile ya se habían realizado estimaciones indirectas de los alcohólicos mediante informantes y la fórmula de Jellinek, pero emprendieron la tarea de diseñar un instrumento propio para un estudio epidemiológico directo, cuyos resultados ubicaron a los bebedores anormales como el primer problema de salud pública chileno. Otra repercusión fue el inicio de la salud mental como disciplina en tal país y la incursión de las ciencias sociales y epidemiología de salud mental. Este método se aplicó en todo Chile y en gran parte de Latinoamérica (Araya y Leyton 2017).

En Chile también se sometieron a discusión y se criticaron las propuestas del Subcomité, las definiciones de alcoholismo y la utilidad de los dispensarios recomendados por la OMS. Por ejemplo, en el *Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo* convocado por la OSP/OMS en 1960, se reunieron delegados de la región con el objetivo de uniformar criterios de definición clínica, tratamiento y prevención, con el fin de facilitar las propuestas de programas de control integrados en actividades de salud pública (OSP y OMS 1960). En 1969, seis años después de la muerte de Jellinek, se realizó en este país el *Simposio Internacional en Memoria de E. M. Jellinek*, donde especialistas de todo el mundo se dedicaron a evaluar nuevamente los conocimientos en materia de alcoholismo desde el punto de vista bioquímico, farmacológico, etiológico, clínico, epidemiológico y preventivo (Popham 1970).

Todas estas discusiones tuvieron un fuerte impacto en las políticas de salud mental en el país suramericano y los estudios de epidemiología del alcoholismo realizados por Marconi fueron guiados por la idea de que la asistencia en salud mental debía tener un enfoque que se ajustara a las realidades latinoamericanas. De allí surgió el modelo de psiquiatría intracomunitaria, el cual se basaba en un esquema piramidal que posibilitaba un efecto multiplicador de la información transmitida por el médico a la comunidad. A partir del Programa Intracomunitario de Alcoholismo, se diseñaron políticas públicas y un programa de salud mental que desde 1970 se expandió a la asistencia de la Neurosis y Salud Mental Infantil (Araya y Leyton 2017; Norambuena Cárdenas 2016).

Emergencia de nuevos expertos mexicanos y sus definiciones

A partir de 1950, es posible encontrar referencias a nuevos actores en la conceptualización del alcoholismo en México. Esta incorporación no es privativa de ese padecimiento, sino que es un proceso más amplio que está relacionado con la formación de una comunidad de trabajadores de la salud mental. Con esto aludo a la emergencia de nuevos grupos de profesionales “psi”, tales como psicoanalistas, psicoterapeutas, psicólogos, enfermeras psiquiátricas y trabajadoras sociales, comunidad que desafió y debilitó el monopolio terapéutico que reclamaban los médicos desde finales del siglo XIX (Busfield 2011).

Algunos médicos y psiquiatras mexicanos fueron reticentes al modelo de alcoholismo como enfermedad ya que implicaba reconocer que el conocimiento médico por sí solo no era suficiente para explicar y tratar tal padecimiento y, por ende, debían incorporar otro tipo de profesionales que previnieran y atendieran las consecuencias no médicas del consumo patológico del alcohol, lo cual dio pie a la emergencia de nuevos expertos provenientes de disciplinas no médicas. En este sentido, el Dr. Rafael Velasco Fernández (1927-2016), quien estuvo encargado de la Dirección de Salud Mental, constantemente afirmó que el gremio médico fue lento en reconocer el concepto de alcoholismo como enfermedad, por lo que atribuyó el cabildeo para la medicalización del alcoholismo a otros actores como los mismos pacientes en busca de ayuda y AA. Por el contrario, si se observan las publicaciones desde las ciencias sociales y humanas, especialmente la psicología, se visibiliza un gran interés en estudiar el alcoholismo con cuestionamientos a los médicos por centrarse en la atención de los síntomas físicos. La ampliación de perspectivas que implicó el paso a la salud mental permitió a estos nuevos expertos legitimar sus profesiones y consolidar su radio de acción en espacios de tratamiento profesional que antes habían sido dominado por médicos.

En este punto es pertinente enunciar que se hace alusión al plural de ciencias sociales y humanas dado que la emergencia de estos nuevos especialistas se interesaron por definir otras causas y consecuencias más allá de lo biológico, así como por proponer medios de acción sobre el problema, lo que coadyuvó al declive del modelo biologicista basado en la herencia y coadyuvó a la consolidación del campo de la salud mental. De acuerdo con Eduardo Menéndez, desde 1960 en adelante se hizo evidente la enunciación de una crítica al modelo médico por tratar únicamente el aspecto biológico, lo cual resultaba insuficiente para la rehabilitación (Menéndez 1990). Ahora bien, más que una crítica al modelo médico como tal, lo acontecido revela una pugna por la consolidación de un modelo multidisciplinar que si bien se basó en un concepto de enfermedad, con la diversificación multifactorial de la etiología necesariamente debió incluir tratamientos multidisciplinarios y buscar consolidar estrategias de atención primaria y prevención, aunque estas fueron continuamente suspendidas o fragmentadas.

Para analizar la diversificación de los expertos procedí a la búsqueda de las tesis en los repositorios de la Universidad Nacional Autónoma de México, escritas por los profesionales que estudiaron el alcoholismo. Aunque muchos de estos materiales tuvieron poca circulación, son una fuente muy útil que por su mera existencia da cuenta de la inclusión de nuevos expertos en el campo, así como de los intereses teóricos y prácticos de las nuevas generaciones de profesionales de la salud. Es necesario recalcar que si bien estos materiales no constituyen una muestra amplia de toda la literatura producida, sí son una ventana que nos permite observar diversas transformaciones. A diferencia de la primera mitad del siglo XX, donde las tesis del tema fueron escritas por médicos o abogados interesados en la medicina legal, en las 96 tesis encontradas que fueron escritas entre 1950 y 1985 se observan nuevos enfoques y la emergencia de otras disciplinas. Aunque predominaron las tesis escritas por médicos (30%), estos se interesaron por la medicina familiar y en evaluar la forma como se transformaban las relaciones en familias en que uno o varios de sus miembros eran alcohólicos y cómo los problemas de alcoholismo llevaban a cambios en los antiguos roles familiares. En el periodo mencionado se escribieron una notable cantidad de estudios desde las ciencias sociales, especialmente desde la psicología, disciplina de la que proviene el 26% de los trabajos encontrados. Además de reflejar la fuerte injerencia en los estudios de alcoholismo, estos trabajos desplazaron el objeto hacia el campo de la salud mental, con una fuerte influencia de Jellinek a la hora de entender los aspectos psicológicos en la génesis y consecuencias del consumo de alcohol.

Por ejemplo, investigaciones realizadas desde los setenta incluyeron entre las causas del alcoholismo la falta de habilidades sociales en la persona para reaccionar a eventos de mucho estrés (Serrano y Cuevas 1977; Larios Navarrete 1982). Estos estudios emplearon la noción de enfermedad alcohólica de Jellinek aludiendo al alcohol como un agente que no depende solo de él sino de aquello sobre lo cual actúa, como también consideraron las fases del alcoholismo propuestas por tal autor (fase oculta o prealcohólica, fase prodrómica, fase básica o crucial, fase crónica) (Batalla Mancera 1982). Desde la psicología constantemente se criticó la definición médica organicista del alcoholismo y se incluyeron los aspectos psicológicos y las actitudes sexuales de los bebedores (Colón Monsreal 1984), además se hizo hincapié en la relación del alcoholismo con diferentes patologías mentales como la depresión (Granillo Ramírez 1983).

Los tratamientos propuestos desde la psicología también variaron con el tiempo. Mientras que en los setenta eran de corte conductual, con preferencia al uso de métodos aversivos (como el *disulfiram*), en los ochenta, con la inclusión de la falta de habilidades sociales para reaccionar a situaciones de estrés como factor del alcoholismo, se propusieron tratamientos asertivos que buscaban brindar herra-

mientas al alcohólico para que aprendiera a reaccionar apropiadamente a tales situaciones, para lo cual era necesario que el alcohólico no estuviera aislado sino integrado a la comunidad (Larios Navarrete 1982; Serrano Carrillo 1982). También se realizaron múltiples estudios sobre AA, lo que permite afirmar que para los científicos sociales dicha institución se tornaba en una herramienta terapéutica legítima y eficaz, y que la acción de AA también fue un factor de transformación del tratamiento profesional (Vázquez Villarreal 1973; Jiménez Correa 1977; Quezadas y Figueroa *et al.* 1978; Granillo Ramírez 1983). Para entonces esta organización amplió exponencialmente su radio de acción, creó estructuras para informar a los alcohólicos sobre sus servicios y conformó comités que tuvieron gran participación en espacios de tratamiento médico y psiquiátrico.¹⁰

Con la eclosión de los estudios sobre alcoholismo y la ampliación de las disciplinas involucradas resurgieron los cuestionamientos a la existencia de una definición única o consensuada. Los constantes cambios y problemáticas suscitadas en torno al concepto de alcoholismo evidencian que este fenómeno no puede ser definido desde una sola ciencia o disciplina, puesto que es un objeto en constante redefinición que involucra diversas aristas. Al respecto, los médicos tomaron posturas disímiles. Los médicos de la Dirección General de Rehabilitación y la Dirección General de Salud Mental difundieron los preceptos de la OMS en publicaciones y diversos eventos. Por ejemplo, en la I Convención Nacional de Salud, celebrada en 1973, emplearon la definición acordada en el seminario chileno, usaron las estadísticas allí presentadas y dieron cuenta de la implementación de algunos programas comunitarios de alcoholismo (Ibarra, Alarcón y Pedraza 1973).

Sin embargo, afirmaciones de reconocidos profesionales de la medicina permiten ver que también hubo posturas de rechazo dentro de los médicos. En 1977 el psiquiatra Rafael Velasco Fernández sostuvo que no existía un acuerdo general en la definición que resultara inobjetable (Velasco Fernández 1977a). De igual forma, el Dr. José Antonio Elizondo López y sus colaboradores afirmaron que en México los médicos habían sido “indudablemente lentos en reconocer el alcoholismo como enfermedad” (Elizondo López, Macías A. y Ramírez Moreno 1977, 45). Su investigación recalcó la importancia de la OMS en la medicalización del alcoholismo, así como de los mismos alcohólicos que buscaban ayuda psiquiátrica por las conductas violentas a las que llegaban por su incapacidad de detenerse o abstenerse del consumo de alcohol. En este sentido, la transformación en la actitud hacia el alcohólico, cuya visión como enfermo ganaba terreno, está íntimamente relacionada con el crecimiento de los grupos de AA (Elizondo López, Macías A. y Ramírez Moreno 1977).

10 Para una historia de AA en México: Salazar Bermúdez 2019.

Los cambios más importantes se dieron en la década de 1980 cuando hubo un interés oficial por darle al alcoholismo una definición y un estatuto de enfermedad con grandes repercusiones en la salud física y mental. Por su parte, algunos psiquiatras comenzaron a emplear herramientas epidemiológicas para mostrar que el alcoholismo era uno de los principales problemas de salud pública en el medio mexicano y abogaron por transformar las actitudes del psiquiatra frente al alcohólico (Hernández Albertos 1981; Illescas Rico 1982). Otros instaron a que el personal de salud entendiera la magnitud del alcoholismo en la salud pública, lo cual implicaba acabar con la actitud constante de rechazo hacia este tipo de pacientes producto de la arraigada idea del alcoholismo como “vicio”, e instruir a los pacientes puesto que la mayoría solo buscaban la remisión de sus síntomas y no un tratamiento completo (Vázquez Cárdenas 1984).

De allí que cobre suma importancia el *Seminario sobre Alcoholismo* cuyas memorias fueron publicadas en 1983. Por convocatoria de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (FISAC)¹¹ se llevó a cabo esta reunión con el fin de “acabar con la ambigüedad en la definición de algunos conceptos” (Ruiz Massieu 1983, 11). Allí se reunieron especialistas de diversas disciplinas (sociología, antropología, economía, medicina, psicología, psiquiatría, salud pública, entre otras), quienes recalcaron la necesidad de un enfoque multidisciplinario que contemplara “los esquemas social, económico, psíquico, legislativo y comunicativo, para estar en condiciones de aproximarse a un conocimiento más realista de las causas, efectos y alternativas de solución” (Olivares Sosa 1983, 77). Dado que el Seminario coincidía con el envío por parte del presidente de la República a la Cámara de Diputados de una iniciativa de ley en materia de salud que incluía ya el alcoholismo como problema de salud pública, se mencionó que la Secretaría de Salubridad y Asistencia estaría atenta a los resultados logrados por los especialistas. Por lo tanto, este encuentro es un punto de inflexión en la historia de la atención al alcoholismo en México.

Tres de las principales conclusiones que retomo del seminario son: primero, mientras que a nivel internacional los debates sobre el concepto de alcoholismo como enfermedad ya habían sido descartados, en México continuaron teniendo lugar en la discusión, la cual ya incluía la voz de expertos no solo de la medicina. Segundo, los sociólogos y trabajadores sociales fueron críticos con el modelo médico y fueron activos en la propuesta de nuevos enfoques y tratamientos. Tercero, los científicos sociales tuvieron amplias perspectivas sobre las transforma-

11 Desde 1981 hasta la actualidad FISAC busca la alianza con sectores económicos y de la comunicación para el impulso y promoción del consumo responsable y estilos de vida saludables. También realiza programas de consumo responsable, campañas promoviendo no manejar alcoholizado, difunde información sobre mitos asociados con el consumo de alcohol, entre otros. Ver: <http://www.alcoholinformate.org.mx/>

ciones del modelo del alcoholismo y sobre la importancia de la inclusión de factores sociales.

Estos elementos se observan en las intervenciones del sociólogo Francisco Turull Torres, adscrito al Instituto Mexicano de Psiquiatría, y de la licenciada María de los Ángeles Nava Rojas, jefe de Bienestar Social y Desarrollo Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sus participaciones permiten ver que hubo un consenso acerca de que a mediados de siglo XX comenzó a darse una transformación en el modelo del alcoholismo. Turull observó que comenzaba a desplazarse de una desviación social con consecuencias de marginación y estigmatización, hacia un modelo que lo definió como una enfermedad. Para la década de los ochenta el sociólogo advirtió la existencia de conceptualizaciones dinámicas que entendían el problema desde varias aristas: “las del síndrome de dependencia al alcohol, del alcoholismo como enfermedad y de incapacidades relacionadas con el consumo del mismo” (Turull Torres 1983, 67). Por su parte, Nava Rojas se centró en las nuevas ideas y especialistas involucrados y afirmó que mientras que para los especialistas de la primera mitad del siglo la explicación de las causas giraba en torno a lo biológico, para los segundos se entendió la especial influencia de factores socioculturales. Esta transformación se vio también en las consecuencias señaladas, las cuales abarcaron aspectos como la desintegración familiar, incomunicación, pérdida de productividad, delincuencia, ausentismo laboral y pérdidas económicas (Nava Rojas 1983). Algunos médicos participantes también se distanciaron de los modelos deterministas de la primera mitad del siglo XX, en especial Rafael Velasco Fernández, quien propuso a partir de un modelo psicológico que el fenómeno alcohólico no respondía a una causa única y planteó nuevamente la necesidad de un enfoque multidisciplinar y multifactorial. Velasco recalcó la utilidad de las nuevas conceptualizaciones al enfatizar que ya no debía llamarse alcoholismo sino síndrome de dependencia del alcohol (Velasco Fernández 1983).

De programas fragmentados al Consejo Nacional Antialcohólico

Una importante característica de la medicalización del alcoholismo en el nivel institucional y de tratamiento es que durante la primera mitad de siglo no hubo un centro destinado exclusivamente para los alcohólicos. A nivel general, las estrategias desarrolladas por la Secretaría de Salubridad hasta 1959 comprendían dos herramientas: las campañas antialcohólicas y las instituciones hospitalarias. Por un lado, para comienzos de los sesenta las campañas que se adelantaban eran de baja intensidad y casi nulas —lo que contrasta con las álgidas campañas antialcohólicas de las décadas de los veinte y treinta—. Las pocas referencias encontradas señalan que las campañas de educación se desarrollaron en centros

escolares, sociales y recreativos y que más que ayudar al enfermo alcohólico tuvieron como finalidad prevenir el alcoholismo en adolescentes y adultos jóvenes. En ellas se recalcan simplemente las consecuencias del hábito alcohólico. Según la Dirección de Rehabilitación, dichas campañas olvidaban tomar en cuenta que “no es el problema ALCOHOLISMO en general, sino enfermo alcohólico en particular, dentro de un medio familiar, social y económico único e individual” (Dirección de Rehabilitación S. S. y A. 1959, 160-161).¹²

Por otro lado, desde comienzos del siglo XX, los bebedores eran llevados a instituciones como el Manicomio General La Castañeda, donde ocasionaron debates constantes entre los médicos acerca de la necesidad de su internamiento y de la constitución del diagnóstico de alcoholismo como equiparable al de las enfermedades mentales “francas” (Salazar Bermúdez 2017). Aunque las instituciones hospitalarias atendían los casos agudos, se enfocaban en el aspecto físico y los problemas somáticos del alcohólico dejando de lado el problema de fondo y omitiendo por falta de medios técnicos y administrativos un tratamiento integral (Dirección de Rehabilitación SS y A 1959). En las pocas instituciones para el tratamiento del alcoholismo hasta 1970, como el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, fundado en 1959 a cargo de la Dirección de Rehabilitación, se atendieron casos de alcoholismo crónico y se recogieron importantes estadísticas de invalidez por alcoholismo que sentaron el precedente de la investigación epidemiológica del alcoholismo y de tratamientos multidisciplinarios en México, mismos que involucraron a médicos, psicólogos, trabajadores sociales y a AA (Velasco Fernández 1977b).

Este centro funcionó durante una década como el único en su tipo, hasta que comenzaron a instalarse consultas externas en centros de salud de la mencionada dirección que diversificaron los lugares donde los alcohólicos recibían atención médica. Aunque hubo planes de acción contra el alcoholismo fue difícil e incluso imposible implementarlos puesto que no lograban convencer a quienes tenían los medios para ejecutarlos, de la necesidad de hacerlo. Velasco Fernández afirmó que el descuido de las autoridades también era responsable de que la respuesta ante el alcoholismo en México no fuese “pobre sino paupérrima”, puesto que “una pequeña acción aquí o allá no hacen un programa contra el alcoholismo” (Velasco Fernández 1977b, 36).

La falta de instituciones específicas para alcohólicos llevó a que el impacto en la salud mental y en el sistema de atención hospitalaria fuera de gran magnitud. Ramón de la Fuente afirmó al respecto que las principales enfermedades mentales que afectaban a los mexicanos eran la psicosis, el retraso mental y las complicaciones del alcoholismo. La primera era presente entre 10.1 a 14 personas por cada mil habitantes, la segunda un 12.6, de los cuales tres cuartas partes eran leves; y

la tercera entre el 9.1 y el 12. Para ello, el sistema de atención a los enfermos mentales, administrado por la Dirección de Salud Mental, contaba apenas con 4,500 camas distribuidas en 11 unidades hospitalarias y 14 consultorios de psiquiatría en los Centros de Salud del Distrito Federal y cinco más en el territorio nacional; otros organismos públicos y privados tenían unas 4,000. En total eran 8,500 camas psiquiátricas que resultan insuficientes si se comparaba con los 65 millones de habitantes que tenía México a finales de la década de 1970 (De la Fuente 1977).

La gran demanda de atención de servicios de tratamiento para alcohólicos comenzó a saturar las instalaciones de los hospitales generales del IMSS y el ISSSTE. Entre 1976 y 1978 los alcohólicos fueron el principal tipo de pacientes atendidos en las instituciones capitalinas, puesto que en las salas de urgencia de 13 hospitales del Distrito Federal se atendieron por exceso de alcohol, síndrome de abstinencia, intoxicación por mezcla de alcohol y otras drogas entre el 73.9% y el 86.9% del total (Natera y Orozco 1981). Estos no contaban con servicios especializados para enfermos psiquiátricos, mucho menos para alcohólicos, y el personal era poco en relación con el número de pacientes, lo cual hacía que las posibilidades de rehabilitación se redujeran (De la Fuente 1977).

Estudios recientes han afirmado que en el área de la salud mental en general el modelo de salud comunitaria y de atención primaria no se implementó en México hasta 1990 (Hernández, Sacristán y Ordorika 2017). Sin embargo, hay que advertir que en materia de alcoholismo a partir de la década de 1970 se venía profesionalizando el tratamiento y se crearon instituciones especializadas, aunque insuficientes, para coordinar y ejecutar programas de prevención y atención. Este proceso tuvo dos particulares causas y consecuencias: primero, la creación de un instituto especializado en la recolección y sistematización de información epidemiológica sobre alcoholismo en los pocos centros de tratamiento alcohólico y farmacodependiente. Con esto aludimos a la creación en 1972 del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), institución que en 1978 se transformó en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM) y un año después en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) que en 1988 devino en el actual Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INP-RF) haciendo honor a su fundador (Instituto Nacional de Psiquiatría 2017).

Segundo, la conformación de la primera generación de expertos en salud mental. Este grupo, que incluyó a personal no médico, en principio se interesó por el estudio del alcoholismo y en pocos años ampliaron sus intereses a la salud mental. Esta generación de corte multidisciplinar se agrupó en torno al psiquiatra Ramón de la Fuente y estuvo conformada por expertos como Carlos Campillo Serrano (psiquiatra), Francisco Turull Torres (sociólogo), Guillermina Natera (psicóloga), María Elena Medina Mora (psicóloga/epidemióloga), Enrique Martínez Cid (médico), entre otros. Este grupo de profesionales estuvo ligado al proceso de creación del Institu-

to Nacional de Psiquiatría y difundieron constantemente estudios epidemiológicos relacionados en un primer momento con las adicciones y posteriormente con la salud mental en general. Este grupo de especialistas diseñó programas y planes de acción que coadyuvaron a la medicalización del alcoholismo en un nivel institucional y de tratamiento, proceso que, particularmente, estuvo ligado a la incorporación de dicha patología al dominio de la salud mental.

Desde 1977, con sus acciones, el panorama comenzó a variar pues el entonces CEMEF se encargó de estudiar el alcoholismo y la farmacodependencia. Desde la Coordinación de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación se instauró en septiembre del mencionado año el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) en el barrio Tepito. Esta institución —que presta sus servicios hasta la actualidad— inició con el objetivo de brindar ayuda al bebedor problema y a sus familiares, mediante un equipo multidisciplinar integrado por un psiquiatra, tres trabajadoras sociales y un enfermero. Entre sus funciones también estaba la de prevenir el alcoholismo en su área de influencia, coordinar servicios con otras instituciones, brindar y propiciar asistencia a pacientes de diversos niveles socioeconómicos y capacitar al personal en técnicas especializadas (Turull Torres 1982; Natera y Valencia 2001). En ese mismo año el CEMEF trabajaba ya en seis centros de salud mental brindando tratamiento ambulatorio y buscando consolidar su plan de dar tratamiento y rehabilitación integral al paciente. Además del CAAF instauraron un Centro de Rehabilitación de Alcohólicos con 15 camas para hospitalización breve y un servicio de consulta externa, comenzaron el diseño de planes piloto para tratar el alcoholismo en medios rurales, y buscaron expandirse a nivel nacional (Martínez Cid 1977).

En 1984, con la aprobación de la nueva Ley General de Salud, el entonces IMP consolidó su predominio en el ámbito del manejo del alcoholismo y farmacodependencia. En esa ley se dispuso la creación de un Programa Nacional contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, cuya misión era “contemplar acciones relativas a la prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, a la rehabilitación de alcohólicos”, además de la educación antialcohólica y el fomento de actividades que coadyuvaran en la lucha contra el alcoholismo. Para integrar y coordinar las acciones del Programa contra el Alcoholismo, la Ley creó el Consejo Nacional Antialcohólico (CNA), cuyas funciones e integrantes no fueron reglamentados hasta el 26 de febrero de 1985.¹³ Los miembros permanentes eran personas de diversas instancias gubernamentales, entre ellas, el secretario de salud, titulares de las secretarías de Gobernación, Comercio, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social. De igual modo, el CNA involucró directivos del IMSS, ISSSTE, y el se-

13 *Diario Oficial de la Federación*. 1985. «Reglamento Interior del Consejo Nacional Antialcohólico», 26 de febrero.

cretario del Consejo de Salubridad General. También participaron asociaciones civiles como AA, que para entonces ya era un referente en el tratamiento del alcoholismo (Secretaría de Salud 1995). El IMP quedó encargado de ejecutar las actividades concernientes.

El inicio del Programa Contra el Alcoholismo en 1985 marcó una clara ruptura. De acuerdo con Elizondo López, antes de esta iniciativa existían tres alternativas para el tratamiento en México. Una de ellas eran los servicios de tratamiento profesional en instituciones, opción que se encontraba aún incipiente y sin políticas homogéneas de tratamiento. Otra alternativa eran los tratamientos empíricos como los juramentos, los cuales tenían gran aceptación en comunidades rurales o semiurbanas, donde el fenómeno del alcoholismo siguió siendo visto como un problema de moral y no como problema sanitario (Elizondo López 1988). La tercera opción eran los grupos de “autoayuda” como AA, los cuales cubrían la mayor parte de la población y la mayoría de las instituciones de salud se apoyaban en ellos para la atención terciaria.

Con la creación del Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso del Alcohol, y por medio de la Secretaría de Salud, se desarrollaron acciones de diversa índole orientadas a disminuir la disponibilidad y la publicidad de alcohol y a modificar la actitud de la población frente al consumo. En el sector salud el Programa se vio reflejado en varios aspectos. Primero, en la capacitación del personal de salud en temas de alcoholismo. Segundo, en un abordaje de los problemas médicos en el primer nivel del sistema de salud. Tercero, en la ampliación de los servicios existentes y la detección de alcohólicos incipientes mediante sistemas de registros de datos e investigación en extensión y formas del fenómeno, factores etiológicos, variables psicobiológicas, sociales y culturales (De la Fuente 1985). En 1986 se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (actual CONADIC) y esta entidad absorbió el CNA y el Consejo contra la Farmacodependencia.¹⁴ De modo que los estudios sobre alcoholismo fueron un antecedente vital en la conformación de las actuales instituciones de salud mental y en la formulación de estrategias preventivas. Desafortunadamente, los historiadores todavía no ven esto como tema de interés y queda pendiente el examen de las nuevas políticas en un marco de amplia duración.

Conclusiones

Desde mediados de siglo XX la OMS fue un agente clave en la transformación del modelo de atención e investigación del alcoholismo. De un modelo centrado en

14 *Diario Oficial de la Federación*. 1986. «Decreto por el que se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones», 8 de julio.

lo biológico se dio paso a uno multidisciplinar donde era de vital importancia la incorporación de especialistas de la psicología, trabajo social, sociología, psicoanálisis e, incluso, AA. Esta incorporación, que se enmarca en el proceso de consolidación de la salud mental, motivó diferentes debates en torno al concepto de alcoholismo y a los mecanismos e instituciones para tratarlo y tuvo diferente repercusión en cada país. De modo que, si analizamos el proceso de medicalización del alcoholismo, es necesario atender las transformaciones conceptuales e institucionales que condujeron a tratamientos especializados y, de este modo, es pertinente extender la mirada hacia la segunda mitad de siglo.

Aunque a nivel internacional se cuestionó y se dejó atrás la promoción del concepto de alcoholismo como enfermedad, en México esto coadyuvó a la medicalización del alcoholismo en niveles más allá del discursivo ya que los debates suscitados tuvieron particulares consecuencias. Primero, el empleo de la propuesta estadística de Jellinek y el estudio de los problemas relacionados con el alcohol otorgó experiencia y conocimiento sobre las adicciones en general y consolidó la epidemiología en salud mental. Segundo, las psicólogas, trabajadoras sociales y sociólogos que cuestionaron el modelo médico fueron agentes cruciales en la consolidación del modelo multidisciplinar del alcoholismo. Este texto constituye un primer acercamiento a los antecedentes fragmentados y discontinuos de la conformación de esta red institucional que contiene la huella que imprimieron desde las ciencias sociales quienes se interesaron por entender el alcoholismo y sus múltiples dimensiones. Su emergencia como expertos en materia amplió las causas y consecuencias conocidas y las posibilidades terapéuticas. De modo que su legitimación como expertos fue correlativa a su incorporación en las instituciones de atención e investigación en salud mental. Debe recalarse que la creación de dichas instituciones también es producto de su gestión en la transformación del modelo. Tercero, los dos puntos anteriores nos llevan a plantear que las repercusiones en los ámbitos conceptuales, institucionales y de tratamiento son profundas. En otras palabras, en este proceso se gestaron las actuales instituciones nacionales de salud mental y manejo de las adicciones: el Instituto Nacional de Psiquiatría y el CONADIC. ■

Referencias

- Araya, Claudia y César Leyton. 2017. La “vía chilena” a la psiquiatría social. Propuestas y debates en torno al cambio del modelo de asistencia mental, 1968-1973. En Rafael Huertas (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 56-82.
- Batalla Mancera, Francisco. 1982. *Desarrollo de la escala adicional del alcoholismo en el inventario multifásico de la personalidad*. Tesis de licenciatura en psico-

- logía. Facultad de Psicología, UNAM.
- Buentello, Edmundo. 1938. Ebriedad y delincuencia. Aspectos parciales del problema. *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México. Órgano de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría*, 2 (1).
- Buentello, Edmundo. 1944. Errores de conducta del alcohólico crónico y sus consecuencias sociales. La Cantina como creadora de riesgos. *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, 7(1): 12-13.
- Busfield, Joan. 2011. *Mental Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Butler, Shane. 2010. *Benign Anarchy. Alcoholics Anonymous in Ireland*. Dublin: Irish Academic Press.
- Colón Monsreal, Lilia Elizabeth. 1984. *Actitudes sexuales en grupos de alcohólicos (Estudio preliminar)*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Conrad, Peter. 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
- Conrad, Peter y Joseph Schneider. 1980. Looking at leaves of medicalization: A comment on strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science and Medicine*, 14: 75-79, 1980.
- Cueto, Marcos, Theodore Brown, y Elizabet Fee. 2011. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, 38 (69): 129-156, 2011. <https://doi.org/10.21678/apuntes.69.634>
- De la Fuente, Ramón. 1985. Editorial. Las adicciones y los programas para comba-tirlas. *Salud Mental*, 8 (2): 1-4.
- De la Fuente, Ramón. 1977. La salud mental en México. *Salud Mental*, 1 (1): 4-13.
- Diario Oficial de la Federación*. 1985. Reglamento Interior del Consejo Nacional Antialcohólico. 26 de febrero.
- Diario Oficial de la Federación*. 1986. Decreto por el que se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones. 8 de julio.
- Dirección de Rehabilitación S. S. y A. 1959. Orientación del problema del alcoholismo en nuestro medio. *Salud Pública de México*, 2: 158-162.
- Edman, Johan. 2020. A medical challenge: The alcohol disease in Sweden 1946-1955. *Social History of Medicine*, 33 (1): 224-246. <https://doi.org/10.1093/shm/hky050>
- Elizondo López, José Antonio. 1988. Panorama actual de tratamiento y la rehabilitación de Alcohólicos en México. En M. Jean Gilbert (ed.), *Alcohol consumption among Mexicans and Mexican Americans: a binational perspective*. Los Angeles: University of California, Spanish Speaking Mental Health Research Center, 175-198.
- Elizondo López, José Antonio, Raymundo Macías A. y Adrián Ramírez Moreno.

1977. Aspectos médico-psiquiátricos del alcoholismo. En Armando Javier Guerra (comp.), *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica, 45-62.
- Granillo Ramírez, Elías Issac. 1983. *La relación alcoholismo-depresión en alcohólicos en función de su tiempo de permanencia en Alcohólicos Anónimos*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Guadarrama Domínguez, Luis Andrei. 2017. *La "plaga alcohólica" en la ciudad de México. Alcoholismo y salud pública, 1876-1920*. Tesis de maestría en historia, UNAM.
- Hernández Albertos, Ignacio. 1981. *Revisión sobre alcoholismo en nuestro medio*. Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Hernández Lara, Oliver, Cristina Sacristán y Teresa Ordorika. 2017. México: una reforma psiquiátrica que no lo fue, 1968-1990. En Rafael Huertas (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 56-82.
- Huertas, Rafael. 2017. Introducción. Políticas de salud mental y cambio social en América Latina. Materiales para una historia comparada. En Huertas, Rafael (ed.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Los Libros de la Catarata 7-23.
- Novella, Enric. 2016. Psiquiatría, gobierno y medicina social: la higiene mental en España (1917-1959). En Ricardo Campos y Ángel González de Pablo (coords.), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid: Los Libros de La Catarata 81-111.
- Ibarra, Luis Guillermo, Marco Aurelio Alarcón y Hugo Juan Pedraza. 1973. La participación de la comunidad en la lucha contra el alcoholismo. *I Convención Nacional de Salud*. México D.F., 16 al 20 de julio.
- Illescas Rico, Renato. 1982. *El alcoholismo como problema de salud pública*. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2017. *Antecedentes*. 14 de agosto. <http://inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html> (Consultado: 20 de abril, 2020).
- Jellinek, Elvin Morton. 1960. *El concepto de alcoholismo como enfermedad*. Nueva York: College and University Press, Publications Division of Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Jiménez Correa, Moisés. 1977. *Estudio de la Asociación Civil Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos*. Tesis de licenciatura en derecho. Facultad de Derecho, UNAM.
- Larios Navarrete, Teresa. 1982. *Entrenamiento asertivo en sujetos alcohólicos*. Tesis de licenciatura en psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.

- Liceaga Guillen, Isabel Nora y María Teresa A. Ortega Andraca. 1984. *La aversión al sabor como modelo experimental de las terapias químicas contra el alcoholismo. Tesis de psicología*. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.
- Lugo González, Luisa A. 1977. *Psicosis por disulfiram en pacientes alcohólicos*. Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Martínez Cid, Enrique. 1977. Entrevista con el Dr. Martínez Cid. *Salud Mental*, 1(1): 36-40.
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez Di Pardo, Nadia. 2018. Los médicos como cronistas del alcoholismo, de la mortalidad y de la criminalidad (1870-1910). *Cuicuilco. Revista de Ciencias Antropológicas*, (71): 85-10.
- Natera, Guillermina y Clarisa Orozco. 1981. Opiniones sobre el consumo de alcohol en una comunidad semirrural. *Salud Pública de México*, 23(5): 473-482.
- Natera, Guillermina y Enrique Valencia. 2001. Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Una experiencia de atención al alcoholismo en México. En Héctor Ayala Velázquez y Leticia Echeverría San Vicente (eds.), *Tratamiento de conductas adictivas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 93-106.
- Nava Rojas, María de los Ángeles. 1983. El alcoholismo y sus causas sociales. En Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos y Luis Sánchez Medal (eds.), *El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 70-73.
- Norambuena Cárdenas, Pablo. 2016. La psiquiatría intracomunitaria, la psicología y el contexto local en su desarrollo, 1968-1973. Trazos para una historia de la psicología comunitaria en Chile. En Rodolfo Mardonés Barrera (ed.), *Historia local de la psicología. Discusiones teóricas, metodologías y experiencias de investigación*. Santiago de Chile: RIL Editores, 239-264.
- Olivares Sosa, Edmundo. 1983. Economía del alcoholismo en México. En Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos y Luis Sánchez Medal (eds.), *El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 77-81.
- Organización Mundial de la Salud, Comité de expertos en Higiene Mental. 1953. *Informe de la primera reunión del Subcomité de Alcoholismo*. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, Comité de expertos en Higiene Mental. 1954. *Subcomité de Alcoholismo. Segundo informe*. Washington D. C.: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud. 1964. Se-

- gundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Washington D. C.: Organización Mundial de la Salud.
- Page, Penny Booth. 1997. E. M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: A critical essay. *Addiction*, 92(12): 1619-1637, 1997.
- Pierce, Gretchen. 2009. Parades, epistles and prohibitive legislation: Mexico's National Anti-Alcohol Campaign and the process of State-Building, 1934-1940. *Social History of Alcohol and Drugs*, 23(2): 151-180.
- Popham, Robert E. (ed.). 1970. *Alcohol & alcoholism*. Toronto y Búfalo: The Addiction Research Foundation, University of Toronto Press.
- Quezadas y Figueroa, Rosa Luisa Carmen, Patricia Villanueva González, Cesáreo Morales Velázquez, Rodrigo de Jesús Páez Montalbán. 1978. *Influencia del grupo de Alcohólicos Anónimos en el proceso de recuperación de individuos*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ríos Molina, Andrés. 2016. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Siglo Veintiuno Editores.
- Rojas Sosa, Odette. 2019. *La metrópoli viciosa. Alcohol, crimen y bajos fondos. Ciudad de México, 1920-1946*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación General de Estudios de Posgrado.
- Ruiz Massieu, Francisco. 1983. Inauguración del seminario. En Valentín Molina Piñero, Carlos Román Celis, Luis Berruecos y Luis Sánchez Medal (eds.), *El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales A. C., 11-12.
- Salazar Bermúdez, Alejandro. 2017. Alcoholismo. En Andrés Ríos Molina (coord.), *Los pacientes del Manicomio General La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 323-372.
- Salazar Bermúdez, Alejandro. 2019. *Sobriedad, fe y enfermedad. La historia de Alcohólicos Anónimos en México, 1956-1985*. Tesis doctoral en historia. UNAM. Secretaría de Salud.
1995. *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*. México: Secretaría de Salud.
- Serrano Carrillo, Víctor Manuel. 1982. *Rehabilitación de alcohólicos en la comunidad*. Tesis de licenciatura en psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.
- Serrano y Cuevas, Georgina. 1977. *Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo*. Tesis de psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Snelders, Stephen, Frans J. Meijman, y Toine Pieters. 2008. Alcoholism and hereditary health in dutch medical discourse, 1900-45: Biology versus psychology in coping with addiction. *Social History of Alcohol and Drugs*, 22 (2):130-143.

- Turull Torres, Francisco. 1982. Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la ciudad de México: el Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares. *Salud Mental*, 5 (2): 66-73.
- Turull Torres, Francisco. 1983. Comentarios a la ponencia de la socióloga María del Pilar Velasco Muñoz-Ledo. En Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos y Luis Sánchez Medal (eds.), *El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales A. C., 67-69.
- Vázquez Cárdenas, Andrea. 1984. *Actitud del médico residente en psiquiatría frente al paciente alcohólico*. Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Vázquez Villareal, Sergio R. 1973. *Alcohólicos Anónimos en un servicio psiquiátrico*. Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Velasco Fernández, Rafael. 1983. Alcoholismo: los aspectos psicológicos. En Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos y Luis Sánchez Medal (eds.), *El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales A. C., 153-154.
- Velasco Fernández, Rafael. 1977a. Definiciones, causas y alcances del alcoholismo. En Armando Javier Guerra (comp.), *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica, 30-44.
- Velasco Fernández, Rafael. 1977b. Entrevista con el Dr. Rafael Velasco Fernández. *Salud Mental*, 1(1): 32-36.
- Velasco Fernández, Rafael. 1981. *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, [reimpr. 2009]. México: Trillas.
- White, William L. 1998. *Slaying the dragon. The history of addiction treatment and recovery in America*. Bloomington: Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute, 1998.
- Winslow, C. E. A. 1955. *Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud*. Washington D. C.: OMS.