

La atención integral al alcoholismo: experiencia cubana

Comprehensive attention to alcoholism: the Cuban experience

Ricardo González Menéndez

Profesor Titular. Universidad Médica de La Habana. Facultad General Calixto García. Hospital Psiquiátrico de La Habana "Dr. Eduardo Ordaz". La Habana. Cuba.

RESUMEN

Se expresaron aspectos medulares del programa nacional de atención al alcoholismo, después de 33 años de trabajo en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, Centro de Referencia Nacional para la atención a este tipo de pacientes. Se expresaron aspectos medulares del programa nacional de atención a dicha toxicomanía en Cuba, cuyos indicadores actuales globales rondan el 5 % de la población de 16 o más años. Se enunciaron el marco conceptual, los principios básicos, las normas organizativas, los métodos y los recursos que integran el programa y se destacaron la alta exigencia de espiritualidad, ética y humanismo para el desarrollo exitoso de la gestión rehabilitatoria.

Palabras clave: Alcoholismo, atención integral, experiencia cubana.

ABSTRACT

Important aspects of the national program of attention to alcoholism were exposed after 33 years of work at the Psychiatric Hospital of Havana, a National Reference Centre for the attention to this kind of patients. Significant aspects of the national program of attention to this toxicomania in Cuba, whose present global indicators show that at about 5 % of the population aged 16 or over suffer from alcoholism were expressed. The conceptual framework, the basic principles, the organizational norms, the methods and the resources that are part of the program were dealt with. The high demand of spirituality, ethics and humanism necessary for the successful development of the rehabilitative management were stressed.

Key words: Alcoholism, comprehensive attention, Cuban experience.

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias del uso, mal uso, abuso y dependencias de drogas legales, de prescripción médica y de las ilegales, se incluyen entre las 4 peores tragedias mundiales, junto a las guerras, las hambrunas y la miseria extrema.

Pese a que el alcohol y el alcoholismo se erigen actualmente como la droga y drogadicción de mayor significado socioeconómico y humano, poco se ha avanzado en lo referente a la clásica actitud social mundial de subvalorarlo como problema de salud, al compararlo con otras drogadicciones.

Existen también otras apreciaciones y tendencias mundiales a tomar en cuenta como factores a superar para el desarrollo exitoso de un programa nacional de atención al alcoholismo y al uso irresponsable de alcohol, que presentan, en nuestro criterio, tanta relevancia como la valoración de las especificidades derivadas del contexto etno-socio-económico-cultural y etapa histórica del país en el que se aplique.

Veamos algunas de las que consideramos más trascendentes:

- La errónea dicotomía implícita en la categoría taxonómica tantas veces escuchada de "alcoholismo y drogadicciones" que pareciera desplazar la de "alcoholismo y otras drogadicciones".
- La subvaloración clínico-epidemiológica de la diferente significación de las drogas legales, que como el alcohol, afectan notablemente la conducta y las que carecen de ese efecto como el café y el tabaco...
- La escasa significación social conferida al uso embriagante o inoportuno del alcohol, como consecuencia del enfoque reduccionista orientado a enfrentar básicamente las potencialidades adictógenas de dicha droga, con los consecuentes esfuerzos integrales para prevenir la dependencia alcohólica, pero con muy poco énfasis en los dirigidos a evitar la catastrófica repercusión interpersonal, económica, social y humana, de las conductas bajo la influencia del tóxico, aspecto recientemente enfatizado en la 58 asamblea de la OMS de mayo del 2005.¹
- La justa valoración conferida y el consecuente rechazo comunitario al consumo de drogas ilegales, con la simultánea y paradójica actitud de tolerancia incondicional a la embriaguez y otras expresiones del uso irresponsable de bebidas alcohólicas.
- La poca aceptación, por el personal no especializado, del abuso y la dependencia del alcohol como entidades nosográficas por la concepción reduccionista que solo identifica como alcoholismo a las afecciones que expresan las complicaciones de dicha drogadicción.
- El énfasis conferido a las complicaciones corporales y al riesgo de muerte "física" y el poco significado otorgado a la trágica repercusión psico-socio-cultural y la muerte "moral" implícita en toda droga de relevantes efectos conductuales como la que nos ocupa.

- La frecuente subvaloración de los sufrimientos de quienes en algún momento de sus vidas serán afectados por el uso irresponsable de alcohol y otras drogas no nicotínicas, y cuyas tragedias —de no superarse las tendencias actuales— convertirán a la cuarta parte de la humanidad, en alcohólicos u otros drogadictos "pasivos".
- El considerar las adicciones no nicotínicas como expresivas de tendencias antisociales, sin diferenciar las conductas delictivas determinadas por la influencia, tolerancia o dependencia vinculadas al consumo de dichas sustancias, de las que caracterizan las verdaderas personalidades disociales.
- La errónea apreciación de que la dependencia es fácilmente superable cuando el alcohólico se disponga a ello, enfoque que pudiera vincularse a la subvaloración relativa del alcoholismo como problema de salud por parte de algunos decisores administrativos ajenos al equipo de salud.
- El desconocimiento por muchos decisores no médicos, de la relevante repercusión económica y humana del uso irresponsable de alcohol, además del que se deriva de su condición de droga modelo y portera por excelencia.
- La imprescindible necesidad de las proyecciones multidisciplinarias y multisectoriales que implica el perfeccionamiento de los recursos persuasivos ante algunos decisores de políticas preventivas ajenos al equipo de salud.
- Y como última, pero no menos importante tendencia mundial, el poco énfasis relativo en las gestiones de promoción de salud, protección y prevención específica, cuyo más trascendente indicador social es el catastrófico desbalance entre la propaganda comercial intencional o aparentemente ingenua, para estimular el consumo, y la orientada a fines opuestos.

Pese al riesgo de caer en subjetivismos, pareciera que muchas de las actitudes mundiales comentadas y que representan serios obstáculos para la aplicación exitosa de los programas antialcohólicos, tienen como substrato, mecanismos defensivos de negación, cualitativamente indiferenciables de los que a diario advertimos en nuestros pacientes alcohólicos y que en muchas latitudes reflejan a nivel macrosocial la jocosa definición de alcohólico como aquel que bebe más que el profesional que lo diagnostica.

Las drogas en el contexto mundial y regional

Estimados conservadores plantean que la expectativa mundial de por vida para padecer un abuso o dependencia de drogas no nicotínicas llega al 15 % de la actual población mundial, pero si sumamos a dicha cifra las desgracias vinculadas al consumo irresponsable de dichos tóxicos en sujetos supuestamente sanos, la proporción de personas directamente afectadas por el mal uso, abuso o dependencia de dichas drogas, alcanzará a la sexta parte de la población mundial, es decir, más de mil millones de personas.²

La repercusión humana de esta catástrofe sería empero subvalorada si olvidamos los que la sufren en forma indirecta, al desempeñar el rol de cónyuges, padres, hijos, hermanos, amigos y hasta desconocidos, que resultan víctimas de accidentes y otros actos de violencia. Con ellos, el espectro de potencialidades nocivas superará, de no ser efectivas las medidas promocionales, preventivas y rehabilitatorias que se tomen, la tercera parte de la humanidad en la presente generación.³

Si valoramos el fenómeno en Estados Unidos de América, país de 300 millones de habitantes, prototipo del mundo desarrollado y seleccionado por la seriedad de sus

estadísticas médicas, actualmente existen 20 millones de alcohólicos y la expectativa de que los nacidos hoy puedan presentar un alcoholismo, alcanza el 13,7.

La repercusión económica anual del consumo de drogas no nicotínicas alcanza los 250 mil millones de dólares y el 50 % de esta trágica cifra se vincula al consumo irresponsable de alcohol.⁴

La situación comparativa de América Latina cuya población duplica la norteamericana es también catastrófica, con la existencia actual de unos 40 millones de alcohólicos (prácticamente igual proporción, con la notable desventaja implícita en la alta prevalencia de trastornos cerebrales crónicos como secuelas de las carencias en los Sistemas de Salud, y en la consecuente mayor vulnerabilidad determinante de los famosos síndromes del Dr. Jekyll Mr. Hyde expresados por violencia extrema bajo la influencia de tóxicos.⁵

En lo referente a Cuba, somos un país socialista del tercer mundo con 11 millones de habitantes de los cuales, 8,5 millones son mayores de 15 años. La superficie territorial de la isla grande alcanza los 111 000 km², y durante las últimas 4 décadas, el país se ha destacado por sus esfuerzos para elevar cada vez más los niveles de salud, educación y cultura de su pueblo, pese a las limitaciones económicas implícitas en un bloqueo de mas de 45 años.

Nuestro contexto macrosocial contemporáneo se comprenderá mejor si destacamos que además de caribeños, el cultivo de la caña de azúcar y la producción ronera nos ubica en la categoría "ampliada" de nación vitivinícola y que nuestra posición geográfica, historia e influencias étnicas nos matizan culturalmente con características bastante similares a las de los pobladores de otros países de la cuenca del Caribe.

Los indicadores actuales globales de alcoholismo en Cuba, al sumar la prevalencia del abuso y dependencia de alcohol, rondan el 5 % en la población mayor de 15 años,⁶ pero existen además, patrones de consumo alcohólico no recomendables que nos esforzamos por modificar a tiempo. Somos un país que considera la salud como un derecho del pueblo y responsabilidad priorizada del estado, el que, pese a sus serias limitaciones económicas, goza de la mayor cifra proporcional de médicos al nivel mundial. Y contamos además, con un sistema único de salud, actualmente centrado en el médico de familia y con una definida orientación preventivo promocional mantenida por 48 años, pese a lo cual, las actitudes comunitarias muestran cierta permisividad ante el alcohol.⁵

Nuestra experiencia en la asistencia de pacientes alcohólicos y adictos a otras sustancias, data de 33 años, por ser nuestro centro de trabajo el Hospital Psiquiátrico de La Habana "Dr. Eduardo Ordaz", Centro de Referencia Nacional para la atención a pacientes adictos.

Los párrafos que siguen pretenden exponer los aspectos esenciales del marco conceptual; estrategia promocional, preventiva y asistencial; aspectos organizativos programados, así como los métodos y recursos que caracterizan la atención a los problemas asociados al uso indebido y la dependencia al alcohol.

La atención integral a este problema ha tomado en cuenta las experiencias de países exitosos en su enfrentamiento, y ha basado, simultáneamente, sus esfuerzos en investigaciones clínico-epidemiológicas nacionales. Sus proyecciones básicas han sido la calificación continua de profesionales y técnicos, el énfasis preventivo y la participación activa de la población. Se abrazó la estrategia multimodal cuyas

acciones se ejercen simultáneamente sobre las personas, el medio y el propio tóxico, para lograr como objetivo de primer rango, la modificación de las actitudes comunitarias de permisividad incondicional ante el consumo alcohólico y transformarlas en permisividad condicionada cuya esencia es la aceptación del consumo y el rechazo a la embriaguez, patrón que caracteriza la cultura hebrea, que pese a la alta proporción de consumidores resulta la de menos problemas asociados al consumo, aspecto en que resulta únicamente superada por la cultura islámica.⁷

Otros lineamientos han sido, la multisectorialidad con la consecuente involucración en el programa, de muchos decisores administrativos ajenos al equipo de salud, cuya sensibilización acerca de la enorme trascendencia médico social, económica y sobre todo, ético-humanística del uso irresponsable de bebidas alcohólicas, resulta indispensable.

La atención integral implica también el tomar en cuenta todas las acciones del equipo de salud, que además de garantizar la asistencia idónea al paciente alcohólico en los niveles primarios, secundarios y terciarios, desarrolla acciones promocionales, protectoras y preventivas, viabiliza el diagnóstico clínico epidemiológico precoz y garantiza el éxito de otras tareas docentes, asistenciales, investigativas, periciales y editoriales.

La atención integral del alcoholismo en nuestro medio toma como marco referencial los principios más generales de nuestra filosofía marxista leninista, que son:

- El principio de la objetividad.
- El principio de la multifactorialidad.
- El principio sistémico.
- El principio del historicismo.
- El principio de la práctica social transformadora.

Principios cuya aplicación en el marco de un Sistema Único de Salud caracterizado por:

Total gratuidad.

Regionalización, sectorización y dispensarización.

Proyección comunitaria higienista, preventiva, curativa y rehabilitatoria.

Atención sistematizada, continuada, en equipo multifactorial y con participación activa de la población, pautas que hacen fácil inferir el establecimiento de los criterios de abordaje siguientes:

Considerar los diferentes tipos de drogas en sus categorías legales, de prescripción médica e ilegales como un sistema en interacción constante con potencialidades inductoras y reforzadoras donde el café y el tabaco inducen el consumo de alcohol y éste como droga modelo y portera induce el consumo de otras sustancias.

Promover la atención simultánea a todas las sustancias con la premisa de que la prevención de las adicciones ilegales debe comenzar con la prevención del consumo de las sustancias legales con el alcohol como prototipo.

Destacar la alta significación social de las drogas que afectan la conciencia no sólo como determinantes de adicciones, sino como facilitadoras de conductas de alto riesgo bajo su influencia en sujetos no adictos.

Tomar en cuenta la existencia del "alcohólico pasivo" que sigue el paradigma descrito en el tabaco y que en lo referente a repercusión psicosocioespiritual está presente en el entorno familiar, laboral y comunitario del consumidor irresponsable de alcohol.

Auspiciar actitudes comunitarias de rechazo a la embriaguez por cualquier sustancia.

Exigir la participación intrasectorial y transectorial como factor de primer orden.

Priorizar la educación para la salud en la que exige tanto la información como la formación, mediante el inicio de las gestiones de educación para la salud, desde etapas tempranas de la vida.

Identificar mediante estudios comunitarios, los mitos sobre el alcohol para superarlos a través del razonamiento científico.

Esforzarse por elevar la conciencia comunitaria de que el riesgo del consumo irresponsable ante el alcohol y el alcoholismo, está potencialmente presente en todas las personas.

Destacar la significación de la armonía y estabilidad familiar como factor protector de primer rango.

Dirigir las acciones del programa antialcohólico tanto a reducir la demanda como la oferta y también a garantizar la oferta adecuada de bebidas no alcohólicas y las mismas se ejercen integralmente sobre el sujeto, sobre el medio y sobre el tóxico.

El cumplimiento de estos y otros muchos principios de proyección promocional-preventiva-higienista, no se aparta, en lo referente a exigencias, de las requeridas para el desarrollo exitoso de cualquier programa de salud para enfermedades crónicas no transmisibles, categoría clínico epidemiológica que incluye las adicciones.

La atención asistencial idónea al alcohólico, debe tomar en cuenta:

Garantizar consistentemente cubrir la demanda rehabilitatoria.

Priorizar la atención ambulatoria siempre que sea posible.

Utilizar en los contextos institucionales los principios de la comunidad terapéutica.

Seguir el esquema transteórico de Prochaska, Diclemente y Norcross.⁸

La utilización preferente de recursos psicoterapéuticos racionales, cognitivos, conductuales, motivacionales, dinámicos, humanistas y sistémicos.

El establecimiento de profundas y consistentes relaciones equipo-paciente-familia-comunidad.

Considerar la gestión terapéutico rehabilitatoria como factor preventivo indirecto al reducir la demanda y crear multiplicadores de alta eficiencia en cada paciente rehabilitado.

Conferir a la psicoterapia de grupo y a los grupos de autoayuda la trascendencia terapéutica derivada de la cohesión y presión de los grupos que persiguen iguales objetivos.

Garantizar el seguimiento adecuado de los pacientes rehabilitados.

La atención integral a la familia del alcohólico

En el terreno asistencial es también importante —según nuestro criterio— tomar en cuenta las exigencias especiales de las relaciones profesionales, pues se trata de un verdadero reto en lo referente a garantizar la imprescindible disposición permanente de ayuda, actitud sin la cual resultaría altamente improbable el logro de los objetivos, ya que estos enfermos ponen a prueba en grado superlativo las potencialidades humanísticas, éticas y espirituales de quienes desempeñen el papel de "prestadores de ayuda como miembros del equipo de salud, familiares, grupos de ayuda mutua, amigos, compañeros de trabajo y líderes comunitarios formales y no formales que durante la "alianza terapéutica" acompañarán —con grados diferentes de potencialidades de ayuda— al paciente a través de las etapas precontemplativa, contemplativa, preparatoria, de acción o cambio, y de prevención de recaídas descritas con acierto por *Prochaska, Di Clemente y Norcross*.⁸

Procedimientos, métodos y técnicas utilizados para el tratamiento del alcohólico

Como guía expositiva seguiremos el esquema terapéutico clásico cuyas etapas, que se imbrican con las que integran el esquema transteórico de Prochaska⁸ son:

Confrontación.

Contrato o alianza terapéutica.

Desintoxicación temprana.

Desintoxicación tardía.

Deshabitación.

Modificación del estilo de vida.

Reinserción comunitaria

Seguimiento.

Comentaremos solamente algunos de estos tópicos.

Desintoxicación temprana

Vinculada temporalmente con la llamada dependencia "funcional" que expresa las disfunciones del sistema nervioso central que integran el síndrome de abstinencia cuya duración habitual es de 1 sem.

Desintoxicación tardía

Conceptualmente relacionada con la superación de la adaptación metabólica celular⁹ se extiende por 3 a 4 sem y pauta, en los pacientes institucionalizados, el tiempo sin autorización de pases.

Deshabitación

Los esfuerzos básicos se orientan a eliminar los condicionamientos sustentados en mecanismos de aprendizaje instrumental, condicionado, o imitativo que potencializan en lo psicológico, la urgencia por el alcohol.

Aunque muchos años atrás empleamos reforzadores cardiovasculares (disulfiram y carbamida cálcica), eméticos (ippecacuana) y propioceptivos (estímulos eléctricos) con objetivos aversivos que implicaban el consumo del tóxico para establecer aprendizajes de tipo aversivo, diferentes investigaciones de nuestro equipo, arrojaron resultados nulos con el estímulo eléctrico, moderados con la ippecacuana y superiores con el disulfiram, pero sin diferencias notables entre su uso aversivo y el disuasivo metabólico, aunque sí entre su forma oral y la implantable en tejido subcutáneo, por lo que hemos mantenido la utilización disuasiva del disulfiram con preferencia de su forma subcutánea y siempre después de obtener el consentimiento informado del paciente.¹⁰⁻¹²

En esta etapa, la psicoterapia con sus diferentes recursos hace énfasis en la información, persuasión, inspiración y sugestión con propósitos aversivos y disuasivos en el marco del tránsito de la etapa contemplativa a la preparatoria.

Modificación del estilo de vida

Esta es, según nuestro criterio, la meta más definida para alcanzar la etapa de acción o cambio, y nunca se insistirá lo suficiente para persuadir al paciente que este propósito constituye, junto al logro de la abstinencia definitiva y la superación de rasgos caracterológicos negativos reforzados por la adicción, los 3 pilares fundamentales de los esfuerzos rehabilitatorios.

Cualquiera que fuere la proyección hegemónica en lo referente al substrato teórico de la psicoterapia, según la preferencia del equipo (en nuestro centro son las líneas racionales y cognitivo conductuales), jamás se desaprovechará recurso alguno con independencia de su procedencia de escuela o fundamentación teórica, siempre que sus resultados estén validados por la práctica internacional.

De esa forma y con una orientación estratégica concordante con la concepción del mundo de cada terapeuta, aunque bastante ecléctica en lo que a selección de recursos se refiere, se manejan también tácticas dinámicas, conductuales, sistémicas, comunicacionales y existenciales-humanísticas. Seguimos en este aspecto el magnífico paradigma mundial establecido por los psicoterapeutas de familia.

Fase de reinserción comunitaria

El énfasis se pone en la prevención de recaídas, aspecto abordado desde etapas anteriores y ahora reforzado cotidianamente sobre todo en las consultas y grupos de seguimiento así como en las actividades propias de los grupos de autoayuda mutua en adicciones (GAMA); grupos institucionales de alcohólicos (GIA) y alcohólicos anónimos (AA).

Deberá recordarse siempre que el clímax de un tratamiento exitoso es alcanzar y reforzar la etapa de prevención de recaídas, ya que el riesgo de reincidencia en el consumo, estará presente en los pacientes, hasta el fin de sus días.

Modalidades asistenciales para el paciente alcohólico en nuestro medio

Existen 4 niveles básicos de atención al alcohólico y su familia.

El de Urgencias, a cumplimentarse en Policlínicos de urgencia, Unidades de Intervención en crisis y Unidades de Cuidados Intensivos.

El primario, garantizado por el médico de familia, el personal de los Centros Comunitarios de Salud Mental y los especialistas en Salud Mental Comunitaria municipales.

El secundario, que incluye la hospitalización parcial (hospitales de día o de noche) y los servicios psiquiátricos en hospitales generales.

El terciario, representado por los dispensarios y servicios hospitalarios especializados en alcoholismo y otras adicciones.

Pero todas las instancias del Sistema de Salud y especialidades médicas garantizan la orientación adecuada y el apoyo a pacientes y familiares.

Finalmente, comentaremos nuestra apreciación sobre la notable trascendencia del humanismo, la ética y la espiritualidad en la atención integral al alcoholismo.

El humanismo, la ética y la espiritualidad en la relación profesional con el alcohólico y su familia

Nuestra relación profesional se basa inevitablemente en las potencialidades del facultativo para ubicarse en el lugar del reclamador de ayuda, sentir como él y disponerse a ayudarlo. Estos 3 requisitos descritos por *Pedro Laín Entralgo*¹³ demandan del profesional un respeto absoluto por el hombre y constante

preocupación por su desarrollo y bienestar, esto es humanismo; que su conducta sea siempre regida por los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, así como por la regla de oro de tratar a los demás como quisiéramos ser tratados de estar en su situación, esto es ética y sobre todas las exigencias, el estar dotado de una profunda vocación médica (potencialmente presente en todos los miembros del equipo de salud) que le permita compadecerse del sufrimiento ajeno, mantener en forma incondicional su constante disponibilidad afectiva para la relación de ayuda y para involucrarse solidariamente, en alianzas terapéuticas "curadoras" y "sanadoras, esto es espiritualidad..

La mayor gratificación de la espiritualidad es la satisfacción del deber cumplido vivencia íntimamente relaciona con la deontología médica.¹⁴⁻¹⁶

Tanto el humanismo como el ejercicio ético, el cumplimiento deontológico y la profunda vocación médica son, además de categorías íntimamente relacionadas, expresiones muy nítidas de la espiritualidad del profesional, con independencia de su nacionalidad, sexo, procedencia, nivel económico, ideología, posición filosófica, afiliación política, creencias o sistema de producción social en que se forme y ejerza.

La exigencia de estas cualidades en el equipo de salud alcanzan su clímax en la afección que hoy nos ocupa, cuyo tratamiento básico es la psicoterapia en el marco de una profunda y exitosa relación humanística.

Los esfuerzos necesarios para cumplimentar las referidas normas son concordantes con el nivel de conciencia desarrollado al nivel mundial cuando se hizo evidente que el uso indebido de alcohol, categoría epidemiológica que va mucho más allá del concepto restringido de alcoholismo, e incluye los comportamientos bajo influencia alcohólica en sujetos no alcohólicos, ha devenido el principal factor de riesgo para la salud en el mundo subdesarrollado, y el tercero en los países industrializados¹⁷ y que, pese a la histórica subvaloración mundial de esta droga, los años de vida productiva perdidos por discapacidades y muertes precoces al nivel del orbe, superaron en el 2002, los 120 millones,^{18,19} mientras que en las Américas determinó en el propio año, 225 000 defunciones.²⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Resolución 58.26 de la 58 Asamblea Mundial de la Salud titulada Problemas de Salud Pública Causados por el Uso Nocivo del Alcohol. Ginebra Mayo 2005.
2. González R. Usted puede prevenir, detectar y vencer las adicciones. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
3. González R. Tabaco y alcohol. Las drogas bajo piel de cordero. Santiago de Cuba: Editorial Oriente. (en proceso de impresión).
4. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.
5. González R. Alcoholismo. Abordaje integral. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2006.

6. Chang M, Cañizares M, Sandoval J, Bonet M, González R. Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana. *Rev Hosp Psiq Hab.* 1998;39(3):257-63.
7. Alonso Fernández F. *Los secretos del alcoholismo. Mujer, trabajo, juventud.* Madrid: Ediciones Libertarias; 1999.
8. Prochaska J, Di Clemente C, Norcross J. In search how people change: Applications to addictive behaviorus. *Am Psychologist.* 1992;7(11):1102-14.
9. Johonso B, Ruiz P, Galanter M. *Handbook of Clinical Alcoholism Treatment.* Baltimore: Ed. Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
10. González R, Silva M, Rente S. El Tratamiento antialcohólico: apreciaciones sobre sus recursos y comportamiento del paciente. *Rev Hosp Psiq Hab.* 1993;34(1):25-30.
11. González R, Martínez M, Vázquez V, Bacallao F. Estudio comparativo del disulfiram oral e implantable como recursos disuasivos. *Rev Hosp Psiq Hab.* 1995;36(1): 1-6.
12. González R. *Contra las adicciones. Clínica y tratamiento.* La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004.
13. Lain Entralgo P. *Relación médico- enfermo".* Madrid: Editorial Revista de Occidente; 1965.
14. OMS/OPS. *Bioética y cuidado de la salud: Equidad, Calidad, Derechos.* Editor Fernando Lolas Stepke. Programa Regional de Bioética. OPS. Serie de Publicaciones, 2000.
15. González R. *Humanismo, espiritualidad y ética médica.* La Habana: Editorial Política; 2005.
16. _____. *Relación equipo de salud, paciente, familia: Aspectos éticos y tácticos.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.* Washington DC. OPS; 2005.
18. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol 2004.* Geneva: World Health Organization, 2004.
19. World Health Organization. *Reducing risks, promoting healthy life.* Who Geneva 2002.
20. Roses M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas (Editorial). *Rev Panamericana de Salud Pública.* 2005;18(4-5):223-5.

Recibido: 10 de diciembre de 2007.

Aprobado: 27 de marzo de 2008.

Dr. *Ricardo González y Menéndez*. Hospital Psiquiátrico de La Habana "Dr. Eduardo Ordaz". Avenida Independencia No. 26520, Ciudad de La Habana, Cuba.