

Percepción crítica del movimiento asociativo en alcoholismo (1950-1999).

Dr. Francesc Freixa

*Médico. Especialista en Neurología y Psiquiatría. Alcoholología y Toxicomanías.
Miembro del Comité Médico-Social de ARHC.*

Cuando nos encontramos frente a una persona cuya dependencia hacia el alcohol le acarrea trastornos de origen psíquico, somático o conductual, establecemos el diagnóstico de alcohólico. Pero sería un error grave circunscribir la problemática del alcohol y sus consecuencias al ámbito médico sanitario. De una parte nuestra obligación está en intentar rehabilitar al enfermo; y de otra, la absoluta impotencia de los médicos para hallar soluciones globales a la epidemia alcohólica.

Emilio Bogani. *Jano*, N°246. 22, Oct. 1976: 19

Resumen

Reducir en un artículo medio siglo de historia del EAP (Síndrome de dependencia al alcohol), profundizar en el inicio y la evolución de la enfermedad alcohólica, valorar los eventos que determinadas actuaciones en sus inicios provocaron en el futuro, presente actual, y sobre todo los Movimientos asociativos en alcoholismo, no es tarea nada fácil, pero intentaré definir y "redefinir" (en la medida de lo posible) conceptos, estrategias, y cambios de percepciones sociales, culturales, políticas y administrativas que nos han llevado al momento actual.

No cabe duda que la percepción será crítica, aprendemos de los errores, y se deben producir cambios drásticos para que la implicación de los agentes familiares, sociales, agencias de salud, y políticas preventivas nos lleven a un verdadero estado de "socioconciencia".

Palabras clave

Alcohol, Movimientos Asociativos, Historia.

Summary

It is not an easy job to summarize in a report half a century of EAP (Syndrome of dependence on alcohol), to go deeply into the beginning and evolution of the alcoholic disease, to assess the circumstances that certain starting behaviours have led in the



future, present and specially the associative movements in alcoholism, but I'll try to define and "re-define" (as far as possible) ideas, strategies and changes on the social, cultural, political and administrative notions which have led us at the present time.

There is no doubt that the notion will be critical, we learn by doing mistakes, and there must be drastic changes in order that the implication of the family and social agents, the health agency and the preventive policy lead us to a real state of "socioawareness".

Key Words

Alcohol, Associative movement, History.

Résumé

Réduire en un article un demi siècle d'histoire du EAP (Syndrome de dépendance à l'alcool), approfondir dans les débuts et l'évolution de la maladie alcoolique, évaluer les circonstances que certains événements dès ses débuts ont provoqué dans le futur, le présent, et surtout les Mouvements associatifs en alcoolisme n'est pas facile, mais nous allons essayer de définir et "re-définir" (dans la mesure du possible) les concepts, stratégies et changements des perceptions sociales, culturelles, politiques et administratives qui nous ont conduit à la situation actuelle.

Sans aucun doute, la perception critique, nous apprenons des erreurs, et les changements draconiens sont nécessaires pour que l'intervention de facteurs tels que la famille, la société, les organismes sanitaires et la politique de prévention nous conduisent à un véritable état de "socioconsommation".

Mots clé

Alcool, Mouvement associatif, Histoire.

INTRODUCCIÓN

Tienen que permitirme, presentarles un trabajo de sociocultura sobre el tema pero no un simple repaso histórico de fechas y datos. Intentaré aproximarles a una percepción, evidentemente reflexiva, personal, pero sustentada en la larga experiencia vivida en

el tema que nos ocupa, del movimiento asociativo en afectados por la drogodependencia alcohólica. De como fue percibido por un grupo de profesionales en un determinado contexto y de que forma se intentó construir un asociacionismo que aprovechando los recursos emocionales y no técnicos de la autoayuda, los convirtiese (convenientemen-



te depurados) en un potencial terapéutico de aplicación técnica, además de que, independientemente de su capacidad socioterapéutica, llegasen como mínimo a reivindicar, en una primera etapa recursos asistenciales y que tuvieran, en su momento, un impacto en los medios de comunicación social suficiente para, con el tiempo, mejorar el conocimiento de los riesgos potenciales de las bebidas alcohólicas (bs.alcs.) en el contexto social y cultural profundamente desinformado, más aún que en la actualidad, de dichos riesgos.

Pero quizá lo más complejo de entender y comprender es, en qué páramo y vacío de desconocimiento del alcoholismo y de las toxicomanías, se encontraba el país en aquellos años.

¿Por qué nuestro interés por los pacientes alcohólicos en la década de los 50?

En aquellos años y concretamente en 1952 se inició, en el Hospital Clínico Universitario de Barcelona una experiencia casi inédita en el país: introducir una Unidad de Psiquiatría con camas para ingreso en un hospital general. A algunos de los estudiantes de medicina sé nos brindó la oportunidad de opositar para la figura de Alumno Interno por oposición; acudimos inmediatamente y pudimos obtener la plaza, tras reñido examen.

Nuestra experiencia psiquiátrica era nula, pero un grupo de médicos jóvenes con experiencia en manicomios y unas monjas que habían trabajado en diversas instituciones psiquiátricas, nos pusieron en situación de atención a la realidad inmediata con prontitud. A los pocos años (1953-54), nos habíamos dado cuenta que existían unos pacientes con una serie de peculiaridades, dignas de considerar. Ingresaban, algunos de ellos

(cosa poco común en el enfermo psiquiátrico, quizá con la excepción del paciente ingresado con una depresión grave, dado el riesgo potencial de suicidio), con un síndrome, que en aquellos años tenía realmente un riesgo objetivo y frecuente de fallecer; y este era un paciente alcohólico que ingresara afecto de *delirium tremens*. Y era llamativo que cuando el paciente se recuperaba, sus trastornos psicopatológicos no tenían ninguna de las características de los otros pacientes ingresados y contrariamente, a pesar de poder entender y comprender que su delirio exógeno, era una consecuencia de su anormal relación con las bs.alcs., frecuentemente reingresaba al cabo de pocos meses o menos de dos años, con una serie de trastornos, desajustes, disonancias que afectaban gravemente al entorno familiar, podían tener alguna repercusión negativa en el ambiente laboral, y en ocasiones, además existía una profunda alteración en el medio social.

Los psiquiatras mayores que nosotros, nos señalaban que estos pacientes eran crónicos, de mal pronóstico, ya que eran alcohólicos (Anton, P. 1992).

La búsqueda en los grandes tratados de psiquiatría vigentes en aquellos tiempos 1954-57, era desolador (Vallejo – Nájera, A. 1954). Todos los tratados y manuales describían con justeza y detalle, los cuadros psiquiátricos y neurológicos, agudos o crónicos del alcoholismo, desde la embriaguez (también la curiosamente denominada en nuestro medio, embriaguez patológica), las encefalopatías de Wernicke, Korsakoff, las distintas formas de demencia alcohólica y/o pseudo parálisis alcohólica, incluso determinados hallazgos de anatomía patológica, como la encefalopatía de Morel, etc., pero en ningún momento se



nos daban datos de algo que en la asignatura de Patología General y después en Patología Médica, se nos había indicado como imprescindible para conocer una enfermedad, es decir, cual era su Historia Natural.

Curiosamente, además en Medicina Interna los datos también eran confusos, se afirmaba que existía una "predisposición" a sufrir una cirrosis hepática alcohólica, una pancreopatía alcohólica, cosa que a nosotros nos llamaba mucho la atención, puesto que el primer cuaderno de los trabajos de Ledermann, había sido publicado en 1956, demostrando en Francia, como las hepatopatías estaban directamente en relación con la exposición a la bebida alcohólica (Ledermann, S. 9156).

En aquella década por caminos que desconocemos, el profesor Sarró, como consecuencia de un viaje que realizó a EE.UU., donde había entrado en contacto con Moreno y Jellinek, entre otros profesionales relacionados con la Salud Mental, unos meses después de regresar, en una sesión clínica para nosotros memorable, celebrada en el Hospital Clínico y Provincial Universitario de Barcelona, criticó el concepto de cronicidad y citó la actividad terapéutica grupal de A.A. y el libro de Kessel, *Alcohólicos Anónimos*, que sería publicado en Barcelona en 1961, y cuestionó brillantemente el marco conceptual de la psiquiatría convencional, en el abordaje del alcoholismo en aquel entonces, y citó los trabajos de Jellinek (Jellinek, EM. 1946) y resaltó que estos habían sido realizados fuera del marco de la psiquiatría académica de EE.UU.

A nosotros no dejaba de llamarnos la atención que cuadros clínicos (que nos parecían relativamente frecuentes en aquel entonces) como el *delirium tremens*, la cirrosis hepática

alcohólica establecida, estadios avanzados de la polineuritis alcohólica, etc. no merecían otra atención que intentos fallidos sistemáticamente de tratamiento. Y esto sucedía en neurología, en patología digestiva, etc. Mejoría de los cuadros clínicos correctamente diagnosticados, durante el ingreso hospitalario, alta y a los pocos meses nueva agudización del proceso, que si en aquella ocasión se acompañaba de graves trastornos de conducta, con repercusión familiar, laboral y social, eran remitidos a Psiquiatría, pero en ningún caso se abordaba la particular relación del sujeto, con las bs.alcs.

El tratado de Psiquiatría más prestigioso en aquel momento, escrito por un psiquiatra español (Vallejo Nájera, A. 1954), cuando se consultaba en referencia al alcoholismo, decía entre otras cosas como ejemplo de la complejidad del problema alcohólico, para asegurar que no era un conflicto básicamente psiquiátrico: "*los negros de Estados Unidos, inmediatamente abolida la esclavitud, tan pronto como pudieron, sin trabas, se entregaron al alcoholismo, libertinaje y prostitución*", situando el proceso de enfermar con relación a consideraciones morales y moralistas. Más tarde en el mismo tema se discutían los "*factores constitucionales del alcoholismo*" y factores "*ambientales*", sorprendentemente en un tratado de psiquiatría, se nos decía: "*Muchos son los factores ambientales que han contribuido al incremento del alcoholismo: su estudio no es propio de la presente obra...*" Y se añadía: "*la profilaxis del alcoholismo compete a sociólogos, políticos e higienistas en mayor medida que al médico, cuyo radio de acción es restringido y que solo interviene en casos individuales, cuando el individuo ya ha perdido la salud mental y física*".



Hay que decir que frente a estas actitudes, tanto el prof. Sarró como el resto de los psiquiatras con los que nos estábamos formando, tenían otra percepción de los trastornos psiquiátricos en general y valoraban los aspectos "sociales" de la enfermedad mental, pero al no presentar los pacientes alcohólicos, trastornos psicopatológicos del calibre de la esquizofrenia o de la psicosis maníaco-depresiva, daba la impresión de que el paciente alcohólico era merecedor de esperar su "momento", padecer estos síntomas y entonces sería un enfermo "interesante".

El abordaje razonable de las peculiares relaciones que había mantenido un determinado paciente, con las bs.alcs., para lograr las graves manifestaciones de desajuste familiar, laboral, social e incluso de sus enfermedades orgánicas, estaba lastrado no solo por los conceptos teóricos de la búsqueda de una monocausalidad ajena a las bs.alcs., sino además por el supuesto de que la conducta prioritaria de uso, era un síntoma, y además por la discriminación o incluso, franco rechazo hacia el paciente alcohólico, por parte de los profesionales.

En nuestro medio, la psiquiatría convencional, tiene un evidente riesgo de involucionar en el abordaje del síndrome de dependencia del alcohol o EAP. En estos momentos (1999-2000) intenta retornar el cuestionar que las adicciones a sustancias químicas, en general y en particular el alcoholismo, hayan dejado de considerarse estadísticamente, como un *síntoma* de otro trastorno primario (Feihgner, J.; Robins, E. 1972) (Spitzer, R.L.; Endicott, J.; 1975, 1978) y que se trata de una condición previa que hay que atajar si se desea lograr un progreso en el tratamiento de la toxicomanía.

Depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad, son características facticias (patoplásticas) —estadísticamente— en la mayoría aplastante de casos; si se logra motivar al paciente alcohólico, de que debe abandonar el consumo, los síntomas van progresivamente desapareciendo, en la inmensa mayoría de los pacientes. Después de los fracasos de determinadas contribuciones al tratamiento del alcoholismo y el brillante seguimiento posterior por Edwards, G. (1985). Y también la conflictiva actividad pretendidamente terapéutica) de Sobell, M.B.; Sobell, L.C. (1976) y el posterior estudio de los casos por Pendery, M.L.; et als (1982), nos indican claramente que en el proceso adictivo a una sustancia bioquímicamente activa como el alcohol etílico contenido en las bs.alcs., es imprescindible evaluar, la neuroadaptación, la toxicidad, el aprendizaje, el entorno psicosocial y que uno de los riesgos para la terapéutica y la conceptualización nosológica es el reduccionismo causalista convencional psiquiátrico.

El error en el fondo, en drogodependencias y en alcoholismo en particular, es considerar la causalidad, en conducta humana (psicología-psiquiatría), con los mismos, parámetros que las enfermedades infectocontagiosas, y a su vez no profundizar en lo que significó fundamentalmente la prevención primaria en la resolución de las epidemias y pandemias clásicas y a su vez como, en su conjunto —"los higienistas"— modificaron el urbanismo, el control de los alimentos y de las aguas (Guerra, F. 1989; 1985; 1989). Estos cambios, en el medio, fueron consecuencia del estudio en profundidad de la *ecología* del microbio, germen o virus y del concepto de *oportunidad para la exposición* (McKeown, T. 1990) y las



vacunas. No hay que sobre valorar erróneamente lo farmacológico (sulfamidas-antibióticos).

Los puntos clave para evitar la epidemia, fueron la modificación del entorno y conducta de los seres humanos para controlar la exposición. La necesidad de modificar el medio y el comportamiento siguen vigentes en la actualidad. Como recientemente está sucediendo con el VIH y como se está iniciando con la "enfermedad de las vacas locas". Es el entorno sociocultural, económico y de comportamiento humano, sea sexual, de autoadministración por vía endovenosa, el error en el control de los preparados farmacéuticos (hemofílicos) o las decisiones políticas por interés comercial, ajenas a los conocimientos técnicos sobre el virus o el prion -en estos casos- los que hacen difícil el control de los contagios.

El neurobiologismo reduccionista, no quiere o no puede evaluar la experiencia humana y su memoria, en un medio culturizado (Porter, R. 1989), *bajo los efectos* de las bs.alcs. y tampoco es capaz de rectificar la equivocada sobre valoración terapéutica que en su momento hizo p.e. de los antagonista opioides, en el tratamiento de los adictos a la acetilmorfina. Las dificultades y fracasos en el tratamiento de los "heroinómanos" continuaron, se ofertaron, en realidad orientaciones terapéuticas paliativas, de "persistencia de la adicción" o por interés social, o con supuestos de prevención para la salud somática o de "reducción de daños" (programas de metadona), las narcosalas o los hipotéticos programas de heroína, nos señalan claramente que la experiencia y la memoria de la realidad existencial vivida (las historias de vida), tienen que ser el eje de la comprensión del problema y de su orientación terapéutica.

Para resumir, los factores del entorno sociocultural (Edwards, G; Arif, A. 1981) exigen (como antaño) utilizar los datos y recursos neurofarmacológicos (si existen) como una estrategia más en un programa multimodal, en el que todo el proceso terapéutico es una compleja red de psicología, psiquiatría social coordinada con los recursos de Servicios Sociales y socioterapia entendida en su más amplio sentido.

Confirmando la complejidad del abordaje de la EAP, la psiquiatría convencional cuando escotomiza el estudio longitudinal retrospectivo de Vaillant, G. (1983^b) además de otros aspectos de interés (Freixa, F. 1996^a) le es difícil profundizar, como en su momento inició Jellinek (1960) en un aspecto crucial: la Historia Natural de la Enfermedad Alcohólica.

Vaillant y Milofsky en 1982 ya señalaban que con los datos de la investigación prospectiva: "... se puede afirmar que la hipótesis que consideraba fundamentalmente el alcoholismo como un síntoma de inestabilidad psicológica, puede ser una ilusión basada en investigaciones retrospectivas", Vaillant en 1983^a señaló, acertadamente, "Los estudios prospectivos están demostrando gradualmente a los psiquiatras el hecho sorprendente de que la mayor parte de la psicopatología que se observa en el alcohólico es el resultado y no la causa de la ingesta de bs.alcs. En otras palabras, el alcoholismo es el caballo y no el carro de la enfermedad mental".

Si volvemos al mismo autor, Vaillant 1983^b), en *-The Natural History of Alcoholism-* afirma, después de un cuidadoso seguimiento prospectivo de casos: "En la mayoría de futuros alcohólicos no es posible demostrar, en términos de estabilidad psicológica que son significa-



tivamente diferentes de futuros bebedores asintomáticos «...» al tener que descartar infancias infelices, pertenecer a familias multiproblema, depresión, ansiedad como causas de mayor peso en la etiología, no querría – dice- negar la importancia de estos factores en alcoholismo, pero estos son causa de empeoramiento en cualquier enfermedad crónica.”

El intento de tratar a los pacientes alcohólicos (sin conocer ninguno de los datos de Vaillant y Edwards entre los años 1959 y el primer lustro de la década de los 60), con técnicas de la psiquiatría “social”, nació de nuestra pronta relación con las publicaciones de A.A. (A.A., 1955), de la participación en los Seminarios sobre Alcoholismo y otras Toxicomanías del PANAP y especialmente en la relación personal con Emilio Bogani (1975) en su manera práctica de generar recursos terapéuticos y con Joaquín Santodomingo (1966, 1970, 1975) en los aspectos teóricos y de vinculación con la Administración Sanitaria, que permitieron crear en el Hospital Clínico conjuntamente con la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona (1969), uno de los Dispensarios de Alcoholismo y otras Toxicomanías (Jano, 1985¹) adheridos a un Servicio de Psiquiatría con camas de ingreso, que hizo posible iniciar y continuar una experiencia que no ha cesado. Un tiempo después el Dr. Lluís Bach pasó a ser el Director del Dispensario de alcoholismo y otras toxicomanías, nº 2 de la Jefatura P. de Sanidad de Barcelona, que también se ubicó en el Hospital Clínico, formamos una Unidad funcional con camas de ingreso para hombres y mujeres toxicómanos y alcohólicos. Esta experiencia común continuó hasta 1981.

El Dispensario de Alcoholismo y otras Toxicomanías pasó a denominarse Unidad de

Drogodependencias en 1981 y se ubicó en los Centros, uno específico para el tratamiento de patología alcohólica y otro para drogodependientes no alcohólicos, que en la actualidad dirige el Dr. Ramón Rovira. En el Hospital Clínico hasta 1996 continuó bajo la dirección del Dr. Bach, como Unidad de Alcoholología, que en la actualidad tiene como responsable al Dr. Antoni Gual.

Lo importante fue la posibilidad de crear un equipo en el que el médicos, enfermería, asistencia social y después psicólogos, tuviéramos un objetivo común, entender el problema del paciente alcohólico y a su vez comprenderlo en el marco de todas las toxicomanías.

Pronto fue evidente que para conseguir la reducción de la gravedad del conflicto de salud somática (si era patente) o evitar los reingresos, era imprescindible abordar la relación conflictiva con las bs.alcs. y considerar esta relación como el núcleo de todas las patologías médicas, psicológicas y sociales, y ver que las conductas personales, de relación de pareja, familiar, laboral y social mejoraban si la vinculación uso de bs.alcs., conducta de ingesta, se rompía, y que controlar y llegar a una auténtica evaluación de la eficacia terapéutica de la ruptura de relación con la conducta de ingesta, era un problema de tiempo, evidentemente mucho más prolongado que lo que era y es habitual en las consultas de psiquiatría convencional cuando se intenta tratar un alcohólico.

Existían además factores no ajenos, en el caso del alcoholismo, a los conceptos generales que se tenían en la Psiquiatría de los años 50 a 60: la dificultad por los propios afectados y sus allegados o familiares en conceder a la conducta alcohólica una considera-



ción de enfermedad científico – natural, los presupuestos moralistas, muy sesgados en aquel entonces por la especial situación del integrismo religioso de profunda raíz política, tenían una vigencia patente. Teníamos que trabajar para facilitar a las familias la información adecuada sobre “la enfermedad” y a su vez y paradójicamente convencer al propio paciente de la naturaleza de su conducta de ingesta. Generar patrones de conducta familiar, laboral y social alrededor del afectado que le condujeran al tratamiento y finalmente conseguir una frecuencia de consultas, que permitiera realmente conocer la evolución real.

Las técnicas de grupo facilitan la mayoría de las necesidades de contacto más frecuente, y así fue como iniciamos los grupos terapéuticos dándonos inmediatamente cuenta de la realidad de los recursos, muy potentes, del intercambio de experiencias entre afectados, entre familiares o allegados y como además esta técnica permitía un seguimiento de cada uno de los casos en un marco de realidad social, de existencia real, de la vida misma, no en un supuesto marco exclusivamente técnico. haciéndose evidente que los factores socioterapéuticos tendrían que adquirir en un futuro, primacía sobre los supuestos de tecnología biomédica, imprescindible, pero con un papel distinto al marco socioterapéutico.

Cuando los grupos evolucionaron durante años, desde 1958 a 1965 habíamos, no solo acumulado experiencia personal, sino una cantidad suficiente de casos resueltos; la variedad de dichos casos, la persistencia de acudir los mismos afectados al Dispensario, por indicación nuestra a colaborar con las tareas asistenciales: información a familiares, el con-

sejo a pacientes que acudían a consulta por primera vez, y los ingresados por una patología orgánica en el hospital, atribuible a las bs.alcs. y a sus respectivos familiares para que acudieran al Dispensario, etc. Esta experiencia nos indicó el indudable valor de la “autoayuda” -entendida como autoexperiencia transmisible-, matizada por el soporte de médicos, las trabajadoras sociales, también de enfermería y unos años después de los psicólogos (Brotons, E.1980).

De esta muestra de pacientes y familiares activos en colaborar, surgió, con los datos de las experiencias específicamente de Emilio Bogani en Valencia, la idea de aprovechar la experiencia de cada caso y sus familiares como un recurso terapéutico (Freixa, F; Mayol, C. 1970) Ya en 1978, puesta en marcha la Asociación del Hospital Clínico Universitario de Barcelona, formulamos los supuestos teóricos y prácticos de una asociación, en los aspectos de autoexperiencia (de alcohólicos y familiares), dirigida a colaborar con los dispensarios, centros de atención a toxicomanías, etc. (Freixa, F. 1978, 1984).

En 1979 Cáritas Española convocó en Madrid un simposium sobre Sociedad y Alcoholismo (Cáritas, 1979), en el que intervinieron, además de distintos profesionales de sanidad y servicios sociales, diferentes asociaciones, la mayoría de las cuales, en aquel entonces, tenían en común ser una emanación o el resultado de la actividad de un dispensario profesional para la atención de pacientes alcohólicos. Un miembro de la Junta Directiva de la Asociación de alcohólicos rehabilitados del Hospital Clínico (ARHC), explicó que su asociación había nacido como una necesidad dentro de un Hospital General de mejorar el abordaje y tratamiento del



paciente alcohólico. Explicaba que después de unos años de terapia de grupo en el dispensario, y como los grupos habían tenido que diversificarse en horarios, para poder atender a todos los pacientes.

Desde 1965, algunos de los afectados que llevaban dos, tres o más años de rehabilitación, observaron que el trabajo del grupo requería un cauce más amplio y que ello facilitarían poder atender un mayor número de pacientes. En colaboración con los médicos, las asistentes sociales y las dos enfermeras del Centro, se crearon grupos de trabajo, denominados Comisión de Repesca y de Captación. La primera pretendía de hecho, trabajar con uno de los riesgos más importantes de todo Centro de Tratamiento y de todo grupo: los abandonos (Rodríguez-Martos, A y cols. 1999); la segunda tenía dos finalidades, acudir con el médico a las consultas intrahospitalarias y tratar con el paciente y con los familiares, aunque sufriera una enfermedad orgánica, de la posibilidad del tratamiento a fondo de la EAP y por otra atender a consultas de familiares que acudían al Centro en busca de consejo para un familiar alcohólico, o colaborar en la primera entrevista clínica con el médico, la enfermera o la asistente social, en la importante tarea de la motivación para el tratamiento.

De estas comisiones de trabajo en colaboración directa con los profesionales, nació una asociación que se mantuvo activa y extraordinariamente operativa, mientras existió esta intensa colaboración entre los pa-

cientes, familiares y profesionales. Después de un largo proceso administrativo, condicionado por la situación política, la Asociación se legalizó el 30 de Diciembre de 1976. Este podría ser un ejemplo de la colaboración, de la puesta en común de prácticas y conocimientos, cuyo resultado fue extraordinariamente positivo, durante muchísimos años.

LAS ASOCIACIONES

La primera asociación de alcohólicos que intentó llevar a cabo una actividad parecida* se fundó en Madrid en 1967, al amparo del único Dispensario de Alcoholismo y Toxicomanías que existía de una manera oficial dependiente de la Dirección General de Sanidad y por iniciativa del Dr. Joaquín Santodomingo. Se llama, Asociación de Ex-Alcohólicos Españoles (Osete, R. 1999). Si bien es cierto que en 1960, en relación con determinados convenios con Estados Unidos se habían registrado determinadas denominaciones religiosas para ser legalizada su actividad en el territorio del estado, también entró en el paquete de medidas administrativas, la organización Alcohólicos Anónimos (Leach, B. Norris, J.L. 1977), cuyas características de autoayuda "inspiracional" (Informe-Memoria, A.A. 1997-98) no se corresponden (a nuestro criterio) a los parámetros socio-culturales de un país, en la Europa del Sur de cultura vitivinícola y pro alcohólica (Gusfield, J. 1966). Recordemos que A.A. se fundaron después de un largo período de "Ley Seca" –

* Existe información en el sentido que en Bilbao al amparo del Episcopado, lo que les permitía actuar sin ser legalmente reconocida por la Administración franquista, actuó -desde 1965- una asociación de ayuda al alcohólico, a imitación de su homóloga católica francesa, denominada la Cruz de Oro.

de 1919 a 1933- y en un país con estados que tenían y tienen Leyes muy estrictas sobre venta, distribución y comercialización de bebidas alcohólicas.

Después de Ex-Alcohólicos aparecieron asociaciones, con denominaciones diversas, en distintos puntos del país: Valencia, Bilbao, Barcelona, etc., no es preciso indicar las fechas y datos. Lo importante es que en el ámbito de lo que serían después autonomías y/o nacionalidades históricas y en distintos municipios las distintas asociaciones fueron útiles para generar Centros de Atención y en especial que estos tuvieran además de los recursos médico asistenciales aquellos otros que tenían carácter socioterapéutico, como base la Terapia de Grupo y aprovechar los aspectos positivos de ciertos niveles de la autoexperiencia

En un primer envite las asociaciones, en general, motivaron y promovieron la existencia de recursos para la atención y asistencia a pacientes alcohólicos que no eran atendidos en los dispensarios, hospitales psiquiátricos, etc., pero el intento era llegar de una manera progresiva a qué realmente la experiencia negativa, destructiva y desgraciada de afectados y familias, fuera compartida y conocida en el entorno social y progresivamente el consumo de bs.alcs. fuera percibido en la **socioconciencia** como un posible riesgo o daño; este segundo objetivo no sé ha logrado, en el caso de las bs.alcs.

EL TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS: SOCIOCONCIENCIA DISPAR

Contrariamente, si se ha conseguido de alguna manera en la actualidad, sin que su

uso esté prohibido, sin que las marcas de tabaco dejen de patrocinar eventos automovilísticos o de la vela (o sea que se sigan realizando una publicidad indirecta mediante el patrocinio), pero limitado a ciertos medios, su promoción y señalando claramente su riesgo, que nadie nos diga que fumar es un beneficio pulmonar o cardiorespiratorio. En último término hemos conseguido, no que los ciudadanos no fumen, sino que es muy claro para todos que fumar no es bueno ni para la expectativa de vida, ni para la calidad de vida de los usuarios.

No hemos conseguido desde la década de los años 60, en el caso de las bs.alcs., aproximarnos a la socioconciencia de riesgo que en el entorno sociocultural existe en referencia al tabaco, a pesar de que ha sido durante largos años entendido y aceptado como un intercambio positivo de amistad y un indicador de referencia en los supuestos de la emancipación femenina. Quizá una de las razones más importantes es, probablemente, el hecho de que el tabaco es un acontecer nuevo en nuestra cultura, y aunque se introduce en la península después de 1492, pero de hecho, el consumo generalizado, va asociado al cigarrillo liado con papel. La habilidad que requiere liar cigarrillos la introducen en el país, las tropas napoleónicas (1808).

No vamos a relatar aquí todo el proceso a través del cual el tabaco ha pasado a ser considerado una substancia de riesgo para la salud y la calidad de vida de los usuarios y de aquellos que son obligados pasivamente a inhalar el humo, sin ser usuarios directos, es decir, el llamado fumador pasivo (Roig, J. 1999). Curiosamente ha sido después de que los expertos, norteamericanos principalmente, insistieran sobre los riesgos potenciales del



tabaco, que se han puesto en marcha las asociaciones de afectados y familiares para reclamar jurídicamente a las tabaqueras.

Con ello no queremos soslayar que hay algo substancialmente diferente entre consumir tabaco –fumar– y consumir bebidas alcohólicas, sus mezclas y combinados. Pero una diferencia muy significativa, es –insistimos– que hoy nadie es capaz, en su sano juicio, de decirnos que el tabaco, facilita el buen funcionamiento del árbol traqueobronquial, previene los trastornos la salud cardíaca y favorece la salud en general.

Pero si existe otra diferencia, las asociaciones de "perjudicados" por el uso del tabaco, no nacen con el concepto que "sólo un tabaquista entiende a otro tabaquista", sino como un nodo social de ciudadanos dispuesto judicialmente a reclamar fuertes indemnizaciones económicas a las empresas tabaqueras de EE.UU..

¿Cómo no ha sido posible conseguir con las bs.alcs. esta *socioconciencia* de riesgo potencial?

No vamos a detallar aquí, por ser de todos conocida, la epidemiología consecuencia del uso de las bs.alcs. y cual es el resultado final de dicho consumo para la Salud Pública (Edwards, G. 1997), la morbilidad atribuible en patologías gastrointestinales, hepáticas, cardíacas (Ministerio de Sanidad, 1993, 94, ...), las evidencias en los últimos años de la participación de las bs.alcs. en la grave problemática de la hipertensión (Schüller, A. 1991), y un largo etc. También como sucede con el tabaco, el no usuario puede sufrir las consecuencias adversas del uso de las bs.alcs. Podríamos citar a los familiares (pareja, esposa, hijos, padres, madres, etc.), no solo en el caso

de los afectados por la EAP I, sino en los simples usuarios y que en nuestro medio y de hecho en toda la Europa del Sur; se consideran dentro de ciertos parámetros consumidores "normales" que pueden ser la causa de un accidente laboral, de un accidente de tránsito, en ocasiones doméstico, que no solo puede, como se ha insistido, **afectar al propio usuario directamente, si no generar conflictos y problemas "a terceros"**.

No deja de ser llamativo que las bs.alcs. hayan logrado no tan solo una elevada penetrancia de consumo en todos los estratos de la población, sino que además han conseguido un estatus de substancia de uso no tan peligrosa, no de tanto riesgo. La mayoría de datos indican que la aportación que las empresas alcohólicas de cualquier tipo de bebida realizan para conseguir esta imagen, supera en mucho la capacidad de la Administración Sanitaria, sea del Estado o de otras Administraciones o Gobiernos, en hacer llegar a la población, una información veraz sobre los riesgos potenciales. Pero el nudo gordiano del conflicto, no está en que las empresas en defensa de sus legítimos intereses, promocionen, hagan publicidad por todos los medios y modos que la ley les permita, en los medios de comunicación social, de sus productos alcohólicos, sino de que la industria alcohólica posee un alto gradiente de "voluntad empresarial" en defensa de sus intereses y contrariamente, durante muchísimas décadas la **voluntad política** de las Administraciones para realmente asumir el conflicto en ciernes, que finalmente ha estallado por el extremo del uso de bs.alcs. por adolescentes y jóvenes, ha sido muy baja y sigue siéndolo, en los ámbitos de la Sanidad y de los Servicios Sociales.



Es aquí, en la tarea de motivar una voluntad de una política sanitaria de información y prevención del riesgo potencial del uso de las bs.alcs. en las personas "normales", donde las asociaciones y sus federaciones no han sabido articular ni promover estrategias adecuadas.

Evidentemente, y este nos es el lugar para desarrollar el tema en extensión, los intereses económicos (Cavanagh, J., Clairmonte, F.F., 1985; Clairmonte, F.F. Cavanagh, J. 1986) han jugado un importante papel en todo este conjunto de acontecimientos, pero la inmediata reflexión es que las empresas tabaqueras, que en un principio fueron monopolio del Estado, en nuestro caso, no han podido (ni aun privatizadas), evitar una serie de medidas, mucho más restrictivas de acceso a los medios de comunicación social y tampoco la rigurosa aplicación de normas de advertencia mediante el etiquetaje.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL EN LA ÚLTIMA DÉCADA DEL SIGLO XX.

La gran diferencia entre el movimiento asociativo entre las décadas de 1960 a 1980, son los substanciales cambios en la situación política mundial y de hecho, en la comprobación que buena parte de la actividad política de los países supuestamente avanzados, parece en realidad el maquillaje de la actividad económica y financiera de los grandes intereses multiestatales. Una consecuencia directa de esta realidad ha sido la modificación básica de todas las expectativas ideológicas sobre la realidad personal y social del ciudadano como individuo.

No hay duda que en la actualidad existe en el contexto social, una actitud generalizada de individualismo que no favorece la comprensión de aquellos fenómenos que son una consecuencia compleja de factores múltiples, que dependen en último término de la evaluación conceptual que los grupos de presión del poder (lobbys), tengan interés en ir vertiendo sobre el contexto social, no solo a través del control de los medios de comunicación, sino también con la potente transformación realizada durante las dos últimas décadas del presente siglo, mediante la creación y conceptualización de la "cultura" como industria.

La "industria de la cultura", entendida en su más amplio aspecto es sutilmente, un intenso reforzador del individualismo. Y ello sucede en culturas ajenas, hasta hace bien poco, a los conceptos "occidentales" (Eliade, M. 1996).

Pero no deja de ser curioso que esta individualización y aparente necesidad de pseudopersonalización de los hechos, de los conflictos, de los acontecimientos de cualquier índole que nos afectan en el micromundo de nuestro alrededor, como sujeto de la sociedad en la que nos ha tocado convivir; quiebra o desaparece cuando existe el supuesto de una posible relación económica.

Todo tiene que ser individual, cada ciudadano tiene que responsabilizarse por si mismo, tiene que prever sus problemas y posibles conflictos; incluso en la salud tiene que ser responsable de sus conductas alimenticias y en el fondo, se le culpabiliza de determinadas enfermedades (Martí, O. 1995), "las de la civilización" (?); pero si tiene que adquirir determinados bienes, objetos, instrumentos, alimentos, vestidos, vehículos, etc., que él



cree que puede precisar, el medio social, el entorno, le intenta dirigir, motivar, sugerir por todos los medios posibles, lo que tiene que comprar, consumir o usar. El comprador, dada la uniformidad de los estímulos para motivar la compra, es tratado como una masa, así la responsabilidad del productor-vendedor; del que fabrica-comercializa masivamente, transfiere el "deseo" al comprador. ¿No deberíamos preguntarnos quien y como se ha generado este deseo-necesidad? (San Martín, H. 1981).

Volvemos a insistir aquí en el exceso que todos los medios de comunicación social generan para inducir al consumo de cualquier bien, objeto,..., convirtiendo la mente del ciudadano en un receptor continuado, de comprar más, consume más, **se considera una normalidad del "sistema"**.

No es el momento de razonar ni de exponer las consecuencias y las contradicciones que el individualismo genera, cuando aparecen determinados conflictos, a nadie le importa nada lo que sucede al vecino, la clásica incomunicación del medio superurbanizado, pero a lo mejor, es muy "solidario", palabra clave (como lo era, antes de la Revolución Francesa), *la caridad*, con conflictos que solo conoce por los medios de comunicación social, en especial la TV, que están a millares de kilómetros de su ciudad, pueblo o vivienda y paradójicamente, ignora o desea ignorar; los marginados de sus propias calles, la pobreza de un grupo de sus conciudadanos, o casi vecinos, que lentamente forman "el cuarto mundo" de su realidad negada y silenciada (Cáritas, 1990;) (Masllorens, A. 1991).

Existe una potente distorsión de la realidad social; los conflictos a los que uno puede estar expuesto, como consecuencia de un

sistema económico y social, que promociona el vender, como objetivo prioritario y es desde esta óptica, como finalmente aumentan las ganancias, pero ello se consigue transfiriendo la intención de compra a la responsabilidad personal, ello explica en nuestro campo de actividad, el: "*sea usted un consumidor responsable*".

No se quiere hacer frente ni a los productores, ni a los vendedores, ni a aquellos que intervienen como "intermediarios" en la *generación del deseo* (Wilks, J.K. et al. 1992), recordemos la actual polémica sobre la compra de armas en EE.UU.- y que en realidad también obtienen buena rentabilidad económica de su intervención: los medios de comunicación social, y no solo los reglados para la propaganda, los que o directamente, por la contratación de la publicidad, o mediante el patrocinio (sponsor), promocionan la venta. En nuestro caso, presentan el producto única y exclusivamente en sus aspectos lúdicos, positivos, constructivos, sin que (en nuestro caso) la publicidad de una substancia tan potencialmente peligrosa como las bs.alcs., dejen de estar promovidas en su consumo, por parecidos parámetros socioculturales, con los que se auspician y favorecen el consumo de otras bebidas o de otros bienes.

Existe una clara conciencia, yo diría una mala conciencia del riesgo y entonces, como ya se ha indicado con anterioridad, contrariamente a todo principio básico de psicología social, este se transfiere al que adquiere la bebida y entonces se le dice: "*consume usted responsablemente*" (Freixa, F 1996).

Pero no podemos dejar de eludir que el sistema económico y la sociocultura del relativismo postmoderno, emanación significativa de la "industria cultural" (Bricmont, J; Sokal,



A. 1999), formen el ariete del "consumismo" que promociona el vender como objetivo prioritario, y es dentro de este sistema, que la responsabilidad de la adquisición y de sus riesgos tóxicos se traspasa a la persona, en el caso de las bs.alcs. de ahí: *Sea usted un consumidor responsable o Bebe con moderación. Es tu responsabilidad.*

Es llamativo que en el consumo de determinadas sustancias con riesgo potencial, como son los fármacos, incluyendo los de libre publicidad, exista la obligatoriedad de la advertencia y ello no se haya logrado aún, ni en la publicidad ni en el etiquetaje de las bebidas alcohólicas, cuando las evidencias de su riesgo inmediato, son objeto de alarma social, en el ámbito de la accidentabilidad en carretera, en el maltrato en mujeres, en determinadas situaciones de espectáculos deportivos de masas, etc., sin citar el riesgo potencial de dependencia adicción.

AUMENTO DEL CONSUMO EN DETERMINADAS EDADES.

Las encuestas de consumo nos indican un lento, pero progresivo aumento de consumo, no en la población general, comprendida entre los 18 a 65 años, sino en la población infante juvenil, escolar, de ambos sexos y si realizamos el corte de población entre 18 y 25 años, esta concentra en determinados días de la semana (viernes y sábado), consumos, que hacen de esta población la franja más consumidora del conjunto. Franja que coincide con la de mayor morbilidad y mortalidad en accidentes de tránsito.

Por otra parte concienzudos estudios sobre el consumo de la población general española y específicos sobre el consumo en

jóvenes (Comas, D. 1991, 1995), nos han señalado repetidamente, que desde la década de los años 70, no solo han aumentado los mismos en esta pirámide de edades (18 a 25 años) sino que progresivamente las niñas, las adolescentes y las mujeres, se han incorporado ampliamente a la población consumidora.

Otros estudios han señalado que el consumo de bebidas alcohólicas ha adquirido una magnitud diferencial con relación a la edad, coincidiendo aproximadamente hacia la década de los 80, con un brutal aumento (no estacional) del consumo de cerveza en niños y adolescentes, que si bien reduce con relación a su volumen, el consumo de alcohol absoluto, genera una precoz iniciación del uso de bebidas alcohólicas en niños y niñas (Pons, J.; Berjano, E. 1999).

Todos estos hechos, si se observan desde el punto de vista de las más elementales leyes de la *epidemiología* y de la *salud pública*, referentes al concepto de *exposición* a sustancias de riesgo, sean estas virus, microbios o radiaciones, cocaína o diacetilmorfina- (en este caso bebidas alcohólicas), genera en el simple usuario, aunque sea supuestamente normativo (Salleras, L; Bach, Ll. 1988), un riesgo potencial evaluable en el transcurso de una expectativa de vida, cada vez más prolongada. No debemos ni podemos olvidarnos de este hecho, que es una simple ley ineludible cuando interaccionan una sustancia con riesgo adictivo potencial y una masa usuaria (Edwards, G. y cols. 1997).

En consecuencia todo intento de aumentar el número de usuarios y a su vez, que estos usuarios aumenten el consumo, es objeto de mil artimañas: o vendiendo cubatas enlatados asociados a una ceremonia pagana



de boda; o coincidiendo con la nueva legislación sobre alcoholemias: a un joven que le han sustraído su motocicleta, los propios agentes de la autoridad le invitan, en una comisaría, a una cerveza de las de alta graduación, y un largo etc., que no tienen ninguna justificación, aunque determinadas asociaciones o empresas, directamente vinculadas a la industria, ayuden económicamente, directa o indirectamente, a entidades que en teoría deberían estar preocupadas, no por una actividad puntual, que finalmente no afecta la reducción del número de usuarios, sino por aquellas actividades realmente informativo-preventivas, que puedan significar en una acción lenta y positiva, una reducción del consumo global y del número de consumidores, en último término, de compradores.

BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y VIOLENCIA

Una de las características de la ingesta de bs.alcs. en adolescentes y jóvenes es la violencia (agresividad expresada en grupos), el vandalismo, dirigida a dañar a terceros, a destruir mobiliario o equipamientos urbanos. Las condiciones en el deporte espectáculo, con la mortalidad y lesiones entre distintas aficiones son un ejemplo evidente, como en las multitudes de determinadas actuaciones de grupos musicales. Las consecuencias que la intoxicación con bs.alcs. en eventos deportivos o musicales de masas son patentes y además en muchas ocasiones, acuden con automóvil. Como también sucede en las discotecas o en sus alrededores (Fisher, H.; Single, E. 1987) (Colman, V. 1991) (Martin, S.F. 1992).

Si no somos capaces de trasladar un modelo parecido de socioconciencia, en la masa

de población consumidora de bebidas alcohólicas, parecida a la del tabaco, el aumento de usuarios, niños, adolescentes y jóvenes, conllevará al grupo que sobreviva a la conducción de motocicletas, automóviles junto al uso de bebidas alcohólicas, aquellos que en ciertas actividades laborales asocian el consumo de bebidas alcohólicas, teniendo que añadir este riesgo durante el trabajo, los estudios que han señalado los casos de riesgo demostrado en el período de resaca (Surgeon General's 1988), lo más probable es que el aumento de usuarios significará inexorablemente, un aumento proporcional de alcohol-dependientes.

La aparición de estos usuarios masivos de fin de semana, de bebidas alcohólicas, adolescentes y jóvenes, que aún no son alcohol dependientes, siguiendo conceptos socioculturales al uso, entre médicos y sanitarios, se denominan como "problemas relacionados con el alcohol", en realidad se trata problemas relacionados con las bebidas alcohólicas.

Uno de los aspectos más interesantes en un rápido estudio sobre la consideración que han merecido las bs.alcs., en distintos países supuestamente avanzados y los problemas médicos asociados a las mismas, entre las que cabe destacar la EAP, que desde el punto de vista estadístico, es aquella que genera más consecuencias crónicas condicionadas por el alcohol contenido en las bebidas, sean hepatopatías, gastropatías, hipertensión arterial, diversas modalidades de cáncer, etc..

En nuestro medio, en un número monográfico sobre "enfermedades orgánicas producidas por el alcohol" en la editorial, que se supone que tenía que estar consensuada con los hepatólogos, neurólogos, etc. se dice literalmente: "*cabría preguntarse por qué una per-*



sona, a menudo inteligente y culta, bebe en exceso; y lo hace sabiendo perfectamente que esta actividad repercute negativamente sobre la salud y sobre su vida social y familiar." Este razonamiento no se utilizaría si se tratara del uso de diacetilmorfina, clorhidrato de cocaína, etc. pero es que además añade, el editorialista anónimo: "No cabe duda que el alcohol ejerce sobre el sistema nervioso efectos inmediatos y tardíos, que pueden llegar a alterar la salud mental, pero probablemente el alcohólico posee una personalidad psicopática previa que le induzca a consumir bs.alcs" (Editorial, Jano. 1985).

De un plumazo hemos desposeído al alcohol de su capacidad toxicomanígena adictiva, y hemos exonerado a las bs.alcs. de su capacidad de actuar según los gradientes de exposición de cualquier estudio de Salud Pública y Epidemiología y hemos transferido la EAP a la personalidad psicopática. Se ha eludido la neuroadaptación del alcohol y obviado la relación "normal" con las bs.alcs. -en nuestro medio- como raíz nuclear del *riesgo proporcional atribuible* (Lilienfeld, A.M. et al. 1983) de adquirir la dependencia-adicción alcohólica, al ser el factor de exposición fundamental. En el fondo, si en las décadas de los años 50-60 la "predisposición" era la palabra clave para explicar, *lo no asumible* como riesgo intrínseco de las bs.alcs. en 1985; la "personalidad psicopática" es la muleta que permite andar hoy por la procelosa marisma del negocio legal de las bs.alcs.

El reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de la relación existente entre problemas de salud y uso de bebidas alcohólicas, ha originado desde que existe la medicina científica, que inicia durante el siglo XVII, diversas medidas de carácter estricta-

mente político hacia las bebidas alcohólicas. Llama la atención en relación a la estructura sociocultural de cada país, la diversidad de estas medidas (Edwards, G.; Arif, A. 1981) (Edwards, G. y cols. 1997).

MEDIDAS POLÍTICAS.

Se llegó a la prohibición total del consumo, como por ejemplo sucedió en EE.UU. desde 1919 a 1933. En otros países se optó por la aplicación de impuestos especiales, en otros se estableció un monopolio; también licencias para establecimientos de venta de dichas bebidas a partir de una determinada graduación, o para todo tipo de bebida alcohólica, horarios restringidos para el consumo en establecimientos públicos para su venta y como sucede en muchos estados de los EE.UU., edades legales para poder comprar o consumir. Llama la atención, que en pocos países, estas medidas han ido acompañadas por intensas campañas de información en los medios de comunicación social, que como mínimo tengan el mismo alcance, audiencia y penetrancia que los utilizados por las empresas productoras para la promoción del consumo.

En nuestro medio tampoco se han aprovechado aquellas condiciones o circunstancias asociadas al consumo de dichas bebidas, que independientemente de sí el afectado por el hecho de ser usuario, es o no adicto, el nivel de ingesta de bs.alcs. condiciona la eficiencia de esta conducta; estos son los casos de la conducción de vehículos, el amplio concepto de seguridad vial y además las condiciones de seguridad en el trabajo; no debemos olvidar que ocupamos uno de los primeros puestos en accidentes de trabajo



mortales, de la Comunidad Europea (FAD-EDIS, 1996) (Rodríguez-Martos, A. 1998).

Estamos asistiendo a un intento de polarizar la atención, no sobre el uso de las bebidas alcohólicas, sino en un uso inadecuado entre jóvenes, olvidando que además de la seguridad vial, existen urgencias por intoxicación de alto riesgo, pero no se entra en el fondo de la cuestión: ¿cómo hemos conseguido que la única diversión, marcha o como quiera llamársele, de nuestros jóvenes, sea intoxicarse con bebidas alcohólicas? (Pons, J; Berjano, E. 1999).

Hay hechos puntuales que demuestran la complejidad de esta situación, determinadas empresas turísticas venden un peculiar "vía crucis alcohólico". Por un módico precio y en autocar, se garantiza la visita a un número determinado de discotecas y en cada una de ellas está garantizado una cantidad concreta de tragos. Cuando se han visitado unas cuantas discotecas, los sujetos no llegan a tiempo para subir al autocar y andan por la carretera intoxicados. El responsable de Seguridad Vial de la isla de Ibiza (como ejemplo) contabilizó siete fallecidos por accidente de carretera en los cuales existía alcoholemia alta, tanto del conductor como del peatón y un número no determinado de fallecidos por accidente (caídas desde la ventana de un hotel). Lo más llamativo es que los responsables turísticos de dicho viaje alcohólico son capaces, en los medios de comunicación social, de expresar que es lo mismo "que visitar un museo, puesto que en el fondo, la responsabilidad es del que bebe".

Somos perfectamente conscientes que abordar los problemas de las bs.alcs. significa tratar determinados aspectos de la agricultura, del comercio, del turismo y en último tér-

mino, globalmente de economía. Si dichas bebidas son un auténtico problema de Salud pública, de seguridad vial, de seguridad laboral, de actos delictivos (agresiones u homicidios), de vandalismo urbano (Delgado, S. y cols. 1994), solo un serio estudio del valor económico negativo, -no solo del impacto económico de la enfermedad alcohólica primaria- (Portella, E. y cols. 1997). podrá motivar un cambio en las actitudes, en los argumentos y en la legislación, que finalmente tenga en su conjunto una orientación preventiva eficaz, justificada por potentes argumentos económicos.

De todas maneras tenemos que hacernos una cierta reflexión, toda información supuestamente científica sobre los aspectos positivos de la ingestión de bebidas alcohólicas, escotomizando los problemas generados por su uso, es una información sesgada por el hecho de que dichas bebidas son una mercancía (Cavanagh, J. Clairmonte, F.F. 1985).

No debemos infravalorar en qué realidad estamos si aconsejamos una *ingesta moderada* de alcohol cotidiana con supuestas finalidades preventivo-terapéuticas en una población joven que ya consume inadecuadamente e inoportunamente: "en la población joven"... "cualquier incremento no sólo no aportaría beneficios..." "Sino que aumentaría el riesgo de sufrir accidentes de tráfico que encabezan en cambio las causas de mortalidad en este colectivo"... "De todas maneras estimular el consumo de alcohol en una población como la española, con un consumo de 10 litros por habitante y año, no tiene sentido e incluso puede ser *contraproducente*" (Rodés, J. et al. 1999).

En cuanto una mercancía considerada en nuestro medio dentro el concepto global de alimentación, como ha sucedido recientemente



te en la Comunidad Europea, las informaciones que aparecen sobre la misma en los medios de comunicación social, adquieren características de mensajes con alta probabilidad de manipulación. Recordemos lo que ha sucedido con la carne vacuna y todo lo que se ha callado en la denominada "enfermedad de las vacas locas".

Si nos centramos en la Península tenemos que recordar el desastre de salud personal, las secuelas y los fallecidos de la "intoxicación por aceite de colza". Si al parecer, en cuestiones de aparición puntual evidente, es tan difícil tomar medidas políticas, reales y eficaces, ¿Cuál no será la complejidad del abordaje de la problemática de las bebidas alcohólicas?

Todos los trastornos causados por el uso supuestamente *normal* de bs.alcs. y aquellos causados por la ingesta aguda (borrachera, embriaguez), pueden tener características que están muy relacionadas con el contexto o determinadas circunstancias y no requieren, evidentemente, una adicción previa.

Contrariamente, la exposición continua, que constituye estadísticamente el mayor riesgo de llegar a ser adicto, no necesariamente llega siempre a este final, pero en franca oposición con informaciones que aparecen con frecuencia en los medios de comunicación social, dicha ingesta continua, sin alcohol dependencia, **no significa que no exista ningún riesgo potencial para la salud**, no sólo en los pocos casos de asociación con psicopatología psiquiátrica, que necesita a su vez de psicofármacos (denominada, patología dual) (Nunes, E.V.; Deliyannides, D.A. 1996), sino en un amplio aspecto de patologías médicas como son la hipertensión, la diabetes (tipo I, tipo II) (Schüller, A. 1991), en los accidentes

vasculares cerebrales, en especial en jóvenes (Stampler, M.J. et al. 1988) (Gorelick, P.B. et al. 1989) (Guin, M. et al. 1990), o en la amplia población de fumadores, dada la asociación bebidas alcohólicas-tabaco-cáncer; e incluso la interacción entre bebidas alcohólicas y psicofármacos y fármacos, en especial aquellos asociados a patologías vasculares (Freixa, F. 1995).

En Francia se contabilizan setenta mil muertes anuales relacionadas con el alcohol, un 25% por cirrosis hepática alcohólica. 33% cáncer (en especial boca, lengua, faringe y laringe), sumando los asociados al consumo de tabaco; un 8% corresponde a alcohol dependientes; 9% accidentes de tráfico; 8.5% de trabajo; otros accidentes un 7%, en especial domésticos; 8.5% suicidios, 1% tuberculosis pulmonar. En esta relación existen fallecidos que van desde el consumo en la década de los 70, de 20 litros por habitante y año, al consumo en el año 91 de 16.2 litros per cápita (INSERM, 1993).

Otro aspecto que en general en nuestro ámbito los medios de comunicación social no señalan como interesante, es el abordaje de los problemas de salud confirmados, o sea los diagnósticos de los Hospitales Generales, que tienen como adjetivo o apellido, la palabra alcohol o alcohólico. Estos datos tendrían un gran interés, ya que podrían demostrar que dentro del marco de un mismo Estado Europeo, en distintas nacionalidades, comunidades o regiones, pueden detectarse profundas diferencias entre distintos contextos administrativos y culturales, sobre las consecuencias del consumo. En Francia, por ejemplo, en las regiones en las cuales el consumo de vino es muy elevado, por ser además zonas productoras, el 35% de los varones in-



gresados en el Hospital General y el 9.6% de las mujeres, son diagnosticados de alcohólicos, independientemente de la patología, accidente, urgencia que haya motivado la consulta; en zonas de menor consumo, solo se diagnostican un 25% de los varones y un 6% de las mujeres (Pyörälä, E. 1990).

Se realizó en su día un estudio (Veatch, C.I.; Erickson, J.P. 1989) en el que se demostró que la Península Ibérica, Portugal sigue siendo un consumidor preferente de vino, de aguardientes y licores derivados del vino, y contrariamente en el país vecino de Portugal, es evidente el aumento del consumo de cerveza y de destilados no autóctonos (whisky, vodka, etc.) iniciándose este proceso en las zonas urbanas industrializadas —incluyendo significativamente la industria turística— y a su vez este consumo, en especial de cerveza, ha contribuido al inicio precoz de la ingesta en la infancia y la adolescencia.

Además, el cambio en los hábitos de compra familiar (INE, 1990), ha condicionado —como se ha indicado con anterioridad— la ruptura con la forma tradicional de iniciación del uso de las bebidas alcohólicas. En el nordeste peninsular la iniciación con cava o vinos dulces en la infancia ha pasado a ser más temprana con la mezcla de gaseosa —cerveza y esta forma iniciática se ha generalizado y se ha hecho cada vez más precoz, y este consumo precoz, que significa exposición temprana, correlacionan con los datos de intoxicaciones agudas en niños y niñas atendidos en los servicios de urgencias; recordando la mayor vulnerabilidad en el sexo femenino (DiPadova, C.; Worner, T.J. 1987) (Frezza, M.; DiPadova, C. 1990).

La iniciación precoz, cada vez en edad más temprana de niños y niñas, y de jóvenes, si-

gan determinados patrones de ingestas masivas de fin de semana, al superar los 25 años aproximadamente, se integrarán en los patrones de consumo cotidiano y vitivinícola de sus padres y abuelos, o compañeros mayores, de trabajo, oficio o profesión, con lo cual entra en el riesgo del consumo continuado y persistente.

ASOCIACIONISMO Y EAP.

Se nos podrá preguntar qué relación tiene el asociacionismo en referencia a la EAP, con lo que estamos exponiendo aquí. Si no existe una conceptualización clara y diáfana de la dependencia- adicción a las bs.alcs. —como consecuencia del alcohol etílico o vínico— como entidad nosológica intrínseca, con características semiológicas definidas sincrónica y diacrónicamente, y no se entiende que los factores socioculturales son cruciales para la expresión de la enfermedad, el objetivo del asociacionismo carecería de sentido. Si tiene una utilidad como recurso socioterapéutico, es imprescindible estudiarlo. Intentaremos desarrollar una breve percepción de la evolución del asociacionismo y en qué medida algunos de sus aspectos no han cumplido las expectativas de órgano de presión con relación a las distintas Administraciones, como es propio de todo asociacionismo en el campo sanitario, de afectados y familiares, que tenga como finalidad promover, no solo mecanismos de asesoramiento y mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para aquella enfermedad; incluyendo evidentemente la autoexperiencia de afectados y familiares, sino sensibilizar y promover, *no exclusivamente*, recursos terapéuticos y socioterapéuticos.



Una asociación de ámbito sanitario no puede quedarse exclusivamente en el marco de lo socioterapéutico, así como en otros campos de la Sanidad se intenta favorecer y auspiciar determinados recursos de la investigación, para favorecer el tratamiento de enfermedades crónicas (parálisis cerebral, Alzheimer, síndrome de Down, esclerosis múltiple, etc.), en nuestro campo específico, el conjunto de patologías y sociopatologías, y toda su complejidad sintetizadas con anterioridad, asociadas al consumo de bs.alcs., es imprescindible la sensibilización del entorno social y hacer frente a todos los factores que favorecen la incidencia, la prevalencia, la morbilidad y finalmente la mortalidad..

Naturalmente con ello queremos enfatizar que una de las finalidades del asociacionismo, tiene que ser favorecer los mecanismos de terapia y socioterapia, pero otra tendría que ser también, intentar informar al medio social, de los riesgos potenciales de (en este caso) las bs.alcs. y siguiendo todos los procesos sociopolíticos a estas realidades, auspiciar en las Administraciones de cualquier nivel aquellas medidas de Salud Pública que puedan significar una auténtica prevención..

Para abordar como hemos visto y vivido este tipo de asociacionismo en nuestro medio, expondremos nuestra experiencia, para llegar finalmente a una percepción general de los logros y de los objetivos no conseguidos y a intentar modificar substancialmente este tipo de asociacionismo con una "modernización" que permita la movilización de esta fuerza latente que representa, no sólo el afectado que ha superado su EAP, sino la otra parte del conflicto, el conjunto de familias que constituyen una masa ingente que en el de-

curso de estas dos últimas décadas, ha sido básicamente, no participativa o la orientación funcional del asociacionismo ha impedido o desmotivado su participación.

LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL ASOCIACIONISMO.

La convivencia con un bebedor que evoluciona finalmente como enfermo alcohólico, con las características de la evolución procesual de la EAP y que después de un azaroso trayecto, es finalmente diagnosticado, constituye un ejemplo patente, fundamentalmente en la Europa del Sur (Archambault, J-C. 1992) (Morenon, J.; Rainaut, J. 1997), de sociopatología oculta.

Se trata de un usuario de una bebida con algún contenido alcohólico, que en general se autoadministra en un contexto en el que ni el consumidor directo, ni los que con él conviven –algunos de ellos usuarios- no asocian, por estrictos motivos socioculturales, con los trastornos de conducta, las problemáticas de convivencia, ni incluso, durante un largo periodo de tiempo, con determinados aspectos alterados de la salud física, evidentemente relacionados con el uso de las bs.alcs.

El contexto de "clima social" pro alcohólico, afecta a todos los estratos sociales. Es conocido que determinados estudios en Autonomías, Nacionalidades, en el Estado Español, que el personal sanitario, en general y los médicos, no son una excepción, están inmersos en el mismo clímax de consumo que la población general, e incluso son más consumidores, como lo son los enseñantes (primaria y secundaria). Con ello se genera



en los profesionales de la sanidad una "mentalidad de usuario" que es un obstáculo significativo para el abordaje, diagnóstico y orientación terapéutica y socioterapéutica del paciente alcohólico y de su familia (Freixa, F. 1990).

Todo ello se acompaña, con las correspondientes excepciones (pocas por otra parte) de la ausencia en los programas académicos de diplomados, licenciados, etc. en el ámbito universitario o de escuelas universitarias, del abordaje de las drogodependencias en general y del alcoholismo en particular: Facultades de psicología, medicina, MIR, derecho, etc. y en las diplomaturas de trabajo social, enfermería, etc. no tienen en sus programas académicos el tema de las bs.alcs. y sus riesgos potenciales, en la realidad de la complejidad del medio social.

Es frecuente que personas claramente afectadas de trastornos atribuibles a las bs.alcs., puedan durante años gozar de una aparente adaptación social, que generalmente quiebra antes, en el medio familiar. Precisamente una de las características de la psicopatología alcohólica, es su expresión, mediante conductas anómalas, en relación con su pareja y su familia. Es común, dada la tolerancia sociocultural hacia el uso de las bs.alcs. -en especial en la Europa del Sur- (Fouquet, P; de Borde, M. 1985); que a pesar de la relativa precocidad de la detección de conflictos familiares, que estos no sean identificados como en relación a las bs.alcs., por ello el abordaje en general, es tardío, tanto en el entorno familiar como en el laboral/profesional y social (Carreté, J.P. 1998).

Una de las características de este paciente es que progresivamente, las fuentes de diversión, relación personal, de pareja, familiar, la-

boral/profesional e incluso las actividades de ocio o socioculturales, que en un amplio aspecto, años atrás, constituían un objetivo o un punto de actividad, afición, distracción o deseo, se vayan modificando, vayan perdiendo sus características vivenciales de algo positivo *para mí*, llegan incluso a no ser agradables, se realizan forzosamente,... y el paciente aumenta el tiempo que invierte en actividades y acciones inexorablemente asociadas al consumo de bs.alcs (Edwards, G. et al. 1982).

Tardíamente la pareja o la familia, percibe (si es que se da cuenta alguna vez) que el malhumor, la ansiedad, la angustia, y una cierta tendencia a verbalizaciones agresivas son manifestaciones de abstinencia leve, en ocasiones de predominio matutino, consecuencia de la tolerancia bioquímica y que explican la ausencia de embriaguez franca durante largos períodos de tiempo. Contrariamente, en un momento cronológicamente más avanzado, las tardes o noches son la situación de máximo nivel de ingesta y en consecuencia, de disgusto, malhumor y bronca. El afectado deprimido, ansioso, con alteraciones de la memoria (Jellinek, E. 1960) (en muchas ocasiones no concienciadas) cada vez se vive más como un fracasado en el intento de controlar el intenso deseo-necesidad de consumir una bebida alcohólica. Y a su vez tiene que minimizar la relación, que de una manera oscura y nebulosa, pero progresiva, sus allegados (pareja, familiares o amigos de verdad) establecen entre su estado de "colocón" alcohólico -sin embriaguez patente- y sus libaciones enólicas.

En el fondo un gran número de pacientes con la EAP, viven, casi imitando a la literatura de Kafka -en otro contexto-, la vivencia de sentirse forzosamente atados a la bebida y a



sus efectos y al mismo tiempo con el auténtico terror de que si la atadura desapareciera, sería todavía más duro (Kafka, F. 1999).

Evolutiva y progresivamente, el paciente se vive y se siente "cosificado", no puede actuar como de hecho desearía frente a determinadas situaciones de pareja, familiares o sociales, existe una mecanización de su corporalidad. *"Todo lo que comúnmente depende de un núcleo de personalidad perceptivo y generador, o de leyes naturales en ejecución, se independiza aquí y se convierte..."* (Walsler, M. 1969) en el caso del alcohólico, en respuestas automatizadas no deseadas, pero vividas como absolutamente necesarias y asociadas, quiera o no quiera a la ansiedad de beber algo con alcohol, a pesar de conocer ya, los efectos adversos y no deseados.

Cuando finalmente los familiares establecen una cierta relación entre sus trastornos "caracteropáticos" u otras conductas negativas para la convivencia y el bienestar y la ingesta de bs.alcs. el afectado niega sus consumos, por otra parte evidentes, e intenta consumir fuera del entorno y del control familiar. En el alcoholismo femenino "clásico" (Costa, M. 1976) (Bach, Ll. 1983) la negación del consumo constituye un rasgo característico. En ocasiones y esporádicamente, pueden presentarse episodios francos de embriaguez, en sus diversos grados con el consiguiente aumento del malestar y afectación emocional del alcohólico y del entorno.

Es necesario hacer hincapié, que por ambas partes -alcohólico/a y familia-, los conflictos se han vivido durante un largo período de tiempo como ajenos a la ingesta de las bs.alcs. Se ha mantenido una relación con una persona que lentamente se ha transformado en un paciente, en la mayoría de ocasiones

ello no significa en un medio sociocultural vitivinícola, interpretar todo este conjunto como signos y síntomas de una enfermedad. A pesar de la persistencia de los trastornos, el afectado, su pareja o su familia, tardarán un largo periodo de tiempo en comprender, entender y aceptar el "plus" de trastornos de convivencia y de relación condicionados por el efecto adverso y negativo de la ingesta de bs.alcs. Es muy difícil comprender que aquello que se ha asociado siempre a la alegría convivencial (Domenech, G. 1981) (Vigarello, G. 1993) (Sissa, G. 1997), pueda convertirse en una manera compleja y destructiva de vivir y relacionarse con uno mismo y con aquellos más próximos. Se recubren los aprendizajes, las cogniciones y emociones que se producen en ambas partes, cuando una de ellas está profundamente alterada por su alcoholismo.

Se altera el vivirse, el convivir y las características del medio no facilitan el que el afectado pueda interpretar su propia experiencia negativa en relación con las bs.alcs. Es por ello que el autoengaño y el engaño conducen, no solo a negar, rechazar los comentarios o consejos de los allegados, sino que incluso inyectivas o insultos de los familiares, se viven con profundo sentimiento de "injusticia". La relación entre la pareja y/o el familiar que convive con el alcohólico genera una forma peculiar de vinculación emocional, que ya había sido explicitada, pero no etiquetada, en 1969 por las Trabajadoras Sociales de nuestro equipo, que en aquel entonces (Freixa, F.; Mayol, C. 1970) señalaron que los familiares de un alcohólico la establecían con el mismo, una peculiar relación que, paradójicamente, complicaba y hacía más difícil que el afectado pudiera integrarse con éxito a un recurso socioterapéutico.



Las manifestaciones de esta peculiar relación de gran número de familiares, esposo/a con un alcohólico/a se ha denominado, co-dependencia-coadición (codep.-coadic.), estas son distintas según el mapa de la estructura familiar; pero se caracterizan por una complicidad con la enfermedad y en consecuencia se contribuye a mantenerla sin ser consciente de ello. El codep.-coadic. intenta compartir parte de los conflictos del alcohólico /a para que este pueda resolver el trauma o problemática o supuesta causalidad, que se presupone que le induce a la ingesta, dado que el afectado no es capaz, a pesar de ser tan "razonable en todo", de parar de una manera consistente y persistente. El codep.-coadic. procura de hecho, controlar al afectado y se propone identificarse con la problemática del alcohólico, el cual, con sus "excusas alcohólicas" es capaz de inducir al familiar a percibir las, emocionalmente, como realidades del acerbo afectivo del paciente, sin comprender ni el engaño ni el factor crucial: el autoengaño. Pretende asumir responsabilidades que son del adicto como suyas y naturalmente se neurotiza al darse cuenta que aquella persona "tan razonable" no puede ser controlada, y no percibe que el alcohólico no puede controlarse en lo que se refiere a la ingesta y que las consecuencias son tan poco deseadas por el alcohólico como -dentro de otro contexto emocional- por el familiar. La neurotización avanza, dado que el afectado continúa con actitudes y comportamientos -que de hecho son alcohólicos- pero que el familiar interpreta como conductas dirigidas a "fastidiar". Los roces, las broncas, el malestar, la ansiedad del familiar, que se siente fracasado se unen a la desesperanza, frustración y agobio del propio alcohólico/a.

Existe una reacción frente a la incapacidad de no poder resolver en la discreción del entorno familiar; un conflicto en el que se siente implicado. Las amenazas repetidas, frecuentes en la esposa de abandonar el hogar (y no cumplidas), que pueden condicionar un período de abstinencia o reducción de dosis y mejoría temporal (Item 14 de Jellinek) (Jellinek, E. 1960) no consiguiendo hacen otra cosa que "pudrir" la relación y vincularla a comportamientos alcohólicos de la pareja. Existe una situación de manipulación bidireccional, en ocasiones el familiar adopta el "rol" de mártir, etc. En nuestro contexto sociocultural es paradigmático que las agresiones físicas las sufra la esposa, tanto si el alcohólico es él o ella.

Cuando finalmente el familiar percibe que su sufrimiento y malestar son provocados por el otro, con el que convive, aceptando que las relaciones han podido sufrir un sesgo hacia lo claramente enfermizo, que el convivir con un alcohólico/a tiene un alto precio emocional, sólo cambiará todo este conjunto, en el mejor de los casos, al darse cuenta que está tratando con un enfermo y con una enfermedad con todas las implicaciones que ello entraña y que los rasgos disfuncionales de su relación están asociados a la mutua sinrazón de sus comportamientos y de sus interacciones.

De aquí el sentido y papel de los familiares como "recurso socioterapéutico" de una asociación. Es crucial, el familiar internalizará con mayor facilidad la realidad: *enfermedad alcohólica*, cuando otros familiares le convengan que la culpabilidad, la vergüenza y la responsabilidad, tienen que ser dirigidas a entender que su familiar alcohólico, no es un caso excepcional ni único, que ella/él no pueden asu-



mir, en el tratamiento, responsabilidades que son del propio paciente alcohólico.

Hay que señalar que si bien la práctica clínica diaria de los profesionales implicados en programas de tratamiento multimodales para alcohólicos, tenemos muy en cuenta el concepto de codep.-coadic. no sólo en la drogodependencia alcohólica, sino en todas, pero entre psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. no existen unos criterios de definición rigurosos. Como se apuntaba en otros trabajos (Curranth, B. 1989) (Stafford, D.; Hodkinson, L. 1991) la evolución en ocasiones errática de la interacción alcohólico-familia, que puede generar un conjunto patológico de suplencia de roles (Edwards, G. 1986) y puede abocar a la desestructuración familiar con separación y divorcio, hace difícil tipificar un modelo de codep.-coadic. único. Con toda probabilidad las diferencias sincrónico-diacrónicas del diagnóstico de la EAP también están presentes en la codep.-coadic.

En su conjunto las actividades asociativas han prescindido de la rica experiencia de los familiares y quizá los centros de tratamiento, a mi criterio coordinados con las asociaciones, pero independientes económicamente de ellas, no han motivado a las mismas para la utilización de este inmenso recurso socio-terapéutico.

COMO HEMOS VIVIDO LA ACTIVIDAD DE LAS ASOCIACIONES, EN GENERAL, DESDE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO.

Durante años las asociaciones han pretendido o debieran haber pretendido detectar

al paciente alcohólico, motivarlo para que entre en un circuito de atención y tratamiento. Frecuentemente han tenido que aconsejar a familiares, amigos y allegados del paciente, para lograr el primer objetivo. Es en esta situación en la que probablemente la participación de familiares con mayor frecuencia hubiese sido más efectiva.

Hubiese sido necesario que las Asociaciones mantuvieran activamente, en sus archivos, el número y filiación de los miembros, puesto que este método es el único que permitiría elaborar un *observatorio epidemiológico continuo*, que a su vez en conexión funcional con los Centros de Tratamiento, permitiría conocer la eficacia terapéutica y rehabilitadora de las actividades de la Asociación y del Centro y las Asociaciones deberían haber sido capaces (actuando de forma coordinada), de promocionar aquel tipo de actividades de prevención primaria, que necesariamente significaban, en su momento, decisiones políticas.

Entre sus actividades tendría que haber existido una mayor relación con organizaciones científicas o de orientación social, que persigan finalidades parecidas en referencia a determinados aspectos de la Salud Pública, y en su relación con los Centros de tratamiento, tendrían que haber participado, en determinadas etapas del tratamiento, en aquellas circunstancias en las cuales los Grupos de Discusión Terapéutica, requieren la máxima atención para aquel caso. Los rehabilitados, previamente capacitados, tendrían que haber sido capaces de prepararse como coterapeutas junto con familiares.

Todo ello hubiese requerido, en el abordaje polidimensional de la enfermedad alcohólica, una capacidad de diálogo e intercam-



bio de experiencias entre los distintos profesionales implicados (médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, etc.), para mejorar y facilitar tanto el tratamiento en régimen ambulatorio, como en el ingreso, e intentar promocionar en la comunidad, toda aquella información sanitaria y social, que tenga como objetivo entender el alcoholismo como enfermedad y la existencia de recursos para el abordaje y tratamiento de la misma.

Promover dentro de las Asociaciones un escrupuloso respeto a todo tipo de ideología que no distorsione el principio básico de ayuda mutua, basada en la autoexperiencia, entre pacientes, familiares, profesionales y aquellos ciudadanos motivados a apoyar una actividad socioterapéutica o preventiva, en el terreno del alcoholismo, auspiciar en el entorno de atenciones sanitarias al paciente alcohólico, la necesidad de plantear la conflictividad existente en el medio familiar y aquella que pueda existir en el ámbito laboral y que requiere, no solo las técnicas del trabajo social, sino los recursos de los servicios sociales.

Casi dentro de la consideración anterior, hay que resaltar que en el marco del tratamiento polidimensional y psicossocial de la EAP, las Asociaciones tendrían que haber sido capaces de informar y aconsejar u orientar donde obtener ayuda y consejo, en los casos de conflictividad laboral, profesional o incluso de orientación vocacional. Teniendo bien claro que las Asociaciones no son, por ejemplo, oficinas del empleo.

La discusión sobre la financiación de las Asociaciones es compleja. Desde un punto de vista ideal, casi utópico, lo más beneficioso para todos sería que las aportaciones volun-

tarias, las cuotas, Fundaciones o entidades capaces de patrocinar este tipo de actividades, pudieran resolver las necesidades económicas de este tipo de Asociaciones, para evitar la excesiva ligazón con determinados intereses de las Administraciones.

Toda Asociación tendría que tener un punto de encuentro periódico con profesionales de los Centros de Tratamiento y consensuar tanto la participación de los profesionales en el "comité médico social" de la Asociación, como a su vez participar los miembros de la misma (rehabilitados y familiares), en determinadas actividades psicossociales del Centro de Tratamiento.

Se ha olvidado con demasiada frecuencia que las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados y familiares, son "una voz de los usuarios" de la Sanidad, en una parcela en la que por su peculiar naturaleza, la salud y el entorno sociocultural van indisolublemente unidos.

Evidentemente, estas actividades esquemáticas requieren en algunos de sus aspectos, tener capacidad de influir, modificar y promover cambios de opinión y actitud a distintos niveles sociopolíticos, según la naturaleza del mismo, se precisará una organización que una a Asociaciones, siguiendo las características de la organización político administrativa local, para lograr una presión sobre los medios de comunicación social y las distintas administraciones, mayor que la que se ha conseguido hasta el momento actual (1999-2000).

CONSIDERACIONES SOBRE LA AUTOEXPERIENCIA

Uno de los aspectos a debatir con seriedad, representa abordar un tema no agrada-



ble, pero sin su elucidación y consideración básica, algunos aspectos y características de las funciones de las asociaciones quedarían otra vez en el limbo de las dudas, a las que nunca se hace frente.

La experiencia personal de sufridor de una enfermedad, aunque sea de las características específicas de la EAP: ¿es suficiente para autoconsiderarse terapeuta, coterapeuta, consejero, asesor de grupos o de actividades socioterapéuticas?. Todas las personas, como tales, por el mero hecho de haber sufrido una enfermedad, aunque sea dentro el epígrafe de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) en el epígrafe F10.2 Síndrome de Dependencia del Alcohol o mejor la EAP con sus características de "alcoholismo clínico" (Vaillant, G.E, 1983^b): ¿están capacitadas para actuar como terapeutas?

La necesidad de los pacientes y otros afectados (pareja, esposa, hijos, familiares, etc.) de sentirse correctamente entendidos, comprendidos y medianamente atendidos ha generado, por la errónea y persistente actitud negativa y desconocimiento de los profesionales, que persistan actitudes y métodos quizá justificables en USA en la década de los años 30 del presente siglo y en nuestra realidad, aún en la década de los 50. Pero no, en el estado actual de nuestros conocimientos y experiencia.

De la misma manera que podemos preguntarnos hasta que punto la "experiencia personal" de convivir con *mi enfermedad*, es suficiente para actuar como si entendiera *la enfermedad* y por "infusión" a los otros pacientes en toda su dimensión y a todos los afectados. Podemos también preguntarnos en que medida profesionales que nunca han sido capaces de "escuchar" a los enfermos alco-

hólicos, ni a sus familiares en su sufrir y vivir la enfermedad: ¿pueden ser capaces de comprenderla y entenderla?; y a su vez, ¿son capaces de entender y comprender al paciente y a sus allegados?

El paciente alcohólico, en general, es incómodo por que: si esta ingresado, a los pocos días es una "persona" casi tan *normal* como su médico o cuidador y si acude ambulatoriamente, por la propia naturaleza de su trastorno, sabe ser "seductor y encantador" —incluso dejando de beber o dosificándose temporalmente— y representa con primor su papel de cumplidor de unos consejos médicos o psiquiátricos que considera absurdos y que en el fondo de su psicopatología enólica, sabe y conoce que su conducta de hoy le podrá facilitar retornar a beber mañana. En el fondo está encantado con la conceptualización médica de su enfermedad como "crónica y recidivante" así, cuando sus familiares y su médico estén ya tranquilos, su salud física discretamente recuperada, podrá reiniciar la ingesta con una cierta tranquilidad.

Ciertamente, sólo otros alcohólicos que hayan logrado una abstinencia persistente —de años—, los familiares de estos pacientes y los profesionales que han compartido, durante años el diálogo y la participación en Grupos Terapéuticos, podrán desnudar al alcohólico de su coraza de autoengaño y engaño. Con ellos realmente se percibe entendido, comprendido y ayudado. Pero ¿haber superado la enfermedad es un conocimiento automático de capacidad para conducir Grupos?. Es conocido que los grupos (en general) no sólo los dirigidos a alcohólicos y sus familiares, si son conducidos por una persona de formación inadecuada, constituyen un



fracaso y en ocasiones un motivo de recrudescimiento de la sintomatología que motivó la inclusión del sujeto en el grupo.

Por otra parte incluso técnicos experimentados en grupo, si no tienen una preparación y experiencia en el abordaje de las adicciones a sustancias químicas o con toxicómanos, no son capaces de manejar la terapia grupal con eficiencia y provecho para los pacientes toxicómanos y allegados (Flores, P.J. 1988) (Flores, P.J. 1996) Una de las causas de estas dificultades están relacionadas con el hecho práctico de que los supuestos teóricos y empíricos de la Terapia Grupal, en cualquiera de sus modalidades derivan de experiencias en pacientes no adictos/no toxicómanos y no valoran la especificidad de este tipo de pacientes en el Grupo, y tampoco de la dificultad de integrar alcoholicos, alcoholicos adictos simultánea o primariamente a cocaína o a alcoholicos en ocasiones "pastilleros" yatrógenos o no y también la diversidad de pacientes que inician el grupo con escasas semanas de abstinencia y aquellos que llevan ya uno o dos años.

De hecho las investigaciones científicas, con metodología contrastada sobre la eficiencia de la Terapia Grupal en toxicómanos y en alcoholicos, son siempre el resultado de estudios de seguimiento basados en abstinencia y adaptación psicossocial; Pendery, M.L. et al 1982) (Vaillant, G.E. 1983) (Edwards, G. 1985) (Bach, L.I. 1994) (Gual, A. y cols. 1998).

Si existe esta dificultad para evaluar los resultados en Grupos de Terapia profesional ¿cómo evaluaremos los grupos de terapia "espontáneos" y que además, en muchas ocasiones se niegan a cualquier tipo de control profesional y seguimiento de los resultados?

¿De que manera podremos cualificar a un paciente rehabilitado, con años de abstinencia, adaptación intrafamiliar, social y laboral/profesional correcta como capacitado para *coterapeuta* en Terapia de Grupo?. Puede ser capaz un paciente que lleva 30 años de abstinencia, que frente a una contrariedad vital y existencial -tener un hijo adicto a "drogas"- alega que él " *no puede asumirlo como otro padre ya que es alcohólico*" y organiza en el medio familiar un terremoto emocional de protagonismo, como si le doliera que su hijo tenga ahora la antorcha de liderato del sufrir familiar: ¿ser un terapeuta capacitado? Todo ello habiendo participado -durante 30 años- en grupos "inspiracionales" en los que, al parecer la motivación para el autoesfuerzo es la base terapéutica más eficaz (Morgenstern, J. et al. 1997).

Con todo ello queremos señalar, seriamente, que la experiencia personal como enfermo o como pareja o familiar de enfermo, **por si misma y en todos los casos** no es suficiente para ser cualificado como terapeuta o coterapeuta.

Es más, sí existe un desconocimiento profundo (en parte es cierto) por parte de los profesionales de la medicina, psiquiatría, psicología, otros profesionales de la sanidad y de los Servicios Sociales, concretamente del problema de la enfermedad alcohólica y su complejidad psicossocial, pero algo tendrán que ver con ello el secretismo, ocultación y negar la participación de profesionales en las tareas de atención a afectados (alcoholicos y familiares) en muchísimas ocasiones, al sostener, sin enmedarlo que "sólo un alcohólico entiende a otro alcohólico" y haciendo con ello incluso, en ocasiones, una de las motivaciones del rechazo y no participación en la Terapia del familiar; pareja o allegado.



Si el paciente sólo se comunica con otros pacientes, se practica un solipsismo integral, es decir una forma de subjetivismo radical que hace acientífico el conocimiento de la enfermedad alcohólica. Con ello se impide, por parte de los propios afectados, la construcción de un cuerpo de doctrina metódicamente formado y ordenado, en el que, como en todo saber de la ciencia médica, lo que vive y siente el paciente (síntomas), aquello que se modifica en su organismo o comportamiento (signos) y la interacción con el medio (conducta condicionada), forman la historia natural de la enfermedad, que afectados (alcohólicos y familiares) intentaran modificar en beneficio de una mejor capacidad adaptativa –ecológica- de todos ellos.

Si este proceso modificador (terapia, socioterapia), en el que siempre tienen que interactuar afectados, profesionales y recursos del medio, sólo participan parcialmente o puntualmente, algunos de los implicados (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, etc.) ya que los afectados: alcohólicos y/o familiares se atrincheran en el solipsismo y los profesionales se empeñan en reiniciar el proceso de abordaje terapéutico sin "escuchar" en profundidad a los afectados, la atención real a la adicción a las bs.alcs. y sus consecuencias se mantendrá, con un discurso de palabras distintas, como estaba a mediados del siglo XX.

* * *

Con estas características psicosociales, se entiende, que uno de los aspectos técnicos del saber sobre la salud y la enfermedad humanas, la auténtica prevención no haya sido asumida, ni por las sociedades científicas, ni los colegios profesionales implicados y tam-

poco, como paradoja, por las asociaciones de afectados.

CARACTERÍSTICAS DE UNA ASOCIACIÓN DE ASOCIACIONES O FEDERACIÓN

Una organización que tenga como objetivo una actividad dirigida a mejorar, paliar o erradicar determinados efectos negativos de conductas de consumo de bs.alcs., que finalmente llega a consensuarse, que son fenomenologías adversas de Salud Pública. Que el fenómeno específico que tratamos sea clasificado como una enfermedad dentro de los listados internacionales y tenga determinadas particularidades que hagan imprescindible para su abordaje y conocimiento, técnicas ajenas aparentemente al conocimiento biomédico estricto, no es una peculiaridad de un solo epígrafe diagnóstico.

Para decirlo en otras palabras todas las patologías y sociopatologías que nos obligan a colocar la vinculación del uso de las bs.alcs. u de otras sustancias químicas con capacidad adictiva, en el marco de la Salud Pública, no son una condición específica de la EAP, sino uno de los aspectos generales de muchas de las sociopatologías y patologías médicas que afectan a la conducta humana. En consecuencia, una organización autogestionada por afectados (Lieberman, M.A. 1996) (sabemos que los afectados por la EAP no son solo los bebedores sino también sus familiares y allegados), no significa que solo conozcan la complejidad del trastorno, aquellos que lo han sufrido, en él supuesto que estemos tratando pacientes o enfermos en distintas dimensiones.



Cuando abordamos el problema del diagnóstico y tratamiento de este trastorno específico, nos encontramos con un modelo que puede ser equivalente al concepto de *encuentro comunitario* (Karterud, S.W. 1996) que fue iniciado en la práctica por Bion, Main, Foulkes, y De Mare, durante la segunda guerra mundial en el Hospital Militar de Northfield en Gran Bretaña (Main, T. 1946). Se trataba de un foro, de una reunión en un Hospital Militar que no interfería, ni el tratamiento de los heridos, ni como se tenían que tratar, ni la técnica que se tenía que utilizar, pero como se comprenderá, existían en estos heridos multitud de secuelas, además de las propias de las mutilaciones traumatológicas y rehabilitaciones con técnicas ortopédicas y fisioterapéuticas. En último término la rehabilitación funcional y ortopédica, era conocido que tenía características distintas en general positivas, cuando los familiares visitaban a los atendidos y excepcionalmente negativas en algunos casos particulares.

El intercambio de opiniones y puntos de vista entre el equipo médico quirúrgico, enfermería y rehabilitación, era en ocasiones, dificultoso, el equipo psicológico y psiquiátrico citado con anterioridad, ideó para mejorar el diálogo y actuación de todos los profesionales y de los pacientes, el mecanismo del *encuentro comunitario*, que significaba que los médicos, enfermería, las trabajadoras sociales, etc. y los pacientes en rehabilitación que su estado médico se lo permitía y los familiares, en el día de visita, se hacían preguntas y propuestas para mejorar determinados aspectos de los servicios hospitalarios. En un primer momento estas mejoras fueron, como se puede comprender, para facilitar los accesos a los que necesariamente precisaban una

silla de ruedas, pero inmediatamente surgió la necesidad de atender a los pacientes de otra manera que no la fría recepción técnica de enfermería.

Cuando un paciente llegaba consciente y capaz, pero al que sería preciso realizar una amputación, inmediatamente se observó que en gran medida un amputado podía ayudar a otro a aceptar su mutilación; lo mismo sucedía al contactar familiares de amputados con aquellos que tendrían que aceptar esta situación en un futuro, todo ello también era y fue extraordinariamente útil en mejorar los mecanismos de ortopedia y rehabilitación funcional. En último término, incluso en personas que habían sufrido una mutilación, compartir con otro esta experiencia, resultaba positivo para ambos, existía por lo tanto una autoexperiencia compartida que no interfería la tecnología médicoquirúrgica, ni la de la rehabilitación funcional.

En aquella organización hospitalaria que tenía que acoger a afectados en una determinada situación temporal (días de visita pacientes y familiares), se mejoró la convivencia y el sistema organizativo general, al tener un punto de encuentro que fue permanente en el transcurso de toda la guerra y continuó posteriormente en las *asociaciones de excombatientes* mutilados, con la coordinación de servicios sanitarios y servicios sociales.

Entiendo que este tiene que ser el modelo adaptado a nuestra realidad en lo que aquí se intenta dilucidar, tendría que existir un sistema organizado, permanente, de continua relación entre los equipos terapéuticos interdisciplinarios: médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, que están en primera línea asistencial y aquellos profesionales de la Salud Pública, convenien-



temente sensibilizados por las realidades asistenciales, que deban generar políticas sanitarias más allá del tratamiento, que permitan (también) la prevención en todas las sustancias de riesgo adictivo, en nuestro caso con especial énfasis, en las bs.alcs., para un progresivo descenso de los factores de exposición.

Toda la organización asistencial administrativa, para pacientes alcohólicos y familiares, carece a nuestro criterio de sentido, si no existe un punto de **encuentro comunitario**. En el caso del tratamiento de la EAP, a nivel técnico terapéutico, las técnicas de grupo en sus diversas modalidades, de las que puede emerger un encuentro comunitario amplio, que supone el esfuerzo de coordinar objetivos de atención sanitaria con participación de los familiares en el proceso terapéutico. El modo y manera de esta participación ha sido y es compleja. Si un centro asistencial no es capaz de gestionar, con sus profesionales, algún tipo de punto de encuentro comunitario, si no desarrolla técnicas de grupo para el proceso terapéutico, difícilmente podrá llegar a entender la complejidad de la enfermedad, ni la complejidad de los afectados.

Nuestra propuesta va más allá incluso, de un encuentro comunitario. Si incorporar al proceso terapéutico a familiares y allegados, ha sido y es complejo y difícil, si incorporar como recursos terapéuticos la experiencia de los afectados en el centro terapéutico, ha sido posible a nivel de centros terapéuticos que sean públicos o formen parte por concierto de la red pública, o con características de ONG, queda aún pendiente incorporar de alguna manera la experiencia de los afectados en la asistencia privada, a la que nosotros creemos que tiene que ser una organi-

zación en la que se desarrollen actividades que, sea cual sea el nombre que se le dé, corresponden, a lo que en psicología social o sociología de organizaciones comunitarias, a las actividades de una **agencia social**.

¿Cómo deberían participar, más allá del proceso terapéutico, los profesionales?. Sin articular un sistema coherente de *encuentro comunitario* como una parte de los recursos asistenciales con participación familiar, y si únicamente se utilizan técnicas de grupo como recurso psicoterapéutico, la participación de todos los niveles asistenciales en el futuro organismo, será muy difícil.

El conocimiento de "mí enfermar", se puede transmitir y es un recurso terapéutico, a nuestro criterio, imprescindible. Transmitir mi experiencia como familiar, como allegado, como sufridor, etc. es también un recurso terapéutico imprescindible. Pero este conocimiento no es una valoración epidemiológica, no es un dato de Salud Pública y en consecuencia no es un impacto para influir en políticas de salud, que continúan más acordes con la realidad sociocultural proalcohólica, que en la ubicación de las bs.alcs. como una sustancia de riesgo potencial para la salud.

Hay que coordinar los hechos individuales, las experiencias familiares, para que todo ello sumado, se constituya en datos que permitan políticas preventivas, razonadas y razonables. "*El alcohol es mi enemigo*", la conocida frase en cualquier reunión de pacientes, aunque sean abstinentes de años, no tiene ningún peso en la opinión pública ni una capacidad potencial, de generar alarma social, aunque sea el reflejo evidente de una desagradable experiencia. Si intentamos que se comprenda que las bs.alcs., *pueden ser un riesgo para...*, si que se podrá llegar al ciudadano, para



que tenga que enfrentarse a aquello que desconoce o en ocasiones no le es grato percibir.

No existe ninguna duda que "sin casos" (enfermos), no hay conflicto ni datos epidemiológicos, ni fenómeno de Salud Pública, pero sí solo, para decirlo llanamente "los casos" se gestionan a sí mismos "como aventuras alcohólicas personales", no como el resultado emergente de la exposición a las bs.alcs. en nuestra sociedad, el impacto mediático de "esa aventura personal", no genera modificación de determinados supuestos de política sanitaria, ni la ha generado.

En algunos medios y circunstancias, la autoexperiencia ha conseguido como objetivo, que un paciente llegue al proceso terapéutico, cosa no baladí, pero el próximo objetivo sería en qué medida "he alcanzado con mi familia un nivel de sensibilización que me permita no solo entender, sino asumir en mi existir que "mi caso" es (desgraciadamente) la mera reiteración de millares de casos.

En consecuencia si está en mis capacidades, debo intentar en un futuro, seguir ayudando a "los casos" para que mejore en lo posible, la acogida, la atención y la asistencia y seguir colaborando en el ámbito de la autoexperiencia, pero si realmente el flujo de millares de casos tiene que disminuir substancialmente, ello solo será posible mediante actividades que no corresponden a la transmisión de la autoexperiencia, sino al concepto de "agencia social".

De todo este conjunto de datos y observaciones, a nuestro criterio quedan en pie una serie de realidades: Es imprescindible en el tratamiento a fondo de la EAP saber aprovechar con finalidades socioterapéuticas la experiencia de los pacientes rehabilitados y sus

familiares. La articulación de los profesionales de los centros de tratamiento, con experiencia en Grupos de Terapia, tendría que ser –preferentemente- ajena a ningún tipo de vinculación económica continua con la asociación- con ello se consigue una autonomía mutua muy positiva para ambas partes.

Las asociaciones deben tener una relación intensa y continua con los recursos asistenciales sanitarios o sociales, con sus profesionales intentando que participen mediante Comités Médico-Sociales en aquellas actividades asociativas que mejorarán en los profesionales la capacidad de entender y comprender a la enfermedad alcohólica, en consecuencia a todos los afectados (enfermo, familia, etc.), sus consecuencias (en la salud física, psicosocial, etc.) y ello contribuiría a cambiar las actitudes estereotipadas de enfermo mental previo al trastorno alcohólico, como causalidad y a colocar las bs.alcs. a pesar de la "mentalidad de usuario" en el centro de la exposición epidemiológica y en el punto de vista de "causalidad atribuible" del tabaco, de las drogas "ilegales" y de un número –clasificado- de psicofármacos considerados de riesgo.

Sólo en esta coparticipación de todos los implicados serán posibles medidas políticas eficaces que por la presión de la "agencia social" competente (federación?) se podrá exigir el primer avance real en el inicio de la prevención, el etiquetaje de advertencia en las bs.alcs., inicio imprescindible de todo intento preventivo.

"Government Warning"

I. According to Surgeons General [*] women should not drink alcoholic beverages during pregnancy because of the risk of birth defects.



2. Consumption of alcoholic beverages impairs your ability to drive a car operate machinery, and may cause health problems.

Cuya traducción podría ser:

1. Siguiendo las recomendaciones de las Autoridades Sanitarias las mujeres no deberán tomar bebidas alcohólicas durante el embarazo a causa del riesgo de provocar defectos en el feto.

2. El consumo de bebidas alcohólicas altera su capacidad para conducir coches o manejar máquinas, y puede ser causa de problemas de salud.

[*] El Cirujano General sería el equivalente en algunos países de la UE al responsable de salud pública, control de alimentos y medicamentos, en nuestro caso el Ministerio de Sanidad y Consumo (Freixa, F. 1996c).

BIBLIOGRAFÍA

- A.A. 1955 *Alcoholics Anonymous*. N.Y.U.S. World Services Inc. Grapevine Press.
- Anton, P. et al. 1992 *Medio siglo de psiquiatría en España*. Homenaje al Prof. Sarró. Madrid, ELA-ARAN. Ver: Freixa, F. *Guerra Civil, inquietud intelectual y toxicomanías en la Barcelona de la década de los 50*. p 185–197
- Archambault, J.-C. 1992 *Comprendre et traiter les Alcooliques*. Paris. Frison-Roche.
- Bach, L.I.; Freixa, F. 1983 *El Alcoholismo*. Barcelona. Gaya Ciencia.
- Bach, L.I. y cols. 1994 *Seguimiento multicéntrico de alcohólicos en tratamiento*. Jornadas N. Socidrogalcohol. Santiago de Compostela (fotocop.).
- Bogani, E. 1975 *El alcoholismo enfermedad social*. Barcelona. Plaza & Janés.
- Bricmont, J.; Sokal, A. 1999 *Impostures Intellectuels*. Barcelona. ed. Empúries (Sokal, A., Bricmont, J. *Fashionable nonsense*. US. Pr. St.Martin «Trade», 1998).
- Brotos, E. 1980 *Grupos de Terapia – Asociación y Alcoholismo. Simposium: reinserció social dels Alcohòlics*. Depart. Governació. Direc. Gen. Promoció Social. Generalitat Catalunya.
- Cáritas 1979 *Revista de Documentación Social*, 35 (Abril-Junio) *Sociedad y Alcoholismo*: 289.
- Cáritas. 1990 *Dossier pobreza y sociedad. Desarrollo económico y desequilibrio social*. Madrid. Cáritas Española.
- Carreté, J.P. 1998 *Alcohol. Adorno y Tragedia. La alegría de sentirse (ex) alcohólico*. Terrassa. Clie.
- Cavanagh, J. Clairmonte, F.F. 1985 *Alcoholic Beverages. Dimensions of corporate power*. London. Croom Helm.
- Clairmonte, F.F; Cavanagh, J. 1986 *Alcohol et pouvoir des transnationals*. Lausanne (VD). Pierre-Marcel Favre.
- Colman, V. 1991. *Alcohol use in large facilities. Legal and Health considerations*. 68th Annual Meeting of the Western Fairs Association. San Jose. California. January 30.
- Comas, D. 1991 *El síndrome de Haddock*. Madrid. CIDE-Ministerio Educación.
- Comas, D. 1995 *El consumo de drogas en los jóvenes españoles de los años 90*. Madrid. Inst. Juventud. Ministerio Asuntos Sociales.
- Costa, M. 1976 *Alcoholismo femenino*. *Jano* 246, 22 Oct.: 59-63
- Curranth, B. 1989 *Co – Dependency. Issues in treatment an recovery*. NY. Howard Press.
- Delgado, S. y cols. 1994 *Psiquiatría Legal y Forense* (2 vols). Madrid. Colex.



- DiPadova, C.; Worner, T.J. 1987 *Effects of fasting and chronic consumption on the first pass metabolism of ethanol. Gastroenterology* 92:1169
- Domenech, G. 1981. *Éloge de l'ivresse*. Paris. Albin Michel.
- Edwards, G.; Arif, A. 1981 *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y planificación de programas*. Ginebra. OMS. *Cuadernos de Salud Pública* N° 73.
- Edwards, G. 1985. *A later follow-up classic series: D.L. Davies 1962 Report and its significance for the present. J.Stud.Alcohol.* 46(43):181-190
- Edwards, G. 1986 *Tratamiento de alcohólicos*. México. Trillas
- Edwards, G. et al. 1997 *Alcohol y Salud Pública*. Barcelona-Philadelphia. Prous – Science.
- Eliade, M. 1996 *Historia de las Creencias y de las ideas religiosas*. Barcelona. Herder (Ver: Dumolin, H. *Religión y política. Evolución del budismo japonés hasta nuestros días*. 409–511. En especial: 424 y siguientes.
- FAD-EDIS 1996 *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid. FAD.
- Feihgner, J.; Robins, E. et al. 1972 *Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arc. Gen. Psychiatry.* 26: 57–63
- Fisher, H.; Single, E. 1987 *Beer in the Ballpark. Alcohol and Sports*. National Alcoholism Forum. Addiction Research Foundation. Toronto, April 22-26.
- Flores, J.P. 1988 *Group Psychotherapy with addicted Populations*. NY. Haworth.
- Flores, J.P. 1996 *Terapia grupal con alcohólicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas e hijos adultos de alcohólicos*. En: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (ed.) et al. *Terapia de Grupo*. Madrid. Panamericana: 470–484 p.
- Fouquet, P.; de Borde, M. 1985. *Le Roman de l'Alcool*. Paris. Seghers.
- Freixa, F; Mayol, C. 1970 *Socioterapia del Alcoholismo. Anales de Medicina*. LVI (1) Especialidades: 54–71 (ACMCB).
- Freixa, F. 1978 *Problemática del tratamiento psicosocial del enfermo alcohólico*. En: Gassull, M.A. (dir) et al. *La enfermedad alcohólica*. Barcelona. Químicos-Unidos. Fargraf. p. 269–280
- Freixa, F. 1984 *Socioterapia en el tratamiento del alcoholismo, funciones de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados y sus familiares*. Actas del III Congreso Iberoamericano sobre Alcoholismo. Sección: Autoayuda (Junio) OPS – CRA. Cuenca. Rep. Ecuador. CC–23
- Freixa, F. 1990 *Mentalidad de usuario de los médicos y enseñantes un factor de fracaso en el tratamiento y prevención de las drogodependencias*. En: Libro de Actas. XVI Jornadas N. Socidrogalcohol. Valladolid (3-5 Nov. 1988)
- Freixa, F. 1995 *Interacciones entre bebidas alcohólicas y fármacos. Riesgos de los fármacos en pacientes alcohólicos*. *Rev. Esp. Drogodep.* 20 (4) : 259-296
- Freixa, F. 1996 *Medios de comunicación social. Las Técnicas audiovisuales al servicio de la motivación de compra de bebidas alcohólicas*. En: Freixa, F. *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona. Herder. p. 83–109
- Freixa, F. 1996^a *Un estudio prospectivo. Nuevos datos para la aproximación clínica*. En: Freixa, F. *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona. Herder. p. 247–265
- Freixa, F. 1996^b *Bebidas alcohólicas, alcoholismo y salud*. En: Freixa, F. *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona. Herder : 321 p



- Frezza, M.; DiPadova, C. et al 1990 Higher blood levels in woman than in man: Vive la petite différence. *New Eng. J. Med.* 322:95
- Gorelik, P.B.; Rodin, M.R.; Langenberg, P. et al 1989 Weekly alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of ischemic stroke. *Neurology* 39:339
- Gual, A.; García, S.; Mondon, S. y col. 1998 Eficacia a largo plazo de la terapia de grupo en pacientes alcohólicos. Resultados de un estudio prospectivo de 10 años. Libro de Actas. XXV Jornadas N. Sociodrogalcohol. Tarragona.
- Guerra, F. 1989, 1985, 1989. *Historia de la medicina* (3 vols.). Madrid. Ed Norma.
- Guin, M.; Alvarez, J.; Insa, R. et al 1990 Ischemic Stroke in young adults. II analysis of risk factors in the etiological subgroup. *Acta. Neurol. Scand.* 81:314
- Gusfield, J. 1966 *Symbolic crusade: Status politics and the American Temperance Movement*. Urbana. Illinois. USA. Univ. Illinois Press.
- INE 1990. *Encuesta continúa de presupuestos familiares*. 1990 y sucesivos. Madrid.
- Informe-Memoria. A.A. 1997-1998. O.S.G. Avilés (Asturies)
- INSERM. 1993 *Causes médicales de décès, année 1991*. París INSERM.
- JANO 1985 *Monográfico Alcoholismo*. JANO, 656-M, 16-20 Junio (Ver: Freixa, F. y cols. *Tratamiento de la Enfermedad Alcohólica*: 36-41)
- Jellinek, E.M. 1946 *Phases in the drinking history of alcoholics*. *Quart. J. Stud. Alc.* 7:1-88
- Jellinek, E.M. 1960 *The disease concept of alcoholism*. N.J. New Brunswick. US. Hillouse Press.
- Kafka, F. 1999. *Obras completas* (Vol. I). Barcelona. Galaxia Gutenberg/Círculo Lectores.
- Ver: Notas a "El proceso", Llovet, J. pag. 1046: Página 626, línea 7 (ref. Diario)
- Karterud, S.W. 1996 *Encuentros comunitarios y comunidad terapéutica*. En: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. *Terapia de Grupo*. Madrid. Panamericana. p. 654-664.
- Ledermann, S. 1956 *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social* (vol. 1). Paris. Inst. N. Etudes Démograph. Cahier: N°29. P.U.F.
- Ledermann, S. 1964 *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. Mortalité, morbidité, accidents de travail* (vol. 2). Paris. Inst. N. Etudes Démograph. Cahier: N°41. P.U.F.
- Lieberman, M.A. 1996 *Grupos de Autoayuda*. En: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. *Terapia de Grupo*. Madrid. Panamericana. 321-333.
- Lilienfeld, A.M y Lilienfeld, D.E. 1983 *Fundamentos de Epidemiología*. México. Fondo Educativo Interamericano.
- Main, T. 1946 *The Hospital as a therapeutic institution*. *Bull. Meninger Clin.* 10:66
- Martí, O. 1995 *Introducción a la Medicina Social*. Barcelona. ICESB - Escola Universitària de Treball Social.
- Martin, S.F. 1992 *The epidemiology of alcohol-related interpersonal violence*. *Alc. Health Res. Word* 16: 230-237.
- Masllorens, À. 1991 *El quart món*. Barcelona. Barca Nova.
- McKeown, T. 1990 *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona. Crítica.
- Ministerio de Sanidad. 1993, 1994, 1995, 1996. *Encuesta de Salud Madrid*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Morenon, J.; Rainaut, J. 1997 *L'Alcool. Alibis et Solitudes*. Cours d'Alcoologie. Paris. Seil Arslan.



- Mortegenstern, J.; Labouvie, E.; McCrady, B.S. et al. 1997 *Affiliation whit Alcoholics Anonymus after treatment : a study of its therapeutic effects and mechanism of action.* *J Consult Clin Psychol (US)*, 65(5):768
- Nunes, E.V.; Deliyannides, D.A. 1996 *Investigación en diagnóstico dual.* En: Solomon, J.; Zimberg, S.; Shollar, E.(eds). *Diagnóstico dual.* Barcelona. Neurociencias. p. 321-340
- Osete, R.L. 1999 *Breve Historia del movimiento asociativo en España.* Comunicación Libre. Torremolinos (Málaga). *Al'Andalús. Convención 99. VIII Jornadas de Drogodependencia Alcohólica (26-28 Nov.)* (fotocop.).
- Pendery, M.L.; Maltzman, I.M.; West, L.J. 1982. *Controlled drinking by alcoholics? New findings and reevaluation of major affirmative study.* *Science* 217 (14): 169-175.
- Pons, J.; Berjano, E. 1999 *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia.* Madrid. Caja de Madrid. PND.
- Portella, E.; Ridao, M.; Carrillo, E. y cols. 1998 *El Alcohol y su abuso; Impacto Socioeconómico.* Madrid. Panamericana.
- Porter, R. 1989 *Historia social de la locura.* Barcelona. Crítica – Grijalbo.
- Pyörälä, E. 1990 *Trens in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until 1980s.* *Brithis J. Addiction.* 85:469.
- Rodés, J.; Caballería, J. y Parés, A. 1999 *Consecuencias de la Alcoholización (I).* Unidad Didáctica 3. pág: 4-5. En: Rodríguez-Martos, A. (Dir) y cols. *Alcoholismo (Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento).* Barcelona. Doyma-Merck.
- Rodríguez-Martos, A. 1998 *Problemas de alcohol en el ámbito laboral.* Madrid. FAD.
- Rodríguez-Martos, A. y cols. 1999 *Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo* (ver: Unidad Didáctica 6. 29 p.). Barcelona. Doyma-Merck.
- Roig, J. 1999 *Editorial.* *Rev. Esp. Drogodep. Tabaquismo.* 24(3): 201 – 205
- Salleras, L.; Bach, Ll. 1988 *Alcohol y salud.* En: Piedroal, G. y cols. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona. Salvat.
- Sánchez-Turert, M. (dir) et al. 1999. *Enfermedades y problemas relacionados con el Alcohol.* Barcelona. Espaxs. Ver: Freixa, F.; Sánchez-Turet, M. *Concepto histórico de enfermedad alcohólica.* p.23–38 y Freixa, F. *Estrategias y programas en el tratamiento del alcoholismo: aspectos psicosociales.* p. 167-204
- San Martín, H. 1981 *Salud y Enfermedad.* México. Prensa Médica Mexicana.
- Santodomingo, J. 1966. *Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España.* Madrid. Patronato N. Asistencia Psiquiátrica (PANAP). Dirección. Gen. Sanidad. Ministerio Gobernación.
- Santodomingo, J. (dir) et al. 1970. *Alcoholismo y otras Toxicomanias.* Madrid. PANAP.
- Santodomingo, J. 1975 *Memoria del Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes.* *Rev. Sanidad e Hig. Pública.* Año XLIX. Nº 5-6 (Mayo-Junio) : 409–573.
- Schüller, A. 1991 *Alcohol y Enfermedad.* Madrid. EUEDEMA.
- Sissa, G. 1997 *Le plaisir et le mal.* Paris. Odile Jacob.
- Sobell, M.B; Sobell, LC 1976. *Second year treatment outcome of alcoholics treated by*



individualized behavior therapy: results. Behav. Res. Ther. 14:195-215

Spitzer, R.L.; Endicott, J. et al. 1975 *Clinical criteria for psychiatric and DMS. Am. J. Psychiatry* 132:1187-1192

Spitzer, R.L.; Endicott, J. et al. 1978 *Research diagnostic criteria. Arch. Gen. Psychiatry* 35:773-382

Stafford, D.; Hodgkinson, L. 1991 *Codependency, how to break free and live your own life.* London. Judy Piatkus Publishers, Ltd.

Stamper, M.J.; Colditz, G.C.; Willett, W.C. et al. 1988 *A prospective study of moderate alcohol consumption and the risk of coronary disease and stroke in women. N. Engl. J. Med.* 319:267

Surgeons General's 1988 *Drunk Driving.* Washington DC. Department Health and Human Services/PHS, US Government.

Vaillant, G.; Milofsky, E. 1982 *The Ethiology of alcoholism: A prospective viewpoint. Am. Pshychology* 37:494

Vaillant, G. 1983^a. *The natural history of male alcoholic: is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? Br. J. Addict.* 78:317

Vaillant, G. 1983^b. *The natural History of Alcoholism.* Cambridge, Massachussets. Harvard Univ. Press.

Vallejo-Nájera, A. 1954 *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona. Salvat. p 829-869

Veatch, C.L.; Erickson, J.P. 1989 *Summary results a comparative study of alcohol problems and solutions: Spain and Portugal.* Sacramento (California) Departament Alcohol and Drug, Program Health & Welfare Agency (fotocop.).

Vigarello, G. 1993 *Le Sain et le Malsain. Santé et mieux-être depuis de le Moyen Âge.* Paris. Seuil. 214:316 p.

Walsler, M. 1969. *Descripción de una forma. Ensayo sobre Franz Kafka.* Buenos Aires. Sur: 78-79 p. (Ver: Kafka, F. *Obras completas (Vol.I).* Notas a "El proceso", Llovet, J. Pág. 1043-1044: página 532, línea 25.

Wilks, J.K; Vardanega, A.T.; Callan, J. 1992. *Effect of television advertising of alcohol consumption and intentions to drive. Drug Alcohol Review,* 11: 281-291.

Nota: El trabajo que se publica es el resultado de la participación en la Convención de la Federación Al-Andalus 99 y VIII Jornadas de Drogodependencia Alcohólica (26-28 Nov.99) Torremolinos (Málaga) Andalucía y en el IX Seminario de Discusión Drogalcohol-Revista Española de Drogodependencias, sobre Perspectiva actual del Movimiento Social en Alcoholismo (11.Dic.1999), celebrada en La Roda (Albacete) Castilla – La Mancha.