

Originales

Proyecto de instalación de una clínica privada para el tratamiento del alcoholismo

TRINIDAD FORCADA CHAPA

Abogada. Master en gestión de servicios sanitarios

Gerente del Centro Terapéutico Alameda S. A.

RESUMEN

El presente trabajo pretende exponer el "iter" y las motivaciones médicas, sociales y empresariales de la instalación y puesta en funcionamiento de un modelo terapéutico para el tratamiento de la enfermedad alcohólica.

Se persigue un proyecto empresarial rentable tanto económica como terapéuticamente, mediante un régimen de hospitalización de media estancia, híbrido entre el Hospital Psiquiátrico y la Comunidad Terapéutica.

Se exponen los aspectos de planificación estratégica, estudio del servicio, mercado al que se orienta y gestión de marketing.

Palabras Clave: Alcoholismo. Hospitalización. Gestión sanitaria

SUMMARY:

The aim of this study is to expose the way and medical, social and business motivations of the installation and the operating of a therapeutic pattern for alcoholic disease treatment.

We try to get a cost-effective bussines project, both economically and therapically, with a set of rules of a half-stay hospitalization, hybrid between psyquiatric hospital and therapeutic community.

We expose the aspects of strategic planning, study of the services, direction of the market, and marketing.

Key Words: Alcoholism. Hospitalization. Sanitary management.

CORRESPONDENCIA A:

T. Forcada Chapa

C/. Valle de la Ballestera, 36 - 5.º - 20.ª

46015 Valencia

RÉSUMÉ

Cette étude prétend exposer la voie et les motivations médicales, sociales et en rapport avec les entreprises pour la mise en marche d'un modèle thérapeutique en vue du traitement de la maladie "alcoolisme".

Un projet d'entreprise envisagé, rentable, autant du point de vue économique que du point de vue thérapeutique, grâce à un des soins dans des hôpitaux de moyen séjour, hybride entre ce qu'est un hôpital psychiatrique et ce qui est une communauté thérapeutique.

Les aspects de planification stratégique, l'étude des services, le marché vers lequel on s'oriente, et le marketing, son ici exposés.

Mots Clé: Alcoolisme. Hôpitalisation. Gestion sanitaire

INTRODUCCION

El presente proyecto pretende exponer las motivaciones médicas, sociales y empresariales de la instalación y puesta en funcionamiento de un modelo terapéutico para tratamiento del Alcoholismo.

El esquema operativo se base en la iniciativa privada, el aval científico de un equipo médico preexistente y especializado en ésta patología, y una dirección empresarial validada por la experiencia. Con estos elementos, se intenta llevar a la práctica un proyecto empresarial rentable tanto económica como terapéuticamente, mediante un régimen de hospitalización de duración variable, híbrido entre el clásico Hospital Psiquiátrico y la Comunidad Terapéutica.

El concepto *Proyecto* define en términos económicos un conjunto de actividades coordinadas con el objeto de producir un bien o servicio. Desde ésta perspectiva y siguiendo las palabras del Profesor Barea (1993) en las Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios de Hellín(1), contemplamos el Hospital como *"empresa que combinando factores de producción, produce el servicio de asistencia sanitaria"*. Así entendida la vertiente empresarial del proyecto, le aplicaremos todos los enunciados propios de la Teoría Económica, esto es: planificación, control de gestión, marketing, etc.

Junto a ésta perspectiva empresarial, no podemos dejar de lado un condicionante de su actividad. No se trata de fabricar bienes tangibles, ni servicios fungibles y, por tanto, finitos por su uso, ni siquiera de "generar salud" en su concepción más amplia. La producción final es el tratamiento y rehabilitación

del enfermo alcohólico. Por tanto, es necesario realizar una serie de precisiones respecto a estos términos.

Definir el **Alcoholismo** es un tema controvertido. Jellinek (1960) habla de *"todo uso de bebidas alcohólicas que causa un daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad a ambos"* (2).

La teoría sociológica de Bogani (1985), lo define como "un problema pandémico, de morbilidad e incidencia superior a otras drogadicciones, en la que los individuos pierden su capacidad de control ante el alcohol, con repercusiones biológicas, psicológicas y/o sociales" (3).

Junto a las anteriores, encontramos definiciones *internacionalmente aceptadas, para facilitar las comparaciones entre estudios epidemiológicos* (Saneki, 1982) (4). Se utiliza la CIE-9 de la OMS (1978), encuadrando el "caso alcohólico" como: *"síndrome de dependencia del alcohol"* (303), como *"abuso de alcohol"* (305.0) y/o *"psicosis alcohólicas"* (291). Más recientemente, se ha introducido la CIE-9-MC (1988), la cual describe el cuadro clínico mediante unos códigos más precisos que si se utilizaran solo para agrupaciones estadísticas y análisis de tendencias. La Tercera Edición Revisada de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III-R) (1987), enmarca los casos alcohólicos en *"trastornos mentales provocados por el alcohol"* o en *"trastornos por uso del alcohol"*.

Otro método de delimitación del alcoholismo, consiste en buscar marcadores biológicos objetivos, siendo los más empleados la Gamma-Glutamil-Transpeptidasa (GGT) y

el Volúmen Corpuscular Medio (VCM) (Cabballería, 1988) (5).

Para poder evaluar los comportamientos individualmente, se utilizan cuestionarios estandarizados, en nuestro caso el MALT (Feuerlin 1977) (6), que recoge siete ítems objetivos y veintiseis subjetivos. En España, Rodríguez Martos (1981) (7) validó éste test para acoplarlo a nuestra realidad. Es también de suma utilidad la Reja de Le Go-Bogani, en la que se incluyen diversos ítems para contrastar la veracidad de las respuestas.

El término **Rehabilitación** no es más fácilmente aprehensible. Desviat y Liria (1992), lo definen como *"un complejo quehacer... que ha devenido en elemento central de una serie de trastornos graves que son crónicos por naturaleza, pero tienen un curso y unas consecuencias en la vida de quienes los padecen, que dependen en gran medida de la atención recibida"* (8).

El servicio final: la rehabilitación, es difícil de medir y *"no existe una relación lineal entre la estructura, proceso y resultados; pero existe un cierto consenso-evidencia sobre los tipos y mínimos de recursos que son imprescindibles en el trabajo de salud mental comunitaria y cuya falta convierte cualquier experiencia en un esfuerzo utópico condenado al fracaso"*. (Sánchez, 1993) (9).

Lorente Armendariz (1993) (10), cita, dentro del contexto de la salud, la definición de W. A. Anthoni *"La acción de dotar a las personas con incapacidades, de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo de servicios y profesionales"*.

En nuestro caso, enfocamos la rehabilitación como asunción de la propia dignidad por el enfermo, que le posibilite a desarrollar, con ayuda del terapeuta, las habilidades sociales tendentes a su reincorporación a la dinámica comunitaria, familiar y laboral, sin la ayuda psicológica de refuerzo que en el pasado supuso el consumo de alcohol.

MATERIAL Y METODO

El material utilizado proviene de la constatación práctica de una trayectoria profesional, enfocada al tratamiento de la enfermedad alcohólica dentro de un entorno

concreto, concebido como un híbrido de clínica privada y comunidad terapéutica.

El trabajo será por tanto eminentemente descriptivo, si bien la necesidad de éste tipo de Centro proviene de un seguimiento de aproximadamente 7.000 historias clínicas de pacientes alcohólicos, generadas por treinta años de dedicación del médico director del Centro, en dos establecimientos sanitarios de similares características, en la actualidad cerrados.

No se ha podido realizar una comparación nacional, con otros proyectos realizados anteriormente, por no existir en España otras Clínicas privadas idénticas, ya que la hospitalización en las existentes es común a alcohólicos y drogodependientes, con lo que una de las finalidades que pretende el Centro que nos ocupa, la individualización patológica, no se cumple.

Tampoco he encontrado en la literatura científica internacional, la figura de comunidad clínica de media estancia, exclusiva para enfermos alcohólicos, ya que, aunque en algunas publicaciones norte-americanas se habla de "tratamientos residenciales" (Moos y cols., 1990) (11), el concepto de hospitalización difiere del que nos proponemos.

La exclusividad de la patología de ingreso ha condicionado la aplicación, de una parte, de los parámetros de evaluación utilizados en la gestión de hospitales y de otra, de los posibles estudios de planificación de comunidades terapéuticas orientadas a drogodependientes.

RESULTADOS Y DISCUSION

Planificación

La planificación está caracterizada por un conjunto de reglas de decisión que se basan en la información de la empresa, su entorno y los objetivos deseados. (Drudis, 1992). (12).

Un sistema de planificación estratégica, no es otra cosa que un proceso estructurado que organiza y coordina las actividades del personal obligado a la ejecución de la misma, con la finalidad de lograr los objetivos previamente fijados y poder evaluar ("control") el grado de cumplimiento de los mismos. (Maqueda, 1991) (13).

Podemos observar la relación entre planificación y control en el diseño propuesto en

la Gráfica I.

Consideramos indispensable formular un plan de actividades previo a organizar la instrumentación de la Clínica. Nos servirá asimismo, para fijar los objetivos empresariales y en función de la cantidad y calidad de éstos, determinar el número y tipo de los trabajadores y la forma de relación entre estos y la empresa, esto es, las fórmulas de motivación y control. El feed-back de resultados nos permite, a partir del control, verificar si los resultados obtenidos son los previstos en número y contenido.

Al ser la planificación un proceso de ajustes y reajustes, debe estar, per se, acotada a un plazo. Hemos fijado cuatro meses de funcionamiento como término a partir del cual se tratará de implementar técnicas de revisión de objetivos o estructuras, sin perjuicio de las correcciones que el tráfico diario aconseje. La elección del plazo no es arbitraria. Responde, por una parte a la necesidad de fijar un lapso corto por el tamaño y la escasa complejidad de la empresa. Por otra, su finalización se hace coincidir con el término del ejercicio fiscal, permitiéndonos a la vez una intervención del balance y la cuenta de resultados en el estudio de la consecución de los objetivos planificados.

Dentro de la planificación, hemos seguido el sistema de Vancil (1979) (14), según la Gráfica 2, que nos permite contemplar la estrategia a seguir desde la doble perspectiva de la formulación (previa al comienzo de la actividad) y de su implementación (durante la vida de la empresa).

La formulación de la estrategia de planificación, nos obliga a identificar las variables del entorno, a analizar los puntos fuertes y débiles de la empresa y de las creencias y valores de los directivos. Esta individualización nos debe llevar a crear una implementación entre unos y otros.

La implementación de la estrategia acopla la estructura organizativa, los sistemas de gestión y la ejecución del plan por los sujetos, a la consecución de los resultados deseados.

Planificar lo hemos entendido como un orden según el cual deben realizarse los distintos objetivos prefijados y en torno al cual se deben orientar las personas sometidas a este orden. Por lo tanto, hemos elegido un

sistema de planificación global, indicando las líneas directrices y los límites entre los cuales pueden desarrollar su actividad los diversos responsables.

Consideramos la planificación como algo íntimamente ligado al proceso de toma de decisiones por parte de los staff médico y administrativo; algo que no puede deshacer la coordinación entre Dirección Médica y Gerencia. Ante cualquier desviación negativa en la ejecución del plan, el esquema a seguir sería el que se muestra en la Gráfica 3.

Estudio del mercado al que se orienta

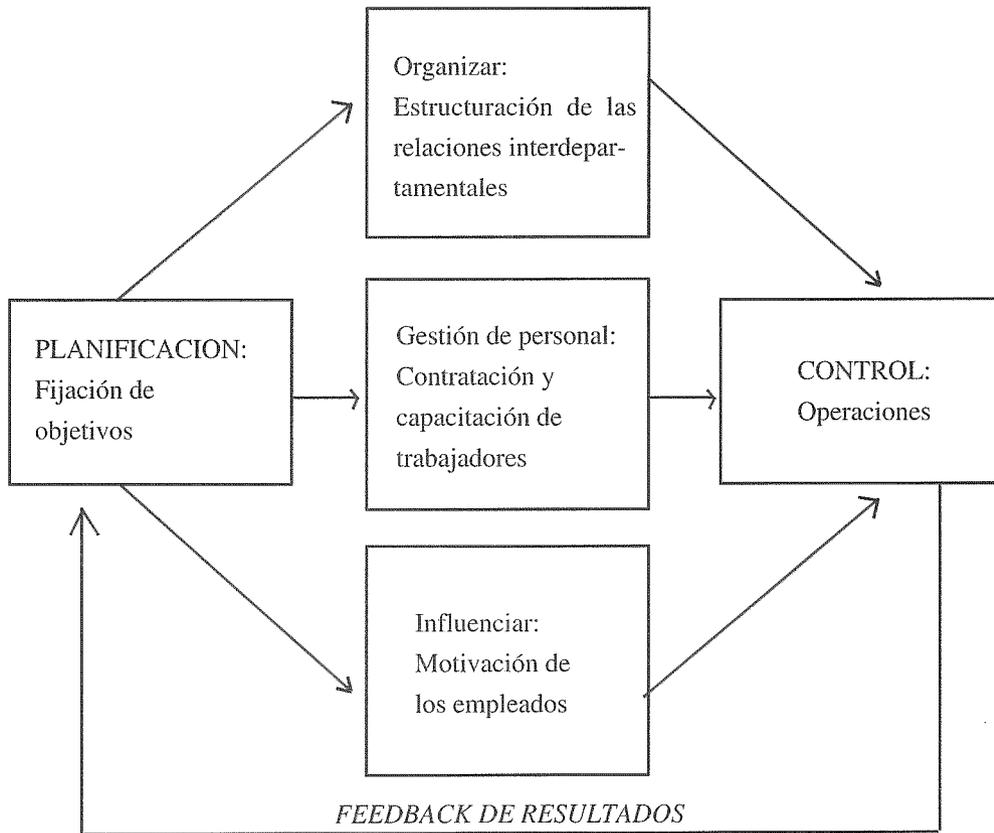
Como proyecto empresarial al que nos enfrentamos, conviene intentar computar el número de posibles usuarios, si bien al no existir límites en cuanto a su procedencia, hemos contemplado un ámbito nacional, lo cual no descarta el ingreso de enfermos extranjeros, atraídos no sólo por la calidad del tratamiento sino por alicientes que más adelante se expondrán (situación, entorno, clima y otros).

Según el Preámbulo del Plan Nacional de Lucha contra la Droga, aprobado en Consejo de Ministros. "...el alcohol es la droga con efectos más destructores y que abarca a mayor número de población" (15), número que el mismo plan cifraba en 1.900.000 a 2.300.000 personas en el año de su publicación (1985). Se toma como concepto de droga la definición de la OMS (1975). "Toda sustancia química que introducida en un organismo vivo puede modificar alguna de sus funciones y es susceptible de crear dependencia y puede provocar a la vez tolerancia".

En la Comunidad Valenciana, no existe un estudio completo del número de enfermos alcohólicos, si bien el sistema Autonómico Valenciano de Información sobre Toxicomanías (16) establece en 1.740 las admisiones a tratamiento cuya substancia responsable es el alcohol, representando un 36'9% de las admisiones a tratamiento por dependencia a drogas (Tablas I y II). Hay que hacer la salvedad de que este cómputo solo contempla la apertura de historia clínica, con lo que el número de reingresos en nuestra comunidad no está contabilizado.

En la Provincia de Valencia, el único Centro que dispone de camas para enfermos alcohólicos es el Hospital Psiquiátrico Pro-

GRAFICA 1: RELACIÓN PLANIFICACIÓN Y CONTROL. MAQUEDA, 1991



vincial de Bétera. De la Memoria del año 92 de la Unidad de desintoxicación de dicho Hospital, extraemos los siguientes datos:

Alcohólicos en 1.º ingreso: 109 (46'38%)
Alcohólicos reingresados: 142 (55'95%) (17).

Freixa y cols. (1981) (18), apuntan que *"Actualmente en relación al alcohol, nuestra sociedad es permisiva y promotor del consumo. Así pues, es normal que individuos socialmente adaptados, participen en un proceso de alcoholización social. De la aceptación por una parte de la sociedad del hábito etílico cuando se inician los efectos tóxicos, se pasa a una actitud generalizada de rechazo cuando los trastornos se hallan en un proceso avanzado de afectación. Como consecuencia de este hecho, existe en muchos casos una evolución hacia la marginación*

social".

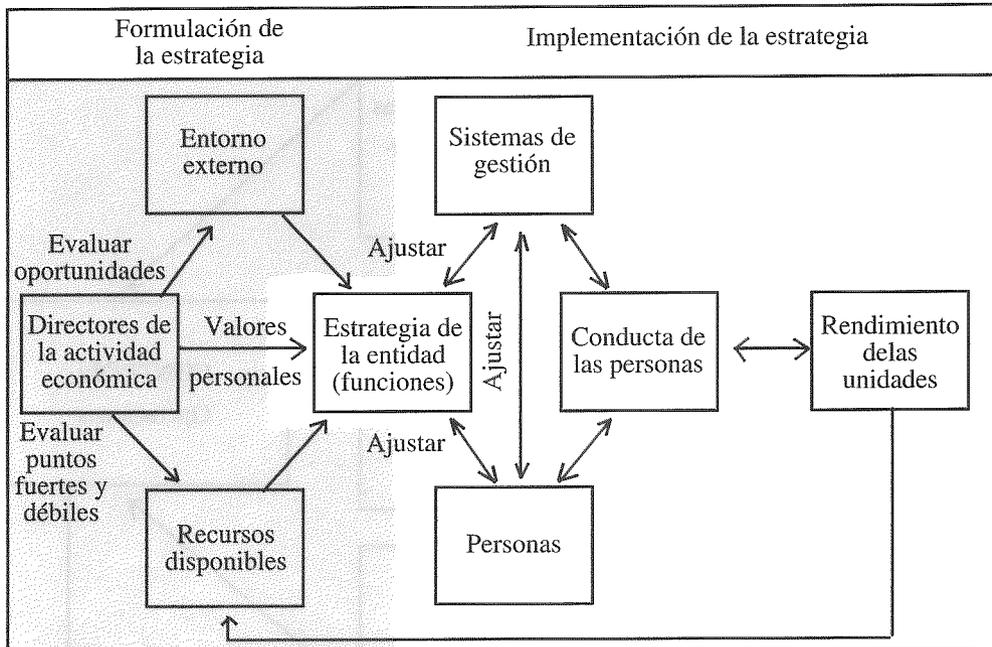
A pesar de este augurio, de los datos del S. A. V.I. T., podemos extraer el perfil socio-económico del paciente alcohólico que inicia tratamiento. Se trataría de hombres (aunque con una tendencia al aumento del abuso de consumo por parte de las mujeres), con estudios al menos elementales, casados, en situación laboral de empleo y por tanto con ingresos propios, que se inician en el consumo por diversión con motivo de las relaciones sociales. Así queda recogido en la Tabla III.

Estudio del servicio que se ofrece

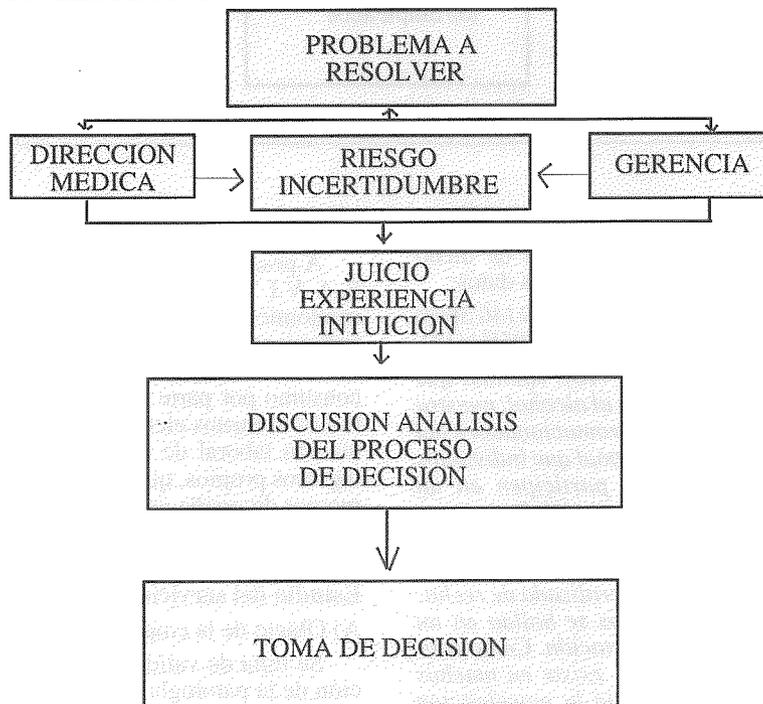
A) Objeto de la empresa

Se trata de validar teóricamente la elección de la patología alcohólica como objeto

GRAFICA 2: FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA. VANCIL 1979.



GRAFICA 3: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:



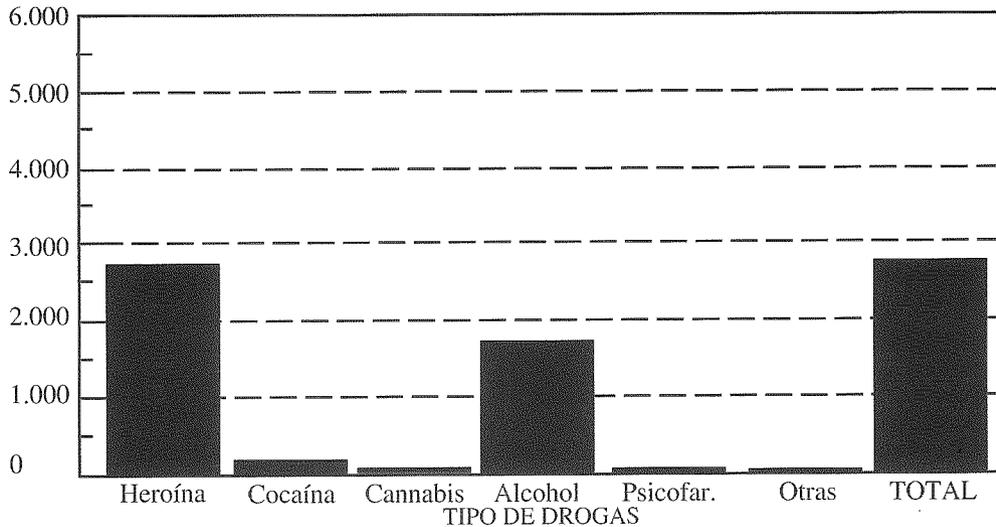
del tratamiento que esta Clínica ofrece. Por qué no otras patologías psiquiátricas, ante la evidencia de que en España no se ha extendido la asistencia hospitalaria psiquiátrica a nivel de Clínica privada.

Refiriéndose al Alcoholismo, Mazaira y cols. (1993) (19), recogen las ideas de prestigiosos profesionales, diciendo: "Sus repercusiones sanitarias, sociolaborales y económicas son alarmantes. Así por ejemplo y con respecto a las primeras, el alcoholismo lleva camino de convertirse en la tercera causa de muerte en nuestro país, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (20'21). En cuanto a los costes sociolaborales, son numerosos los estudios que refieren a su asociación a las conductas delictivas (se ha

señalado que hasta un tercio de la población reclusa cumple penas por delitos previos a los cuales hubo ingesta abusiva de alcohol) (22), bajas laborales (23), accidentes de tráfico o trabajo (23'24), etc. Y en el aspecto económico, hace 10 años, y a partir de una estimación de Rovira i Orriols para Cataluña, Freixa realizó una extrapolación en la que calculaba las pérdidas económicas por alcoholismo para España entre los 114.000 y los 270.000 millones de pesetas al año.

La cuestión es todavía más preocupante por cuanto se observa una clara tendencia al aumento en el consumo de alcohol en población general (21, 25,26), así como una disminución en la edad de inicio de dicho consumo (26,27), y un aumento de su incidencia en

**TABLA I: DEMANDAS DE TRATAMIENTO POR TIPO DE DROGA
S. A. V. I. T. RESUMEN 1992**



**TABLA II: DEMANDAS DE TRATAMIENTO POR TIPO DE DROGA.
S. A. V. I. T. RESUMEN 1992.**

	N.º	%
HEROINA	2.839	59,37
COCAINA	110	2,30
CANNABIS	34	0,71
ALCOHOL	1.740	36,39
PSICOFARMACOS	46	0,96
OTRAS	13	0,27
TOTAL	4.782	100,00

el sexo femenino (25, 28, 29) y en los grupos de menor edad (27, 30, 31).

En la preocupación por la sanidad integral del individuo, la sociedad española, equiparándose a los comportamientos de la Europa en la que se integra, ha comenzado a contemplar el alcoholismo como patología susceptible de tratamiento médico y, por tanto, demandado una cobertura sanitaria para ésta enfermedad.

Desde hace ya bastante tiempo, cierto sector del colectivo médico, vienen concepiendo el alcoholismo como tal enfermedad y, en consecuencia, aplicando al sujeto paciente un tratamiento sanitario y modificativo de la conducta adictiva.

En el desarrollo de su actividad, estos profesionales se han encontrado desde anti-

guo con el problema de la falta de cobertura asistencial por parte de la Administración, pues al no ser la enfermedad ética una de las recogidas en la Ley General de la Seguridad Social, la Sanidad Pública no se hace cargo del tratamiento de estos enfermos más que en los trastornos orgánicos derivados de la dependencia alcohólica, tales como problemas hepáticos, digestivos, etc., con lo que si bien los síntomas pueden hasta cierto punto ser combatidos, vuelven a aparecer al cabo del tiempo, pues no se ataca el centro del problema, que lo constituye la dependencia. Esta, por tratarse de una modificación de la conducta del individuo, sólo puede erradicarse mediante un tratamiento psicoterapéutico que homogenice lo orgánico con los psicológico y, a su vez, integre al paciente en su entorno social.

TABLA III: PERFIL SOCIOLOGICO DEL MERCADO. S. A. V. I. T. RESUMEN 1992.

ALCOHOLICOS

NIVEL EDUCACION	FUENTE INGRESOS
1. Analfabeto 76	1. Propios 878
2. EGB 755	2. Ayuda Familiar 206
3. FP 93	3. Actividad ilegales 24
4. BUP 85	4. Otras 104
5. Superiores 62	ANTECEDENTES FAMILIARES
6. Otros 141	1. Alcoholismo 485
ESTADO CIVIL	2. Otras drogas 16
1. Soltero 305	3. Ninguno 711
2. Casado 727	ORIGEN PRIMER CONTACTO
3. Separado 126	CON LA DROGA ACTUAL
4. Divorciado 35	1. Familia 406
5. Viudo 19	2. Amigos 700
SITUACION LABORAL	3. Traficante 3
1. Trabajo 632	4. Médico 3
2. Paro 345	5. Otros 100
3. Estudiante 10	PLAN DE TRATAMIENTO
4. Mili 0	1. Desint. Ambulatoria 1.066
5. Laborales 73	2. UDH 52
6. Otra 152	3. Metadona 0
MOTIVO CONTACTO DROGA	4. Com. Terapéutica 7
1. Curiosidad 83	5. Centro de día 4
2. Diversión 843	6. Médico General 7
3. Mejora rendimiento 23	7. Otro 47
4. Tratamiento médico 8	8. Ninguno 29
5. Evitar molestias 176	NUMERO DE TRATAMIENTOS 1.212
6. Otras 79	

En opinión de Seva (1984), *'las solicitudes para una colaboración terapéutica en los Hospitales Generales es bajísima, muestra de esa falta de sensibilidad del médico no psiquiatra para detectar el alcoholismo'* (32).

En las Áreas de Salud, se presta asistencia al enfermo étlico, pero la vertiente social e integradora queda en manos de Asociaciones privadas de Ex-Alcohólicos, por lo que el tratamiento que la Sanidad Pública realiza queda sesgado, encomendándose el resultado final a la mejor o peor voluntad del individuo en integrarse y mantenerse en estas Asociaciones. Junto a esto, el hecho de que en los Centros de Salud Mental de las Áreas no exista hospitalización, esto es, no se disponga de más asistencia que la ambulatoria, hace difícil el tratamiento integral del paciente.

Si bien la Sanidad Provincial, a través de los Hospitales Psiquiátricos de las distintas Diputaciones, cuenta con Servicios de alcoholismo en los que se contempla el internamiento del paciente por un período más o menos dilatado, no deja éste tratamiento de ser una hospitalización sin demasiada trascendencia en la integración social del sujeto, ni en el seguimiento posterior del mismo. Junto a estos inconvenientes, *"la aparición del fenómeno del alcoholismo muy ligado a los Hospitales Psiquiátricos, no por comprensible deja de tener aspectos negativos, porque la población en general ya tiene una serie de valoraciones morales y la patología alcohólica está llena de connotaciones de este tipo, como para que además vaya ligado al manicomio, con todo lo que este concepto implica"*. (Bogani, 1992) (33).

Unido a estas consideraciones, el aumento de la patología en España hace difícil por no decir imposible, que la oferta pública cubra la creciente demanda que la sociedad presenta.

De los datos publicados por el Sistema Autonómico Valenciano de Información sobre Toxicomanías (S. A. V. I. T.) (1992) (16), se observa que las urgencias hospitalarias por Alcohol son muy superiores a las generadas por otras drogas (Tablas IV y V), y que el motivo predominante del ingreso urgente por Alcohol lo constituyen los problemas orgánicos (Tabla VI). Esto nos lleva a la conclusión de que en los hospitales valencianos el al-

coholismo no pasa de la zona de urgencias, esto es, no es tributario de un tratamiento en su vertiente rehabilitadora, si no que el paciente ingresa y es dado de alta cuando el problema orgánico desaparece, sin contemplar el seguimiento de la adicción ni posibilitar la superación de la misma.

B) Aspecto formal

Yañez y cols. (1990) (34), opinan que *"en la actualidad se estima que aproximadamente el 80% de los pacientes con dependencia alcohólica no son detectados y tratados por los servicios de Atención Primaria. Como consecuencia de ello, se genera una mayor demanda asistencial en los servicios especializados: se considera que más de un tercio de las camas de un Hospital General están ocupadas por pacientes en los que el alcohol es la causa de su patología ha contribuido a ella"*. En el mismo sentido, W. H. O. (1986) (35).

La magnitud real del alcoholismo contrasta con la falta de recursos sanitarios dedicados a este problema. La estimación social del alcohólico, a quien no se le considera enfermo en muchos casos, hace que se ignore en nuestros hospitales una de las mayores causas de enfermedad y muerte. (Junta de Castilla y León, 1987) (36).

Aparicio Basauri (1993) (37), siguiendo los patrones establecidos por Ten Horn y colaboradores (38), clasifica los dispositivos rehabilitadores en función de criterios basados en el carácter o no de tipo residencial, el tipo de funciones que desarrollan y los lugares y espacios predominantes.

"Clasificación":

a) Dispositivos residenciales. Caracterizados por dar una atención de 24 horas sobre 24 y con un nexo común de estar atendidos por equipos amplios de enfermería. Entre estos dispositivos podemos distinguir dos posibilidades diferenciadas:

- Los propiamente definidos como *lugares de vida* y que en gran parte de la literatura se definen como alojamientos protegidos, (pisos tutelados, hogares protegidos, casa de transición, hogar a medio camino, etc.) En éstos, las funciones que se desarrollan de forma primordial son aquellas que tienen que ver con el entrenamiento en habilidades so-

ciales y las caracterizadas por la participación en el ocio y las actividades lúdicas. En estos dispositivos se puede distinguir una graduación en las formas de protección o tutela.

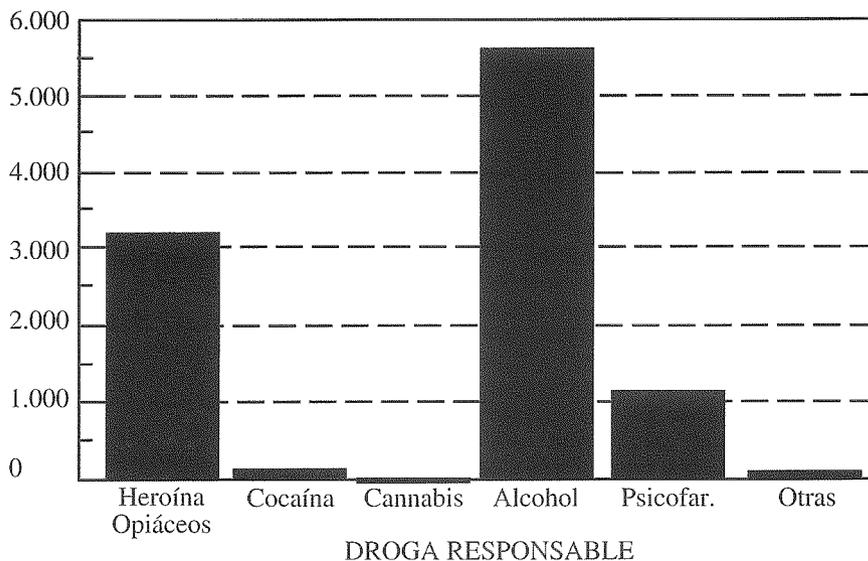
- *Lugares de vida* con espacios terapéuticos: en este grupo incluimos aquellas estructuras residenciales que poseen a la vez espacios definidos como específicamente terapéuticos, y que por lo tanto además de las funciones descritas en el grupo anterior se suelen incluir en la propia estructura funciones terapéuticas. El ejemplo más significativo de esa estructura es la que se denomina *Comunidad Terapéutica*. Lógicamente el personal dedicado a esta estructura no sólo suele ser un

equipo de enfermería amplio, sino que se incluyen también terapeutas de diversas áreas.

b) Estructuras "no residenciales". Son aquellas que se caracterizan por dar una atención durante un número más o menos amplio de horas y se suelen caracterizar por estar formados por equipos cualificados y heterogéneos.

- Las estructuras donde predominan las funciones terapéuticas y el tratamiento de habilidades sociales y que con frecuencia son descritas como *estructuras intermedias* (aunque este vocablo puede tener connotaciones más amplias según sus autores). Entre éstas se encuentran dispositivos tales como

**TABLA IV: URGENCIAS HOSPITALARIAS POR TIPOS DE DROGAS.
S. A. V. I. T. RESUMEN 1992**



**TABLA V: URGENCIAS HOSPITALARIAS POR TIPOS DE DROGAS.
S. A. V. I. T. RESUMEN 1992**

	N.º	%
HEROINA-OPIACEOS	3.258	31,35
COCAINA	221	2,31
CANNABIS	46	0,44
ALCOHOL	5.633	54,21
PSICOFARMACOS	1.113	10,71
OTRAS	120	1,15

TABLA VI: MOTIVO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS SEGÚN TIPO DE DROGAS. S. A. V. I. T. RESUMEN 1992

	OTRAS DROGAS	ALCOHOL
SOBREDOSIS	1.305	292
REACCION ADVERSA	552	651
SINDROME ABST.	733	52
PROBL. ORGANIC.	1.050	2.075
PROBL. PSICOPAT	915	391
INTOXIC. ETILIC.	1	1.623
DOLORES	1	112
OTROS	190	245
DESCONOCIDO	11	10
DELIRIUM TREMENS	0	182

Centro de Día, Unidad de Rehabilitación, etc.

- Los lugares específicos para la integración laboral y para el desarrollo de empresas sociales, que suelen estar definidos por el desarrollo exclusivo de la actividad laboral. Entre estas estructuras podemos encontrar los centros especiales de empleo, las cooperativas y las empresas sociales.

c) Lugares de encuentro. Estos se caracterizan por tener actividades menos regladas y no profesionalizadas y en general, ser llevados por movimientos asociativos o de autoayuda de los propios usuarios o de sus familias. Entre estas estructuras están los denominados clubs y centros sociales.

La estructura de la Clínica que nos ocupa, viene a incardinarse dentro de los *Dispositivos residenciales*, como *lugar de vida con espacios terapéuticos*, pero con ciertas matizaciones que la convierten en proyecto singular.

El período de estancia no supera los cuarenta días, siendo el promedio de veintiocho días. Se trata no de sustituir el centro de residencia del enfermo, apartándolo del entorno familiar, sino de iniciar una recuperación sin la presión culpabilizadora del clan, para poco a poco, ir integrando por una parte a la familia en el desarrollo de las terapias de grupo y por otra, al enfermo en su hábitat mediante los permisos de fin de semana.

La Dra. Lorenzo, de la Unidad de Tratamiento Antialcohólico del Hospital General

de Galicia, en las I Jornadas sobre consumo de alcohol en Galicia, señaló ya *"la necesidad de poner en marcha modelos que tengan en cuenta a la familia y la motivación del paciente a efectos de tratamiento"* (39). Desde su punto de vista, la psicoterapia, el tratamiento farmacológico y el apoyo familiar contribuyen a solucionar el 60% de los estados del alcoholismo.

Por lo tanto, el concepto de *lugar de vida* o de *Comunidad Terapéutica*, no resulta aplicable, ya que concebimos la Clínica más como *lugar de inicio* de la rehabilitación, para cuya consecución, ha de existir una previa desintoxicación y tratamiento de las patologías orgánicas derivadas del abuso etílico.

Esta vertiente médica del tratamiento rehabilitador obliga a la existencia de una cobertura sanitaria, realizada por psiquiatras, internistas y personal de enfermería, presentes durante las 24 horas no sólo por la posible aparición de urgencias médicas, sino sobre todo, con una actuación directa y continuada sobre la patología del alcohólico.

En palabras de Freixa (1990), *"En nuestra experiencia, la capacidad de un centro sanitario y de sus profesionales, para motivar a los pacientes alcohólicos al tratamiento depende, básicamente, de la multidisciplinariedad coordinada con la capacidad de conocer el entorno comunitario del paciente"* (40).

Por otra parte, resulta difícil en la práctica, encontrar en España Centros Hospitala-

rios para tratamiento del alcoholismo que no admitan junto al enfermo étlico a sujetos dependientes de drogas ilegales.

En Portugal, las existentes se configuran como religioso-asistenciales y en ellas, junto a una plantilla sanitaria encargada del tratamiento, realizan la rehabilitación diversas órdenes religiosas (41).

En Norteamérica revisten caracteres de Servicios Sociales Comunitarios, completando un programa ambulatorio de Sanidad Estatal, con la residencia por un precio simbólico, en uno de los llamados AFLC (Alcohol-Free Living Centers), u hogares comunitarios para transeuntes, en los que las funciones de mantenimiento y gerencia están realizadas por alcohólicos rehabilitados, aunque la vertiente médica sigue siendo ambulatoria y de carácter benéfico-gratuito (42).

GESTION DE LA SERVUCCION

El proceso de producción del servicio que la Clínica ofrece, puede esquematizarse según el Gráfico 4.

Quedaría resumido en las siguientes fases:

1. UNIDAD DE ADMISION: Procesa un listado de Historias Clínicas, ordenado alfabéticamente y con una numeración correlativa según la fecha del primer ingreso o visita.

La información por paciente que elabora o a la que accede la Unidad de Admisión es la siguiente:

- 1.º: Apellidos y nombre.
 - 2.º: Número de Historia Clínica.
 - 3.º: Dirección y teléfono del paciente.
 - 4.º: Dirección y teléfono de los familiares.
 - 5.º: Fecha de primer ingreso/visita.
 - 6.º: Patología del primer ingreso.
 - 7.º: Fecha de alta.
 - 8.º: Fechas de ingresos sucesivos. Patologías.
 - 9.º: Fechas de altas sucesivas.
 - 10.º: Centro o profesional que realiza el seguimiento tras el alta:
 - 10.1: Especialidad.
 - 10.2: Dirección y teléfono.
2. ENTREVISTA MEDICA. A realizar

preferiblemente por el Director Médico. En esta se cumplimenta el historial patobiográfico, individualizando la patología y se evalúa la idoneidad del tratamiento en régimen hospitalario.

3. ENTREVISTA ADMINISTRATIVA. Efectuada por la Gerencia. Se informa al paciente o su representante de las condiciones económico administrativas del ingreso, participándole las normas internas de la Clínica. Culmina con la firma del Contrato Terapéutico.

4. ENTREVISTA PSICOLOGICA. En los casos en que se precise, previo al ingreso, el Psicólogo Clínico realiza un primer contacto de contenido similar a la entrevista médica pero con los matices específicos que permitan una evaluación psicológica complementaria.

5. TRATAMIENTO. Una vez ingresado el paciente y conseguido un estado de sobriedad si fuera necesario, durante un plazo aproximado de treinta días se suceden las siguientes fases:

5.1. Desintoxicación, si la precisara, mediante terapia farmacológica.

5.2. Analítica y exploración somática y psicológica, con el fin de detectar patologías físicas, psiquiátricas o psicológicas no verbalizadas.

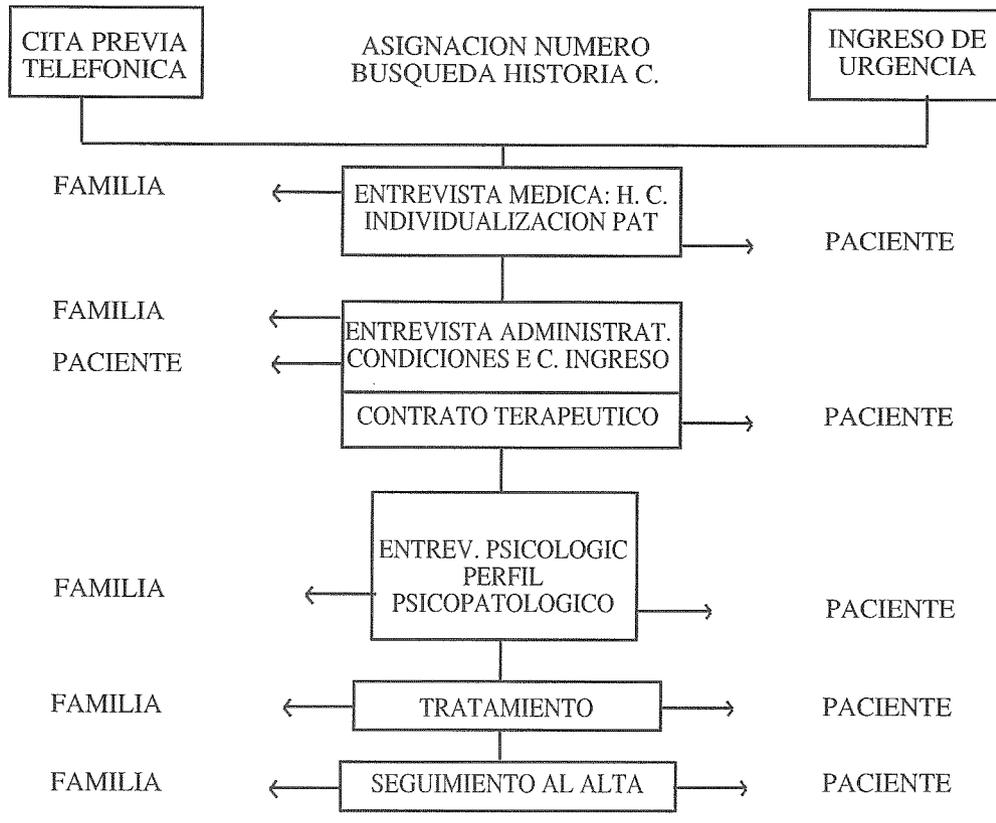
5.3. Deshabitación mediante técnicas conductistas y terapia individual, con restablecimiento de las carencias orgánicas y/o psicológicas.

5.4. Rehabilitación, que se desarrolla durante todo el tiempo de estancia, a partir de la sobriedad. Tiene un aspecto individual, mediante terapia psicológica y socio-psiquiátrica y un aspecto de grupo, mediante el entrenamiento en habilidades sociales que consigan en el paciente alcohólico que el hecho de dejar de beber no suponga una limitación social sino un modus vivendi integrador. Esto se consigue mediante terapia de grupo con participación de alcohólicos rehabilitados y familiares.

6. SEGUIMIENTO. Se han establecido tres modalidades, en función de la procedencia del paciente:

6.1. Si viene remitido por un profesional

GRAFICO 4: GESTIÓN DE LA SERVUCCIÓN.



ajeno al Centro, se le brinda a éste la posibilidad de continuar la rehabilitación con el enfermo.

6.2. En caso contrario, si su domicilio es cercano a la Clínica, el seguimiento lo efectúa el equipo del Centro, mediante terapia de grupo semanal y visita individual quincenal en un primer período (6 meses).

6.3. Si el enfermo no puede acudir a la Clínica tras el alta, por distancia geográfica, se le remite a los equipos técnicos de Asociaciones afines a su patología, con los que la Clínica mantiene un contacto telefónico mensual.

Individualizando la vertiente de TRATAMIENTO, resultaría como se describe en los Gráficos 5 y 6.

ESTUDIO DEL FUTURO DEL SECTOR

Consideramos indispensable el estudio del futuro de la actividad a la que nos hemos

orientado. A tal fin y previo al establecimiento de la empresa, se analizó el entorno, desde una perspectiva de presente y de futuro y en tres direcciones:

a) Estudio de la demanda:

- Cuantificación.
- Niveles de concentración.
- Capacidades adquisitivas.
- Gustos y costumbres.
- Edad media de los posibles demandantes.
- Existencia o no de servicios sustitutivos.
- Categoría de los servicios.
- Variaciones en el perfil del usuario.

Cuantificamos la posible demanda haciendo una extrapolación de los datos de la Comunidad Valenciana todo el conjunto nacional, contando con la escasa fiabilidad de los datos que poseíamos, ya que como se ha

apuntado, éstos sólo recogen los inicios de tratamiento y no las posibles recidivas. Conjugamos por tanto el dato estadístico con la experiencia de más de treinta años del Director Médico y el número de posibles ingresos que se le plantearon en el año anterior, que ascendió aproximadamente a doscientos. A este número añadimos una cantidad indeterminada, proveniente de remisiones por otros profesionales.

El nivel de concentración de esta demanda se previó repartido en todo el territorio nacional, debido a la insuficiencia de estudios sectoriales.

La capacidad adquisitiva, gustos, costumbres y edad media de los posibles demandantes se obtuvo de los datos del S. A. V. I. T. que se muestran en la Tabla III, antes citada, y de la propia experiencia.

Constatamos la mínima existencia en nuestro país de servicios sustitutivos de carácter privado y la desorganización de los públicos.

Las posibles variaciones del perfil de los usuarios quedaron constatadas por los recientes estudios, que configuran un usuario más joven, de menor poder adquisitivo y con un grado menor de madurez en la toma de decisiones.

b) Estudio de la oferta:

- Capacidad de absorción del sector.
- Precios.
- Estudios de costes.
- Posibilidades de variar.

Nos sentimos capacitados para atender gran parte del sector de la demanda con nuestra oferta, entre otras razones, por el tamaño del sector y la escasez de recursos existentes ya apuntada.

Establecimos un sistema de precios ajustados a cubrir todos los gastos derivados de la explotación y gastor financieros, no contemplándose reparto de beneficios entre los accionistas en los dos primeros años. Esto nos obliga a realizar el estudio de costes y beneficios que, por tratarse de un proyecto real y en funcionamiento, no se ha considerado pertinente publicar.

Contemplamos la posibilidad de variar la oferta en caso de que el proyecto no fuera

rentable en las condiciones actuales, en una doble vertiente:

a) Diversificar las patologías atendidas: mediante la admisión no sólo de pacientes alcohólicos, sino también de adictos a psicofármacos, depresivos y sujetos necesitados de curas de reposo.

b) Variación de la oferta manteniendo la estructura: conversión de la clínica en un establecimiento dedicado a residencia de tercera edad.

c) Estudio de la competencia:

- Nivel actual del sector sanitario público.
- Nivel del sector privado.
- Grado de concentración en el sector.
- Disposiciones legales y administrativas.

Del estudio del estado de los sectores público y privado en cuanto a prestación de este servicio y por tanto, del grado de concentración del sector, decidimos la viabilidad de nuestro proyecto, al ser configurado como novedoso y único en sus características.

El estudio de las disposiciones legislativas referidas a este tipo de Centros, nos confirmó que la planificación previa respecto a lo que queríamos ofrecer se ajustaba a las mínimas exigencias normativas.

LOCALIZACION GEOGRAFICA

El estudio del sector de actividad dentro del cual creemos ubicable la Clínica, se complementó con un análisis de los factores de prevención de tipo social o comunitario que rodean a la instalación de una Clínica de estas características. Dando por supuesto el rechazo social que produce la patología alcohólica, se realizaron sondeos de opinión antes de elegir el lugar de instalación.

Asímismo, se han tenido en cuenta las circunstancias siguientes:

a) Comprobación de la no existencia de prohibición de ubicar la Clínica en el lugar elegido, a tenor de la normativa municipal e incidencia de la legislación sobre actividades consideradas molestas, insalubres, nocivas o peligrosas.

b) Proyecto urbanístico existente en la zona elegida y calificación de los terrenos.

c) Inexistencia de limitaciones cercanas que impidan la expansión (vías de ferrocarril, ríos, etc).

GRAFICO 5: GESTIÓN DE LA SERVICCIÓN. TRATAMIENTO.

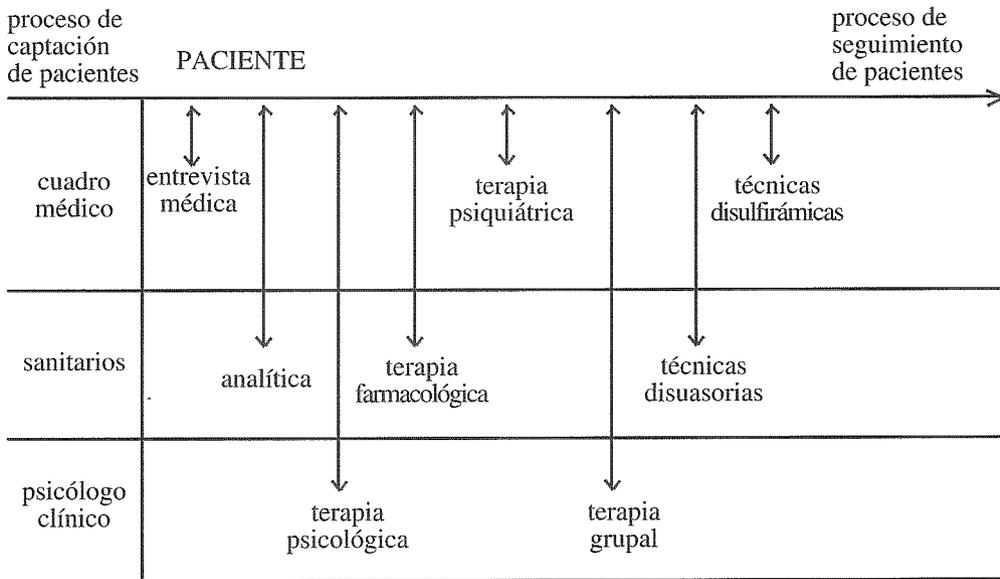


GRAFICO 6: TRATAMIENTO (E. BOGANI)

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO EN REGIMEN ABIERTO			Información sobre el Alcohol y Génesis de la Enfermedad		Grupos Pedagógicos de discusión y Psicodramatizaciones
	Ingreso Voluntario Previo Contacto		Terapia Ocupacional y Ludoterapia		Aporte Experiencial de Alcohólicos Abstinentes
	Historia Clínica y Patobiografía		Video y Cine debate		Colaboración Sociolaboral
	Estudio Psicológico		Aprendizaje inverso injertos subcutáneos (Técnicas Depot)		Formas Especiales (Alcoholismo clandestino)
	Análisis Clínicos		Convivencia y Solidaridad		Adolescencia y Alcohol
	Exploraciones somáticas		Tratamiento individualizado		Como evitar el consumo y las recaídas
	Vitaminoterapia Hepatoprotectores Psicofármacos		Información y colaboración con la familia		Convertir la abstinencia en libertad

d) Facilidad de obtención de los suministros básicos en el volúmen y la intensidad requeridos.

e) Opción por la compra del edificio, en vez del arrendamiento.

f) Facilidad de acceso al lugar. Vías públicas y acceso mediante transporte público.

g) Cercanía del núcleo urbano, pero manteniendo independencia respecto al mismo.

h) Gastos de rehabilitación del edificio y adecuación previa de su estructura interna.

RECURSOS HUMANOS

Dado lo específico del servicio que se ofrece, se ha orientado la política de personal en el sentido de buscar que la plantilla de la empresa esté constituida por personas capaces de hacer el trabajo de hoy y a la vez, que puedan aprender el de mañana, a medida que la empresa va creciendo y, en su caso, diversificándose.

Los criterios seguidos a la hora de contratar personal han sido:

- competencia técnica
- competencia interpersonal.

Que pueden resumirse en los siguientes juicios:

a) Estar seguro de que el candidato es capaz de realizar el trabajo. En este aspecto, se ha valorado la titulación académica y sobre todo el currículum laboral de cada uno de los aspirantes.

b) Estar seguro de que el candidato es capaz de trabajar en equipo. Se ha evaluado fácilmente esta característica, por el hecho de que la mayoría de los aspirantes habían tenido relaciones laborales entre sí, previas a este proyecto. En otros casos, la entrevista personal y la información referencial han servido para la valoración.

c) Determinar el potencial del candidato para compartir la filosofía de la empresa. Se valoró mediante entrevista personal con la dirección Médica y con la Gerencia, por separado y evaluación conjunta según la lista de variables que inciden en la percepción sobre los procesos de control de calidad (Schmenner, 1984) (43). Dichas variables, fueron:

- Naturaleza de la calidad como componente básico del servicio.

- Contribución del personal técnico y directivo en los resultados; capacidad de decisión en la implementación de la estrategia, el control y la servucción.

- Resolución de problemas de selección de procesos y metodologías.

- Percepción del papel de la estructura organizativa de la empresa.

Como en cualquier otra empresa, las diversas tareas a desarrollar requieren una correcta organización. Se debe asignar las personas a los puestos de trabajo, a las actividades concretas, en función de las necesidades globales de la Clínica y de las aptitudes individuales de cada trabajador.

Esta correcta distribución de las tareas se logra mediante la confección de un organigrama, en el que se recojan tanto las funciones a desarrollar como los responsables de las mismas y las distintas relaciones de coordinación o dependencia.

El Gráfico 7 incluye el organigrama, en el que se definen las relaciones de jerarquía y coordinación entre los diversos estamentos que componen la plantilla.

En una primera etapa de lanzamiento, que hemos establecido de cuatro meses, la plantilla se ha configurado como mínima, sin perjuicio de crecimiento de la misma en el futuro y paralelamente al aumento del número de pacientes.

MARKETING PROMOCIONAL

Con el fin de dar a conocer el servicio que se proyecta al público, posible usuario, se ha elegido un sistema de promoción con tres vertientes:

a) **Postal:** Se realiza un mailing dirigido a:
Profesionales de la medicina.

Centros sanitarios públicos que directa o indirectamente estén implicados en la patología que nos ocupa.

Asociaciones integradas en la Red Nacional de Alcohólicos Rehabilitados.

Departamentos de Recursos Humanos de dos grandes empresas estadounidenses.

b) **Personal:** Mediante visita concertada por nuestra promotora, con psiquiatras, médicos de familia y especialistas en drogodependencias de la Comunidad Valen-

ciana. Posible ampliación en un futuro de la cobertura geográfica y cualitativa de esta promoción.

c) Publicitaria: Inserción en diarios y revistas de ámbito nacional, de anuncios y entrevistas con los responsables del proyecto.

Esta promoción fue prevista en el cash-flow de explotación y dotada económicamente con una cantidad igual a los beneficios obtenidos por la aplicación de treinta tratamientos.

Se encomendó la misma a una profesional de la publicidad, con experiencia en promoción directa y amplio conocimiento de la problemática médica, psicológica y social del alcoholismo. Su duración se estableció en dos etapas: cuatro meses de actividad intensiva, comenzados dos meses antes de inaugurar la clínica, y continuada por acciones puntuales en épocas concretas a lo largo de la vida de

la empresa.

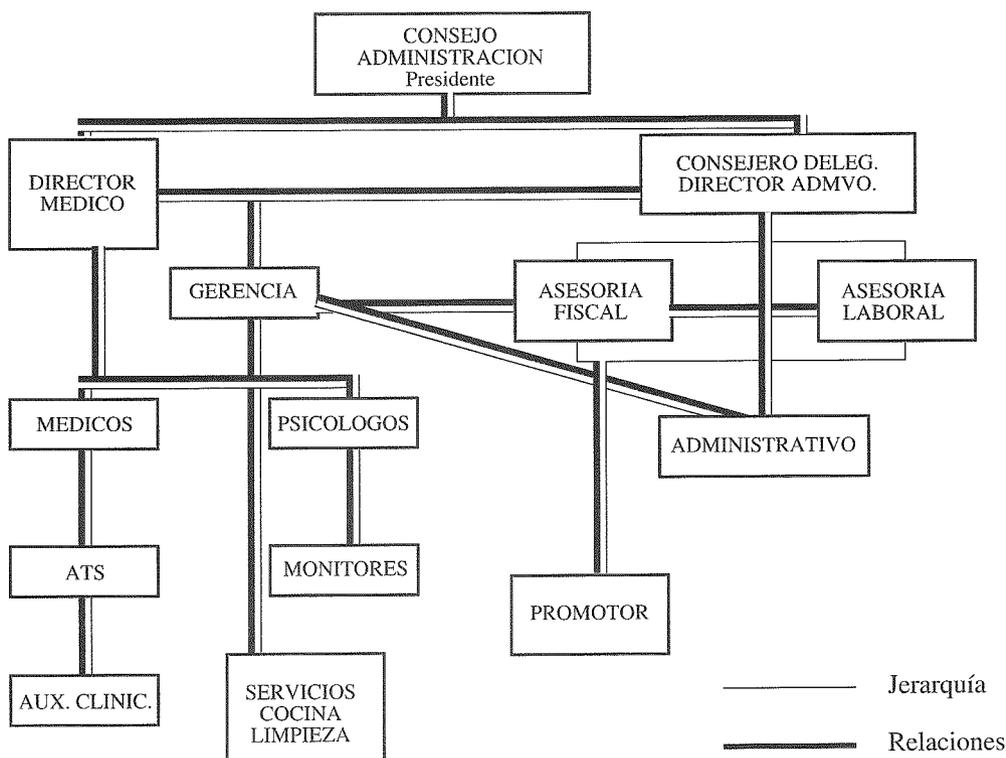
ESTRUCTURA DE LA INSTALACION

Las características del tratamiento que se pretende impartir, obligan a respetar ciertos criterios respecto al inmueble y zonas ajenas en el que se asienta la Clínica.

Se adquirió un hotel a las afueras de una población valenciana, en la que las Ordenanzas Municipales no permitan construcciones nuevas, pero sí rehabilitación de edificios. Por tanto, se respetó la estructura exterior y la distribución de las plantas superiores en habitaciones dobles con baño.

Consideramos no terapéutico en muchos casos el dormitorio individual, ya que la convivencia durante un período de tiempo entre los pacientes, incluye la posibilidad de compartir opiniones e inquietudes después de las horas estrictamente de tratamiento. A pesar de ésto, se mantuvieron con una sola

GRAFICO 7: ORGANIGRAMA DE PERSONAL: JERARQUIA Y RELACIONES.



cama, cuatro de las treinta y dos habitaciones, en previsión de necesidades puntuales.

En las citadas plantas de dormitorios, se ubicó la estancia para el personal de guardia nocturna, lo que permite un mejor control de las urgencias y necesidades de los pacientes.

La planta baja, en su día diáfana, se tabicó creando dos zonas diferenciadas:

- Un área comprende los despachos de administración, ATS, Psicólogos y Médicos.

- Otra área encierra las zonas de convivencia y terapia grupal, así como la sala de juegos (billar, fútbolín, ping-pong...).

Se ha intentado crear un ambiente similar a un hogar, huyendo de la frialdad de los hospitales convencionales, mediante un amueblamiento confortable, con chimeneas, motivos decorativos, biblioteca y sala de música, con el fin de propiciar comportamientos reinsertivos que no alejen al paciente alcohólico de la cotidianidad.

Un gimnasio y sala de ping-pong, fútbolín y billar, permite el ejercicio físico en interior, ya que éste se configura como una de las vertientes del tratamiento.

El terreno ocupado por la construcción mide aproximadamente 4.500 metros cuadrados, y se encuentra rodeado de 11.000 metros cuadrados de jardines, piscina, pinadas y monte bajo. Esta amplitud exterior propicia la sensación de apertura y naturaleza, coadyuvante al sentido de libertad que se pretende en el tratamiento.

DISPOSICIONES LEGALES

Además de la normativa urbanística municipal y administrativa en lo referido a licencias de actividad y funcionamiento, este tipo de Centros queda supeditado a la legislación específica por tratarse de una Clínica de tratamiento de enfermos alcohólicos.

En la Comunidad Autónoma en la que se ubica, son de aplicación las normas de la Consellería de Sanidad (Decreto 27/87 y Orden de 10 de abril de 1989) y de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales (Decreto 233/92).

La normativa laboral aplicable es el Convenio de la Sanidad Privada, de ámbito provincial, publicado en el BOP de 17-IX-91, con las modificaciones posteriores.

CONCLUSION

Con los datos e indicadores citados y a la espera de que una buena gestión haga posible que el tiempo confirme la esperanza puesta en este proyecto, me adhiero, a modo de conclusión, a las palabras del Dr. Freixa (1990), en cuya dilatada experiencia confío tanto o más que en mis propias expectativas: "*El análisis de los costes sociales del alcoholismo y el estudio serio y no sesgado por los intereses de las bebidas alcohólicas-mercancia, tanto globalmente como individualizado, demuestran que las inversiones en tratamiento son siempre coste-efectivas, cuando el programa de tratamiento es integral y global*". (40).

BIBLIOGRAFIA

1. JANO, MEDICINA Y HUMANIDADES, (1993): *Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. Vol. XLIV, n.º 1.032, pág. 17.
2. JELLINEK, E. M.; (1960): *The Disease Concept of Alcoholis*. Hill House Press, New Haven.
3. BOGANI MIQUEL, E.; (1885): *El Alcoholismo enfermedad social*. Plaza & Janes Ed. SA, Barcelona.
4. SANECKI, M.; (1982): *Mediciones de los niveles de salud*. Salvat Ed. Barcelona.
5. CABALLERIA, L.; MONTUL, S.; PARES, A. y cols. (1988): *Utilidad de los marcadores biológicos para la detección del alcoholismo y para el diagnóstico de la enfermedad hepática alcohólica*. Med. Clin. 91.

6. FEUERLIN, W. (1977): *Diagnose des alkoholismus. Der Müncher Alkoholismustest. (MALT)*. Müncher Med. Wochenschr N.º 119, págs. 1275-1282.

7. RODRIGUEZ-MARTOS, A.; SUAREZ, R. (1984): *MALT (Münschner Alkoholism Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo*. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 16.

8. DESVIAT, M.; LIRIA, F. (1992): *El complejo que hacer de la rehabilitación*. Psiquiatría Pública, Vol. 3 n.º 2.

9. SANCHEZ, A. E. (1993). *La rehabilitación, una cuestión de competencia*. Informaciones Psiquiátricas, 31. Instituto Psiquiátrico Nuestra Señora de los Dolores. Barcelona.

10. LORENTE ARMENDARIZ, I (1993): *Consideraciones sobre los objetivos de la terapia ocupacional*. Psiquiatría Pública, Vol. 5, n.º 4.
11. MOOS, R. H.; FINNEY, J. W.; CRONKITE, R. (1990): *Alcoholism treatment. Context, Process, and Outcomes*. Oxford University Press. New York.
12. DRUDIS, A. (1992): *Planificación, organización y gestión de proyectos*. Gestión 2.000. Barcelona.
13. MAQUEDA LAFUENTE, F. (1991): *Creación y dirección de empresas*. Ariel. Barcelona.
14. VANCIL, R. F. (1979): *Descentralization: Managerial ambiguity by design*. Dow Jones-Irvin.
15. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1985): Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
16. CONSELLERIA DE TREBALL I AFRERS SOCIALS. DIRECCIO GENERAL D'ATENCIO I PREVENCIO DE LA DROGODEPENDENCIA. (1993). Boletín de información sobre la drogodependencia. N.º 14/2/93. Pags. 4-39.
17. HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL (1992): *Unidad de Desintoxicación. Memoria anual. Año 1992*. Valencia.
18. FREIXA, F.; SOLER INSA, P. A.; Y OTROS (1981): *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Fontanella. Barcelona.
19. MAZAIRA CASTRO, J. A.; DOMINGUEZ SANTOS, M. D.; RODRIGUEZ LOPEZ, A. (1993): *Pautas de consumo de alcohol y relación con la patología psiquiátrica menor en la población adolescente de Galicia*. Revista de Psiquiatría infanto-juvenil. N.º 1/1993. Ed. Garsi SA Barcelona.
20. FARIÑAS, E.; BELLO, C; CARRELA, I. (1988): *Educación y drogas*. Ed. Tórculo. Santiago de Compostela.
21. SOLER INSA, P. A.; FREIXA, F.; REINA GALAN, F. (1988): *Transtornos por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Delegrange. Madrid.
22. GISBERT CALABUIG, J. A.: (1983) *Medicina legal y Toxicología*. Fundación García Muñoz. Valencia.
23. CACERES, E. (1976): *Alcoholismo: Aspectos socio-económicos*. JANO, n.º 246. Doyma. Barcelona.
24. ALONSO TORRENS, F. J. (1979): *Consecuencias sociológicas del alcoholismo*. Revista Est. Soc. Sociología Aplicada, n.º 35.
25. FEUERLEIN, W. (1982): *Alcoholismo: abuso y dependencia*. Salvat Ed. Barcelona.
26. E. D. I. S. (NAVARRO, J. y cols.), (1984): *El consumo de drogas en España*. Cruz Roja y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
27. LORENZO, A.; CARRERA, I. y cols. (1990) *Conduite de consommation des drogues chez les adolescents*. Material gráfico presentado al Vth Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. Montreal.
28. CALAFAT, A. Y COLS. (1983): *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca (II)*. Drogalcohol Vol. VIII, n.º 4, Valencia.
29. CALAFAT, A. Y COLS. (1982): *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca (I)*. Drogalcohol, vol. VII, n.º 3, Valencia.
30. FISHBURNE, P.; ABELSON, H.; CISIN, I. (1980): *National Survey on Drug Abuse: Main Findings*. National Institute on Drug Abuse. Rockville.
31. BOGANI MIQUEL, E.; GISBERT TIO, J.; BOGANI TRESCAZES, A. (1993): *Inducción al consumo de bebidas alcohólicas en niños menores de cinco años en la ciudad de Valencia*. Revista Española de Drogodependencias. Vol 18, N.º 1, pags. 15-25.
32. SEVA DIEZ, A. (1984): *Metodología en la investigación epidemiológica del alcoholismo*. Cátedra de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza.
33. BOGANI MIQUEL, E. (1992): *Alcoholismo y red asistencial psiquiátrica*. Congreso Fundacional de la Sociedad Española de Alcoholía Médica. S. E. A. M. Palma de Mallorca.
34. YAÑEZ, J. L.; DEL RIO, M. C.; ALVAREZ, F. J. (1990): *Alcohol y alcoholismo en España*. Adicciones, vol 1, n.º 3.
35. WHO (1986): *The respective roles of primary health care and specialized services in the development and implementation of programmes for problem drinkers: reporter on a WHO Working Group*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
36. JUNTA DE CASTILLA Y LEON (1987): *Drogodependencias. Informe y Recomendaciones del Comité de Expertos de Castilla y León en Drogodependencias*. Consejería de Bienestar Social. Valladolid.
37. APARICIO BASAURI, V. (1993): *Rehabilitación e integración, una cuestión abierta*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 131. Barcelona.

38. TEN HORN, G. M. M. Y COLS. (1988): *Patterns of mental health care in two european areas: Mauhern and Goningen.* Acta Psychiatr. Scandinavia.

39. ASOCIACION EX ALCOHOLICOS FERROLTERRA (1989): *Los expertos dicen, en Santiago, que la hospitalización debe ser el último recurso para los casos de alcoholismo.* Boletín Informativo, n.º 22. Ferrol.

40. FREIXA, F. (1990): *Reflexión de un clínico sobre el bebedor controlado.* Revista Española de Drogodependencias, Vol. 5, n.º 1. Valencia.

41. SAMPAIODA NOVOA (1992): *Inauguração de novo centro do tratamentos de alcoólicos.* Hospitalidade, Vol. 220/56. Instituto S. Joao de Deus. Telhal.

42. KOREMBAUM, S.; BURNEY, G. (1987): *Program Planning for alcohol free living centers.* Alcohol & World, vol 11/3. Alcohol, drug abuse and mental health Administration. Washington.

43. SCHMENNER, R. W. (1984): *Production/ operations management: Concepts and situations.* Science Research Associates.