

Reflexión de un clínico sobre el bebedor controlado

Freisa, F.

Médico. Especialista Neurología y Psiquiatría
Ex-Adjunto del Hospital Clínico Universitario (Barcelona)
Ex-Director del Dispensario de Alcoholismo
y Toxicomanías (P.A.N.A.P.-AISNA).
Cap de Secció i Director del Centre de Salut per a
Drogodependències (I.C.S. Generalitat Catalunya).
Ex-Secretario, Ex-Presidente y Ex-Delegado en Catalunya
de Socidrogalcohol.

Ponencia. — Intervenciones Terapéuticas: Alcoholismo.

XVIII JORNADAS SOCIDROGALCOHOL

7-8-9 diciembre, 1989

VALENCIA

RESUMEN

Se trata de contrastar la experiencia de una clínica y un equipo desde 1958 hasta 1989, frente a los supuestos bebedores "controlados".

El estudio comporta preguntas básicas, definitorias del alcoholismo, así como los variopintos modelos de consumo, oscilando del consumo lúdico mediterráneo al etilismo nórdico-anglosajón.

La conclusión excluye la posibilidad de "bebedores controlados" cuando nos encontramos con alcohólicos verdaderos, en base al estudio prospectivo de VAILLANT y la propia experiencia del equipo.

Considerar, con matices y reservas, el bebedor controlado puede suponer una buena operación comercial, pero no es una realidad clínica.

Resulta por demás sospechoso que las afirmaciones sobre el "bebedor controlado" coinciden con las manipulaciones de los "hobbys" alcohólicos de asociaciones —supuestamente científicas— que patrocinan dichas investigaciones, influyendo sobre la opinión pública e incluso a la propia O.M.S.

Palabras clave: Alcoholismo. Bebedores controlados.

RESUME

Il s'agit d'opposer l'expérience d'une clinique et de son équipe depuis 1958 jusqu'à 1989, par rapport aux prétendus buveurs "controlés".

L'étude comporte quelques questions de base, définissant l'alcoolisme, et aussi des modèles caricaturaux de consommation, qui oscillent de la consommation ludique méditerranéenne à l'éthylisme Anglo-Saxon du Nord.

La conclusion exclut la possibilité de buveurs "controlés" quand on se trouve avec de vrais alcooliques, sur la base de l'étude prospective de VAILLANT et sur l'expérience de son équipe.

Considérer, avec des nuances et des réserves, le buveur "controlé" peut supposer une bonne opération commerciale, mais ce n'est pas une réalité clinique.

En outre, il est quand même étrange que les affirmations sur les buveurs "controlés" coïncident avec les manipulations des "hobbys" ayant rapport avec l'alcool des associations —dites scientifiques— que ces recherches apuient exerçant une influence sur l'opinion publique et même sur l'O.M.S.

Mots clé: Alcoolisme. Buveurs "controlés".

SUMMARY

It's a question of facing up to the experience of a clinic and a medical team from 1958 untill 1989, opposite to the ostensible hard drinker "under control".

The research carries with basic questions, defining the alcoholism, and also the miscellaneous model of drugtaking, fluctuating between the ludic and mediterranean drug-taking and the Nordic and Anglo-Saxon alcohol intoxication.

The conclusion excludes the possibility of hard drinkers "under control" when we meet with real alcoholics, with regard to VAILLANT's prospective research and the medical team's experience.

To considerate, with touches and reserves, the hard drinker "under control" possibly involves a good comercial operation, but it is a clinic reality.

Moreover, it proves to be suspicious that the affirmations about the hard drinker "under control" coincide with alcoholic hobbys' manipulations —supposedly scientists— which sponsor those researchs, having an influence on public opinion and even on the W.H.O.

Key words: Alcoholism. Hard drinkers "under control".

Este trabajo es, como su título indica, un repaso de la experiencia en el tratamiento de pacientes alcohólicos "vívida" desde 1958 a 1989 y el intento de abordaje, dentro de las posibilidades técnicas y materiales de nuestro medio, de 3.937 pacientes alcohólicos atendidos desde 1970 a 1980 y el seguimiento de esta muestra en un 61% de los casos. (n=2222).

Y el impacto que en su momento produjo el artículo de Davies, D.L. 1962, sobre la posibilidad de la ingestión "normal" de bebidas alcohólicas por pacientes que habían sido diagnosticados de alcohólicos.

La evolución del proceso de reflexión sobre la posibilidad de la reiniciación de una ingesta normativa, ha tenido en cuenta además las referencias de los trabajos de Sobell y Sobell.

Para nosotros en el curso de todo este pro-

ceso fue fundamental el trabajo de Pendery, M.L. y cols., que no hizo otra cosa que confirmar los supuestos sobre la importancia en el seguimiento de casos y en el estudio de los mismos, de los factores socio-culturales, y de la necesidad imperiosa que para el seguimiento de patologías en las que intervienen dichos factores, los recursos hospitalarios, médicos y sanitarios que pueden llegar a conocer en profundidad el proceso evolutivo de un paciente cuando se incorpora a las supuestos de la normalidad de la vida cotidiana.

Es imprescindible, para la aprehensión de la realidad vital y existencial del paciente, utilizar recursos que en la Europa de la Comunidad se entienden como técnicas o formas de trabajo de Servicios Sociales y/o Bienestar Social y evidentemente todos los recursos controlados de la "autoayuda". La no utilización de estos recursos, coordinados en los

clásicos de la metodología sanitaria, han conllevado el alcoholismo a sesgos y desviaciones en las investigaciones que deben atribuirse más a la incapacidad de los profesionales sanitarios para coordinar sus seguimientos con los recursos sociales que, a nuestro modesto criterio, al supuesto: "falsificación interesada de la realidad".

Verdaderamente lo que tendría que decirse es, dificultad de los sanitarios, excesivamente medicalizados, de manejar y utilizar positivamente las técnicas de los Servicios Sociales en cualquiera de sus ramas.

Nos vamos a referir primero a la pregunta crucial que Pendery, M.L. y cols. se hacían en 1982 al referirse al informe de Sobell y Sobell: "¿Pueden los enfermos alcohólicos controlar sus ingestas de alcohol?". La ingesta controlada de alcohol se ha convertido desde hace unos años en una supuesta alternativa a la abstinencia, ofreciéndose como un objetivo apropiado en el tratamiento de pacientes alcohólicos.

Cuando en su momento Pendery, M.L. y cols. examinaron con atención el trabajo de Sobell y Sobell en el que se afirma que una parte estadísticamente significativa de pacientes alcohólicos con un proceso de "neuroadaptación" al alcohol, los alcohólicos denominados por Jellinek tipo gamma y también adictos o dependientes físicos, habían vuelto a beber normativamente.

La revisión de los trabajos del experimento de terapia de la conducta iniciado para el supuesto control reveló que la inmensa mayoría de los sujetos entrenados para controlar su ingesta de hecho habían fracasado. Muchos de ellos tuvieron que volver a ser hospitalizados un año o un año y medio después de haber sido dados de alta, con supuesto éxito, de aquel proyecto de investigación.

Cuando el seguimiento se prosiguió durante 10 años (1971-1981), de los 20 sujetos estudiados, uno podía considerarse como "bebedor controlado", teniendo en cuenta que en este caso no se había presentado ninguna manifestación clínica de abstinencia. Ocho de los casos continuaron con ingestas regulares o intermitentes en cantidades de riesgo, con lo que fueron apareciendo las manifestaciones o estigmas propios de estos casos.

Cuatro de ellos murieron como resultado directo o indirecto de la continuación de sus ingestas alcohólicas. Uno de los pacientes, al año del alta del proyecto de investigación, se encontraba afecto de un trastorno encefalopático alcohólico grave con incapacidad.

Y por último seis de ellos resolvieron su problema al mantenerse abstinentes y abandonar los supuestos del "bebedor controlado".

Si nos referimos a la investigación de Edwards, G. sobre los casos de Davies, D.L. (1962), este autor sigue los casos clásicos extendiendo su periodo de información durante 29-34 años, en este caso Edwards, G. tuvo necesariamente que emplear técnicas de Servicios Sociales clásicos y convencionales para conseguir localizar a la mayoría de casos. Esta investigación puso en evidencia que cinco de los sujetos experimentaron problemas importantes durante el seguimiento de Davies, D.L., que entre ellos cinco, si bien dejaron de ingerir alcohol, utilizaron fármacos psicotrópicos en dosis y forma que no debe dudarse en calificarse de vicariante. Sólo dos sujetos podían considerarse bebedores muy moderados normativos.

DISCUSION

Estos dos seguimientos a nuestro criterio evidencian tres tipos de puntos de controversia:

- a) Definición del caso.
- b) Estructura de la metodología de seguimiento.
- c) Necesidad de un clima de discusión científica abierta sin la presión de las bebidas alcohólicas como mercancía.

a) Definición del caso

Es evidente que en alcoholismo la definición de caso tiene una extraordinaria impregnación de supuestos socio-culturales, cuando en el DSM-III-R se aborda el problema del alcohol y en epígrafe 303.90 distingue entre dependencia y abuso del alcohol, realiza, como ya advierte Edwards, G. en el Memorandum OMS, una importante ceremonia de aceptación del supuesto que únicamente tiene sentido en una socio-cultura en la cual no existe la diferencia abismal, manifiesta en las culturas vitivinícolas, entre bebidas alco-

hólicas y “drogas”. Es evidente que un “uso continuado, a pesar que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la substancia en situaciones en que éste es físicamente arriesgado (por ejemplo, conducir estando intoxicado)”, o el apartado 4 de la dependencia de las substancias psicoactivas o el apartado 6 del mismo epígrafe inducen a todos unos mecanismos problemáticos de definición. Además la comparación entre un uso lúdico, dionisiaco o báquico de bebidas alcohólicas puede contribuir a hablar o definir casos de alcohol absolutamente distintos.

Es evidente que nadie, excepto en los últimos años, era atendido clínicamente en nuestro país por embriagueces intercurrentes antes de los 25 años, siendo atendido hospitalariamente por las consecuencias clínicas, en la mayoría de ocasiones traumáticas, de la intoxicación aguda (accidente trabajo, accidente circulación urbana, de carretera o participación en una fiesta popular).

Nuestros casos son, evidentemente, casos establecidos en los cuales las manifestaciones comportamentales y de salud física tienen casi siempre una correlación. Nosotros tenemos la impresión, cuando leemos casos y trabajos, en especial, de Estados Unidos, comparándolos con los de Canadá y Gran Bretaña, por ejemplo, de que diferentes autores informan sobre aspectos de diferentes tipos de alcohólicos.

Si entramos en intentar conceptualizar qué se entiende por “beber normalmente”, inmediatamente entrarán en nuestro medio consideraciones de edad, lugar y sexo, y al evaluar “medio” no hay duda que existen dentro de la propia península criterios de normalidad radicalmente diversos.

En los casos de Davies, G., se evidencia, ya en aquel entonces, que “beber normalmente”, pero tomar, anormalmente, tranquilizantes o antidepresivos constituía para muchos alcohólicos una simple forma vicariante de ingerir bebidas alcohólicas.

No hay que olvidar que cualquier reducción del consumo, del ritmo de ingestión y de una menos graduación de la bebida alcohólica ingerida lleva a una mejoría.

b) Estructura de la metodología de seguimiento

Los métodos convencionales en medicina y sanidad de seguimiento de casos se basan en la experiencia del siglo XVIII y XIX, en el abordaje de las enfermedades infecto-contagiosas y esta metodología, aún vigente en la práctica en dos tercios de la humanidad, requiere unas nuevas bases técnicas cuando los estudios se realizan en las sociedades de desarrollo consumista. En estas sociedades, además del impacto de las bebidas alcohólicas como mercancía, la existencia de la Seguridad Social y los sistemas de atención sanitaria a cargo del Estado, han modificado substancialmente la aproximación del paciente a su médico, a la institución hospitalaria y al dispensario o ambulatorio. Esta modificación ha conllevado un cambio en la estructura de las relaciones paciente-estructuras sanitarias que han cambiado radicalmente los cauces de la obtención de la información. Incluso, una enfermedad infecto-contagiosa como el SIDA, obliga, excepto en los casos finales y clínicamente patentes para el propio estudio epidemiológico, a recurrir a instrumentos de la percepción de la realidad social, como pueden ser las asociaciones de autoayuda para adictos a opiáceos por vía endovenosa o a los movimientos de tipo gay, etc. En realidad, pues, las tecnologías y las metodologías de seguimiento precisan del abordaje imaginativo de Servicios Sociales y sus técnicas, puesto que es conocido por diversos trabajos que no vamos a citar aquí que el cumplimiento de la simple prescripción médica es algo mucho más complejo que lo que el inocente prescriptor, confiando en la “autoridad médica”, supone.

c) Necesidad de un clima de discusión científica abierta sin la presión de bebidas alcohólicas como mercancía

Para intentar desarrollar este último punto es necesario resumir, aunque sea brevemente, los trabajos de Vaillant, G.E. en los cuales se intenta contestar una serie de supuestos que aún están vigentes en nuestro medio y que, dadas las características socio-culturales de integración de las bebidas alcohólicas, las respuestas de dicho autor son sugestivas para el

nuestro, pero sujetas a una reflexiva revisión.

Cuando Vaillant, G.E. sigue una muestra de "universitarios" americanos desde su infancia, como representantes de la clase media, hasta los 40-50 años de edad y a una muestra de la "clase obrera" hasta los 40 años y a una muestra de "alcohólicos clínicos", lo hace para contestarse siete preguntas, cuya respuesta es crucial para entender el síndrome de dependencia alcohólica, condicionado por los factores socio-culturales. Las siete preguntas son las siguientes:

1. ¿El alcoholismo es un síntoma o una enfermedad?
2. Si es una enfermedad, ¿es progresiva?
3. ¿Son pre-mórbidamente los alcohólicos distintos de las otras personas?
4. ¿Están los alcohólicos abstinentes peor que cuando bebían?
5. ¿Es posible para los alcohólicos volver a beber asintomáticamente?
6. ¿Cómo altera la intervención clínica la evolución de la historia natural del alcoholismo?
7. ¿Cuál es la relevancia de las asociaciones de autoayuda?

Intentar contestar a estas preguntas lo fundamenta el autor en el estudio de la historia de vida de 600 hombres "normales"; 200 hombres socialmente privilegiados (universitarios); 400 hombres no privilegiados de clase trabajadora, todos ellos seguidos hasta la edad media de la vida (antes de cumplir los 50 años) y una muestra de 100 alcohólicos que estuvieron o hubieran estado hospitalizados que el autor califica como "alcohólicos clínicos". Se insiste que las respuestas a las 7 preguntas planteadas no son definitivas, pero, dada la metodología de la investigación y las características del estudio, son lo menos equivocadas posible.

1. El alcoholismo: ¿Síntoma o enfermedad?

Es evidente que, incluso en Estados Unidos, existe un elevado número de personas usuarios esporádicos de bebidas alcohólicas, sin llegar a la intoxicación o embriaguez, que en el curso de los años, por lo menos allí, aún reducirá más su ingesta o la abandonarán totalmente. Otros pasarán un periodo de su vida con **problemas con el alcohol**, pero ce-

sarán la ingesta a consecuencia de estos problemas y la reanudarán para formar parte del gran grupo bebedores normativos de ingestas de alcohol inferiores a 70-80 gramos por día, o engrosarán en los Estados Unidos a la mayoría de la población a partir de los 45-50 años prácticamente abstemia o bebora excepcional de pequeñas cantidades una o dos veces al año.

Vaillant, G.E. acepta como probable que la denominada "pérdida de control" puede no ser un criterio absolutamente necesario ni suficiente, pero en el grupo de individuos que van experimentando sucesivos problemas en relación a la ingesta de alcohol, ésta se transforma en un "continuum" y finalmente, sean cuales sean las diferencias individuales, los consumidores se expresan con un modelo común, que hace difícil un diagnóstico equivocado. Insiste: "una razón, para definir el alcoholismo como un desorden que afecta a la propia vida, en la observación documentada, en el estudio **prospectivo** de que aquellos alcohólicos que han conseguido una abstinencia estable no eran psicológicamente más sanos que aquellos en los que ha proseguido un curso más crónico". Dicho en otras palabras, un estudio prospectivo no sugiere en ninguna forma que la relación patológica con el alcohol sea un síntoma de los estratos profundos de la personalidad.

2. ¿Es el alcoholismo una enfermedad progresiva?

La contestación a esta pregunta tiene sesgos socio-culturales. Vaillant se plantea que si la discusión se refiere a personas que han sido detenidas por embriaguez, antes de los 30 años de edad, o han sido sancionados por haber conducido vehículos a motor en estado de intoxicación, lo que planteamos es otra cuestión que si hablamos de individuos que han sufrido diversas recaídas al intentar abandonar la ingesta —independientemente de si han sido sancionados por la policía o judicialmente— ingresados en hospitales o clínicas para alcohólicos y que progresan en la ingesta de alcohol.

Cuando el autor se refiere al seguimiento de los 100 "alcohólicos clínicos" sólo 24 de los 100 seguían viviendo y bebiendo, el resto

habían muerto excepto 16 que se mantenían abstinentes.

Una vez desarrollado, el alcoholismo es un desorden persistente y continuado con resultados muy comunes para todos, muerte directa o indirecta relacionada con la ingesta de bebidas alcohólicas o abstinencia. Vaillant demuestra, además, que el progreso en la ingesta se detiene en ocasiones “espontáneamente” en un 10% ó 15% de casos a consecuencia de una problemática laboral, policial o judicial.

Es muy importante tener en cuenta que existe un tipo de sujetos que durante su juventud utilizaron el alcohol como alterador de la conciencia, para modificarla o obnubilirla, y para, en Estados Unidos, ser capaces de comportamientos fuera del marco de los patrones sociales admitidos. Una importante muestra de este tipo de bebedores que pueden referirse —en Estados Unidos— a los criterios de “abuso de alcohol” (DSM-III-R) no evolucionaron a “alcohólicos clínicos”. Un número significativo de casos fallecieron en accidente de conducción, otros —menos— en accidente de trabajo, un número reducido quedan incapacitados; pero la mayoría de ellos ocuparon dos segmentos de población definidos, en los adultos norteamericanos, o de bebedores moderados (ingestas menores de 70-80 gr/día a partir de los 30 años) o el grupo de abstemios o casi abstemios (bebedores de cantidades simbólicas, 1 ó 2 veces al año).

Llegar a la condición de “alcohólico clínico” puede tardar de 5 a 30 años en Estados Unidos.

Los alcohólicos jóvenes con intoxicación o embriaguez no necesariamente tienen que evolucionar a la patología del “Síndrome de dependencia alcohólica”.

Vaillant, como ya había sugerido anteriormente, afirma que en un importante número de abstemios norteamericanos incluye de hecho: “a muchos alcohólicos que han descubierto que ellos **no pueden beber con tranquilidad**” y se añaden al denominado grupo de remisión “espontánea del proceso”.

3. ¿Son pre-mórbidamente los alcohólicos distintos de las otras personas?

Para nosotros la investigación de Vaillant

es muy sugestiva, puesto que la discusión sobre las diferencias socio-culturales y los prejuicios que ello representa para el investigador son manifiestos y expresados en forma patente. Para Vaillant, los futuros alcohólicos, en Estados Unidos, pertenecen preferentemente a grupos étnicos que toleran la borrachera en el adulto, a pesar de los supuestos moralistas, pero que no fomentan en los niños ni en los adolescentes aprendizajes de uso de bebidas alcohólicas o de baja graduación o “rebajadas” en ceremonias y festividades familiares. Este argumento, evidente en Estados Unidos, requiere una concienzuda y futura investigación en los países vitivinícolas mediterráneos, en los cuales el aprendizaje precoz de la ingesta de bebidas alcohólicas en ceremonias y festividades familiares, en niños y adolescentes, no evita que la incidencia y prevalencia de las consecuencias negativas del uso de las bebidas alcohólicas sean superiores a las de los Estados Unidos.

Además de estas consideraciones, teniendo en cuenta, según el mismo Vaillant señala, que la mayoría de padres y abuelos de sus muestras nacieron en países anglosajones o nórdicos europeos y que en la mayoría de ellos, en el caso de los “alcohólicos clínicos”, parecen existir ascendientes alcohólicos. En estos casos, las posibilidades de ser abstemio durante toda la vida por razones del entorno aumentan significativamente.

En la investigación de Vaillant hay algo mucho más sorprendente, especialmente para la mentalidad médica acostumbrada a los estudios retrospectivos y no a los **prospectivos**: “La mayoría de futuros alcohólicos no aparecen, en términos de estabilidad psicológica, diferentes de futuros bebedores asintomáticos”... “al descartar infancias infelices, pertenencia familias multiproblema, depresión y ansiedad, como causalidades de mayor peso en la etiología, no quisiera negar la importancia que estos factores pudieran tener en el alcoholismo, pero éstos empeoran en cualquier enfermedad de evolución crónica” (Vaillant, G.E.).

La investigación prospectiva demostró que las variables más destacables eran:

La cultura de grupo en referencia a las bebidas alcohólicas y el **alcoholismo familiar**

eran lo más significativo en el riesgo de padecer alcoholismo. Como lo era el antecedente cosanguíneo alcohólico a pesar de una familia estable; estadísticamente los sujetos que tenían esta condición presentaban **cinco** veces más posibilidades de desarrollar un alcoholismo crónico que aquellos sujetos con familias con multiproblemas graves o definidos.

Los estudios retrospectivos insisten en relacionar las dificultades de la relación con el alcohol con trastornos psicológicos previos.

Prospectivamente las manifestaciones de conflictos relacionados con la ingesta de alcohol eran siempre anteriores al “trauma psicológico” o “abuso reactivo”. Vaillant dice: ... “En otras palabras, una vida difícil era rara vez una razón mayor para que alguien desarrolle una dependencia al alcohol.” Y añade: “los alcohólicos a menudo provienen de hogares rotos, debido al abuso del alcohol de los padres, pero los hogares rotos no causan alcoholismo; y los alcohólicos presentan selectivamente trastornos de la personalidad como consecuencia, no como causa, de su abuso del alcohol. Aunque la conciencia puede ser soluble en alcohol, un uso fuerte de alcohol no alivia la ansiedad y la depresión, tanto como el propio alcohol provoca depresión y ansiedad”.

4. ¿Es el tratamiento peor que la enfermedad?

Es evidente que el estudio **prospectivo** y el seguimiento de los “alcohólicos clínicos” (n=100) permite contestar que “**nunca**”. El estudio **prospectivo** (n=200), los “universitarios” que llegan a la abstinencia y la **mantienen**, ésta no conlleva a la depresión o la marginación o aislamiento social, que sí eran manifestaciones presentes y significativas durante las ingestas alcohólicas con problemas.

“Cuando un grupo de alcohólicos con remisión de sus síntomas se comparaba con alcohólicos en activo, sistemáticamente la abstinencia aparecía fuertemente asociada a la satisfacción subjetiva y a la adaptación social objetiva” (Vaillant, G.E., pág. 312).

En los “alcohólicos clínicos” y en los “obreros”, la adaptación social y la vivencia subjetiva de “felicidad” eran —estadísticamente— de una significación llamativa y pre-

dominante en relación a los usuarios de bebidas alcohólicas con conflicto.

“Aunque alcanzar un mejor ajuste que el inicial parece requerir años de convalecencia, no meses, es de destacar que para los alcohólicos recuperados la calidad del ajuste social eventual no puede ser evaluada, con garantía, durante los **dos primeros años de abstinencia**.” (Vaillant, G.E., pág. 313).

Por otra parte, en la muestra de “obreros” (n=400) en un número significativo de casos, y con una **dependencia severa**, la abstinencia estable se mantuvo, después de una grave experiencia, en la que se combinaron factores emocionales con riesgos sociales (abandono por parte de la esposa y familia, despido laboral, conflicto familiar y detención por embriaguez e intervención policial-judicial, etc.). Esta abstinencia “espontánea” —sin otro tipo de tratamiento— se dio con mayor frecuencia en los alcohólicos con graves trastornos sociales, y más jóvenes (antes de los 40-45 años) que en la muestra de ciudadanos “privilegiados” (universitarios) que se seleccionaron por su supuesta “salud mental”.

Dadas las características del modelo técnico norteamericano, y sus particulares sesgos socio-culturales y la actual actitud de supuesta “moral científica” de algunos investigadores británicos, añade que: “no desea defender que la abstinencia “per se” es buena para cualquiera” —¿a tanto llega el poder de las multinacionales?, nos preguntamos—, pero sí afirma que una relación patológica con las bebidas alcohólicas es siempre algo negativo, tormentoso y doloroso, añadiendo que la recuperación es imposible si se continúa bebiendo.

5. ¿Es posible para los alcohólicos volver a beber asintóticamente?

A nuestro criterio, el capítulo 5 del libro de Vaillant es el más inteligente y a la vez más resbaladizo. Por una parte distingue entre los “abusadores del alcohol” y los alcohólicos “reales”, que nosotros hemos traducido como **verdaderos**. Para él, aquellos que han presentado “pautas de conducta desestructuradas”, y aquellos que habían expresado claramente su incapacidad para el autocontrol, por su propia experiencia espontánea, o sea, los que

habían vivido “la pérdida de control” (los of control, pág. 314) llegar nuevamente a ingerir bebidas alcohólicas, cualesquiera que sea su graduación, es imposible.

Añade: ...“los alcohólicos de mediana edad que habían precisado tratamiento de desintoxicación, (que) intentaron reiniciar la ingesta, su situación fue análoga a la de conducir un automóvil sin rueda de recambio, el desastre generalizado fue sólo cosa de tiempo” (Vaillant, G.E., pág. 315).

Quando un alcohólico ha llegado a establecer con el uso de las bebidas alcohólicas y sus efectos una firme relación comportamental y social, es decir un proceso de “neuroadaptación” y requiere tratamiento —como es el caso del 98% de nuestros clientes— “volver a beber sin síntomas es la excepción, no la regla”.

6. ¿Cómo altera la intervención clínica la evolución de la historia natural del alcoholismo?

Es conocido que prolongados ingresos hospitalarios, a menos que estén indicados por importantes manifestaciones físicas de la dependencia de las **bebidas alcohólicas** (cirrosis, pancreopatía, miocardiopatía, etc.), pocas veces modifica la evolución de la historia natural del alcoholismo.

Tener, en un recurso hospitalario convencional, en los recursos de Atención Primaria, sanitaria y/o sociales, profesionales cualificados en alcoholismo, se ha considerado en los países con sistemas de Seguridad Social estanzados antieconómico y se ha tendido a repetir incesantemente, por ser económico-políticamente justificativos para el “sistema”, las afirmaciones de Mc Cance, C. y Mc Cance P.F. en 1969.

Significaba ahorrar presupuesto y preparación de personal, pero cuando aparece como socioepidemiológicamente significativo, por sus repercusiones sobre la “seguridad ciudadana”, el fenómeno “heroínomanía”, de mucha menor incidencia y prevalencia que el **alcoholismo**, aparecen como setas los centros públicos y privados para programas exclusivos para heroínómanos, evidenciándose que, una vez más, la discriminación entre recursos para alcohólicos y para otros drogadictos no era técnica sino impregnada de prejuicios so-

cio-culturales de los planificadores y de presiones sobre las administraciones de los “lobys alcohólicos”. Vaillant, muy suavemente, expresa con claridad que si bien el tratamiento médico puede proporcionar atención de urgencia, “cobijo, desintoxicación y comprensión”, hasta que se asuma, por parte del paciente, el proceso de autotratamiento no se resolverá el conflicto. Pone especial énfasis en indicar que asumir este proceso no es exclusivamente una capacidad del paciente, sino una de las técnicas motivacionales de centros competentes.

La dedicación, el esfuerzo del médico, la disposición del propio paciente, en determinadas circunstancias, como sucede en otras patologías, que requieren modificación de **hábitos condicionados**, son positivos. Estudiando las cohortes de alcohólicos, en un 10-20% casos en una primera intervención en relación al nivel de competencia del centro y las características de la muestra se obtienen buenos resultados. En el caso de reanudarse los conflictos, repetir la relación con el centro, en un año un 2-3% **más**, consiguen estabilizarse.

En medicina, las recidivas o recaídas no deberían desmotivar al médico, y contrariamente deberían motivarle para colaborar con otros profesionales implicados.

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

Estimular la estabilidad social y la abstinencia sostenida en nuestros alcohólicos, como en los alcohólicos “verdaderos o reales” norteamericanos, es un trabajo médico, psicológico y de los Servicios Sociales, que requiere cualificación profesional adecuada.

Vaillant opina que, en Estados Unidos, la recuperación está asociada al descubrimiento por parte del paciente alcohólico de:

1. Una dependencia (psicológica) sustitutiva.
2. Reminiscencia o recuerdos externos (disulfiram o dolor de una úlcera péptica) no gratificantes, negativos o aversivos, de la ingesta de bebidas alcohólicas.

3. Incremento de los recursos polivalentes de soporte social.
4. Una fuente de inspiración, que haga al sujeto capaz de un relanzamiento de la autoestima, dadas las características socio-culturales de Estados Unidos; Vaillant indica "como podría ser una actividad religiosa".

En este aspecto, sugiere como responsable en Estados Unidos a la organización alcohólica anónimos (A.A.).

A nuestro criterio, dadas nuestras condiciones socio-culturales, añadiríamos a estos puntos los siguientes datos:

1. La **dependencia substitutiva** tiene que reunir características socio-culturales "positivas", no debe ser psicofarmacológica —tendencia de los psiquiatras clínicos al empleo de ansiolíticos o antidepresivos— ni sustituir unas relaciones familiares, sociales, grupales, deportivas, etc., iniciadas con **anterioridad** al proceso del "alcoholismo clínico".

Esta dependencia substitutoria debe saber manejarse en los Grupos de Discusión Terapéutica, que, con los datos de Vaillant en la mano, deban ser de más de dos años de duración.

La vehiculación de esta relación de **dependencia substitutoria** al aumento de los vínculos emocionales de pareja, familiares y sociales contribuirá a facilitar los supuestos del punto 3.

2. Este recuerdo aversivo no tiene que prolongarse a nuestro criterio más allá de la **terapia formal**, tanto en el caso del disulfiram como en la úlcera péptica dolorosa con la ingesta.

El riesgo de "victimismo" del paciente es tan peligroso para una adaptación positiva ulterior como el de la pareja o familiares; a nuestro criterio es un periodo a superar, en lo posible.

3. Es el núcleo del proceso de tratamiento una vez superado el primer periodo de abstinencia, dependencia substitutoria positiva y sus reminiscencias aversivas.

Los recursos sociales son polivalentes y a todos los niveles para la autoestima y el "crecimiento" personal. Existe un riesgo, que los socioterapeutas tienen que evaluar y controlar, la "psicopatización patoplástica", tan fre-

cuente en pacientes alcohólicos recuperados con gran esfuerzo.

4. La capacidad del propio Grupo de Discusión Terapéutica y los mecanismos y recursos del punto 3 son importantes en el diseño de toda estrategia integral de tratamiento. Pensamos que en la Europa del Sur, el modelo A.A., de profunda raíz anglosajona y de reminiscencias, evidentes, de la vieja discusión sobre la Gracia, de las denominaciones protestantes, es uno de los recursos, pero **no** el recurso.

Nosotros no planteamos, pues, un abordaje exclusivo de A.A., sino un aspecto más general, capaz de ofrecer otras alternativas **también**.

7. ¿Cuál es la relevancia de las asociaciones de autoayuda?

Que los aspectos socio-culturales son muy importantes, lo expresa Vaillant cuando manifiesta que la muestra de "universitarios" o de "obreros", con status y estrato muy diferente, se recuperaron, controladamente, en A.A. por igual.

Pero si el estudio de casos tratados se realiza con los "alcohólicos clínicos", la recuperación es mucho más evidente en aquellos que acuden a Centros Técnicos.

Dadas las características de "alcohólicos clínicos", la inmensa mayoría de clientes de nuestros centros, no existe ninguna duda que la creación en su día de Grupos de Discusión Terapéutica y de Asociaciones era técnicamente correcta.

Un tema importante es hasta qué punto, para que un paciente alcohólico, su familia, etc., para encajar en cualquier sistema de "autoayuda" o incluso con anterioridad a un Grupo de Discusión Terapéutica precisen, y en qué medida, de los técnicos, como nosotros pensamos.

En el curso de los últimos 10 años, los técnicos no se han formado para manejar y cooperar con asociaciones de autoayuda, nacidas como resultado de una actividad socioterapéutica técnica previa, sino que se han visto nacer asociaciones —surgidas como resultado de la desidia de las administraciones— que han financiado a sus propios técnicos.

La vinculación contractual y económica de los técnicos a asociaciones nacidas "espontá-

neamente” para constituirse en centros de tratamiento constituye, a nuestro criterio, el centro de la vorágine del conflicto actual técnicos-asociaciones.

Todo técnico que por una especial formación profesional no sea capaz de enfrentarse —valga la redundancia— técnicamente con las asociaciones y cooperar con ellas, las conducirá inexorablemente por las más elementales leyes sociológicas del asociacionismo subvencionado, a un constructo de aislamiento prepotente, semejante al antecedente de A.A.

El miedo de los médicos, psicólogos, asistentes sociales, A.T.S. etc., a los “veteranos” abstinentes y su rechazo en hospitales, centros de tratamiento, ambulatorios, etc., no hará otra cosa que aumentar su “patoplastia psicopática” y desvirtuar, al hacer inoperantes, los recursos de detección, captación, soporte, diagnóstico social y socioterapia de cualesquiera que sea la asociación de autoayuda que no se considere en sí misma “onfática”.

Corolario final

De todos los datos a nuestro alcance y de la experiencia clínica empírica citada se puede inducir que:

En las sociedades industrializadas-consumistas en las cuales las bebidas alcohólicas constituyen uno de los elementos económicos-financieros a considerar la prevención que los sanitaristas adjetivan de primaria y nosotros consideramos **básica** es imposible. En los países vitivinícolas esta consideración se agrava por el soporte antropológico-cultural que auspicia el consumo.

En los casos **clínicos** establecidos —los únicos que consultan o llegan a los Servicios Médico-Sociales— nuestra capacidad para modificar o alterar el curso del alcoholismo primario o enfermedad alcohólica o síndrome de dependencia del alcohol es muy baja, a menos que incorporemos como recurso terapéutico la socioterapia de la **experiencia** —vital o existencial— del propio afectado y su grupo de pertenencia (asociaciones de “autoayuda”).

La capacidad de los equipos multidisciplinarios técnicos, en el empleo de los recursos socioterapéuticos de la “autoayuda”, es una

prueba de la madurez de los mismos. No enfrentarse o no sentirse capacitado para su empleo es aceptar que, en la actualidad, la estructura médico-sanitarista estricta no parece efectiva en el control del proceso natural curativo del alcoholismo.

El mejor conocimiento, en el futuro, de los procesos de la evolución **natural** del alcoholismo, es decir, de **todas** las variables de la “**neuroadaptación**” y la **sociopatología** que condicionan a la enfermedad, podrá mejorar los mecanismos de intervención y control, situando a cada profesional (médico, psicólogo, A.T.S., asistente, social, otros profesionales de la sanidad o de los Servicios Sociales y/o Bienestar Social, Enseñanza, etc.) en el papel específico que puede realizar en relación a la propia enfermedad y los aspectos socioterapéuticos de la “**autoayuda**” o en la prevención.

El alcoholismo, como trastorno, enfermedad o condición, es el resultado del uso de las bebidas alcohólicas en una sociedad dada, que se expresa no sólo por la evolución natural de dicha condición, sino también por las **consecuencias** tóxicas de dicha evolución.

La incidencia y prevalencia de los trastornos funcionales o anatomopatológicos, consecuencia de esta evolución natural del alcoholismo, constituyen factores a tener en cuenta como: hepatopatías, gastropatías, hemopatías, etc.

El uso de bebidas alcohólicas condiciona, además, por su aspecto tóxico, el síndrome fetal (S.A.F), y por su capacidad de alterar los mecanismos neurofisiológicos de forma rápida, la aparición de alteraciones neuroconductuales agudas. Bajo los efectos, **aparentes o no**, de dicha intoxicación, las circunstancias ambientales condicionan parte del riesgo. Si el sujeto participa en una actividad lúdica y después **duerme** su intoxicación, los riesgos son mínimos; si participa en dicho estado agudo, esporádico y no persistente, en determinadas actividades sociales —conducción de vehículos a motor, trabajo o profesión, participación continuada en actividades lúdicas con reingestión, etc.—, las posibilidades de: accidente laboral o en carretera, agresividad, violencia en discotecas o fiestas, etc. —estadios de fútbol, peleas, etc.— aumentan

proporcionalmente al número de usuarios de las bebidas alcohólicas.

Los jóvenes-preadolescentes, adolescentes y jóvenes propiamente comprendidos aproximadamente entre los 14 a 25/30 años constituyen la población, por las condiciones socio-culturales y económico-sociales de dicho segmento de individuos, la muestra más expuesta al uso consumista y de riesgo de bebidas alcohólicas, de una manera aguda, esporádica, pero de forma periódica: final de semana, fiestas populares comercializadas (discotecas, procesión "borrachos" de Cuenca, San Fermín de Pamplona, Patum de Berga, concierto de pop-rock-Heavy, etc.).

En estos bebedores agudos, esporádicos y periódicos, que asocian su ingesta a factores del medio, citados con anterioridad, es evidente que la forma accidental y periódica de la ingesta y su edad les hace difícilmente incluíbles en el capítulo de "alcohólicos clínicos" o dependientes del alcohol, o —como dice Vaillant— en los "alcohólicos reales". Es probable que si dichos sujetos no fallecen en la carretera, por accidente de trabajo o en peleas, etc., las consecuencias de estas conductas; intervención policial-judicial en el accidente de carretera; de los organismos laborales correspondientes o de las características judicial-penales de una pelea, permitan a estos usuarios del alcohol con embriaguez manifiesta o no, pero intoxicados, **sin dependencia**, ni mecanismos **persistentes** de "neuroadaptación", ni conducta prioritaria de uso de las bebidas alcohólicas, y que la ingestión va asociada a la **participación** en el grupo o a presiones ambientales, sea posible **volver a beber sin síntomas**, como sucede espontáneamente en una inmensa mayoría.

Quizá ello pueda conseguirse —evitando los grandes riesgos de la intoxicación de estos jóvenes— con mayor presteza y prontitud, con un programa de **bebedor controlado**, que no esperando que pautas desestructuradas de bebedor evolucionen **espontáneamente** a la ingestión moderada y controlada. Contrariamente, cuando los programas de "bebedor controlado" se han aplicado a "**alcohólicos clínicos**", de mediana edad —40 a 50 años aproximadamente— que han vivenciado la "pérdida de control", que han intentado —espontáneamente— durante largos pe-

riodos de su ingestión prioritaria de bebidas alcohólicas, el autocontrol y la abstinencia, el cambio de bebidas de mayor a menor graduación, etc., como hemos visto en los casos **seguidos** de Sobell and Sobell, y Davies, como dice Vaillant, "el desastre sólo es una cuestión de tiempo".

El alcoholismo produce un enorme sufrimiento y no ofrecer o intentar un tratamiento porque no conocemos una metodología terapéutica unívoca y eficaz, sería como no tratar a los hipertensos, a los diabéticos o a los neoplásicos, no intentar un tratamiento de supervivencia con una cierta calidad de vida.

Todos los alcohólicos tratados mejoran durante meses o años, como demuestran todos los seguimientos de casos, a pesar de no obtenerse una **curación** en muchos de ellos. Siempre se reduce el sufrimiento e incluso la mortalidad.

Si, como insiste Vaillant, nos acercamos a los **hechos** y no a las ilusiones médico-sanitarias exclusivas, podremos en un futuro aprender los procesos que conducen a la condición de **alcohólico** y modificarlos.

No hay duda que si un subproducto del uso de las bebidas alcohólicas es: el **alcoholismo** clínico, el S.A.F y la accidentabilidad por carretera, como ejemplos destacados. La futura prevalencia de estos conflictos sólo podrá reducirse por una disminución significativa de la "exposición" global al consumo de las bebidas alcohólicas.

Sólo una educación preventiva, con la participación activa de la **institución escolar**, podrá hacerlo posible, dado el evidente fracaso desde principios de siglo de la educación sanitaria convencional en el campo del alcoholismo y de otras drogodependencias.

Una legislación informada puede modificar determinados factores de riesgo, pero sólo cuando la población general y en especial los jóvenes estén sensibilizados y se les hayan ofrecido, en los "medios de comunciación social" y en la **sociedad real**, alternativas constructivas y lúdicas al uso tóxico-agudo de las bebidas alcohólicas.

Las propuestas —ilusorias— en determinados países de favorecer el consumo de bebidas de baja graduación (cerveza, vinos) y auspiciar un política de impuestos elevados para los destilados, no parecen, dadas las caracte-

rísticas actuales del aumento del consumo mundial de todas las bebidas alcohólicas y los intereses de las compañías transnacionales o multiestatales, que tenga ninguna perspectiva de éxito.

Los análisis de los costes sociales del alcoholismo y el estudio —serio y no sesgado por los intereses— bebidas alcohólicas-mercancía, un tanto globalmente como individualizado, demuestran que las inversiones en tratamiento son **siempre coste-efectivas**, cuando el programa de tratamiento es **integral y global**. Coordinación de recursos sociales y sanitarios.

La discusión sobre la necesidad imperiosa de centros especializados ambulatorios y de unidades de alcoholología capaces de integrar socioterapéuticamente los recursos de la “autoayuda” sería objeto de otro debate.

BIBLIOGRAFIA

- FREIXA F.; ERRA, N.; GALÍ, M. y Cols. (1985). *Tratamiento de la enfermedad alcohólica*. JANO, n.º 656-M, 18-29-VI, pp. 36-41.
- DAVIES, D.L. (1962). *Normal drinking in recovered alcoholics addicts*. Q.J. Stud. alcohol, 23, pp. 94-104.
- SOBELL, L.C. (1976). *The validity of self-reports: Toward a predictive model*. Unpublished doctoral dissertation. University of California, Irvine.
- SOBELL, L.C. (1978). *Critique of alcoholism treatment evolution*. Behavioral approaches to alcoholism, Rutgers Center of alcohol studies.
- SOBELL, L.C.; MAISTO, S.A.; SOBELL, M.B. y col. (1979). *Reliability of alcohol abusers' self-report of drinking behavior*. Behaviour research and therapy.
- SOBELL, L.C. and SOBELL, M.B. (1975). *Outpatient alcoholics give valid self-reports*. Journal of nervous and mental disease, 161, pp. 32-42.
- SOBELL, L.C. and SOBELL, M.B. and VANDERSPEK, R. (1979). *Relationship between clinical judgment, self-report and breath analysis measures of intoxication in alcoholics*. Journal of consulting and clinical psychology.
- SOBELL, M.B.; MAISTO, S.A.; SOBELL, L.C. y Cols. (1979). *Developing a prototype for evaluating alcohol treatment effectiveness*. Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness. Pergamon, N-Y.
- SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C. (1972). *Individualized behavior therapy for alcoholics: Rationale, procedures, preliminary results and appendix*. California mental health research monograph, n.º 13.
- SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C. (1973). *Individualized behavior therapy for alcoholics*. Behavior therapy, 4, pp. 49-72.
- SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C. (1973). *Alcoholic treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome*. Behavior research and therapy, 11, 599-618.
- SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C. (1976). *Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results*. Behavior research and therapy, 14, 195-215.
- SOBELL, M.B. and SOBELL, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking*. Plenum Press, New York.
- SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C. and SAMUELS, F.H. (1974). *Validity of self-reports of alcohol related arrests by alcoholics*. Quarterly journal of studies on alcohol, 35, 276-280.
- PENDERY, M.L.; MALTZMAN, I.M. and WEST, L.J. (1982). *Controlled drinking by alcoholics? New Findings and a reevaluation of a Major affirmative study*. Science, 217, n.º 4.555 (9-VII), 169-175.
- O.M.S. (1982). *Nomenclature et classification des problemes liés à la consommation de drogue et alcool*. Memorandum O.M.S. Bulletin O.M.S. 60 (4), 499-520.
- EDWARDS, G. (1985). *A later Follow-up a classic case series: D.L. Davies's 1962 report and its significance for the present*. J. stud. Alcohol, 46, n.º 3, 181-190.
- CAVANAGH, J. and CLAIRMONTE, F.F. (1985). *Alcoholic Beverages, dimensions of corporate power*. Crom-helm, London.
- A.P.A. (1988). *DSM-III-R*, Masson, Barcelona.

- SAN MARTIN, H. y cols. (1985). *La crisis mundial de la salud. ¿Salud para todos en el año 2000?* 2.^a Ed. Ciencia-3. Madrid.
- SILVERMAN, M.; LEE, R.P. (1983). *Pildoras, negocio y política*. Siglo XXI, México.
- VAILLANT, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Massachusetts-U.S.
- MASFERRER, J.; SALA, LL. (1986). *Epidemiología del alcoholismo en España*. V Reunión del F.I.S.S. Barakaldo (Euskadi) (Fotocop.).
- FREIXA, F. (1988). *Alcoholisme: aspectes econòmics i socials que faciliten la seva expressió psico-social*, pp. 27-53. En *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Diput. Barcelona.
- FREIXA, F.; COSTA PAU, R. y MASFERRER, J. (1989). *Area 5: Alcohol i Alcoholisme*. Master en Drogodependències, Univ. Barcelona, (ofsset). Secció Drogodependències, ref. 94.
- SELVAGGIO, K. (1984). *Bottles Up Alcohol Study*, W.H.O. Int. J. Health Services, 14, n.º 2.
- McBRIDE, R.; MÖSHER, J.F. (1985). *Public Health implications of International Alcohol Industry. Issues raised by a W.H.O. project*. British J. Addiction, 80.
- McCANCE, C. and McCANCE, P.F. (1969). *Alcoholism in Northeast Scotland: Its treatment and Outcome*. B.J. Psychiatry, 115, 183-198.
- SOCIDROGALCOHOL-CATALUNYA (1989). *Lletra de Sr. Pierre Harrinson, President del "Centre Europe Tiers Monde"*. Recolçant la publicació de l'obra de CAVANAGH, J.; CLAIRMONTE, F. (fotocopia).
- SOLER-INSA, P.A.; FREIXA, F.; REINA, F. y cols. (1988). *Trastorno por dependencia del alcohol*. Lab. Delagrangue, Barcelona-Madrid.
- FREIXA, F.; DOMÈNECH, R.; GUAL, A. y cols. (1988). *Drogodependències i Ciències Socials*. INTRESS, Barcelona.
- BACH, LL.; FREIXA, F. (1978). *Problemática del tratamiento psicossocial del enfermo alcohólico*. En *La enfermedad alcohólica*, cap. 16, 269-280, Fargraf, Barcelona.
- FREIXA, F. y cols. (1982). *Curs de drogodependències* (Tortosa). Generalitat de Catalunya.
- F.A.R.E. (1989). *XVIII Congreso Alcohólicos Rehabilitados*. Tarragona (documentación ofsset).
- A.R.H.C. (1980). *Funciones de las asociaciones*. As. Alcohólicos Rehabilitats del Hospital Clinic., Barcelona (fotocop.).
- Opus cit. n.º 1.
- FREIXA, F. (1983). *La enfermedad alcohólica*. En: Psicobiología Ballús, C., Herder, Barcelona.
- Opus cit. n.º 25.
- Opus cit. n.º 18.
- FREIXA, F.; COSTA-PAU, R. (1985). *Programas de Prevención de las Toxicomanías en Catalunya*. V. Mediterranean Congres of social Psychiatry (fotocop.).
- FREIXA, F. (1989). *Problemas de alcohol en la juventud*. (XVIII Congreso F.A.R.E.) Tarragona. Ref. Secció Drog. 105 (fotocop.).
- BAYON, M. (1989). *Alcohol, muerte embotellada*. Correo Español Pueblo Vasco, 26-2-89.
- MENDELSON, J.; MELLO, N. y cols. (1979). *The diagnosis and treatment of alcoholism*. Mc Graw-Hill N-Y U.S.
- Opus cit. n.º 15.
- Opus cit. n.º 17.
- MANCIAUX, M.; DAVIDSON, F. (1983). *L'alcool et les jeunes: pour le prévention quelles priorités?* Child Healt, 2, Karger, Ble.
- CRANDELL, J.S. (1987). *Effective outpatient treatment for alcohol abusers and drinking drivers*. Lexington Books, U.S.
- Opus cit. n.º 26 y n.º 27.
- Opus cit. n.º 22.
- ROVIRA, J.; ORRIOLS, P. (1982). *Aproximació al cost social de l'alcoholisme a Catalunya*. Dpt. Sanitat. Generalitat de Catalunya (fotocop.).