

---

---

# Introducción: Evolución del alcoholismo y su asistencia en España

**SANTO-DOMINGO, J.**

Fundador y Ex-Presidente de Sociodrogalcohol. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

*Enviar correspondencia:* Prof. Joaquín Santo-Domingo. Servicio de Psiquiatría. Hospital U. La Paz. Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid. Email: jsanto@hulp.insalud.es

---

---

## Resumen

En este trabajo se hace una narración de la evolución y de los momentos epidemiológicos, conceptuales y asistenciales del alcoholismo en España en el siglo pasado y hasta la actualidad. Después de la preocupación social e higienista de principios de siglo, se describe la actividad de la Liga Española de Higiene Mental en relación con el alcoholismo, así como la integración de la atención a este problema en la organización de la asistencia psiquiátrica que se estructuró desde fines del XIX, y durante el primer tercio del XX, analizándose las realizaciones legales y asistenciales del Consejo Superior Psiquiátrico hasta la guerra civil, en relación con los alcohólicos. Se destaca el papel germinal representado por algunos dispositivos psiquiátricos en la atención específica a los pacientes alcohólicos. Se analiza la asistencia específica para el alcoholismo desarrollada ya a partir de los años 60 por los dispensarios antialcohólicos del PANAP, así como la labor de la Comisión Interministerial para el alcoholismo y las dependencias de los años 75, y el nacimiento de sociedades científicas y asociaciones de ex-enfermos. Se analiza posteriormente el comienzo de las actividades autonómicas en relación con el alcoholismo así como la evolución de su asistencia hasta el momento actual, resaltando la heterogeneidad actual del nivel de las mismas, en las diversas autonomías. En el trabajo se describen tanto las variaciones epidemiológicas de los problemas del alcoholismo en los distintos momentos, como la asistencia y tratamientos disponibles en ellos, tanto en el sector sanitario público como privado. Así mismo, se esbozan las concepciones teóricas subyacentes a las acciones asistenciales y las técnicas terapéuticas. Finalmente, se expone la necesidad de poner al día e integrar los recursos sanitarios y sociales hoy disponibles para afrontar los graves problemas planteados por el alcoholismo en la actualidad al mismo nivel que otros problemas análogos.

**Palabras clave:** alcoholismo, tratamiento, España, historia.

---

## Summary

In this paper we review, in a narrative way, the most important hallmarks in the concept, epidemiology, assistance, and the evolution of alcoholism in Spain from the last century to our days. We describe the activity of the Liga Española de Higiene Mental, after the social and higienist interest showed at the end of the XIX century. We describe too the integration of alcoholism care in the psychiatric assistance from the end of the XIX century to the first third of the XX century. We analyse the legal and care organisation changes supported by the Consejo Superior Psiquiátrico until the civil war in the alcoholism field. We outline the pioneer role of some psychiatric dispositives. We review the function developed, from the sixties, by the Dispensarios Antialcohólicos of the PANAP, centres devoted specifically to the treatment of alcoholism. We also review the work developed by the Interministerial Commission for alcoholism and other dependences created in 1975 as well as the creation of scientific societies and patients associations. Then we analyse the impact of regional (autonomic) activities on alcoholism care from its beginning to our days. We outline the heterogeneity in the level of alcoholism assistance in each of the regions. We describe the epidemiological changes of alcoholism problems and the therapeutic resources available, in the public and private field, in each period of time. We introduce the most important theoretical concepts which support the therapeutic techniques and the care organization. At the end we emphasize the actualisation and the integration of available sanitary and social resources to cope with the serious problems originated by alcoholism at the same level than other similar problems.

**Key words:** alcoholism, treatment, Spain, history.

**E**l uso de las bebidas alcohólicas, comienza a plantearse como problema social, colectivo, cuando se dan unas circunstancias sociales y culturales que por una parte fomentan y hacen posible su uso generalizado, con todas sus consecuencias, y por otra parte, se desarrollan actitudes contrarias, de rechazo, incompatibles con el uso considerado excesivo, e incluso con cualquier uso de alcohol. En su desarrollo histórico, tanto los patrones de consumo de alcohol, como los de consecuencias de dicho consumo, han sido considerados en formas diferentes según la cultura en que se han producido, que en cada momento ha reaccionado diferentemente en función de sus propios valores y situación.

El área geográfica y cultural en la que se encuentra España, en el sur de Europa, determinó durante mucho tiempo que los problemas derivados del uso de alcohol, tuvieran bastante en común con los otros países de la misma área, sobre todo Francia, tanto en la forma de presentarse, como en la manera de ser afrontados. Efectivamente, aunque con un cierto retraso y con diferencias territoriales que incluso pueden rastrear-se en la actualidad, se fueron produciendo las transformaciones económicas y culturales inherentes al paso de una sociedad agraria a las primeras fases de desarrollo industrial. En este sentido, a fines del siglo XIX, el alcoholismo colectivo ya estaba planteado como una cuestión de interés sanitario y social incluso prioritario en algunos medios sociales y científicos más avanzados. En aquellas épocas de fin y comienzos de siglo, tanto los partidos políticos progresistas como los medios sanitarios, comenzaron a mostrarse no solo sensibles sino también beligerantes en el tema del alcoholismo, fuera para considerarlo integrado en la "cuestión social" fuera para tratarlo en el ámbito de la higiene y salubridad.

En el plano social, la lucha contra el alcoholismo, en relativamente poco tiempo, pasó a situarse en íntima relación con cuestiones

como la vivienda, la organización del trabajo y el ocio, y la alimentación, cuestiones que afectaban a las clases más débiles económicamente. La salubridad de las viviendas, la composición de la dieta alimentaria posible, el papel de la taberna como centro de ocio preferente, la cuestión del descanso semanal y la jornada de trabajo, eran objetos de debates no solo en los medios de comunicación, sino también en medios institucionales como el Instituto de Reformas Sociales que comenzó sus actividades por aquella época, lográndose algunas modificaciones legales.

La existencia de Asociaciones y Ligas contra el Alcoholismo, en España ocurrió relativamente tarde y como movimiento cívico, tuvo poco y efímero desarrollo y poca influencia real en el devenir de las actividades antialcohólicas. Como más antiguas y también de breve existencia, se citan la Sociedad Española contra el Alcoholismo, de carácter oficial, y la Liga Antialcohólica Española, de carácter privado. Los movimientos de temperancia de raíz cívica e incluso religiosa han sido en general muy escasos y débiles. Solo en épocas relativamente recientes, han comenzado a desarrollarse movimientos asociativos para defenderse del alcoholismo, por parte de los propios pacientes y sus familiares.

La sensibilidad de los medios sanitarios ante los problemas que el alcoholismo planteaba en una sociedad en desarrollo industrial, fue alta, en una época en que la higiene y la prevención de las enfermedades eran metas que los países europeos iban logrando con éxito creciente. Por esta razón, la actitud higienista integró también la lucha contra el alcoholismo como uno de sus pilares para el logro de una sociedad más sana. Los medios de acción de esta actitud higienista frente al alcohol, coincidieron desde el principio con los preconizados en los medios sociales, políticos e incluso religiosos. El logro de condiciones ambientales sanas y de una organización apropiada de la vida personal y social, aparecían íntimamente entrelazadas con la evitación del hábito de beber y por ende del alcoholismo con todas sus complicaciones. Caracterizaron a esa época la proliferación de

estudios, escritos y memorias científicas dedicadas a objetivar y divulgar en los medios científicos las consecuencias sanitarias y sociales del abuso del alcohol y el alcoholismo, y así mismo la edición de opúsculos y folletos, a veces en forma de cartillas sanitarias con intención de una acción educativa en el nivel individual. Este tipo de actividades se produjo sobre todo en el ámbito de algunas sociedades científicas, sanitarias y también jurídicas, y también en el seno de agregados de población en pleno desarrollo industrial como eran Cataluña, el País Vasco, Madrid y pocos más.

## II

Si la influencia europea y extranjera en general fue importante para los movimientos sociales e higiénicos descritos, no sucedió lo mismo con la asistencia a los pacientes alcohólicos. Después del desarrollo generalizado en el mundo occidental de los manicomios como centros de tratamiento de los enfermos mentales en el siglo XIX, sucedió una etapa de especialización asistencial, y concretamente tanto en Europa como en los Estados Unidos, comenzaron a ponerse en marcha centros específicos para el internamiento de los enfermos alcohólicos, basados en la abstinencia. Ello ocurrió también en países de la Europa central y así mismo en Francia, país modélico para España en tantas cuestiones administrativas y sanitarias. En España no llegó a plantearse la necesidad de tal diversificación asistencial, y la asistencia en régimen de internamiento al paciente alcohólico, quedó indiferenciada en este sentido de la asistencia a los otros pacientes mentales, y articulada en el régimen administrativo de los centros de beneficencia primero (1822) y más tarde en los departamentos psiquiátricos de los hospitales provinciales (1870) y en los manicomios provinciales (1887). Esta falta de atención asistencial diferenciada inicial, trajo como consecuencia fundamental, que desde el punto de vista sanitario, el alcoholis-

mo quedase implícitamente inscrito a todos los efectos en el ámbito de la psiquiatría en general.

Hacia fines del XIX y principios del XX, comenzaron a ponerse de manifiesto las insuficiencias e inadecuaciones del sistema asistencial psiquiátrico fuertemente burocratizado, regido con escasos o nulos criterios científicos y realizado con equipos de personal poco o nada profesionalizados. Sobre todo en Cataluña y Madrid, y también en otros lugares, fue haciéndose patente en el medio científico y entre los profesionales neuropsiquiatras, la necesidad de un cambio asistencial que implicaba actividades sociales y su propia organización profesional.

Siguiendo el ejemplo de países como Estados Unidos y Francia, los neuropsiquiatras proyectaron la creación de una Liga Española de Higiene Mental. Sin embargo, las resistencias a los proyectos de cambio asistencial, que provenían tanto de la administración sanitaria central y las diputaciones, como de las instituciones propietarias y proveedoras de la gran mayoría de los recursos de hospitalización existentes, hicieron que antes de poderse aprobar dicha "inoportuna" Liga Española de Higiene Mental, se hubiese de fundar la Asociación Española de Neuropsiquiatras (Barcelona, 1924), a partir de cuya actividad fue aprobado el proyecto de Liga propuesto en Barcelona por Saforcada, Mira y Rodríguez Arias en 1926. La actividad de la Liga fue muy importante entre ese año y el comienzo de la guerra civil en 1936, actuando como se había proyectado con el papel estimulante y rompedor, que junto con la actividad de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y del Consejo Superior Psiquiátrico, hicieron posible la moderna normativa psiquiátrica del Decreto sobre Asistencia Psiquiátrica del año 1931.

Desde sus primeras asambleas nacionales, así como en todas sus actividades la Liga Española de Higiene Mental concedió una atención específica de primer orden a los problemas relacionados con el alcoholismo y las otras toxicomanías, proponiendo medidas y soluciones tanto para los aspectos preventivos como asistenciales, con consciencia de

sus implicaciones sociales y sanitarias generales, siempre considerándolos en la perspectiva psiquiátrica y de salud mental. La mayor parte de sus propuestas, como la inmensa mayoría de las referentes a otras cuestiones psiquiátricas, no pudieron ser atendidas ni entonces ni posteriormente. En algún aspecto, se logró alguna modificación. Dos fueron particularmente relevantes para la asistencia a los pacientes alcohólicos: la normativa legal para la asistencia psiquiátrica, y el proyecto de los dispensarios de higiene mental y toxicomanías.

En primer lugar, la normativa legal del 31 sobre asistencia psiquiátrica, consideraba como una de las cuatro razones para indicar y certificar la admisión en un establecimiento psiquiátrico, "la toxicomanía incorregible que ponga en peligro la salud del enfermo, o la vida y los bienes de los demás." Con ello, se confirmaba el carácter psiquiátrico del paciente alcohólico así como su asistencia en establecimientos psiquiátricos, conjuntamente con pacientes psiquiátricos con otros diagnósticos. En las normas legales actuales para internamientos de carácter involuntario (Ley de Enjuiciamiento Civil), no se hace mención explícita del alcoholismo ni toxicomanías, que en este aspecto pasan a ser consideradas como otra alteración psicopatológica.

La consideración psiquiátrica del toxicómano en general y el alcohólico en particular, también se confirmó explícitamente en el orden jurídico penal. Así, las reformas que se hicieron del Código Penal de 1870, en 1932 y posteriormente en 1944, vinieron a considerar la embriaguez plena y fortuita como motivo de inimputabilidad y la embriaguez no fortuita como circunstancia atenuante "siempre que no se haya producido con animo de delinquir". El mismo espíritu anima el párrafo 2 del artículo 20 del vigente Código Penal de 1995, en el cual se hace referencia a los estados de intoxicación y también de abstinencia cuando exista dependencia de alcohol u otras drogas. También se hace mención de medidas de seguridad, que incluyen tratamientos extrahospitalarios impuestos judicialmente. La Ley de Vagos y Maleantes de 1933, tam-

bién preveía el funcionamiento de centros de temperancia ("casas de templanza") y colonias de trabajo en los que se recogieran preventivamente los toxicómanos y alcohólicos con conductas socialmente peligrosas. Sin embargo y como ha solido ser lo habitual en este tipo de legislaciones, la previsión legal no fue seguida en la práctica, ni entonces ni después, de la provisión asistencial de los dispositivos necesarios.

En segundo lugar, entre 1931 y 1936, fue planeado el funcionamiento de Secciones de Psiquiatría en los Institutos Provinciales de Sanidad (1931) y de Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías (1935) por el Consejo Superior Psiquiátrico. Estos dispositivos, tras un efímero ensayo piloto realizado antes de la guerra civil en Madrid, comenzaron un desarrollo muy precario en personal y medios en la postguerra, hacia 1942 y posteriormente hasta los años 70. Sin embargo, esas Secciones y Dispensarios de Higiene Mental de nivel provincial, por otra parte no existentes en la realidad en todas las provincias, constituyeron en algunos casos, centros con intereses y actividades específicas relevantes relacionados con la prevención y la asistencia del alcoholismo en el ámbito extrahospitalario. La experiencia de esos centros desarrollada entre los años 40 y 60, permitió contar con equipos profesionalmente preparados para nuevos planteamientos asistenciales posteriores.

### III

La situación asistencial del paciente alcohólico en el siglo XX, hasta bastante después de la guerra civil, hasta los años 60, estuvo integrada y sin diferenciar en la asistencia psiquiátrica general, tanto en el nivel hospitalario como en el extrahospitalario. Aunque el alcoholismo, como conjunto de problemas sanitarios y sociales producidos por el abuso de alcohol, que afectaban al individuo y a la sociedad, seguía siendo percibido por los sanitarios, los higienistas, los juristas y otros agen-

tes sociales como un peligro y una lacra de los que la sociedad debía defenderse y protegerse, los conceptos y actitudes psiquiátricas habían evolucionado diferentemente. En efecto, después de la conceptualización psiquiátrica de la apetencia descontrolada de sustancias a lo largo del siglo XIX, como alteraciones patológicas en sí mismas (toxicomanías) en la primera mitad del siglo XX se asiste en general a una relativa despsiquiatrización del alcoholismo, en el sentido de que salvo excepciones, mientras se consideran de incumbencia y competencia psiquiátrica fundamentalmente las complicaciones tóxicas del uso de alcohol (toxicofrenias alcohólicas), la conducta alcohólica en sí misma es desatendida o como mucho puesta en relación con anomalías y reacciones de la personalidad, que en la época interesaban poco a la psiquiatría pesada ocupada con las grandes psicosis. Los tratados clásicos de psiquiatría de entonces reflejan bastante bien la cuestión, sobre todo los alemanes, que tanto influyeron en el pensamiento psiquiátrico español de aquella primera mitad del siglo XX y aún posteriormente.

La hospitalización de los alcohólicos, generalmente realizada a causa de alguna de sus complicaciones psiquiátricas mayores se llevaba a cabo en los departamentos de psiquiatría ("salas de dementes") de los hospitales generales provinciales dependientes de la beneficencia provincial, en definitiva de las Diputaciones Provinciales, y también, directamente en los manicomios, muy frecuentemente concertados con instituciones privadas y situados fuera del ámbito provincial. En cualquier caso, la etiología alcohólica suponía una carga pesada para la asistencia psiquiátrica. Por ejemplo, entre 1891 y 1943, en el Hospital Provincial de Madrid, los diagnósticos alcohólicos, que habían ido creciendo desde 1891, eran el segundo grupo diagnóstico, solo superados por la etiología sífilítica, repartiéndose entre 80% de hombres y 20 % de mujeres, con una mortalidad del 10% y 4,6% respectivamente. Tanto en los departamentos de psiquiatría de hospitales como en los manicomios, se desarrolló en muchos psiquiatras una gran sensibilidad y conciencia

del alcoholismo como un problema social y psiquiátrico. A ellos se deben experiencias asistenciales, investigaciones, publicaciones y sobre todo la formación de nuevos psiquiatras que han seguido transmitiendo su estímulo a generaciones posteriores.

La asistencia psiquiátrica recibida en la mayoría de los casos quedaba reducida al periodo de hospitalización y circunscrita en el mejor de los casos a la desintoxicación y al tratamiento de su patología tóxica inmediata. El circuito asistencial no proveía por regla general el seguimiento ulterior del paciente. La recaída mas o menos inmediata era la regla. En algunos casos y por razones a veces no relacionadas directamente con la situación patológica, algún paciente alcohólico quedaba incluso años residiendo crónicamente en el manicomio o en la misma sala del hospital general, habitualmente desempeñando trabajos útiles para la institución, y con tolerancia por parte de esta para su consumo de bebidas alcohólicas. La situación asistencial en lo esencial era la misma en las instituciones publicas y concertadas, que en las clínicas y sanatorios privados.

En definitiva, por todo lo anterior, se consolidó una demanda de asistencia muy parcial y seleccionada constituida por aquellos pacientes que sufrían alguna complicación psiquiátrica de su alcoholismo de grave repercusión vital (frecuentemente, estados de "delirium tremens") o social (frecuentemente, conductas agresivas, de base delirante o no), quedando eludida por tanto la atención específica a la mayoría de los pacientes alcohólicos, que no padecían ese tipo de patología.

También colaboró en esta elusión colectiva la tradicional separación entre la psiquiatría y la medicina, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos. Los pacientes portadores de patología corporal de origen alcohólico (cirróticos, polineuríticos, etc.) recibían la atención médica al nivel disponible en cada momento, pero no eran tratados específicamente de su situación adictiva. Tanto la insuficiente y escomotizada formación psiquiátrica de los estudiantes de medicina, como la situación práctica asistencial, además de la ya aludida

desconsideración de la propia psiquiatría a los procesos adictivos, colaboraron a generar a lo largo de los años una percepción selectiva y distorsionada de los pacientes alcohólicos y de sus necesidades terapéuticas y asistenciales. Todavía es llamativo en el momento actual, la gran discordancia existente entre la prevalencia de alcohólicos en la comunidad, y la muy escasa proporción de ellos que acceden a tratamiento específico a través de los dispositivos asistenciales generales y psiquiátricos.

#### IV

Los años de la postguerra, de los 40, fueron tiempos de retroceso y de espera, como para la psiquiatría en general, también en el desarrollo de la asistencia y la prevención del alcoholismo. El sufrimiento personal, la diáspora profesional y la regresión institucional repercutieron gravemente e incluso anularon los pocos proyectos y avances anteriores. La situación asistencial de hospitalización psiquiátrica siguió sin modificarse, y las Secciones y Dispensarios de Higiene Mental que llegaron a ser puestos en marcha, nacían totalmente limitados en sus posibilidades por su mísera dotación así como por inexistencia no ya de integración, sino de cualquier tipo de relación en el sistema asistencial sanitario general que comenzó a funcionar hacia 1944 ("Seguro Obligatorio de Enfermedad", más tarde "Seguridad Social") y solo el esfuerzo personal de sus titulares hizo posible el valor alcanzado, que queda referido líneas más arriba.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad, atendió prioritariamente en su inicio (1944) la patología médico-quirúrgica del trabajador y su familia, y solo secundariamente y en forma muy limitada comenzó a prestar asistencia en determinadas especialidades. Concretamente, la asistencia psiquiátrica fue dejada de lado desde el comienzo, con el argumento de que legalmente era responsabilidad de las instituciones provinciales, las Diputaciones. Más tardíamente, comenzaron

a funcionar consultas de "neuropsiquiatría", en las cuales eran atendidos conjuntamente y por un único profesional los pacientes neurológicos y los psiquiátricos referidos por los médicos de cabecera. Aparte de las radicales insuficiencias de estas consultas para realizar sus objetivos teóricos, su escasa intervención en los pacientes alcohólicos, siguió expresando bien claramente la incapacidad del sistema sanitario público para contactar e intervenir adecuadamente en esa necesidad, esa demanda no explicitada pero sí real de la población que además ya venía siendo estimulada por una disponibilidad y consumo de alcohol crecientes. En resumen la institución que progresivamente llegó a constituirse en el sistema nacional de salud, de hecho y en principio excluyó a la psiquiatría y con ella a los pacientes alcohólicos de la asistencia sanitaria general, perpetuando su separación de la medicina, y manteniendo para ellos un nivel asistencial de segunda clase, inferior al proporcionado para el resto de las enfermedades en las instituciones hospitalarias y extrahospitalarias de la Seguridad Social, posteriormente Insalud. Solo en épocas relativamente recientes, posteriores a los años 70, comenzaron algunas actuaciones tendentes a modificar esta situación, si bien en momentos y formas muy distintas en diferentes territorios del estado.

Hacia los años 50, mientras la descripción tópica que se hacía del consumo del alcohol en España, hacía referencia a una forma de consumo y de alcoholización colectiva mediterránea, con la bebida alcohólica fundamental, el vino, incorporado a la dieta, y consumos medios controlados, sin grave problemática social, lo cierto era que los datos reales indicaban un aumento progresivo del consumo de alcohol, el aumento de consumo de licores, una expresividad social y sanitaria importante y creciente de los consumos altos, y una problemática psiquiátrica también creciente, con aumento de hospitalizaciones debidas al alcohol, tanto en servicios de psiquiatría de hospitales generales, como en los sanatorios psiquiátricos.

En estos centros, como se señaló anteriormente existían bastantes psiquiatras, generalmente trabajando en forma aislada, preocupados por el alcoholismo creciente, por ejemplo en Valencia, Murcia, Valladolid, Asturias, Vizcaya, Barcelona y Madrid, entre otros. También debe hacerse mención de equipos especializados en alcoholismo que se organizaron en el ámbito de algún hospital clínico universitario, como el Clínic de Barcelona. Todos ellos, desarrollaron aquellos años una tarea asistencial específica, y sus continuadores han seguido actuando también en la docencia e investigación sobre alcoholismo.

A partir de la actividad de muchos de aquellos incipientes núcleos de trabajo, nacieron también grupos de autoayuda, a veces con el rótulo de Alcohólicos Anónimos. Otras veces grupos con esta denominación o con otra, surgieron en esa época amparados por estructuras religiosas o sociales, incluso sindicales. Con la "estricta observancia" del ideario de Alcohólicos Anónimos, uno de los primeros grupos, se realizaba en la base militar de Torrejón de Ardoz (Madrid), por la iniciativa de alcohólicos americanos, proliferando lentamente después en la población española.

En el año 1955, la administración sanitaria, decidió la fundación de un organismo autónomo público, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP). En cierta forma, ese organismo oficial debería reasumir funciones del extinguido Consejo Superior Psiquiátrico, además de poder participar por sí mismo en la asistencia psiquiátrica, con sus propios dispositivos. Una de las áreas asignadas a ese organismo, era la actividad preventiva y asistencial en las toxicomanías. Importa destacar aquí, que la actividad del PANAP, estaba determinada por una Junta Rectora, en la que al lado de representantes institucionales, figuraban prestigiosos especialistas en psiquiatría, y que la gestión de las actividades estaba encomendada al Secretario General, un sanitario, un médico del cuerpo de Sanidad Nacional. Fue precisamente la sensibilidad sanitaria del primer y segundo Secretario General (Fernández Turégano y Serigó Segarra), el factor determinante de la puesta en

marcha y la continuidad de actividades concretas asistenciales, preventivas y formativas específicamente dirigidas al alcoholismo. Con esta aportación de los sanitarios a los problemas del alcoholismo, se volvía a poner de manifiesto oportunamente la vigencia y responsabilidad del movimiento higienista frente al alcoholismo.

## V

Ante las perspectivas anteriormente descritas de la situación del alcoholismo, y la inexistencia de acciones preventivas y asistenciales, se puso en marcha por el PANAP un Dispensario Antialcohólico en Madrid, en 1960, siguiendo para su estructura y funcionamiento las orientaciones del Subcomité de alcoholismo de la O.M.S. Los objetivos eran tanto asistenciales, como de realización de investigaciones epidemiológicas y así mismo de participación en actividades preventivas y desde el principio se planteaba su posible multiplicación de acuerdo con la experiencia adquirida. El equipo de trabajo era multiprofesional, con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y médicos internistas.

En los años 60, la preocupación por la problemática psiquiátrica del alcoholismo, determinó el estudio de la misma en el Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en Pamplona. Así mismo, fueron publicados en 1966 los estudios epidemiológicos sobre alcoholismo, coordinados por el Dispensario Antialcohólico y realizados en varios grupos y muestras de población en España (Madrid, La Coruña y Murcia, entre otros grupos). La importancia de la problemática sanitaria y social, determinó la consideración específica del alcoholismo en los Planes de Desarrollo, determinándose por una parte la extensión de los dispositivos asistenciales extrahospitalarios análogos al Dispensario Antialcohólico, en un Programa sanitario para el alcoholismo, que se llevó a efecto en dieciséis provincias, creando equipos multiprofesionales integrados en Secciones de Psiquia-

tría y Dispensarios de Higiene Mental existentes en los Institutos provinciales de Sanidad. En estos nuevos equipos se integraron y desarrollaron sus actividades con entusiasmo y magníficos resultados psiquiatras y grupos de trabajo que venían desarrollando sus actividades en áreas del alcoholismo con carácter pionero en diversas provincias. Algunos eran psiquiatras que habían puesto en marcha los Dispensarios de Higiene Mental y otros procedían del ámbito hospitalario general y psiquiátrico, y habían logrado formar núcleos de profesionales con gran capacidad y vocación por los problemas del alcoholismo, lo que permitió incluso integrar iniciativas y actividades ya en marcha, por ejemplo en Barcelona, Valencia, Murcia, La Coruña y otras provincias.

Por otra parte, y también a través de los Planes de Desarrollo, se proyectó la transformación y adaptación de un hospital antituberculoso que no había llegado a ser inaugurado (Hospital de la Barranca, en Navacerrada, Madrid), como centro hospitalario para enfermos alcohólicos, siguiendo las experiencias asistenciales de países europeos. Aunque se efectuaron las modificaciones arquitectónicas pertinentes, y se contaba con el presupuesto para personal adecuado, diversas razones del momento fueron demorando su puesta en marcha, y finalmente, y tras pasar unos años en los que la pertinencia de dicho centro de hospitalización específica tal como había sido planteado en momentos anteriores resultaba por lo menos discutible, el centro fue dedicado durante algunos años a residencia temporal, veraniega, para pacientes con deficiencias mentales y de otro tipo. Tampoco en esa ocasión se logró contar a su momento con el centro de hospitalización de alcohólicos para lo que había sido dotado.

En íntima relación con las actividades asistenciales, la red de los dispensarios antialcohólicos, realizó gran número de actividades informativas en diversos ámbitos (generales, sanitarios, educativos, laborales, y muchos otros, a veces muy específicos, como por ejemplo personal policial, jurídico o militar, entre otros). Algunas de estas actividades ori-

ginaron también trabajos de investigación sobre aspectos de la problemática alcohólica en diversos contextos. Tanto la realización de las actividades informativas como las investigaciones, dieron lugar a la edición de medios de difusión (folletos, diapositivas, etc.) y así mismo instrumentos para trabajos de campo y así mismo de valoración clínica y diagnóstico, como una clasificación polidimensional de los alcohólicos, que tuvo repercusión internacional.

En los conceptos sobre alcohol y alcoholismo de la época, algunos fueron básicos para el funcionamiento de los equipos dispensariales específicos. Así ocurrió con la tipología de Jellinek, así como con sus descripciones clínicas de los fenómenos básicos de la dependencia (pérdida del control e incapacidad de abstinencia), y por supuesto con su concepción básica del alcoholismo como enfermedad. De la misma forma, influyeron los datos y experiencias sobre la posibilidad de recuperación de la capacidad de control, y en relación con ello, la posibilidad de tratamiento conductual y cognitivo de la dependencia del alcohol y más tarde de las recaídas. En el marco del trabajo dispensarial, se realizaron investigaciones, que dieron lugar a publicaciones y tesis doctorales sobre ello. Las psicoterapias individuales y de grupo específicas para el alcoholismo, fueron otra de las bases del trabajo clínico, diferenciándose de las actividades de rehabilitación y postcura realizadas en los grupos de autoayuda. En el mismo sentido, comenzaron a utilizarse en forma sistemática y controlada psicofármacos y otros tratamientos farmacológicos en los pacientes alcohólicos, incorporando para ello en ocasiones una incipiente metodología de ensayos clínicos.

De cierta trascendencia resultó la organización periódica de Seminarios anuales y cursos oficiales sobre alcoholismo y toxicomanías, apoyadas técnica y financieramente por el PANAP, pero realizadas sucesivamente en diversas provincias, con la participación de los grupos de trabajo respectivos, así como de otros expertos nacionales y extranjeros. Particularmente importante fue el encuentro

en estas reuniones específicas con profesionales que desarrollaban actividades en áreas de alcoholismo incorporados en otras instituciones (hospitales psiquiátricos, hospitales generales, etc.) e incluso privadamente. Estos Seminarios funcionaron entre los años 60 y 70 no solo como lugar de intercambio de información científica, sino como auténtica siembra de actitudes, conocimientos y relaciones, que posteriormente se demostró muy positiva.

También tuvieron proyección positiva en el futuro, dos acciones concretas muy relacionadas con el ambiente de iniciativas y participación descritos. Aunque con escasa diferencia en el tiempo, fue primero la fundación de la Asociación de Ex-Alcohólicos Españoles y después la de la Sociedad Científica para el estudio del Alcoholismo y las Toxicomanías (Socidrogalcohol).

La Asociación de Ex-alcohólicos Españoles, fue fundada para proporcionar un soporte asociativo que hiciera posible contar con la acción de los propios pacientes y de sus familiares, sobre todo para facilitar su proceso de rehabilitación, y también para cooperar en actividades de tipo preventivo. Esta Asociación venía a unirse a la existencia algo anterior de otros grupos de autoayuda, como algunos grupos de Alcohólicos Anónimos (Madrid, Valladolid, Asturias) y otros como Grup-Teral (Cataluña). La Asociación de Ex-alcohólicos trataba de potenciar la relación con los dispositivos sanitarios y sociales, y también de hacer posible las ayudas económicas institucionales. De hecho, sus estatutos fueron adaptados a diversas circunstancias locales en algunas provincias (por ejemplo, la Asociación Valenciana de Ex-alcohólicos) y la actividad de la Asociación fue un factor importante de cristalización para otras Asociaciones y Federaciones posteriores.

Socidrogalcohol, Sociedad Científica para el estudio del Alcoholismo y las Toxicomanías, se fundó en 1969, para hacer posible la colaboración y la integración de los profesionales y científicos que trabajaban en los diversos aspectos y ámbitos relacionados con el alcohol y también con otras sustancias psicotró-

picas de abuso. Su necesidad se había puesto de manifiesto en los sucesivos Seminarios de Alcoholismo que se han referido anteriormente, y de hecho, aquellos Seminarios fueron sustituidos por los Congresos y Jornadas que constituyen una de las actividades más destacadas y sobresalientes de Socidrogalcohol, hasta la actualidad, a la cual se vienen a añadir otras actividades docentes e investigadoras que hacen de esa Sociedad científica una magnífica muestra de integración de esfuerzos de profesionales y científicos de campos diversos que trabajan en una problemática compleja como es el alcoholismo y las dependencias, con una eficiencia y calidad, comparable a las mejores sociedades científicas españolas y extranjeras.

Posteriormente, fue fundada la Sociedad Española de Toxicomanías, que desde su inicio en los años 80 ha sostenido y estimulado actividades científicas, formativas e investigadoras tanto en el área del alcoholismo como en las otras dependencias, colaborando en ello con otras instituciones y sociedades.

De hecho, y partir de entonces, la actividad científica desarrollada en el campo del alcoholismo, ha alcanzado un nivel internacional apreciable, y se publica en revistas de gran difusión nacional e internacional como son Drogalcohol, Trastornos Adictivos y Revista Española de Adicciones, cuyo análisis, junto con el de los libros de actas de los congresos de las sociedades (Socidrogalcohol, etc.) permite conocer en profundidad el nivel de la investigación española en alcoholismo.

## VI

Hacia los primeros años 70, el incremento del alcoholismo con toda su problemática sanitaria y social era muy patente, así como la existencia de factores sociales como el desarrollo industrial y económico, y la emigración interior y exterior, entre otros, que influían en ese aumento, y en el cambio de características de los patrones de bebida, así como de los patrones de consecuencias alco-

hólicas, tanto en cantidad como en calidad. A partir de estos años 70 y hasta la actualidad, han ido apareciendo con frecuencia creciente, informes epidemiológicos realizados en muestras generales y seleccionadas de población por grupos de trabajo diferentes, cada vez con técnicas más adecuadas, que han puesto de manifiesto las características y muchos de los factores determinantes de los cambios. También se habían puesto de manifiesto, de una forma aguda y con repercusiones que alarmaron a la sociedad por diversas razones, el aumento y cambio en los patrones de consumo de sustancias psicotrópicas, algunas de ellas desconocidas anteriormente en España y otras tradicionalmente limitadas a ciertos medios (sanitarios, militares).

La presión realizada a través de diferentes medios por profesionales sanitarios y sociales conscientes de la situación, y sobre todo la alarma social creada principalmente por el llamado "problema de la droga", determinaron en 1974 la formación de una Comisión Interministerial a propuesta del Vicepresidente del Gobierno y ministro de la Gobernación, con una Comisión de Dirección y un Grupo de Trabajo, que entregó al Gobierno y posteriormente publicó sus conclusiones en 1975. En aquellas conclusiones, como en toda la memoria, el problema del alcoholismo y el problema de las drogas, fueron redactados por separado, y manteniendo precisa e intencionadamente ese orden, primero alcohol y después drogas. Además de los componentes técnicos oficiales, participaron en la elaboración de la memoria consultores y asociaciones de enfermos, sociales y profesionales. Además de proponerse una política de actuación concretada en la adopción de diversas medidas que se referían a la disponibilidad, las actitudes colectivas, la asistencia y la rehabilitación de los pacientes, así como a su asistencia social y a la prevención e investigación en áreas del alcoholismo, se proponía que se dotase a la Comisión Interministerial de la permanencia y los medios de trabajo que la convirtieran en un órgano ejecutivo dependiente integrado en el ministerio de la Gobernación, órgano que evidentemente debería ocuparse

del alcoholismo y los problemas derivados de las drogas.

En la realidad, los trabajos de la Comisión Interministerial, sirvieron básicamente para poner en marcha lo que sería y sigue siendo el Plan Nacional sobre Drogas. Deliberadamente, se eliminó entonces la referencia explícita al alcoholismo. Algunas personas dieron la explicación de que el alcoholismo ya estaba siendo atendido en el sistema sanitario. Obviamente, se referían al tratamiento y asistencia de algunas de las complicaciones sanitarias del alcoholismo, como por ejemplo las cirrosis hepática, ya que en el informe de la Comisión quedaba clara la inexistencia de sistemas y dispositivos adecuados y suficientes en calidad y cantidad para atender el problema.

Por supuesto, el Plan dedicó sus actividades al afrontamiento de los problemas relacionados con las drogas, desarrollando y coordinándose con el trabajo de los planes de drogas autonómicos. Estos fueron rápidamente potenciados en recursos, así como diversas instituciones y asociaciones de raíz oficial y privada. Solo en los últimos años 90, el Plan Nacional ha comenzado una actuación específica frente al alcoholismo, cuya importancia sanitaria y social se comienza a valorar y a investigar al mismo nivel que la de las otras sustancias psicotrópicas y frente a las cuales se comienzan a diseñar líneas de actuaciones preventivas.

## VII

Los cambios institucionales vividos por España entre los años 75 y 80, con la base de la Constitución democrática, y entre ellos el advenimiento del estado de las autonomías, afectaron también la asistencia y la atención que se venía prestando al alcoholismo. En términos generales, las consejerías de salud de los gobiernos autonómicos o sus estructuras homologas, se hicieron cargo de los dispositivos existentes con anterioridad, entre otros, los Dispensarios Antialcohólicos, donde existi-

an. En algunas autonomías, los equipos profesionales específicos fueron el germen de otros dispositivos específicamente antialcohólicos, mientras en otras, se asistió a una dilución de profesionales por ejemplo en los programas de asistencia psiquiátrica y salud mental.

El papel de los programas de salud mental y asistencia psiquiátrica en las últimas décadas en relación con el alcoholismo ha sido variable y complejo, a veces aparentemente contradictorio. Por una parte, han existido momentos críticos en algunas comunidades, en los que los gestores de dichos programas, no han aceptado responsabilidad explícita y definida en la asistencia al alcoholismo y en general a las drogodependencias, facilitando con ello el pase de dicha responsabilidad a otros departamentos o instituciones, generalmente no sanitarias sino sociales, con lo que se ha colaborado a la formación de unas redes asistenciales paralelas, a veces sin coordinación con las redes sanitarias. Por otra parte, en algunos lugares se ha procedido a la incorporación a los programas psiquiátricos de los dispositivos antialcohólicos existentes con anterioridad. Mientras en unos sitios se ha mantenido la dinámica específica de esos centros, en otros el personal existente ha sido utilizado para necesidades asistenciales psiquiátricas más generales, desapareciendo con ello los dispositivos antialcohólicos.

A veces como origen de estos cambios, ha existido la actitud subyacente de que el hecho de ser profesional de la psiquiatría, suponía en sí mismo la capacitación necesaria y suficiente para asistir cualquier tipo de dependencia de sustancias, incluido el alcoholismo, como cualquier otra patología mental y que no era necesaria en modo alguno una dedicación especial a estos temas, ni en el nivel profesional, ni en el organizativo asistencial. La normativa sanitaria vigente más elevada en la actualidad, la Ley de Sanidad (1986) que en su artículo 20 se ocupa de la asistencia a la salud mental, en sus principios no hace ninguna referencia explícita a los problemas del alcoholismo y las otras drogodependencias, mientras hace mención de la

consideración especial que habrá de tenerse con problemas como la psiquiatría infantil y la psicogeriatría. También ha existido la actitud opuesta, de que los problemas del alcoholismo y las otras dependencias, no son problemas psiquiátricos en sí mismos, sino solamente por algunas de sus complicaciones. Esta actitud puede incluirse en lo que se ha descrito como "despsiquiatrización" del alcoholismo y las dependencias en general, que tenía sus raíces en la psiquiatría clásica y tradicional de la primera mitad de siglo. Mientras la patología tóxica del alcoholismo se describía e investigaba entonces con todo rigor, las raíces etiopatogénicas de las dependencias quedaban volatilizadas e inatendidas entre los rasgos y las alteraciones de la personalidad y los hábitos culturales y sociales de la bebida, valorados a veces como positivos. En el origen de esta actitud elusiva y rechazante a veces también han influido consideraciones menos teóricas, relacionadas con el problemático manejo de los alcohólicos y dependientes de drogas.

## VIII

Todo ello ha dado lugar a que en los años 80 y 90 se hayan ido estructurando en el sector público algunos programas asistenciales y preventivos para el alcoholismo que cubren heterogéneamente el territorio del estado, desde la inexistencia de cualquier tipo de programa, hasta modelos con un funcionamiento incluso suficiente e integrado en la atención sanitaria general. La causa de esta heterogeneidad radica también en la diversidad de los sistemas sanitarios de cada autonomía, que continúan incorporando diferencialmente la asistencia psiquiátrica, en la que tradicionalmente quedaron incluidos los problemas del alcohol. Como ejemplos en cierto modo paradigmáticos de la diversidad de la asistencia pública prestada en las últimas décadas a los alcohólicos en las autonomías, pueden considerarse entre otros los siguientes:

En el país vasco, se pusieron en marcha un centro coordinador de drogas (DAK) y un plan de actuación en drogodependencias (1981-82), que incluía la asistencia a los pacientes alcohólicos en sus diferentes dispositivos, así como otras actividades epidemiológicas, preventivas y sociales. De hecho, ya en los años 70, se contaba con el mayor número de camas de hospitalización para alcohólicos en toda España, que fueron después coordinadas con el sistema sanitario general. En 1986 el DAK cesó en su actuación específica para alcoholismo y drogodependencias.

En la Comunidad de Madrid, en los años 80, comenzó a funcionar dentro de un hospital psiquiátrico, una unidad específica para deshabituación de pacientes alcohólicos. En 1990, se estructuró un programa de actividades sanitarias para el alcoholismo, integrado dentro del Servicio de Salud de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Este programa, siguiendo criterios de asistencia comunitaria sin dar lugar a un sistema específico, pretendía integrar la atención a los alcohólicos en los diferentes dispositivos y niveles asistenciales del sistema sanitario general (atención primaria, salud mental y psiquiatría, hospitalización general) así como apoyar el funcionamiento de asociaciones de autoayuda y rehabilitación. En la práctica se demostró muy poco eficiente, desarrollándose en forma muy diferente, incoordinada e incompleta según las áreas.

En la Comunidad de Valencia: Tras modificaciones asistenciales que afectaron a dispositivos concretos hospitalarios que venían funcionando con carácter pionero (Hospital de Bétera), actualmente el plan sanitario, integra en la red sanitaria equipos específicos, para alcoholismo y para alcoholismo y drogas, que funcionan eficazmente coordinados con los dispositivos sanitarios hospitalarios y extrahospitalarios, y los de psiquiatría y salud mental de la red.

En Andalucía, ha destacado la gestión de la asistencia extrahospitalaria específica a los pacientes alcohólicos a través de subvenciones y apoyos a grupos de autoayuda, por ejemplo en la contratación de técnicos profesio-

sionales, que se encargan de los tratamientos en ese contexto, no integrado en la red sanitaria. Como en otras comunidades, existen otros dispositivos concretos (por ejemplo residencial y rehabilitador en alguna provincia) de otra dependencia institucional, y las necesidades de hospitalización general y psiquiátrica, se tratan de coordinar con el sistema de salud de la comunidad.

La diversidad institucional es también importante, existiendo en algunas grandes ciudades como Madrid y Barcelona, algunos equipos municipales para alcoholismo, y en otras, equipos dependientes de Cruz Roja y otras instituciones no gubernamentales. En ocasiones, la especificidad del alcoholismo es explícita, otras veces como en Cáritas, queda implícita en la imprescindible acción que se realiza en sus asilos y residencias para un sector creciente de alcohólicos marginados.

## IX

Conviene hacer notar en este punto que por razones de índole diversa, la atención a los problemas de drogas, muy potenciada por instituciones autonómicas y así mismo por el Plan Nacional, ha llegado a cristalizar de hecho en una red asistencial pública, que aunque es inconexa, heterogénea y de dependencia institucional distinta, tiene una característica común, como es la de funcionar separadamente (a veces en forma estanca) del sistema asistencial sanitario general y particularmente del psiquiátrico. Ello ha planteado problemas asistenciales y profesionales, sobre todo cuando se han proyectado planificaciones integradoras. En los últimos años 90 se viven intentos de reorientación de la actividad asistencial de los dispositivos asistenciales de esa red específica para las drogas, hacia la atención a problemas de alcohol, en forma coordinada o integrada con los dispositivos de salud mental y sanitarios en general (atención primaria, hospitalización, etc.).

Es importante considerar la asistencia al enfermo alcohólico en el sector privado, por-

que por diversas razones, entre otras la precariedad de la oferta pública psiquiátrica, ha venido atendiendo una parte importante de la demanda asistencial existente. La atención privada para el alcoholismo, ha experimentado una evolución bastante similar a la que se ha producido en el sector público. Hasta los años 70 a los alcohólicos que presentaban una problemática directamente psiquiátrica o social, y que ingresaban en sanatorios privados, se les atendían sus cuadros agudos de intoxicación o deprivación, y en algunas ocasiones se procedía a deshabitaciones. En esos años, se manejaban también en el ámbito privado técnicas como los "reflejos condicionados" con emetizantes y curas con disulfiram que se iniciaban en régimen de hospitalización. Algunos sanatorios privados estimularon la acción de grupos de autoayuda, mientras en otros se mantenían los pacientes en forma indefinida, mas o menos prolongada, generalmente sin tratamiento específico y sin acción reinsertadora o rehabilitadora alguna.

También en el ámbito privado, han existido, y siguen existiendo, sanatorios para pacientes agudos, con estancias cortas, y sanatorios para pacientes crónicos, con estancias de meses y años. En los primeros rara vez el alcohólico realizaba la cura completa necesaria, y en los segundos, se solía efectuar mas una custodia que una cura. Ya en los años 80 y 90, han existido realizaciones concretas por ejemplo unidades de dependencia con programas específicos en sanatorios psiquiátricos generales y también han comenzado su funcionamiento algunos centros sanatoriales específicos para alcohólicos y otras dependencias, a veces mas o menos basados en el modelo Minnesotta y otras con orientaciones psicoterapéuticas o biológicas más definidas. En la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria privada, después de muchos años de percepción primariamente psiquiátrica y a veces de elusión o rechazo, el alcohólico es percibido cada vez más como enfermo primariamente dependiente y tratado específica y multiprofesionalmente con mas frecuencia, tendien-

do a generalizarse la conexión con los grupos de autoayuda.

## X

En esos últimos años 90, el alcoholismo y las toxicomanías han visto renovado el interés de los psiquiatras por ellos, hasta el punto de poder hablarse de una "re-psiquiatrización" de dichos temas. Parece que ello puede deberse en resumen a dos factores coincidentes, uno de orden científico y otro profesional: por una parte los avances en los conocimientos neurobiológicos respecto a las bases etiopatogénicas del alcoholismo y las dependencias, así como en los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, y por otra una cierta reacción ante las invasiones y progresiva disminución de los territorios de la especialidad por otras especialidades y profesionales. En la practica, se ha producido un cierto aumento del número de psiquiatras en algunos programas para alcoholismo y drogodependencias, y se han proyectado unidades específicas para patologías emergentes, como la dependencia de cocaína y la patología dual. Así mismo, la Sociedad Española de Psiquiatría ha creado (2000) una Sección de Alcoholismo y Drogodependencias para profundizar en los diversos aspectos científicos y profesionales de la denominada actualmente "psiquiatría de la adicción" y actuar coordinadamente con otras sociedades e instituciones españolas y extranjeras que actúan en esas áreas.

Coherentemente con esos cambios que se están produciendo tanto en la red de asistencia a drogas como en el medio psiquiátrico y que tienden a una toma en cargo explícita del tratamiento y la asistencia del alcoholismo en las diversas instituciones, se está produciendo una cierta intensificación de las acciones docentes y formativas respecto el alcoholismo. Desde hace unos años, se imparten cursos obligatorios y optativos para los estudiantes de medicina y son mas frecuentes los cursos de doctorado y así

mismo los trabajos de tesis doctorales sobre el tema alcoholismo. Existen cada vez con mas frecuencia cursos y titulaciones propias de diferentes universidades, con la colaboración de las sociedades científicas, dirigidos a los profesionales de las redes de drogodependencias y de otras instituciones. Con todo ello el nivel de formación de los diferentes profesionales está adquiriendo en general un alto y actualizado nivel de capacitación.

Existen algunos datos que indican en las dos ultimas décadas que los patrones de bebida continúan variando en España, como también lo hacen en otros países del área mediterránea. Mientras los consumos medios se estabilizaron e incluso se refiere una tendencia leve a la disminución, ha cambiado la estructura de bebidas consumidas. Progresivamente España también tiende a consumir según el patrón global vaticinado por Edwards, con la cerveza como primera bebida y los licores después, superando ampliamente los patrones locales de consumo. También ha variado la estructura de consumidores, con jóvenes, mujeres y mayores como otros grupos en riesgo, que vienen a añadirse a los clásicos anteriores. Según datos de encuestas de consumo, parece que existe una cierta radicalización en el consumo, consumiendo cada vez más los bebedores que beben más, y cada vez menos o nada los que beben menos. Los patrones de consecuencias del uso y abuso del alcohol siguen teniendo una gran importancia sanitaria y social. La mortalidad juvenil por accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, y más en general, la mortalidad determinada por otras causas en las que el alcohol es el factor determinante o colaborador importante, son sólo una parte de un coste humano, económico y social muy alto, que sólo aproximativamente y con metodología basada en datos de países diferentes, se ha intentado evaluar en los últimos años.

En el principio del siglo XXI, el alcoholismo sigue siendo un grave problema sanitario y social en España. Sin embargo, han cambiado esencialmente las características sociodemográficas, y culturales de los consumidores, así

como las actitudes del entorno, y las características de este cambio se conocen fiablemente en su mayor parte por estudios epidemiológicos disponibles en la actualidad. También existen recursos humanos, técnicos, económicos y políticos que antes no había. Parece un momento oportuno para que los escasos, diversos y heterogéneos recursos disponibles, se vean adecuadamente estimulados y potenciadas sus posibilidades, integrando sus esfuerzos en una acción de participación pública, institucional y civil, que atienda los problemas del alcohol al nivel necesario hoy día, como otros problemas sanitarios y sociales análogos, y haga posible las medidas preventivas adecuadas y necesarias.

## BIBLIOGRAFIA

- Aizpiri, J. El Centro Coordinador de drogodependencias del gobierno vasco. Historia y evaluación 1981-1986. Ponencia II Congreso Mundial Vasco, IV. Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria, 1988.
- Bogani, E. El alcoholismo enfermedad social. Ed. Plaza Janés Barcelona, 1976.
- Campos Marin, R. Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923). Consejo Superior Investigaciones Científicas Madrid, 1997.
- Freixa, F. Estado actual del problema del alcoholismo en España y recursos asistenciales. Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, 1980.
- Freixa, F. La enfermedad alcohólica. Herder, Barcelona, 1996.
- Freixa, F. Estrategias y programas en el tratamiento del alcoholismo: aspectos psicosociales. En Sanchez-Turet M: Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol. Espaxs Barcelona, 1999.
- Llopis, R.; Santo-Domingo, J. Concepts et definitions de l'alcoolisme. Rev. Alcoolisme 9, 3, 197-209, 1963.
- Memoria del grupo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del trafico y consumo de estupefacientes. Rev. Sanidad Higiene Publica 49, 5-6, 409-573).
- Pascual Pastor, F. Perspectivas históricas del consumo de alcohol. En "Tratado de Alcoholología" Cuevas, J y Sanchis, ed. 2.000.

- Perez Galvez, B. La atención sanitaria al alcoholismo: hacia una normalización asistencial. En "Tratado de Alcoholología" Cuevas, J y Sanchís, ed. 2.000.
- Sanchez-Turet, M. Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol. Espaxs Barcelona 1999.
- Santo-Domingo, J. La asistencia y rehabilitación de los alcohólicos y toxicómanos. En Alcoholismo y otras toxicomanías. PANAP, Madrid, 1970
- Santo-Domingo, J.; Alonso, F.; Valenciano, L. Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España. Ed. Patronato Nacional Asistencia Psiquiátrica Madrid, 1966.
- Santo-Domingo, J. Alcoholismo en España. Rev. Sanidad Higiene Publica 40, 1-45, 1966.
- Santo-Domingo, J. Alcoholismo y Seguridad Social. Rev. Ibero-americana Seguridad Social 6, 4, 2-24, 1966.
- Santo-Domingo, J. Investigaciones españolas sobre alcoholismo. Rev. Sanidad e Higiene Publicas, 1982.
- Santo-Domingo, J. El alcohol y la cultura del beber. Los problemas del alcohol en España. En: Drogas: Nuevos patrones y tendencias de consumo. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2001.
- Santo-Domingo, J.; Llopis, R. El Dispensario Antialcohólico: análisis clínico y resultados terapéuticos. Act Luso Españolas Neurología y Psiquiatría 21, 4, 362-375, 1962.
- Santo-Domingo, J.; Rodríguez Vega, B. Evolución de los hábitos de consumo de alcohol y de la dependencia alcohólica en España. Rev. Esp. Drogodependencias 14, 167-175, 1989.
- Ubeda y Correal, J. El alcoholismo. Imp. Administración Militar Madrid, 1901.
- Viñes Ibarrola, J. Alcoholismo, stress-cáncer. Pub. Inst. Sanidad Navarra, 1957.