



El alcoholismo en las últimas clasificaciones. Clasificación Internacional CIE 10.

Dr. Ricardo González Menéndez

Resumen

A punto de partir de una percepción sistémica de las drogodependencias, el autor hace una valoración clínico epidemiológica de la significación social de la más relevante de las drogadicciones y enfatiza el alcoholismo, que valora como la más trascendente adicción de la actualidad y como uno de los mayores problemas de salud en muchos países, desarrollados o no.

Comenta algunos criterios operativos para identificar los distintos comportamientos posibles ante el alcohol y posteriormente destacar el significado del alcohol como "droga portera", y hace un intento por transcribir las diferentes categorías diagnósticas del CIE 10 fundamentalmente.

Destaca finalmente la categoría "consumo de riesgo", aprobada por los psiquiatras cubanos a partir del primer borrador de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y mantenida en el Glosario Cubano III, como subcategoría de alto valor clínico epidemiológico.

Palabras clave

Alcoholismo, epidemiología, Clasificaciones Internacionales.

Summary

Starting from a systemic notion of drug-addiction, the writer makes a clinical epidemiological appraisal of the social significance of the most relevant drug-addictions and he puts the emphasis on alcoholism, which he considers the most far-reaching addiction at the present time and one for the main health problems in many countries, developed or not.

He exposes some operative criterion to identify the various behaviours faced with alcohol and then he throws into relief the meaning of alcohol as an "opening door" to drugs and he tries to make a difference between the various categories of CIE 10 diagnosis.

Correspondencia a:

Dr. Ricardo González Menéndez
Calle 1406, Entre 23 y 25. • 10.400 Ciudad de la Habana (Cuba)



Finally, he points up the category of "risky consumption", adopted by Cuban psychiatrists in the first draft of the tenth review of the International Rate of Diseases and maintained in the III Cuban Glossary, as undercategory of high clinical epidemiological value.

Key words

Alcoholism, epidemiology, International Rates.

Résumé

Partant d'une perception systémique des drogodépendances, l'auteur fait une évaluation clinique épidémiologique sur l'importance sociale de la plus considérable des drogadictions et il souligne l'importance de l'alcoolisme, qu'il qualifie comme la dépendance plus importante de l'actualité et comme un des plus graves problèmes sanitaires dans beaucoup de pays, développés ou sous-développés.

Il expose certains critères opératifs pour identifier les différentes conduites face à l'alcool et il met en relief la signification de l'alcool comme une "drogue de portes ouvertes" puis il essaye de délimiter les diverses catégories diagnostiques du CIE 10.

Finalement, il met l'accent sur la catégorie de "consommation à risque", adoptée par les psychiatres cubains dans la première version de la dixième révision de la Classification Internationale de Maladies et maintenue dans le Glossaire cubain III, en tant que sous-catégorie étant d'une grande valeur clinique épidémiologique.

Mots clé

Alcoolisme, épidémiologie, Classifications Internationales.

INTRODUCCIÓN

Iniciaremos este artículo con el texto introductorio de la categoría F10-F19, escrito por nosotros para el glosario cubano III (518) de la décima revisión, y posteriormente expondremos las categorías fundamentales del alcoholismo en la CIE 10 y en el DSM IV.

F 10-F 19. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS (ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICODEPENDENCIAS).

Los rubros diagnósticos toxicomanías, fármaco dependencias, abuso de sustancias farmacófilas, toxicodependencias o más modernamente desórdenes relacionados con sustancias o trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, designan como sinónimos, al estilo de vida donde el consumo irrespon-



sable de las drogas, constituye la esencia, y su relevancia como problema de salud es tal, que en algunos países desarrollados en morbilidad casi alcanza en letalidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, sobre todo, si tomamos en cuenta su importante papel etiopatogénico en dichas entidades, (Velasco, R. 1994; MINSAP, OMS 1992).

Su trascendencia actual y desafortunadas perspectivas inmediatas lo sitúan entre los principales problemas de salud en muchos países del primer y tercer mundo (González et al. 1992; Editorial Rev. Esp. Drogodependencias 1991; Schroeder 1982)

La existencia de tan disímiles denominaciones, expresa en algún grado los esfuerzos por evitar el término droga, que en forma errónea es popularmente limitado a las sustancias ilegales, con la consecuente exclusión de las drogas de prescripción médica, las drogas legales y los inhalantes.

Las Drogas son sustancias psicoactivas, naturales ó sintéticas, de efectos indistintamente estimulantes, depresores o distorsionantes, cuyo consumo prolongado determina relevantes daños biológicos, psicológicos o sociales. Este concepto incluye por tanto el café, tabaco. Alcohol, psicofármacos, narcóticos, antiparkinsonianos, simpaticomiméticos inhalantes, marihuana, cocaína, opiáceos, hongos alucinógenos, polvo de ángel y otras nuevas drogas de síntesis.

Cálculos recientes plantean que en EE.UU. se consumen anualmente 600 mil millones de cigarrillos, 200 mil millones de tazas de café, 50 mil millones de tabletas psicoactivas y 50 mil millones "tragos" de bebidas espirituosas (que no incluyen el vino y la cerveza). Se estima que en dicho país existen 55 millo-

nes de ciudadanos adictos a la nicotina, 66 millones que alguna vez han consumido marihuana, 27 millones que han hecho igual con la cocaína, son cerca de 1 millón los adictos a la heroína y alrededor de 15 millones presentan dependencia alcohólica, afección cuya expectativa de por vida, afecta a uno de cada ocho nacimientos (Kaplan, H. y Sadock, B.; 1990).

La mitad de las camas hospitalarias se ocupan por afecciones relacionadas con las drogas, y todos los años nacen en dicho país 350 mil afectados por las mismas (Kebler, H.; 1991), de los cuales aproximadamente la mitad presentará algún tipo de daño, y la cuarta parte consecuencias irreversibles expresadas por malformaciones corporales, retraso mental o trastornos del comportamiento incluíbles en el nuevo concepto de teratogenia conductual. La trascendencia económica actual del consumo de estas sustancias, alcanza en dicho medio los 200 mil millones de dólares anualmente, cifra cinco veces mayor que la determinada para la esquizofrenia.

Esta trágica realidad puede constatarse con igual y hasta mayor magnitud proporcional en otros países industrializados o del tercer mundo (González, P.; 1994). Es también importante destacar, que la repercusión del consumo irresponsable de alcohol es equivalente a la determinada por la suma de todas las demás drogas conocidas hasta hoy, argumento de fuerza para superar la tendencia mundial a subvalorar la significación social de dicho tóxico, pese a su condición de droga modelo y portera.

En América Latina, la prevalencia del alcoholismo alcanza cifras que fluctúan entre el 4 y el 24% de la población adulta, con un esti-



mado actual de 28 millones de pacientes, y una expectativa de 38 millones para el año 2000 (Levav et al. 1989). En Cuba las cifras de prevalencia evidenciadas en estudios regionales alcanzan un 2% de dependientes alcohólicos y un 5% de bebedores abusivos. La tasa de cirrosis alcohólicas ronda los 7 por 100.000 habitantes (proporción aproximada del 7,4%).

Si utilizamos el alcohol como *droga modelo*, destacaremos que el factor de riesgo más relevante en el alcoholismo a nivel mundial, es en nuestra apreciación, la actitud social de tolerancia incondicional ante el consumo irresponsable del tóxico (Alonso, F.; 1979), aunque deben también considerarse los aspectos genéticos, la efectividad de los mecanismos individuales de degradación del alcohol (a mayor efectividad mayor riesgo), los patrones socio-culturales de consumo, la influencia de microgrupos, las ocupaciones solitarias o aquellas que impliquen alejamiento de la familia, o faciliten el acceso al tóxico; la ingestión desde edades muy tempranas, la propaganda, la procedencia de hogares rotos por separación, divorcio o viudez, y los factores de personalidad que impliquen inseguridad, depresión ó ansiedad.

Las más frecuentes vías patogénicas para el establecimiento de una toxicomanía son: La socio-cultural que depende de las pautas de consumo de los macro y microgrupos. La hedónica, relacionada con la búsqueda exagerada de placer; La asertiva, orientada al incremento de la seguridad personal, La evasiva que persigue la "solución" de situaciones de tensión y la sintomática, donde existe una afección precedente que juega su papel en el establecimiento de la drogadicción (Alonso, F.; 1979).

CRITERIOS OPERATIVOS PARA IDENTIFICAR LOS COMPORTAMIENTOS ANORMALES ANTE EL ALCOHOL.

Como principio general, debe establecerse que la valoración de los diferentes comportamientos ante el alcohol, tomará siempre en cuenta, que el mismo sea consistente y que en cierta forma integre el estilo de vida de la persona evaluada, pues los patrones de consumo coyunturales que duran menos de 2 meses y que responden a situaciones desfavorables, no son válidas.

1.- CRITERIO DE CANTIDAD Y FRECUENCIA

Este criterio se cumple cuando el sujeto consume 3 ó más veces a la semana el equivalente a un cuarto de botella de bebida fuerte (ron, cognac, vodka), o una botella de vino, o 5 medias botellas de cerveza, cantidades que representan aproximadamente unos 90-100 gr. De alcohol en cada día de consumo o cuando exceda 12 estados de embriaguez ligera en el transcurso de 1 año.

2.- CRITERIO DE NOCIDIDAD.

También llamado criterio tóxico. Se cumple cuando se establecen los efectos dañinos del alcohol, tanto en el nivel biológico (gastroenteritis, hepatitis, pancreatitis, polineuritis), como en el psicológico (depresión, ansiedad, disforia, culpabilidad) o en el social (pérdida reiterada de empleos, separaciones, divorcios o arrestos).



3.- CRITERIO DE ESCLAVITUD.

Se cumple cuando el sujeto pierde progresivamente su libertad para decidir ante el consumo de alcohol, es decir, si lo ingiere o no, y en el caso de hacerlo, hasta cuando y cuanto tomar. En la práctica, la pérdida de libertad ante el alcohol se manifiesta en 3 formas básicas:

- 1.- *Pérdida del control.* El sujeto no puede detenerse una vez se ha iniciado el consumo.
- 2.- *Incapacidad de abstenerse.* El sujeto no puede pasar más de 2 días sin beber.
- 3.- *Necesidad cotidiana de alcohol.* El sujeto necesita la ingestión del tóxico para desarrollar sus diferentes tareas y actividades.

4.- CRITERIO DE ETIQUETADO.

Este criterio puede ser de escasa utilidad clínica cuando expresa juicios de valor distorsionados por factores subjetivos. Tiene en la práctica 2 modalidades

- 1.- *El aloetiquetado.* Expresa la valoración de amigos y familiares sobre el patrón de consumo.
- 2.- *El autoetiquetado.* Es de mucho valor, por expresar crítica de enfermedad, aspecto excepcional en las primeras etapas de la toxicomanía.

CÓMO OPERAR CON ESTOS CRITERIOS.

En primer lugar, los comportamientos normales ante las bebidas alcohólicas se identi-

can por no cumplimentar ninguno de los 4 criterios, aunque excepcionalmente podría encontrarse el aloetiquetado por parte de algún familiar angustiado por experiencias traumáticas previas, con alcohólicos.

CONSUMO DE RIESGO.

Como etapa de transición hacia el alcoholismo, en esta modalidad de comportamiento el criterio que se cumple es el 1 (cantidad y frecuencia) y a veces el 4 (aloetiquetado), pero ningún otro.

CONSUMO DAÑINO.

Aquí se cumplen los criterios 1, 2, 3, y generalmente el 4.

La aparición de complicaciones y finalmente, la evidencia de deterioro marcado de personalidad, sumados a los criterios expresados, delimitan las fases avanzadas de dependencia, que conducen finalmente al alcohólico vagabundo (González, R.; 1993)

Habida cuenta de que el alcohol es la droga modelo, los aspectos valorados son en gran parte generalizables al resto de las sustancias incluidas en esta categoría diagnóstica.

EL ALCOHOL COMO DROGA PORTERA.

Para los expertos en la materia, el alcoholismo resulta la más trascendente y difundida de las toxicomanías y dicha categoría no es solamente conferida por la condición del alcohol y el alcoholismo como droga y drogadicción, modelos, (por ser dicha sustancia la única no médica y de carácter legal capaz



de producir los efectos de la más dura de las drogas), sino también por su carácter de droga y drogadicción porteras, término que expresa metafóricamente su acción facilitadora del consumo de otras sustancias de tipo médico e ilegales (Yelazco, R.; 1994 y González, R.; 1994).

En esta categoría de porteras se incluye también el tabaco, pero aunque el consumo de ambas drogas determina una actitud de aceptación pasiva a pesar del conocimiento de sus efectos nocivos, salta a la vista que ésta última produce sobre todo daños corporales, que pese a ser de gran relevancia por determinar el mayor número de muertes prevenibles en el ámbito médico, a diferencia de la droga que nos ocupa, no afecta – en su consumo habitual- la conciencia, por lo que sus efectos sociales resultan mucho menos conflictivos.

Creemos por tanto oportuno, valorar en forma sintética los mecanismos que explican su condición de droga portera (González, R.; 1995).

1.- *En el nivel histoquímico.* Estudios recientes parecen demostrar que existen aspectos comunes en la acción de diferentes drogas sobre los canales de calcio, los neurotransmisores, neuromoduladores y centros límbicos de gratificación y alerta. La necesidad biológica de la sustancia adictiva, no es por tanto, tan específica como se creía. Evidencia de ello es el efecto de la acupuntura basado en la elevación de las endorfinas, de las benzodiazepinas y de los antagonistas de los opiáceos del tipo Naltrexona en la abstinencia y *craving* (deseo imperioso) de

los alcohólicos, así como la tolerancia cruzada del alcohol con hipnóticos y sedantes. Por inferencia elemental, esta necesidad indiscriminada puede explicar que exista comprobación estadística del riesgo cruzado de consumo entre el alcohol, tabaco, café y drogas ilegales en la población general.

2.- *En el nivel neuropsicológico.* Destacaremos que el consumo abusivo de alcohol lleva al sujeto a utilizar como "estilo funcional", el nivel subcortical instintivo-afectivo, que además de oponerse al comportamiento racional cognitivo-volitivo, expresa sus necesidades en forma no selectiva y cualquier sustancia que conduzca a dicho funcionamiento atávico será rápidamente aceptada. En lenguaje Freudiano, el ello se fortalecería cada vez más con la consecuente búsqueda de placer; y el superyo se vería cada vez más debilitado.

3.- *Psicológicamente.* La droga portera determina una actitud de tolerancia ante el consumo de sustancias de con alto riesgo de dañar la salud en sus aspectos físicos, psíquicos y sociales y propicia así mismo una postura de aceptación pasiva del efecto esclavizante de cualquier sustancia.

4.- Establece por mecanismos de aprendizaje condicionado y sobretudo instrumental, la tendencia a buscar la desinhibición o la embriaguez y abre así respectivamente, la puerta a otras drogas estimulantes o depresoras.

5.- Introduce el consumo de otras sustancias, tanto para "cortar" el efecto de somnolencia, como para reforzar los



efectos desinhibidores (su modelo es la cocaína).

- 6.- Determina consecuencias familiares, laborales y sociales, que posteriormente trata "de olvidarse", con la utilización de "sustancias más estimulantes" y se establece así lo que nosotros llamamos *evasión secundaria*.
- 7.- Conduce a la reducción progresiva de valores con la consecuente marginación i vínculos interpersonales con politoxicómanos.
- 8.- Este deterioro social implica una actitud cada vez más irresponsable y el establecimiento de una postura derrotista basada en el criterio de que ya nada puede ser peor; incluido el consumo de drogas ilegales.
- 9.- Su consumo generalizado lleva al desarrollo comunitario de una actitud de tolerancia incondicionada donde se acepta, tanto el consumo en situaciones no adecuadas, como el estado de embriaguez por alcohol, y posteriormente también por otras sustancias.

Esta peligrosísima indulgencia ante el consumo de drogas se hace cada vez más evidente en las producciones cinematográficas de muchos países desarrollados y del tercer mundo (González, R.; Donaire, I.; 1986) (González, R. - Cisneros, A.; 1988).

Ningún equipo de salud debe considerar cumplimentadas sus gestiones preventivas en la atención a las toxicomanías, hasta tanto no logre que la población reaccione ante una persona embriagada, con la misma actitud crítica que se evidencia cuando alguien fuma dentro de un ascensor; para lo que resulta

imprescindible crear la conciencia social de que existe también el "bebedor pasivo" y que esa situación, está siempre presente en el entorno de quien consume alcohol en forma irresponsable, pues las consecuencias para otros pueden ser incluso mucho más dramáticas que las determinadas por el humo en el "fumador pasivo".

De forma solapada, de la misma manera en que el tabaco, el alcohol y otras sustancias penetraron la sociedad hasta devenir en su azote, por el daño que causa su uso abusivo y su poder "adictógeno", determinadas costumbres y hábitos no concernidos directamente con el uso de sustancias psicotropas (incluso no relacionado con sustancia alguna) han comenzado a llamar la atención.

El uso de sustancias que no producen dependencia se registrará en F55, pero el de algunos alimentos como el chocolate y el uso nocivo de la TV, el vídeo-juego y la computación, no formaran parte aún de los tratados de patología, sin embargo, se recomienda a los clínicos que identifiquen trastornos conductuales de este tipo, recogerlos en el Eje-III Factores psicoambientales adversos- en el acapite II. Problemas relacionados con el estilo de vida.

F 10.0.- INTOXICACIÓN AGUDA.

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol, que producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

El diagnóstico principal se realiza solo en los casos en los que la intoxicación se pre-



sente en ausencia de problemas más graves o persistentes, relacionados con el alcohol y otras sustancias psicotropas. Si no fuera así tienen preferencia los diagnósticos de Consumo perjudicial (F10.1), Síndrome de Dependencia (F10.2) o trastornos psicóticos (F10.5).

F10.1. CONSUMO PERJUDICIAL.

Se trata de un patrón de consumo que está afectando ya a la salud física (hepatitis por inyección de drogas, por ejemplo), mental (episodios depresivos), o social (problemas legales, divorcio por ejemplo).

F10.2. SÍNDROME DE DEPENDENCIA.

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales en el cual el consumo de una droga (o grupo de ellas), deviene la máxima prioridad para el individuo, superior incluso al máspreciado comportamiento del pasado. Es característico el deseo impulsivo, usualmente insuperable de consumir la(s) sustancia(s), aun cuando haya prescrita por el médico. La recaída en el consumo de una sustancia tras un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome, de lo que sucede en los individuos no dependientes.

F10.3.- SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según modos y grados de gravedad diferentes, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis

elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia, están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Este síndrome puede complicarse con convulsiones.

F10.4.-SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM.

Se trata de una condición en la cual el síndrome de abstinencia (F10.3) está complicado con delirium (ver criterios para F0.5). Codificar aquí el "delirium tremens" inducido por alcohol.

"*Delirium tremens*". Es un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces es una amenaza vital. Suele ser consecuencia de una abstinencia absoluta o relativa en personas con una grave dependencia, con largos antecedentes de consumo. El *delirium tremens* comienza por lo general, después de interrumpir el consumo de alcohol, aunque puede ser provocado por otros factores (traumatismos ó infecciones). En algunos casos se presenta durante un episodio muy elevado de alcohol.

Los síntomas prodrómicos típicos so insomnio, temblor y miedo. A veces el comienzo está precedido por unas convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en: onnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.



F10.5.- TRASTORNO PSICÓTICO.

Se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vividas que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia -a menudo de naturaleza paranoide ó persecutoria ó ambas-, trastornos psicomotores como excitación, estupor y estados afectivos anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad de sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de onnubilación de la conciencia que no llega al nivel de un estado confusional grave. El trastorno, típicamente se resuelve parcialmente en un mes y completamente en seis meses.

F10.6.- SÍNDROME AMNÉSICO.

Se trata de un síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes, y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras está conservada la capacidad de evocación de recuerdos inmediatos. También está presente un trastorno de la orientación en el tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede destacarse la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas y los efectos amnésicos son incomparablemente mayores que los de otras funciones.

F10.7.- TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS.

Se trata de estados en los cuales ciertos cambios cognoscitivos, afectivos de la personalidad o del comportamiento persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

F10.8.- OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO.

Codificar aquí otros trastornos en los cuales puede identificarse que el consumo de una sustancia contribuye directamente a dicha situación, pero que no pueden encontrarse criterios suficientes de inclusión en ninguno de los apartados anteriores.

F10.9.- CONSUMO DE RIESGO.

Los psiquiatras cubanos vieron con beneplácito la aparición de este rubro en el borrador de la CIE-10. Aún cuando fue suprimido en la versión definitiva, esta subcategoría será mantenida en el GC-3 por su utilidad en medicina preventiva, ya que es de todos conocido, que cuando se establece un alcoholismo -a partir de un consumo perjudicial-, la batalla entre la droga y la salud está ya a favor de la primera.

Por otra parte, un consumo de riesgo es el primer eslabón insalvable entre un bebedor normal y un paciente.

Epidemiológicamente el nivel de consumo de riesgo de una población, permite pronosticar la necesidad de intervención terapéutica cuando aun hay mucho que hacer.



En la versión final del GC-3 quedará definitivamente delineada esta entidad.

En el DSM-IV, los trastornos relacionados con el alcohol se incluyen en la categoría **Trastornos relacionados con sustancias** y se establecen -con muy buen juicio a nuestro criterio- las subcategorías **Trastornos en el uso del alcohol y trastornos inducidos por el alcohol**, con las siguientes codificaciones:

Trastornos en el uso del alcohol.

Dependencia al alcohol /303.90/.

Abuso de alcohol /305.00/.

Equivalentes el la CIE-10 a:

Síndrome de dependencia al alcohol (F10.2) y *Consumo perjudicial (F10.1)* en igual orden respectivo.

Vemos como los **trastornos inducidos por el alcohol** establecidos en el DSM-IV y sus equivalentes en la CIE-10, representan, sin duda un relevante salto cualitativo en el desarrollo de los sistemas clasificatorios en la materia que nos ocupa, por ser nítidos exponentes de la concepción sistémica en la problemática de las drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, F. *Bases Psicosociales del alcoholismo*. Tesis de Adscripción a la Real Academia Española de Medicina. Madrid, 1979.

Editorial. *Revista Española de Drogodependencias*. 16 (4).

González, R.; González, E.; Dujarric, R. *Morbilidad oculta del alcoholismo masculino y valor de los instrumentos de diagnóstico*. *Revista Española de Drogodependencias*. 17 (1).

González, R. *Como liberarse de los Hábitos Tóxicos*. Editorial. Ciencias Médicas. La Habana, 1994.

González, R. *El consumo Social y anormal del alcohol. Criterios para su identificación por el médico de familia*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 9(3)251-257, 1993.

González, R. *El alcohol como droga portera*. Ponencia al primer seminario Internacional del Caribe. Santiago de Cuba, 1995.

González, R.; Donaire, I. *El cine como reflejo de actitudes ante el alcohol*. *Rev. Del Hosp. Psiq. de La Habana*. 27(3)377-383, 1986.

González, R.; Cisneros, A. *Los patrones de consumo alcohólicos en el cine: "Estudio de una muestra de filmes Cubanos y de otros países Latinoamericanos"*. *Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana*. 29(3) 41-45, 1998.

Kaplan, H.; Sadock, B. *"Alcoholism" In Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Williams and Wilkins Edit. Baltimore, 1990.

Kebler, H. *Use, Abuse, Dependence. Proceeding 6th Annual Vatican Pontifical conference. Contra Spem in Spem. Drugs and Alcoholism against Live*. Rome Nov. 21, 1991.

Levay, I.; Lima, C.; Somoza, M.; Cramer, N.; González, R. *Salud para todos en América Latina y el Caribe: "Bases epidemiológicas para la Acción"*. *Boletín de la OPS* 107(3)196-219. Sep, 1989.

MINSAP. *Glosario Cubano de la CIE, novena revisión*. Edit. Hospital Psiq. de La Habana.

Velazco, V. *Prólogo del libro las adicciones, dimensiones, impacto y perspectiva, En: Las Adicciones hacia un enfoque multidisciplinario*. Publicación de la Secretaría de Salud de Mexico, 1994.