

Alcohólico actual: aproximación a la realidad

Joaquín Cuevas Badenes *, José Gisbert Tío **, Anselma Betancourt Pulsán ***

* Médico. Unidad de Alcoholología de AVEX. Valencia (España)

** Psicólogo. Unidad de Alcoholología de AVEX. Valencia (España)

*** Médico. Profesora Asistente de Fisiología.
Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo (Cuba)

Resumen: Se realiza un estudio con una muestra de 136 pacientes alcohólicos atendidos de forma ambulatoria en Valencia (España), caracterizándolos a partir de trece variables sociodemográficas y de historia de consumo, con el fin de obtener un perfil sociológico y de historia alcohólica que clarifique la realidad actual de estos enfermos. Los resultados obtenidos señalan que el alcohólico medio residente en la provincia de Valencia presenta un perfil sociológico similar al de la población general valenciana, con la salvedad de una mayor tasa de divorcios y separaciones matrimoniales en la población alcohólica femenina. En líneas generales, se halla integrado dentro del ámbito sociolaboral y familiar que caracteriza a su medio, ejerciendo la sociedad y su familia un papel equilibrador de aquellas disfunciones que el alcohólico vaya presentando durante el desarrollo de su enfermedad.

Palabras clave: Alcohólico. Perfil sociológico. Historia de consumo de alcohol. Valencia.

Summary: We have done a work with a sample of 136 alcoholics assisted as outpatients in Valencia (Spain), distinguishing them between thirteen sociodemographic and consumption record variables, to get a sociological feature and alcoholic record to clarify the present reality of those patients. The results show that the average alcoholic resident in Valencia's Province has similar sociologic features that the general Valencian population, except for a higher divorce and separation rate between the women alcoholic population. In broad outline, it is composed by sociolabour and family fields which characterizes its environment, where society and family bring a balanced role for the troubles that the alcoholic patient has during his disease.

Key words: Alcoholic. Sociologic features. Consumption record. Valencia.

CORRESPONDENCIA A:

Joaquín Cuevas
AVEX - Unidad de Alcoholología
Tirso de Molina 13, bajo izq.
46009 Valencia (España)

Résumé: Nous avons réalisé une étude avec 136 patients alcooliques assistés dans des dispensaires à Valence (Espagne), et nous les avons regroupés entre treize variables sociodémographiques et selon leur consommation afin d'obtenir un portrait sociologique selon leur dossier d'alcooliques, qui puisse éclaircir la réalité actuelle de ces malades. Les résultats obtenus montrent que l'alcoolique moyen qui habite dans la Province de Valence a un profil sociologique similaire à celui de la population Valencienne en général, hormis un taux de divorces et de séparations entre la population alcoolique féminine plus élevé. En général c'est intégré dans le cadre sociolaboral et familial qui caractérise leur milieu, la société et la famille ayant un rôle équilibrant pour les troubles que l'alcoolique présente pendant sa maladie.

Mots clé: Alcoolique. Profil sociologique. Dossier de consommation. Valence.

1. Introducción

Con demasiada frecuencia se incurre en el error de considerar al alcohólico como un individuo ya entrado en la quinta o sexta década de la vida, en situación extrema de marginación social, laboral y familiar; siendo la imagen del anciano vagabundo, sin techo, borracho y tirado en la calle una fantasía distorsionada que sólo refleja una parte residual de la realidad. En este arquetipo no se valora el importante papel que en la expresión del alcoholismo desempeña la dotación genética y el ambiente, a través de múltiples y complejas interacciones. Por otro lado, la consideración popular del alcohólico como un sujeto marginal al que su consumo patológico de alcohol le ha llevado al total aislamiento familiar y sociolaboral es más que dudosa.

En base a lo mencionado, se decidió efectuar un estudio en una muestra de alcohólicos atendidos de forma ambulatoria en Valencia (España) con el fin de obtener su perfil sociológico e historia alcohólica para clarificar la realidad actual de estos enfermos y ayudar a diseñar programas de prevención y tratamiento más eficaces en este entorno geográfico.

Los resultados obtenidos se utilizarán como punto de partida a estudios descriptivos de similar factura en años sucesivos, utilizando la misma metodología y la misma fuente muestral, pudiendo observar año tras año los cambios que se produzcan respecto al perfil inicial aquí expuesto. En base a esto y de un modo más estructurado, los dos objetivos principales son los siguientes:

Caracterizar al enfermo alcohólico residente en la provincia de Valencia (España) a partir de ocho variables sociodemográficas: edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, situación laboral, ocupación laboral y nivel de formación.

Conocer la presencia de antecedentes familiares de trastorno por consumo de alcohol; la edad en que se inician en el consumo de bebidas alcohólicas; su consumo diario de etanol; los años que permanecen consumiendo hasta buscar tratamiento; y el hábito tabáquico entre los alcohólicos residentes en la provincia de Valencia.

2. Método

Se llevó a cabo el estudio descriptivo de 136 pacientes alcohólicos atendidos en un centro

ambulatorio de la ciudad de Valencia durante el período de octubre de 1994 a octubre de 1995. No hubo selección muestral alguna, siendo objeto de estudio la totalidad de enfermos alcohólicos atendidos por primera vez en el citado centro durante el período de estudio.

La información fue recogida de las historias clínicas de los pacientes con dependencia del alcohol, según descripción y criterio del DSM-IV (código F10.2x). La historia clínica ofreció información estandarizada de cada uno de los pacientes mediante entrevista individual con el enfermo validada, cuando fue posible, por el familiar que le acompañaba; haciendo referencia a la situación del paciente al inicio del tratamiento.

De cada una de las historias clínicas se seleccionaron las variables siguientes: edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, situación laboral, ocupación, nivel de estudios, número de hijos, existencia de antecedentes familiares de trastorno por consumo de alcohol, edad de inicio de consumo, años de consumo, consumo diario de etanol y hábito tabáquico.

3. Resultados y discusión

3.1. Sexo

El 86'03% de los enfermos alcohólicos eran varones (*figura 1*), resultando una proporción hombre/mujer de 6 a 1. Todos los estudios epidemiológicos realizados tanto en España como en Estados Unidos dan un predominio de la enfermedad alcohólica en los hombres, en proporciones que van desde 5:1 hasta 7:1, muy cercanas al dato del presente estudio (EDIS, 1984; Miller y Gold, 1993; Cuevas et al., 1994; Guardia, 1994;

DSM-IV, 1995). Durante la presente década se observa una tendencia hacia la reducción de las diferencias entre sexos, sobre todo en la población más joven (Plan Nacional sobre Drogodependencias, 1991; Schüller, 1991; Miller y Gold, 1993; Secades, 1996).

3.2. Edad

El período de edad predominante en el estudio fue el comprendido entre los 21 y 54 años, representando el 91'4% de la muestra (*figura 2*). La edad media de los enfermos fue de 40'79 años, con una desviación típica de 9'50, dato muy similar a los obtenidos en otros estudios (Plan Nacional sobre Drogodependencias, 1991; Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias, 1993; Cortés y Torres, 1994; Cuevas et al., 1994).

Este resultado, avalado por los estudios señalados, refuta la creencia popular de que el alcohólico es un individuo de la tercera edad, y más si tenemos en cuenta las encuestas de METRASEIS e ICSA GALLUP que señalaban al principio de los años noventa un descenso importante del consumo de alcohol en este grupo (Rodes et al., 1990) y la opinión de otros autores que refieren un consumo de alcohol en la senectud inferior al de los adultos (Schüller, 1991).

3.3. Estado civil

El alcohólico de la presente muestra estaba casado o convivía en pareja estable en el 66'18% de los casos (*figura 3*). Otros estudios realizados coinciden con el hecho de que el alcohólico es un individuo que vive en pareja (Robins et al., 1988). Es de destacar que el 26'31% de las mujeres alcohólicas del estudio estaban divorciadas

o en régimen de separación matrimonial, frente a tan sólo el 8'54% en el caso de los hombres. En estos casos, la separación siempre se produjo una vez aparecieron consecuencias importantes debidas al consumo problemático de alcohol.

Este resultado obliga a la reflexión sobre el gran estigma social que sufre la mujer alcohólica, siendo en gran número abandonadas por sus maridos a causa de su alcoholismo, mientras que los varones alcohólicos son más apoyados y durante más tiempo tolerados en el seno familiar.

En este sentido, los autores han observado en su práctica diaria que si bien la mayor parte de los varones alcohólicos son acompañados por sus compañeras durante el proceso terapéutico, en el caso de las mujeres alcohólicas el apoyo y acompañamiento de sus parejas es un hecho excepcional.

La experiencia clínica demuestra que el legado más frecuente del alcoholismo es el deterioro de las relaciones interpersonales, explicando la alta incidencia de problemas conyugales entre la población alcohólica (Rodés et al., 1990; Miller y Gold, 1993).

3.4. Lugar de residencia

Estudios realizados en Estados Unidos señalan que la tasa de alcoholismo es más alta entre los habitantes de las ciudades que entre la población suburbana o rural (Miller y Gold, 1993). En el estudio que aquí se presenta, el 50% de los sujetos de la muestra residía en la ciudad de Valencia (*figura 4*).

Si tenemos en cuenta que la población residente en la provincia de Valencia triplica en número a los habitantes de su capital, vemos que también en este medio la

prevalencia de alcoholismo es mayor entre la población urbana. También hay que tener en cuenta que el centro ambulatorio donde fue realizado este estudio se halla ubicado en la ciudad de Valencia, de ahí que podamos interpretar los resultados obtenidos teniendo en cuenta la disponibilidad del recurso asistencial en función de la cercanía al lugar de residencia.

No obstante, vivir en la ciudad es considerado un factor de riesgo para los trastornos de la mayoría de las enfermedades mentales. La ciudad supone una mayor fuente de estrés, un mayor deterioro de los lazos interpersonales y una menor tolerancia social y familiar a comportamientos desviados, entre otros factores.

3.5. Número de hijos

La media del número de hijos entre los enfermos alcohólicos de la muestra fue de 1'5 (*figura 5*), similar a la de la población general española. Es necesario reconocer que la probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres lo son es 3-5 veces superior a cuando éstos no lo son (Goodwin, 1973, 1974, 1985; Schuckit y Haglund, 1987). La probabilidad de que un hijo de padre o madre alcohólico presente un problema etílico en el futuro es del 25% (Jellinek, 1960). Si ambos padres son alcohólicos, la probabilidad es superior al 50% (Schuckit y Haglund, 1982; Goodwin, 1984-b, 1985).

Los descendientes de enfermos alcohólicos hay que considerarlos población de alto riesgo a padecer alcoholismo en el futuro. Por ello, deberían ser subsidiarios de programas de carácter preventivo-educacional específicos y de modo prioritario, con el fin de contrarrestar lo mejor posible la vulnerabilidad genética.

3.6. Situación laboral

Dadas las repercusiones que en el área laboral causa el consumo problemático de alcohol (baja laboral, absentismo, accidentes, degradación, incapacidad laboral, etc. -Soler-Insa et al., 1988; Rodés et al., 1990-), cabría esperar en el presente estudio un importante índice de alcohólicos en paro; sin embargo, tal y como se muestra en la *figura 6*, los resultados señalan que sólo el 18% de la muestra se encuentra en situación de desempleo, tasa muy similar a la de la población general española (El País, 1996). Del resto, el 78% se encuentra en activo (incluyendo las amas de casa); y el 4'4% están ya jubilados.

Nos encontramos ante la realidad de que el alcohólico es, en líneas generales, un profesional de su oficio correctamente cualificado, con larga experiencia laboral y un grado de formación afín a la media de la población general española. El lento curso de su enfermedad no le impide desarrollarse profesionalmente y permanece, de una forma más o menos efectiva, integrado en su puesto de trabajo. Su alcoholismo presenta un curso variable caracterizado por períodos de remisión y recaídas que si bien le lleva en ocasiones a la pérdida de su trabajo, no le incapacita para encontrar uno nuevo.

También hay que señalar durante los últimos años la tendencia hacia una mayor sensibilidad de la enfermedad por parte de los responsables de las empresas. Los autores vienen observando en su labor cotidiana importantes muestras de apoyo, facilitación y acompañamiento por parte de representantes sindicales y mandos intermedios de las empresas en el proceso terapéutico de trabajadores afectados por la enfermedad.

Esta mayor concienciación de la enfermedad alcohólica también se constata al observar cómo los empresarios son cada vez más reacios a sancionar los casos de embriaguez con el despido, buscando soluciones más adaptativas, como son el cambio de puesto de trabajo, y la concesión de bajas laborales temporales comprometiendo al trabajador a un tratamiento de desintoxicación/deshabitación alcohólica, antes de aplicar tajantemente la legislación laboral actual en relación a esta materia (Ortiz-Escribano, 1994).

3.7. Ocupación según actividad laboral

La variable *ocupación* hace referencia al sector laboral en que el paciente estaba trabajando en el momento de recibir asistencia ambulatoria en el centro donde se llevó a cabo el estudio, en el caso de sujetos laboralmente en activo; o en el sector de producción en que ha trabajado en el pasado, en el resto de los casos. En el estudio, el 68'18% pertenece al sector servicios; el 13'64% a industria; el 11'36% a construcción; y el 6'82% al sector agrícola, tasas muy similares a la de la población activa valenciana actual (El País, 1996).

3.8. Nivel de estudios

La variable *nivel de estudios* incluyó las siguientes categorías: sin estudios (pacientes sin escolarizar); estudios primarios (hasta el Graduado Escolar); estudios secundarios o Bachillerato; estudios técnicos (la actual Formación Profesional, peritos y demás formación paralela al Bachillerato); y estudios superiores (incluyendo la formación tanto en escuelas universitarias de diplomatura como los estudios superiores en sí y doctorados). Es importante señalar que esta variable no hacía referencia a

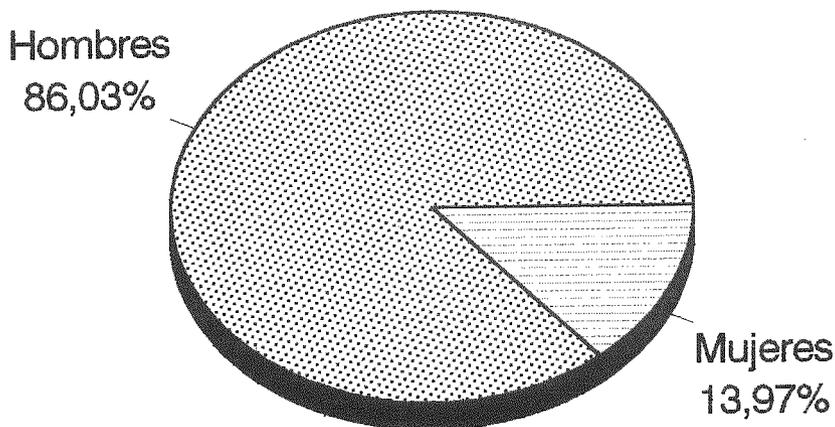


Figura 1: Distribución por sexos

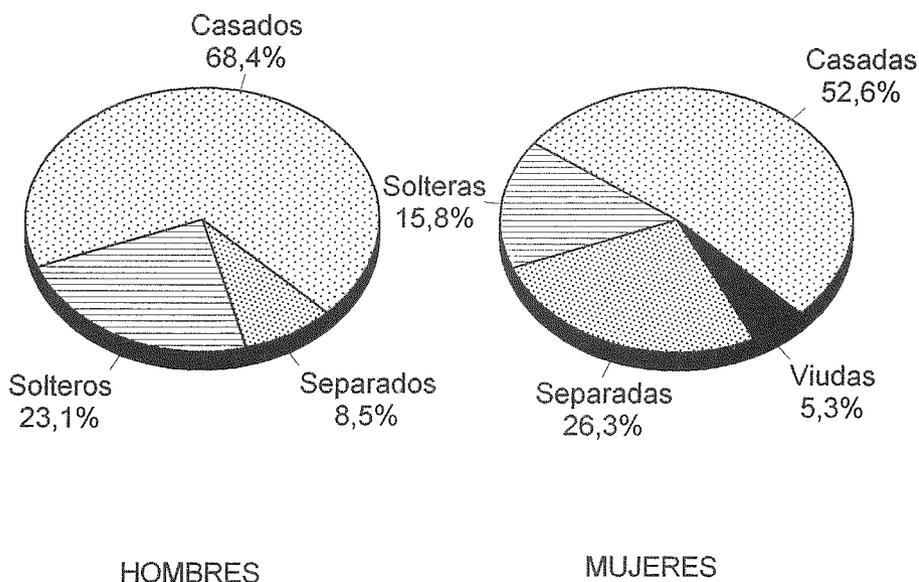


Figura 3: Distribución del estado civil en cada sexo

estudios finalizados. Así, por ejemplo, un sujeto con estudios superiores sólo indicaba que ha iniciado esa formación, pero no necesariamente que la haya completado.

Los resultados muestran que el 65'42% de los sujetos cuenta tan sólo con estudios primarios (figura 7). Se observa además una mayor cualificación en las mujeres alco-

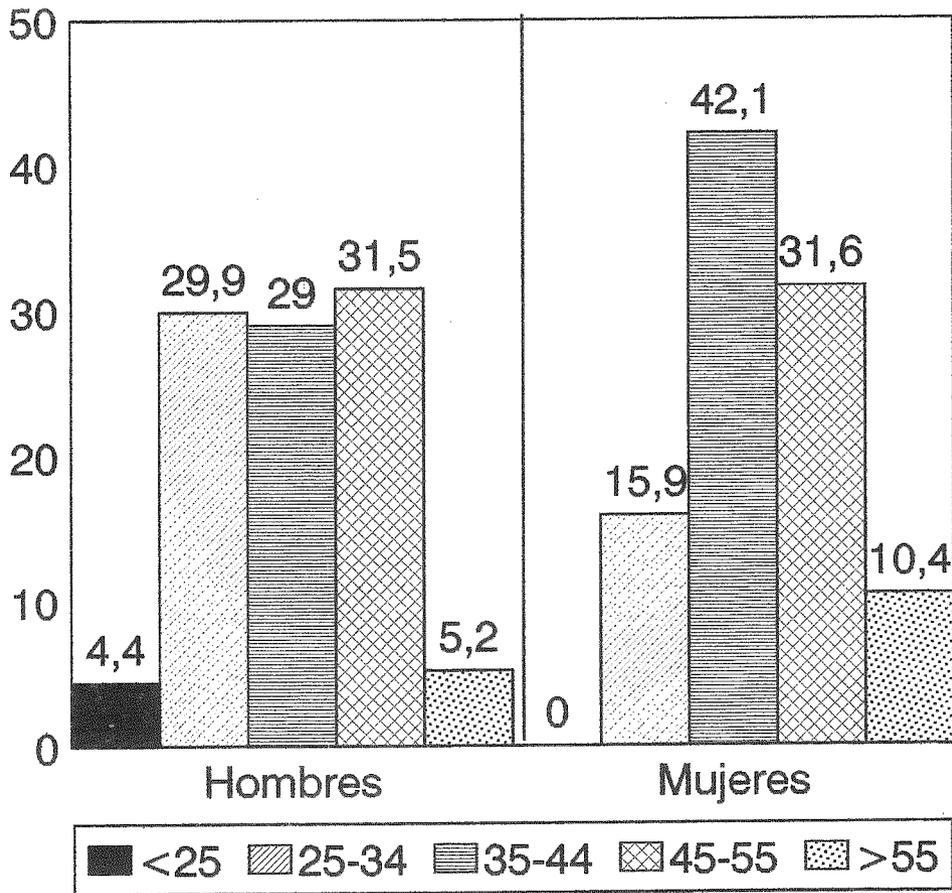


Figura 2: Distribución por edades en cada sexo

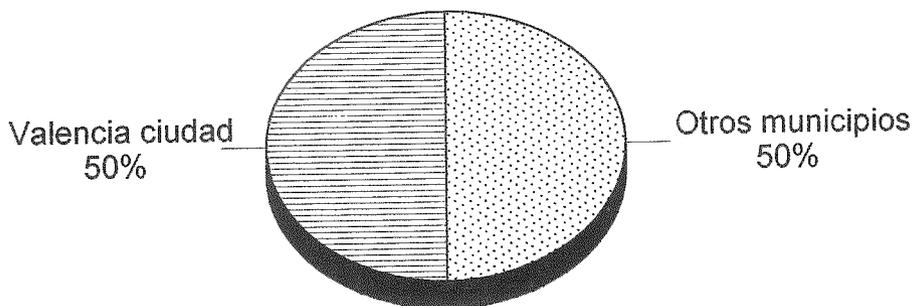


Figura 4: Distribución por lugar de residencia

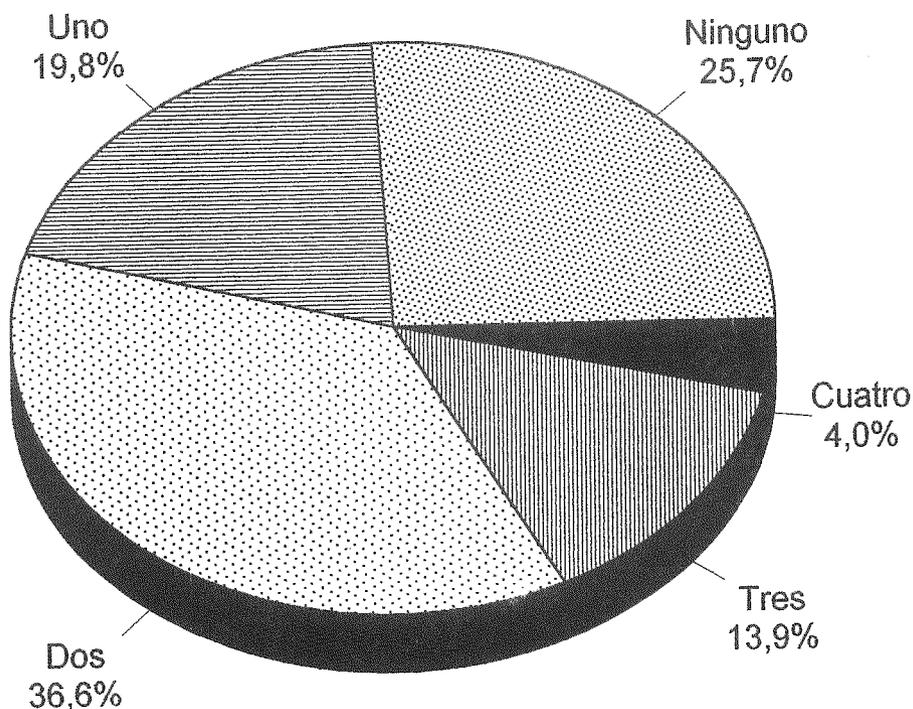


Figura 5: Distribución por número de hijos

hólicas respecto a los hombres: el 22'22% de ellas ha cursado estudios técnicos o superiores, mientras que en los hombres esta formación sólo la posee el 16'81%. Estos resultados difieren a lo señalado en Estados Unidos hace una década, donde la mayor parte de los enfermos alcohólicos tenían una formación al menos preuniversitaria o equivalente, y tan sólo el 16'3% poseía únicamente estudios primarios (Robins et al., 1988).

Hay que considerar que el nivel de formación académico adquirido no guarda relación directa con la prevalencia de alcoholismo, sino más bien el hecho de que la escolaridad no se culmine aumenta la probabilidad de padecer trastornos relacionados con el alcohol. Téngase en cuenta que el primer episodio

de intoxicación alcohólica suele aparecer entre los 15 y 19 años de edad del sujeto (DSM-IV, 1995), período en el cual se finaliza la Enseñanza Secundaria y Profesional en España. El consumo de alcohol hasta ese momento no ha sido obstáculo alguno para el desarrollo educacional del sujeto.

3.9. Antecedentes familiares de abuso de alcohol

El 65'44% de los alcohólicos estudiados refirieron tener familiares de sangre (padres, hermanos, abuelos, tíos o primos hermanos) con consumo problemático de alcohol (figura 8), siendo mayor la prevalencia de antecedentes entre los alcohólicos varones (67'52%) que entre las alcohólicas (52'63%).

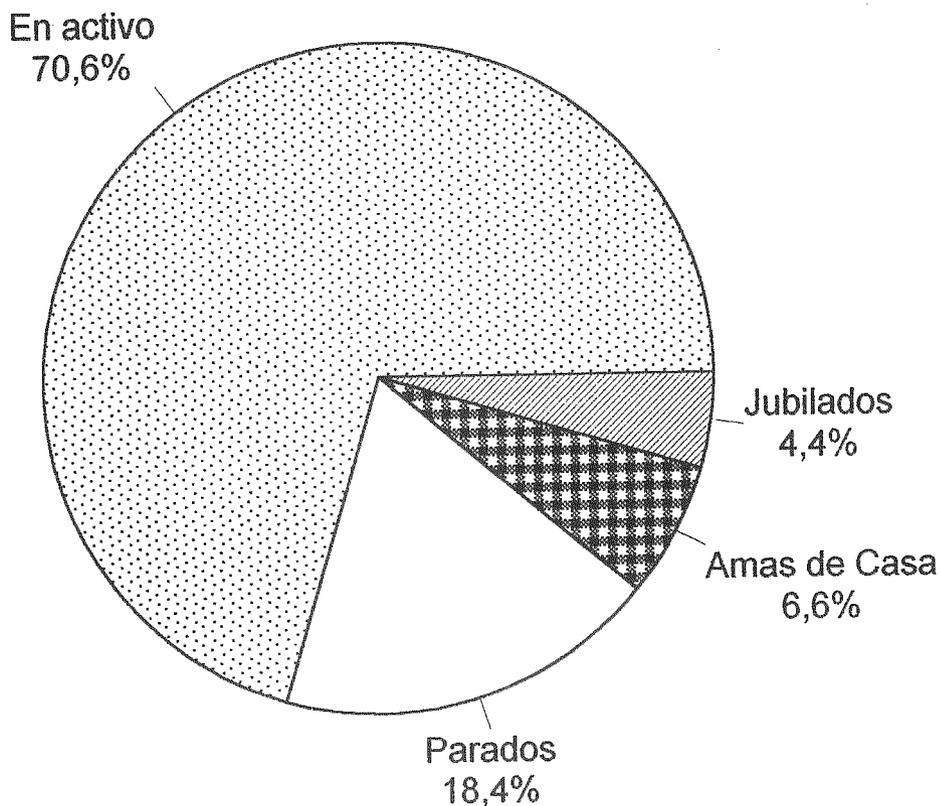


Figura 6: Distribución por situación laboral

Si bien algunos autores señalan que el alcoholismo viene determinado por la herencia más que por el ambiente, otros están de acuerdo en que la etiología es eminentemente familiar; y respecto al dilema natura *versus* cultura, la evidencia parece apoyar el papel de la herencia en el alcoholismo, a partir de múltiples estudios realizados (Murray et al., 1983; Cloninger et al., 1983, 1987; Schuckit et al., 1987).

Investigaciones recientes han demostrado que el predictor más potente de alcoholismo es la existencia de antecedentes familiares positivos. Según estos estudios, uno de

cada cuatro o cinco hijos de alcohólicos en Estados Unidos y en Europa occidental se convierte en alcohólico. El entorno desempeña un papel importante en la génesis de la enfermedad, pero distinto al causal. Si bien, la probabilidad de que se manifieste el alcoholismo aumenta si los genes de éste se encuentran presentes en el sujeto (Cadoter et al., 1984; Goodwin, 1984-a; Rodés et al., 1990; Cloninger, 1991).

3.10. Edad de inicio del consumo de alcohol

La edad media de inicio de ingestión de bebidas alcohólicas fue de 15'21 años (figura

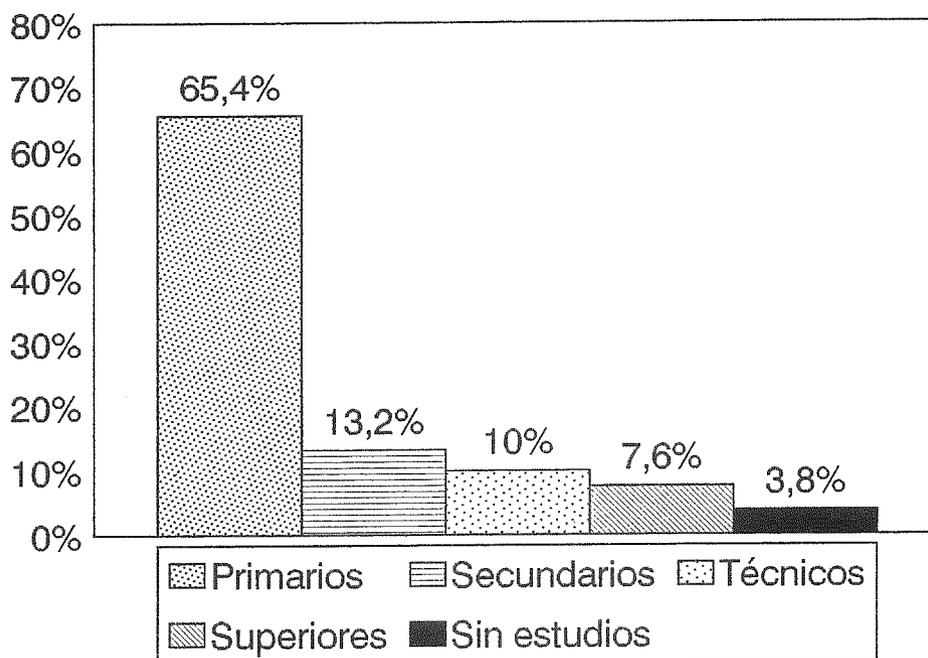


Figura 7: Distribución por nivel de estudios

9), resultado similar a los encontrados en otros estudios, donde la edad promedio de inicio se sitúa en la segunda década de la vida tanto para el hombre como para la mujer, siendo algo más temprana en los varones (15'02 años en el presente estudio) que en las mujeres (16'50 años), diferencia ésta que va estrechándose a medida que las mujeres se vuelven alcohólicas en mayor número y lo hacen a una edad más temprana.

Esto indica que el alcoholismo es un trastorno típico de jóvenes y no de gente adulta, tal y como apunta la creencia popular (Herrerías y Pérez, 1979; Bosch et al., 1986; Soler-Insa et al., 1988; Miller y Gold, 1993; Secades, 1996).

3.11. Años de consumo hasta el tratamiento

La variable *años de consumo* indica el tiempo transcurrido entre el primer contacto con el alcohol y el primer tratamiento de su enfermedad que recibe el sujeto, calculado en años. En el presente estudio resultó un periodo promedio de 25'26 años para ambos sexos, encontrando en los varones una media de 25'5 años y en las mujeres de 27'5.

Estudios norteamericanos señalan que la duración media es de 9 años para los individuos que consiguen una remisión de un año o más, considerando que una latencia estándar es de 1 a 5 años seguida de una duración de 6 a 10 años (Robins et al., 1988).

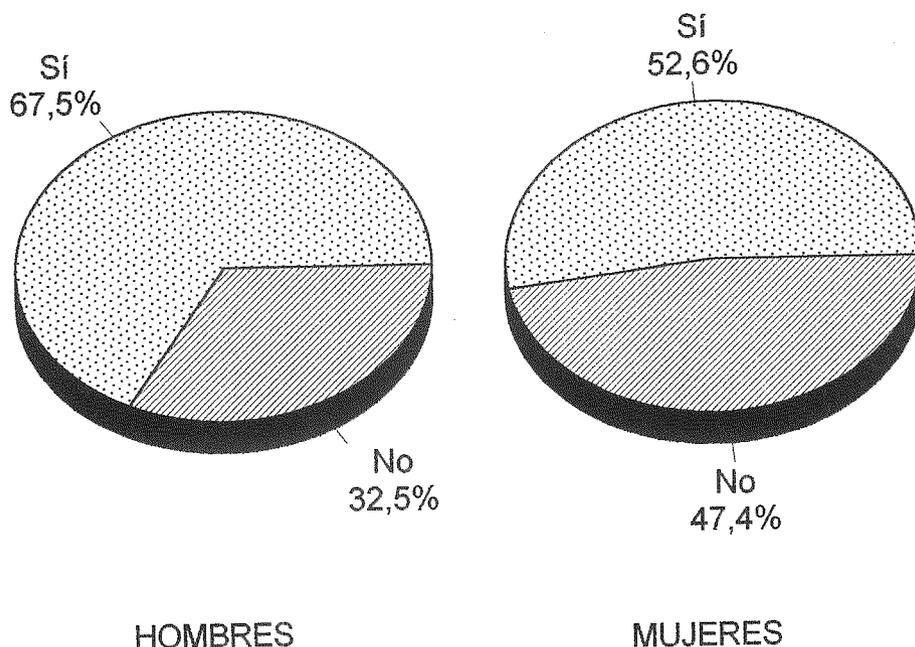


Figura 8: Antecedentes familiares en cada sexo

Otros autores indican que un número reducido, aunque significativo, de personas refieren una duración del alcoholismo de más de 10 años con un amplio rango que va de 10 a más de 50 años. La duración más frecuente se sitúa entre 1 y 5 años y, aproximadamente, el 50% de los sujetos que presentan una remisión de su enfermedad durante más de un año fueron alcohólicos durante 5 años como máximo (Reiger et al., 1984).

No obstante, la discusión de los resultados del presente estudio con los de los anteriormente señalados no es posible. La variable estudiada por los autores norteamericanos no toma como referente el inicio del consumo sino la data de aparición de los

primeros síntomas de dependencia alcohólica. Este proceder no está exento de errores, sino más bien lo contrario. Entre otras reservas metodológicas, la referencia a la duración de la dependencia al alcohol difiere de forma considerable en función de si el consultado es el propio paciente o el cónyuge que le ha acompañado durante el inicio y desarrollo de la enfermedad.

3.12. Consumo diario de etanol

Al analizar el consumo de etanol diario de los sujetos de la muestra se obtuvo una media de 245 gramos de etanol puro, donde el 63% consumía más de 150 gramos al día (figura 10), resultado muy parejo al obtenido

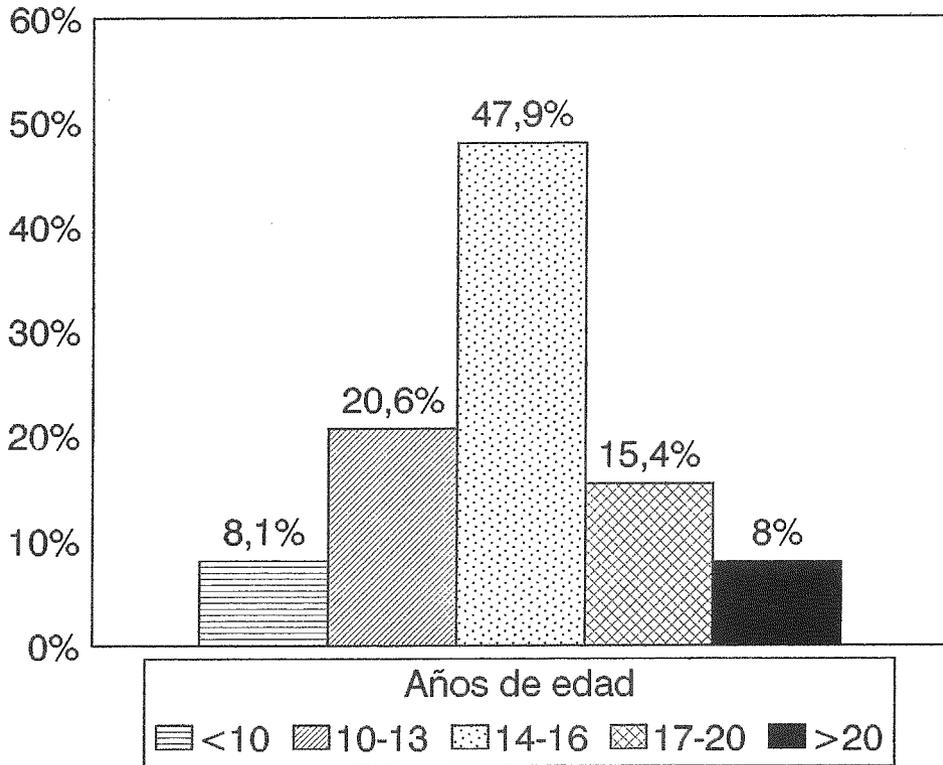


Figura 9: Edad media de inicio del consumo

por Cuevas y colaboradores un año antes para la provincia de Valencia, en donde la media de consumo fue de 273 gramos y el 66'5% de los alcohólicos ingerían diariamente más de 150 gramos de etanol puro (Cuevas et al., 1994). Por otro lado, Cortés y Torres obtuvieron un consumo mayor de 160 gramos de etanol diario en el 78'5% de una muestra de alcohólicos en Alcoy (Alicante), recogiendo datos entre los años 1972 y 1992 (Cortés y Torres, 1994). En este último caso, hay que tener en cuenta a la hora de comparar los resultados que la muestra de estudio es más local (no se refiere a los alcohólicos de toda una

provincia) y la recogida de datos se prolonga durante 20 años.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud reconoció el alcoholismo como enfermedad y consideró como población de riesgo aquella que consume más de 75-80 gramos de etanol puro al día (Masferrer y Sala, 1986). Siguiendo el criterio establecido por Glund y colaboradores basado en la clasificación de bebedores en función de la cantidad de alcohol ingerida al día se acepta que son bebedores ligeros o escasos aquellos consumidores de 50 gramos de etanol diario; moderados, los bebedores entre 51 y 100

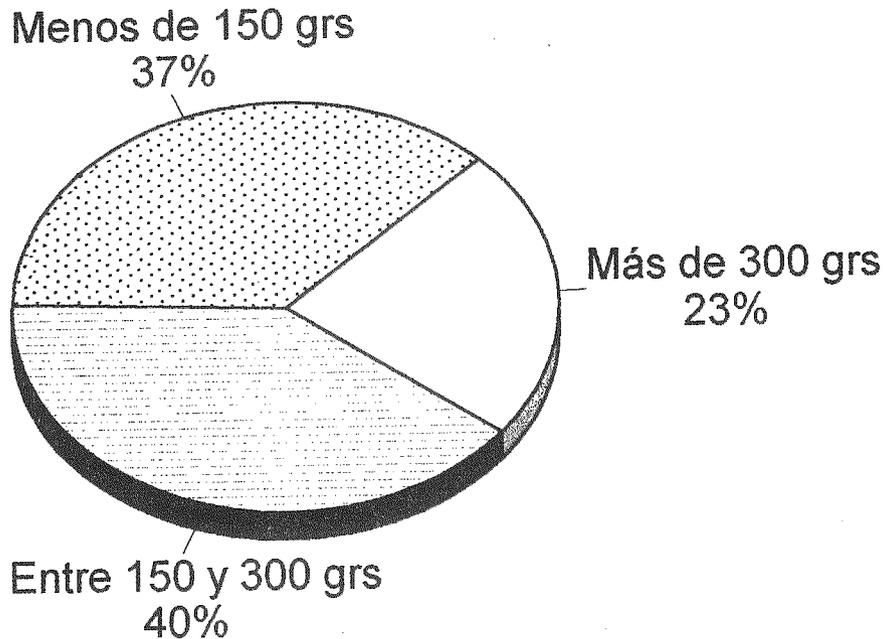


Figura 10: Consumo diario de etanol

gramos; e intensos aquellos bebedores de más de 100 gramos de etanol puro al día (Glund et al., 1987).

Es cuestionable la utilidad de este tipo de clasificaciones, principalmente por dos motivos. En primer lugar, el alcoholismo no es una enfermedad cantidad-dependiente, sino sujeta a importantes consideraciones de índole cualitativo, en donde se tenga en cuenta, entre otras, la vulnerabilidad del sujeto al tóxico, la cultura en la que está inmerso y la forma de utilizar el alcohol. En segundo lugar, las clasificaciones no dejan lugar a las diferencias de edad, sexo y frecuencia del consumo de alcohol, entre otras variables, tan esenciales en el diagnóstico y gravedad de la enfermedad. Se hace imprescindible cuantificar el

consumo de etanol en gramos, si se tiene en cuenta que este tóxico es el causante de los diferentes trastornos observados en el enfermo alcohólico, siendo necesaria una medida que unifique criterios con relación a dicha cuantificación (Cuevas et al., 1994).

3.13. Hábito tabáquico

Es un hecho bien conocido que los enfermos alcohólicos acostumbran a ser grandes fumadores de tabaco. En el estudio, 8 de cada 10 alcohólicos fumaban al inicio del tratamiento, siendo el consumo medio de 30'53 cigarrillos al día. Numerosos autores en España y en Cuba coinciden con la afirmación anterior (Freixa et al., 1981; Calafat et al., 1982; Sole, 1984, 1987; Llorente, S; Betancourt, A; et al., 1994).

4. Conclusiones

En el marco del tratamiento alcohólico ambulatorio en la provincia de Valencia (España), el alcoholismo predomina en el sexo masculino, con una relación de 6 varones por cada mujer alcohólica asistida. Para ambos sexos la edad media es de 40'8 años, teniendo una expresión mínima la población menor de 25 años y mayor de 60.

El alcohólico residente en Valencia vive en pareja estable, siendo patente la discriminación de la mujer alcohólica al encontrarse en situación de divorcio o separación, una vez adquirida la enfermedad en más de la cuarta parte de los casos, frente a tan sólo el 9% de los varones alcohólicos.

Tienen 1'5 hijos como media; se encuentran laboralmente en activo; y los estudios primarios caracterizan su nivel de escolaridad, destacando una mayor cualificación de las mujeres alcohólicas.

Se evidencian antecedentes familiares de trastornos relacionados con el consumo de alcohol en el 65,4% de los sujetos. La edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es a los 15'2 años, con una historia media de 25'3 años de consumo hasta la búsqueda del primer tratamiento de su enfermedad, ingiriendo durante los últimos meses una media de 245 gramos de etanol puro diarios.

Por último, una vez más se constata la relación entre el consumo de alcohol y de tabaco: el 79'4% de los alcohólicos es fumador, con un consumo medio de 30'5 cigarrillos al día.

En vista de los resultados obtenidos, el perfil sociológico del alcohólico de la

provincia de Valencia corresponde esencialmente al de un ciudadano medio de la población valenciana, con la importante salvedad de una mayor tasa de divorcio y separación conyugal en la población alcohólica femenina.

De acuerdo con esto, se comprueba cómo el alcohólico valenciano se encuentra integrado dentro del ámbito sociolaboral y familiar que caracteriza a su medio, ejerciendo la sociedad y su familia un papel amortiguador de aquellas disfunciones que el alcohólico vaya presentando durante el desarrollo de su enfermedad.

Bibliografía

- Bosch, J.; Crespo, J.; Sáez, J.;** (1986) *Estudio del consumo de bebidas alcohólicas en la juventud madrileña*. Madrid: Centro de Documentación Infancia Española. Asociación Unicef-España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Acción Social.
- Cadoter, R. et al.;** (1984) Alcoholism and antisocial personality. Interrelationships, genetic and environmental factors. *Arch Gen Psychiatry*, 42: pp. 161-167.
- Calafat, A et al.;** (1982) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca. *Drogalcohol*, 7(3): pág. 117.
- Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias;** (1993) *Boletín de Información sobre Drogodependencias*, 14/2/93.
- Cloninger, C.R.; Reich, T.; Yokojama, S.;** (1983) Genetic diversity, genome organization and investigation of the etiology of psychiatric disease. *Psychiatric Developments*, 3: pp. 225-246.
- Cloninger, C.R.; Reich, T.; Yokojama, S.;** (1987) Neurogenetic adaptive mechanism in

- alcoholism. *Science*, 236:6.410-6.416.
- Cloninger, C.R.;** (1991) D2 Dopamine Receptor Gene is asociated but not linked with alcoholism. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 266: pp. 1833-1834.
- Cortés, M.; Torres, M.A.;** (1994) Estudio del alcoholismo en un área sanitaria de la Comunidad Valenciana. *Adicciones*, 6(1): pp. 23-48.
- Cuevas, J.; Torres, M.A.; Rubio, J.;** (1994) Estudio descriptivo de los pacientes alcohólicos ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(4): pp. 325.
- DSM-IV;** (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edición española. Madrid: Masson, S.A.
- EDIS (Navarro, J et al.);** (1984) *El consumo de drogas en España*. Madrid: Cruz Roja Española y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- El País;** (1996) *Anuario El País*. Madrid.
- Freixa, F. et al.;** (1981) *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Fontanella, S.A.
- Glund, C.H.; Cristoffersen, D.; Evikoen, J.; Wantying, P.; Knudssen, B.;** (1987) The study Copenhagen Group for liver diseases. *Gastroenterology*, 93: pp. 256-260.
- Goodwin, D.;** (1973) Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Arch Gen Psych*, 28: pp. 230-243.
- Goodwin, D.;** (1974) Drinking problems in adopted and non-adopted sons of alcoholics. *Arch Gen Psych*, 31: pp. 164-169.
- Goodwin, D.;** (1984-a) *Psychiatric Diagnosis*. New York: Oxford University Press.
- Goodwin, D.;** (1984-b) Studies of familial alcoholism. *Review Journal Psychol*, 455(12).
- Goodwin, D.;** (1985) Alcoholism and genetics. *Arch Gen Psych*, 42: pp. 171-174.
- Guardia, J.;** (1994) Epidemiología, genética y factores de riesgo en el alcoholismo. En: Casas, M. et al. (coord.) *Psicopatología y Alcoholismo*. Neurociencias.
- Herrerías, J.; Pérez, R.;** (1979) *Higado y alcohol*. Madrid: Casatlia, pp. 16-22.
- Jellinek, E.M.;** (1960) *The diseases concept of alcoholism*. New Haven: Nilhouse Press.
- Llorente, S.; Betancourt, A.; Ochoa, R.; Lara, G.; Baglan, J.;** (1994) Proyecto: estilos de vida contra hábitos tóxicos. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(3): pp. 229.
- Masferrer, J.; Sala, L.;** (1986) Epidemiología del alcoholismo en España. Baracaldo: Simposio sobre alcoholismo en el trabajo.
- Miller, N.; Gold, M.;** (1993) *Alcohol*. Barcelona: Neurociencias; pp. 7, 13-14.
- Murray, R.; Clifford, C.; Guilin, H.;** (1983) *Twin and alcoholism*. New York: Gardner Press, vol. 1, cap. 5.
- Ortiz-Escribano, J.;** (1994) *Condiciones de trabajo y consumo de drogas*. Madrid: Departamento Confederal de Servicios Sociales. Secretaría Confederal de Acción Social U.G.T.
- Plan Nacional sobre Drogodependencias;** (1991) *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Informe año 1990*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Regier, D. et al.;** (1984) The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: pp. 931-941.
- Robins, L. et al.;** (1988) *Alcoholism in the community: A report from the Epidemiology Catchment Area. Alcoholism: Origins and outcomes*. Nueva York: Rose, R. & Barreff J. eds. Raven Press.

Rodés, J.; Urbano-Márquez, A.; Bach, Ll.; (1990) *Alcohol y enfermedad*. J.R. Barcelona: Prous Eds.

Schuckit, M.; Haglund, R.; (1982) An overview of the etiologic theories on alcoholism. En: *Alcoholism: Development consequences and interventions*. St. Louis, MO; Mosby; pp. 16-31.

Schuckit, M.; Haglund, R.;(1987) Biological vulnerability to alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3): pp. 301-309.

Schüller, A.;(1991) *Alcohol y enfermedad*. Madrid: Eudema. pp.74.

Secades, R.; (1996) *Alcoholismo juvenil*. Madrid: Ediciones Pirámide. Col. Ojos Solares.

Sole, J.; (1984) Alcohol-tabaquismo y heroína-tabaquismo. Barcelona: Simposio sudeuropeo sobre tabaquismo.

Sole, J.; (1987) Alcoholismo: Algunas puntualizaciones básicas. *Rev. Dept. Med. Barna*, 9, 6.

Soler-Insa, P. et al.; (1988) *Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Madrid: Laboratorios Delagrangue.