

LA ATENCION AL ALCOHOLISMO Y DEMAS TOXICOMANIAS

Dr. FERNANDO MARQUINEZ BASCONES*

* Profesor encargado de Cátedra. Universidad Autónoma de Bilbao.

INTRODUCCION

El tema de las drogas está de actualidad. No hay más que observar lo frecuentemente que aparece tratado en los medios de comunicación de masas.

A menudo se olvida, cuando no se desconoce, que en los países de cultura judeo-cristiana, incluido el nuestro, la primera sustancia creadora de dependencia, aparte la nicotina, es el alcohol etílico.

No hay duda de que el alcoholismo es el problema de drogas más importante en nuestro medio por las complicaciones físicas, mentales y sociales que produce.

El abuso de bebidas alcohólicas es un serio problema social, económico, industrial, legal, psicológico y, muy principalmente, un problema médico y de salud pública.

Las bebidas alcohólicas son cada vez más fáciles de encontrar en el mundo de hoy. La producción se incrementa y los precios son, en su conjunto, asequibles. Estos tres factores inciden de forma directa, según la O. M. S., en el aumento del alcoholismo y de los problemas de salud ligados al consumo de etanol.

En informes de la O. M. S. se hace referencia a los efectos patológicos resultantes de la dependencia del alcohol y otras drogas, y su asociación con crímenes, accidentes laborales y de tráfico, destrucción familiar, suicidio, muerte prematura y pérdida de productividad, así como costos asociados de hospitales, prisiones y asistencia social.

Estos problemas, derivados del uso del alcohol, deben pasar a ser una de las preocupaciones prioritarias de los sistemas sanitarios del mundo, no sólo de los países industrializados, sino también de los países en desarrollo.

Se dice a menudo por los expertos de esta organización internacional que los problemas envueltos en la etiología, prevención y control de estas condiciones y el tratamiento de las personas dependientes, *se extiende más allá de la competencia de una sola profesión o grupo*. Creo que esto debe ser tenido muy en cuenta y todas las consideraciones que se hagan de aquí en adelante estarán referidas siempre a un marco interdisciplinario.

EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA

Puede definirse como un estado originado por la absorción periódica o continuamente repetida de una determinada droga. Aunque sus características varían según la naturaleza del agente, el término dependencia tiene carácter general y se ha elegido por ser aplicable a cualquier tipo de empleo abusivo de drogas y porque no prejuzga la gravedad del riesgo de ese abuso para la salud pública.

La recomendación formulada en 1963 por expertos de la O. M. S. de que se sustituyeran los términos *toxicomanía, habituación, adicción* y otros por la expresión *dependencia* —seguida de una indicación del tipo—, parece que ha tenido una acogida favorable y se va imponiendo progresivamente.

La dependencia puede manifestarse respecto de una gran variedad de sustancias químicas que abarcan toda la gama de efectos farmacodinámicos, desde los estimulantes a los depresores. Todas ellas tienen un rasgo común: la capacidad de suscitar en ciertas personas un estado que se ha dado en llamar *dependencia psíquica*. Se trata, en este caso, de un impulso a tomar periódica o continuamente la droga para procurarse un placer, o disipar un estado de malestar.

Algunas drogas causan también *dependencia física*. Consiste en un estado de adaptación caracterizado por intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de la droga, o se contraría su acción mediante un antagonista específico.

En ciertos países, en particular aquellos donde el consumo habitual de vino es un hecho sociológico muy definido, el abuso del alcohol puede engendrar dependencia física, con las complicaciones correspondientes, sin que se produzca una dependencia psíquica apreciable. Esta es denominada por algunos autores *dependencia sociocultural*.

SOBRE LA DEFINICION DE ALCOHOLISMO

Se han propuesto muchas definiciones: médicas, psicológicas, socioculturales, farmacológicas, etc., y ninguna de ellas completamente satisfactoria. Unas por ser demasiado amplias para tener un

valor práctico, y otras por demasiado estrechas para englobar toda la gama de problemas que aparecen.

La situación actual de falta de consenso respecto a la definición de alcoholismo lleva a plantearnos dudas sobre la existencia de un concepto unitario del abuso del etanol, considerado como enfermedad.

Teóricamente, la utilidad de un diagnóstico estaría en la descripción de un grupo de signos y síntomas relacionados de manera consistente y con implicaciones en el tratamiento, pronóstico y prevención del cuadro. En el caso del alcoholismo, esta utilidad no siempre aparece clara y, sin embargo, el proceso de *etiquetado* continúa. Parece ser que en el estudio del alcoholismo, aceptar que puede no tratarse de un trastorno unitario ha supuesto un avance.

Aunque se dan conductas similares en todos los alcohólicos —puesto que beben con exceso hasta llegar a lesionar su funcionamiento personal y social—, la etiología de este beber excesivo es muy diferente.

Son múltiples las causas que conducen al uso excesivo de bebidas alcohólicas, y estas causas sólo puede intentarse conocerlas en su totalidad a través de diferentes niveles de análisis.

No hay modelo o teoría única que sea suficiente. Por otra parte, se trata de evitar un eclecticismo esterilizante.

Para explicar el abuso del etanol por algunos individuos sirve pensar en una disfunción fisiológico-bioquímica, probablemente asociada a una predisposición genética. Tales individuos manifiestan patología somática y pueden ser legítimamente considerados como enfermos. El modelo médico es el más adecuado en tales casos.

Por otra parte, hay personas a quienes no se puede demostrar predisposición o trastorno fisiológico alguno, y sí en cambio pueden identificárseles trastornos en el desarrollo de su personalidad, historia de aprendizaje y orientación interpersonal. Tales individuos pueden entenderse mejor desde un enfoque socio-psicológico. El modelo médico no sirve.

Así, pues, si el alcoholismo es visto no como un trastorno único, sino comprendiendo un conjunto de trastornos, cuya topografía es similar pero cuyas causas varían, parece claro que cualquier debate sobre qué modelo es mejor, resulta ocioso.

Por consiguiente, tanto el modelo médico como el psicológico y el sociológico, cada uno de ellos con sus diversas teorías, tienen utilidad.

Podemos concluir que el modelo interdisciplinario sería el de más valor heurístico.

La selección de modelo y las subsiguientes teorías dependerán del aspecto particular del alcoholismo que queramos considerar.

Todo lo anterior puede ser aplicado "mutatis mutandis" a la dependencia de las demás drogas.

Para considerar a una persona como alcohólica me parece imprescindible la presencia de dependencia física, manifestada en su aspecto conductal (pérdida de control sobre la ingesta de etanol), o bien por signos físicos (cuadro de abstinencia).

Una vía hacia el alcoholismo, unánimemente aceptada y quizás la más común en nuestro ambiente, es el beber de forma regular y en exceso.

Mientras que antes cada autor tenía su propio criterio sobre lo que debía considerarse excesivo, a partir de los estudios de De Lint y Schmidt (1971) parece aceptarse internacionalmente el límite de 150 centímetros cúbicos de alcohol puro ingeridos al día. Por debajo de esta cantidad —algo menos de media botella de licor de 40° o litro y medio de vino de 10° no existiría peligro de hacerse dependiente.

Este criterio objetivo de 15 centilitros es muy útil como guía general aunque, como es lógico, hay que tener en cuenta las peculiaridades individuales.

En casos en que la fiabilidad no esté asegurada, podemos intentar comprobar la relación entre la bebida y los daños o trastornos existentes, pidiendo a la persona que se abstenga de beber durante un cierto período de tiempo —semanas o meses mejor que días— y analizando el efecto de esta supresión de alcohol en los trastornos o problemas, sean estos desavenencias conyugales, dificultades laborales o trastornos de conducta.

Estos resultados, como el que no pueda llegar a abstenerse, nos iluminará sobre el estado de dependencia, si es que existe.

Los daños, cualesquiera que sean, requieren una atención; si están en la esfera médica, el agente más indicado para ayudar será el médico; si el daño está en la esfera social u ocupacional, serán otros profesionales los más indicados para dirigir esta ayuda. De aquí la necesidad del trabajo en equipo interdisciplinario. Tiene más valor práctico.

ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO

En la actualidad el término epidemiología abarca más que el estudio de las epidemias, siendo su aplicación al campo de las enfermedades crónicas algo completamente aceptado.

Epidemiología es una rama de la ecología médica, ciencia que se ocupa de las relaciones entre la enfermedad humana y el medio ambiente en el cual vivimos las personas.

El aspecto particular de la ecología médica del que se ocupa el epidemiólogo es el de la distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas. A partir del fin de la Segunda Guerra Mundial apareció en Europa y Norteamérica un interés creciente por el cuidado de los enfermos mentales dentro de la comunidad y, paralelamente, un florecimiento de la Epidemiología psiquiátrica. Parecería lógico pensar que en este movimiento hubiera estado incluido el estudio epidemiológico del alcoholismo, y que se hubiera establecido una íntima colaboración entre epidemiólogos y planificadores de servicios sanitarios, pero desgraciadamente no ha sido así.

Se han realizado pocos estudios epidemiológicos del beber excesivo y sus efectos, y en contadas ocasiones la información epidemiológica existente ha sido utilizada como base para la planificación de la respuesta al alcoholismo.

En la epidemiología del alcoholismo hay dos líneas principales de investigación: una, en la que el nivel total de consumo de alcohol por una población es considerado de crucial importancia, prestándose, por tanto, especial atención a la relación entre índice de consumo y prevalencia de alcoholismo, así como a los diversos factores socio-culturales que pueden explicar las variaciones del consumo "per cápita"; otra, en que la significación etiológica del consumo total de alcohol es, en gran medida, ignorada.

Los programas preventivos en el campo del alcoholismo reflejan este dualismo.

En unos casos se intenta suprimir o reducir el uso de bebidas alcohólicas "per se", bien sea cerveza, vino o licores destilados. En otros se trata de modificar las prácticas de bebida (por ejemplo, fomentando el uso de cerveza y vino en vez de licores destilados, o promocionando el beber en las comidas, etc.), mientras que ignoran el efecto de tales cambios en el nivel total de consumo de alcohol por la población.

PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL

En la epidemiología del alcoholismo, la mortalidad por cirrosis hepática es el índice habitualmente empleado para medir la prevalencia. Su uso se basa en la observación de que la incidencia de muerte por esta causa entre los alcohólicos es desproporcionadamente alta.

Hay otros índices empleados que aparecen en la literatura sobre el tema. Entre ellos están: número de admisiones hospitalarias, muer-

tes por alcoholismo, número de accidentes de tráfico, etc. En realidad, el valor de estos índices indirectos es muy incierto.

Sin embargo, existe una relación muy estrecha entre el consumo de alcohol "per cápita" y la mortalidad por cirrosis hepática y, por lo tanto, entre consumo "per cápita" y prevalencia de alcoholismo.

Para Alonso Fernández la extensión de la morbilidad en cualquier país es estimada por cuatro medios principales:

1. Investigación epidemiológica directa, usando muestras representativas de la población.

Los otros tres son indirectos, basados en:

2. Ingreso anual de alcohólicos en centros psiquiátricos.
3. Mortalidad anual causada por cirrosis.
4. Consumo anual "per cápita" de bebidas alcohólicas.

El método directo, de acuerdo con Solms y siempre según Alonso Fernández, es el único fiable para determinar la tasa de morbilidad de alcoholismo por estimación directa de una muestra suficientemente representativa de la población.

Siguiendo este método, tuve ocasión de realizar el pasado año un trabajo de investigación sobre la prevalencia de alcoholismo en la Provincia de Vizcaya, cuyos aspectos más destacables resumo a continuación.

A una muestra de 1.225 adultos mayores de 14 años (613 hombres y 612 mujeres), representadas proporcionalmente las diversas categorías de edad, se les pasó una encuesta original con ochenta y cuatro preguntas, relativas al uso de bebidas alcohólicas y factores asociados. El tipo de muestreo fue aleatorio simple y realizado de acuerdo con la densidad de población de los 97 municipios de la provincia. Los encuestadores fueron estudiantes de Medicina, debidamente entrenados, que se prestaron voluntariamente.

Entre los resultados destacan los siguientes:

- Los individuos que consumen de 0 a 10 c.c. de alcohol puro al día se denominan ABSTEMIOS, y son el 34'95 %.
- Los BEBEDORES MODERADOS consumen de 10 a 80 c.c. de alcohol/día y son el 47 %.
- Los BEBEDORES EXCESIVOS consumen de 80 a 150 c.c. y son el 12'91 %.
- Los SOSPECHOSOS ALCOHOLICOS son aquellos que ingieren más de 150 c.c. de alcohol puro al día, en cualquier forma de bebida, y representan el 5'13 %.

Esta misma cifra se obtuvo al cuantificar a todos aquellos con dependencia física del etanol, manifestada por un síndrome de abstinencia. Esta tasa de prevalencia del 5'13 % significa que había, en 1978, cuarenta y cuatro mil ochocientos ochenta personas alcohólicas en Vizcaya entre los mayores de 14 años. De ellas el 10 % son mujeres.

Por grupos de edades, están excesivamente representados los mayores de 60 años, seguidos por los jóvenes de 15 a 30.

Se obtiene otra tasa de prevalencia al medir la pérdida de control. Son incapaces de controlar la bebida el 7'96 % de la muestra, lo que supone 69.638 personas con este signo diagnóstico de alcoholismo.

La tasa de prevalencia máxima se obtuvo de la respuesta más amplia a cualquiera de las preguntas con valor diagnóstico. Esta es del 12'74 %, porcentaje que contesta afirmativamente a la pregunta número 19 que dice: *¿Se siente a disgusto cuando piensa en la cantidad de bebida que toma?*

Así, pues, 111.453 PERSONAS REPRESENTAN EL NUMERO MAXIMO DE SOSPECHOSOS ALCOHOLICOS EN LA PROVINCIA DE VIZCAYA EN 1978.

Hay muchos datos que no es el caso comentar aquí.

Este mismo método directo PUEDE SER EMPLEADO PARA CONOCER LA PREVALENCIA EN TODO EL ESTADO ESPAÑOL. Podría usarse la encuesta citada, que ha demostrado su utilidad, reduciéndola si fuera preciso, para hacerla más manejable. El análisis de los datos no plantea ningún problema a un equipo especializado. Con los modernos métodos matemáticos (análisis factorial, análisis tipológico de grupos, análisis multidimensional no métrico, etc.) se pueden obtener los máximos rendimientos de la información, orientándola hacia la prevención.

Este trabajo, complementado con los métodos indirectos: consumo de alcohol "per cápita", número de muertes por intoxicación alcohólica, cirrosis hepática, etc., nos permitiría conocer con suficiente exactitud las dimensiones del problema; paso imprescindible para afrontarlo eficazmente.

Antes de pasar a la exposición de medidas propuestas para la prevención y control de las dependencias, quisiera insistir en la necesidad de abordar el problema del alcohol y alcoholismo y el uso y abuso de las demás drogas conjuntamente. Esto por las siguientes razones:

1. En ambos casos, la etiología, el tratamiento y la orientación general de los programas educativos son muy semejantes, pese a las diferencias legislativas.

2. Las drogas se consumen casi siempre asociadas unas con otras. La "politoxicomanía" es la regla. También es frecuente el paso de una droga a otra.
3. Muchos de los estudios que se han hecho sobre el alcoholismo podrían aplicarse al abuso de las otras drogas, problema que se conoce mucho peor.
4. Mientras que un buen número de autoridades y público tiende a considerar al alcohólico como un enfermo (existen algunas excepciones en nuestro ambiente), la actitud general hacia la persona dependiente de otras drogas apenas si se ha modificado.
5. Existe el peligro de centrar exclusivamente la atención en las otras drogas y evadir el principal problema de dependencia nacional que es el alcoholismo.

MEDIDAS DE ATENCION PROPUESTAS

CONSIDERACIONES GENERALES

El esquema publicado en el Tercer Congreso de Alcohólicos Rehabilitados (Valladolid 1974), con alguna ligera modificación que he introducido recientemente, es como sigue:

MEDIDAS DE PREVENCION

1. CONTROLAR LA OFERTA.

- a) Cantidad.
 - Producción.
 - Importación.
 - Venta (Interior, Exterior).
- b) Calidad:
 - De las bebidas.
 - De la publicidad.

2. DISMINUIR LA DEMANDA

- a) En personas no dependientes:
 - Sociedad mejor.
 - Educación sanitaria (promoción de la salud).
- b) En personas dependientes:
 - Estructuras sanitarias adecuadas.
 - Reforma sanitaria (autonomías).
 - Seguridad Social.

- Centros especializados adecuados.
- Ayuda estatal directa a asociaciones de enfermos y organismos voluntarios.

3. CENTRO DE INVESTIGACIONES ALCOHOLICAS (ENDROGODEPENDENCIAS)

- a) Recoger información mundial.
- b) Investigación.
- c) Función docente.
- d) Elaboración y propuesta de programas de lucha.

1. CONTROLAR LA OFERTA CON RIGUROSIDAD

Esto podría realizarse a través de una comisión interdisciplinaria (políticos, economistas, sanitarios, representantes sindicales y patronales, etc.), con un cierto carácter de permanencia.

Se trataría de estudiar los niveles de producción más adecuados, limitando la misma si fuera preciso; controlar el volumen de la importación e influir en la venta a través de limitar los lugares de la misma, restringir los horarios, y otras medidas similares a las que ya han demostrado su utilidad en otros países.

Es obvio que, en condiciones estables, una manera indirecta de disminuir el consumo interior es fomentando la exportación y, en este sentido, parece que podría hacerse bastante más de lo hecho hasta ahora.

También se incluye en este apartado el control de calidad de los productos, para evitar casos de adulteración peligrosa como los que recientemente se han hecho públicos y que también deterioran la imagen comercial, con el consiguiente empeoramiento en los mercados de venta exteriores.

Es fundamental el control de los medios que fomentan el consumo: prensa diaria y semanarios, Radio y T.V., vallas publicitarias, etc., a través de la legislación oportuna.

2. DISMINUIR LA DEMANDA

A) EN PERSONAS NO DEPENDIENTES. — Lo que los higienistas denominan "prevención primaria" es el conjunto de medidas que tratan de disminuir la morbilidad de una enfermedad; en nuestro caso sería la lucha contra los factores y hábitos que hacen persistir y prosperar el alcoholismo y demás toxicomanías.

Una medida que aparece inmediatamente, aunque no sea específica, es la creación de una sociedad mejor.

La reducción de la pobreza y el desempleo, la disminución de la injusticia y las formas de inhumanidad del hombre para con el hombre, tendrán sin duda como consecuencia una disminución del índice de problemas sanitarios, incluyendo las enfermedades mentales y las toxicomanías.

En una sociedad más sana, con menos anomia, menos alienante, con mejores oportunidades de realización personal y mayor sentido comunitario, los individuos serán capaces de manejar sus sentimientos y relaciones interpersonales, de tal manera que su vida sea más fácil y el recurso al alcohol y otras drogas perderá atractivo.

Dentro de esta línea y con la intención preventiva de impedir que aparezcan nuevos casos, es fundamental LA EDUCACION SANITARIA.

Podría realizarse a través de campañas de información a todos los niveles, rebatiendo los mitos existentes y realizando una divulgación de los conocimientos científicos sobre los efectos perjudiciales del uso y abuso de las drogas.

En esta labor sería necesaria la colaboración de técnicos en pedagogía y expertos de la comunicación para que el impacto de estas campañas, y por tanto su rendimiento sanitario, fueran máximos, al menos el mismo que tiene la publicidad pro-alcohólica hoy.

Para que triunfe una campaña de salud pública, es necesario unir a un programa eficaz una estructura orgánica que permita llevarlo a término.

B) EN PERSONAS DEPENDIENTES. — Se trata de conseguir las condiciones más adecuadas para el tratamiento de las drogodependencias.

El objetivo es que el mayor número de personas, y lo más precozmente posible, pueda rehabilitarse tras apartarse de las drogas.

El tratamiento de las personas dependientes con los medios adecuados produce resultados alentadores.

La desintoxicación de la persona dependiente es sólo un aspecto del proceso total de tratamiento; el primer paso. De hecho, esta medida es menos costosa y lleva menos tiempo que otros pasos terapéuticos esenciales.

Si queremos que la persona dependiente tenga las mayores oportunidades de liberarse de la droga y convertirse en un ciudadano productivo, se necesita un tratamiento de la dependencia psíquica, de los trastornos físicos, la rehabilitación laboral y social, y un continuo proceso de seguimiento, a veces largo, a través de servicios de consulta adecuados. Esto es patrimonio de la ESTRUCTURA SANITARIA.

Está pendiente la reforma que incorpore una asistencia psiquiátrica moderna y coordinada y, dentro de ella, la específica de las drogodependencias.

El papel de las entidades autonómicas es fundamental.

Es reconocida mundialmente la importante función que desempeñan las asociaciones de enfermos rehabilitados (ex-alcohólicos, A.A., ex-drogadictos, etc.), en la lucha contra las dependencias. Es preciso que en nuestro país sean, de alguna manera, incorporadas a la planificación de la organización sanitaria en su conjunto; mantenidas en todos los órdenes, y subvencionadas económicamente.

Algo parecido puede decirse de las organizaciones voluntarias (Cáritas, asociaciones de familiares de enfermos, etc.), de interés benéfico-social.

3. CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ALCOHOLOGICAS

Quizás fuera mejor llamarlo CENTRO DE INVESTIGACION EN DROGODEPENDENCIA.

La planificación y puesta al día del tema se verían facilitadas por la creación de un organismo central independiente (C.N.I.A. o C.I.D.), cuyas principales funciones serían:

- a) **RECOGIDA DE LA INFORMACION MUNDIAL.** — Elaboración de esta información y su trasmisión a las instituciones y centros interesados, a través de una publicación periódica.
 - b) **FUNCION DOCENTE.** — A través de la realización de cursos teórico-prácticos, especialmente dirigidos a personal sanitario o de otro tipo, en contacto con drogadictos y alcohólicos.
 - c) **FUNCION INVESTIGADORA.** — El centro patrocinaría trabajos de investigación sobre los temas que considerara prioritarios. También podría becar a personal especializado en viajes de perfeccionamiento al extranjero.
- Una vertiente aplicada de estas actividades podría ser la elaboración de programas de lucha a nivel estatal, la coordinación para su puesta en práctica, y el seguimiento de sus efectos a través del análisis de la incidencia de drogodependencias.

Estas eran, con alguna ligera modificación añadida, las ideas generales que proponíamos para abordar el problema en 1974.

Posteriormente, el Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes, a propuesta de una Comisión interministerial, elaboró una Memoria, digna de encomio.

Produce cierta satisfacción el ver cómo muchas, si no todas, de las ideas que habíamos propuesto para hacer frente a los problemas que plantea el uso y abuso de alcohol y demás drogas han sido recogidas en este trabajo presentado a la Comisión interministerial.

Ahora, lo que hay que hacer es ponerlas en práctica cuanto antes.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNANDEZ, F. (1976): "The state of alcoholism in Spain covering its epidemiological and etiological aspects", *Br. J. Addict*, vol 71, págs. 235-242. G. B.
- BENNINK-BOLT, PETER F.: "Prevención del alcoholismo y la dependencia de las drogas", *XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanía*, Sevilla, Monografías Médicas Liade, Madrid, 1973.
- BRODY, J. A. (1977): "Approach to an epidemiological programme on alcohol abuse and alcoholism", *Alcoholism, Clin. Exp. Res. N.I.A.A.*, 1, 4, 349-354, Maryland, U.S.A.
- CAMERON, D. C. (1971): "La lucha contra el abuso del alcohol y de las drogas", *Crónica de la O. M. S.*, vol 25, núm. 1, págs. 9-18.
- SHAFETZ, M. E.: *Alcoholism and alcohol psychosis*, comprehensive Textbook of Psychiatry, Freedman Kaplan & Sadock, 2.ª edición, vol. 2, 1975, Williams & Wilkins, Baltimore, U.S.A.
- DAVIES, D. L. (1976): "Definitional issues in alcoholism", *Alcoholism*, Ch. 2 Tarter & Sugerman, Addison-Wesley, Massachusetts.
- DE LINT, I. & SCHMIDT, W. (1971): "Consumption averages and alcoholism prevalence: a brief review of epidemiological investigations", *Br. J. Addict*, vol 66, págs. 97-107, Livingstone, London.
- DE LINT, I. (1976): "Epidemiological aspects of alcoholism", *Int. J. Ment. Health*, vol. 5, núm. 1, págs. 29-51.
- EDITORIAL: *Trends in the epidemiology of alcoholism*, *Psychological Medicine*, 1978, 8, págs. 1-4. G. B.
- EDWARDS, G. (1973): "Epidemiology applied to alcoholism" *Quart. J. Stud. Alc.* 34, 28-56.
- GLATT, MAX. (1976): "Alcoholism Disease concept and loss of control revisited", *Br. J. Addict*, vol. 71, págs. 135-144.
- GOLDBERG, L. (1977): "Epidemiology of alcoholism", *Second European Nutrition Conference, Munich. Nutr. Metab.*, 21, 144-152.
- MILTON, M. & LOKARE V. G. (1978): "The evaluation of a questionnaire measuring severity of alcohol dependence", *Brit. J. Psychiatry*, 132, págs. 42-48.
- IDESTROM, CARL-MAGNUS (1977): "Recent advances in the study of alcoholism", *Excerpta Medica*. Amsterdam.
- INGHAM, J. G. & McMILLER, P. (1976): "The concept of prevalence applied to Psychiatric Disorders and symptoms", *Psychological Medicine*, vol. 6, págs. 217-225.
- KELLER, M. (1975): "Problems of epidemiology in alcohol problems", *Quart. J. Stud. Alc.*, 36:11, 1.442-51.
- LAPORTE SALAS, J. (1977): "Aspectos biológicos del abuso de drogas", *Mol. Inform. Fundación Juan March*, núm. 61, Madrid. Junio.
- LILIENFELD, A. M. (1976): "Foundations of epidemiology" Oxford University Press. N.Y.
- LEBART, L. & FENELON, J. P. (1975): "Statistique et informatique appliquées", tercera edición. Dunod. París.
- LLOPIS PARET, R. (1968): "Cartilla del alcohólico", P.N.A.P. Madrid.
- MARQUINEZ, F. & GARCIA, A. (1974): "Alcoholismo y medicina social". *Pub. III. Congreso Nac. Alc. Re.* Valladolid.
- MARQUINEZ, F. (1976): "Bases para un trabajo epidemiológico en alcoholismo", *XXII Congreso Internacional de Alcoholismo*. Vigo.
- MECHANIC, D. (1970): "Problems and prospects in psychiatric epidemiology", *Psychiatric Epidemiology. An International Symposium*, Oxford University Press.

MELLOK, K. & MENDELSON, J. H. (1975): "Alcoholism: a biobehavioral disorder", *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Silvano Arieti, 2.^a ed., vol. 4, chapt. 15, págs. 373-403. Basic Books. N.Y.

MEMORIA: Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de drogas, *Rev. San. e Higiene Pública*, XLIX, núm. 56. mayo-junio 1976.

MILLER W. R. (1976): "Alcoholism scales and objective assessment methods: a Review", *Psychological Bulletin*, vol. 83, núm. 4, 649-674.

MORRIS, J. N. (1964): "Uses of epidemiology", *Livingstone*, Edinburg & London.

MOSER, J. (1974): "Problems and programmes related to Alcohol and drug dependence in 33 countries", *World Health Organization Geneva*.

NORTON, A. (1973): "Drugs, science and society", *Collins-Fontana*. Londres.

O.M.S.: Comité de expertos de la O. M. en drogas que causan dependencia, 14.^o Informe. Serie de Informes Técnicos, núm. 312. Ginebra 1965.

O.M.S.: Serie de Informes Técnicos núm. 365 - Los métodos epidemiológicos en el estudio de las enfermedades crónicas, Ginebra 1967.

O.O.S.: Comité de expertos de la O.M.S. en farmacodependencia, 16.^o Informe. Serie de Informes Técnicos, núm. 407. Ginebra 1969.

O.M.S.: Problemas de alcoholismo y planificación sanitaria nacional en los programas de la O.M.S. Crónica de la O.M.S. Abril 1973, vol. 27, págs. 181-85. Ginebra.

PLANT, M. A. (1979): "Self-reported alcohol consumption and alcohol related problems", *Social Psychiatry*, 14, 2, págs. 65-73. Springer-Verlag.

SUNDBY, P. (1977): "Long-term effects of alcoholism, as measured by epidemiological methods", *Recent adv. in the study of Alcoholism*. Excerpta Médica. Amsterdam.

SULKUNEN, P. (1976): "Production, consumption and recent changes of consumption of alcoholic beverages", *Br. J. Addict*, págs. 115-122. G.B.

RITSON, E. B. (1974): "Detoxification Centres", *The Edinburgh Detox. Project. Journal on Alcoholism*, vol. 3, págs. 15-20.

ROJAS, A. (1976): "Epidemiología", *Inter Médica*. Buenos Aires.

SABBAH, A. & GRELLIER, D. (1973): "Epidémiologie de la drogue dans l'Ouest: les moyens de lutte", *Rev. Epidem. Med. Soc. et Santé Pub.*, vol. 21, núm. 6, págs. 543-52.

SANTO DOMINGO CARRASCO, J. (1973): "Epidemiología, prevención y asistencia del alcoholismo y las otras toxicomanías en España", *XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías*. Sevilla. Monografías Médicas Liade, Madrid.

SANTO DOMINGO CARRASCO, J. (1978): "Asistencia a alcohólicos y toxicómanos", *Comde Plan. y Org. de la Asistencia psiquiátrica*. Min. S. y S.S. Madrid.

STEIN, L. (1975): "Duration of hospitalization for alcoholism", *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 32, febrero, págs. 247-252.

TARTER, R. (1977): "Differentiation of alcoholics", *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 34, julio, págs. 761-768.

THE NATIONAL COUNCIL OF WOMEN: *Alcohol problems of women and young people*, N. C. of W. London, October 1976.

WILLEMS LETEMENDIA & ARROYABE (1973): "A categorization for the assessment of prognosis and outcome in the treatment of alcoholism", *The Br. Journal of Psy.*, vol. 122, núm. 751, págs. 649-654.

WING & HAFNER (1973): "Roots of evaluation: the epidemiological basis for planning Psychiatric services", *Nuffiel Provincial Hospital Trust.*, Oxford University Press.

YUSTE GRIJALBA, F. J. (1976): "Ensayos sobre medicinas preventiva y social", Akal ed., Madrid.

ZAPATERO VILLALONGA, E. (1967): "Concepto de epidemiología. El método epidemiológico", *Rev. San. Híg. Púb.*, XLI 10.11.12, 288-315, Madrid.