

PROPUESTA DE UN ESQUEMA PREVENTIVO PARA EL ALCOHOLISMO

JOSE M. MARTIN FARFAN
Profesor Salud Pública E. U. E.

JOSE MIRA GUTIERREZ
Director del Departamento
Director E. U. E.

Departamento de Microbiología e Higiene
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CADIZ

INTRODUCCION

El incremento del consumo alcohólico registrado en nuestra provincia y en nuestro país en general hace sospechar la ausencia de medidas preventivas eficaces que logren atajar este aumento en las tasas de alcoholismo.

Para la correcta planificación de este plan preventivo, es preciso analizar previamente el substrato sobre el que se va a incidir, estudiando las actitudes sociales en torno al alcohol (38).

1. ACTITUD DE LA POBLACION GENERAL

En un país donde el consumo anormal de alcohol es aún tolerado y juega un papel preponderante en las reuniones sociales (fiestas, celebraciones, etc.) y se usa con fines "médicos" (vinos quinados, etcétera), no es extraño confrontar una falta de conciencia del peligro del consumo anormal de bebidas alcohólicas.

La ausencia de información permite la perpetuación de las pautas de ingesta a lo largo de generaciones, lo que queda confirmado al haberse constatado un considerable número de consumidores habituales de estas bebidas entre nuestra población escolar (62) (63).

2. ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Este grupo de población, que es el que mayor grado de percepción tiene del problema, en recientes encuestas (54) se ha puesto de manifiesto la desinformación de ciertos sectores sanitarios, que poseen conocimientos respecto al tema más de acuerdo con la norma social imperante que con un conocimiento científico y exacto del problema alcohólico.

Bibliografía no española ha demostrado, además, que los médicos padecen alcoholismo en mayor grado que una población control correspondiente a su mismo status, por lo que la evaluación del consumo anormal de alcohol por parte de estos profesionales deberá ser cuestionada, ya que pocos son los médicos que conocen los criterios de la O. M. S. al respecto (15) (23) (24) (42) (59).

3. ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE LA EDUCACION

Estos profesionales, que llegan a desempeñar un importante papel en la adquisición de hábitos higiénicos correctos y que reportarían a lo largo mejoras en la salud colectiva, relegan la información sanitaria por el acopio por parte de sus alumnos de las llamadas "materias formales" (matemáticas, historia, etc.).

4. ACTITUD DE OTROS PROFESIONALES (periodistas, etc.)

La prensa de nuestro país parece sensibilizada con esta problemática, haciéndose eco de cuantas reuniones y simposiums se celebran.

5. ACTITUD DE LA ADMINISTRACION

En la 63 reunión del consejo ejecutivo de la O. M. S. (1980), el director general presentó un informe en el que se analizaban las medidas preventivas adoptadas a este nivel por las distintas administraciones, llegando a la conclusión de que no han surtido efecto.

Una de las argumentaciones más frecuentemente ofrecida por los gobiernos es que la industria de bebidas alcohólicas reporta una gran cantidad de fondos al Estado en concepto de impuestos, cuestionándose el consejo ejecutivo si realmente son rentables estos ingresos fiscales, si deberán gastarse en construir hospitales, donde los alcohólicos ocupan el 30 % de las camas, o para construir cárceles para alojar a reclusos, de los que un considerable número de casos llegan porque el alcohol estuvo presente en el delito (16).

6. ACTITUD DE LOS ALCOHOLICOS REHABILITADOS

El alcohólico que se ha apercibido de su enfermedad y se somete a tratamiento, se integra con facilidad en grupos de acción antialcohólica de finalidad terapéutica y preventiva, de gran importancia social y que debe ser sugerida siempre en este tipo de enfermos (17) (20) (22) (26) (36) (39).

PROGRAMAS PREVENTIVOS

Los programas que se proponen a continuación son en general de carácter preventivo primario, siguiendo el esquema de Leavell y Clarj, no siendo excluyentes entre sí. Estos planes se caracterizan por su viabilidad económica, ya que exigen una escasa inversión económica para su puesta en marcha. Los programas propuestos pueden ser clasificados en "Programas generales" y "Un programa específico".

1. PROGRAMAS GENERALES

Exigen un mínimo costo para su realización, pero precisa de la colaboración de distintos estamentos de la sociedad.

1.1. Programa de educación y actuación sanitaria. Es evidente que los medios de comunicación sociales inciden sobre los individuos, reforzando o detrayendo el interés general por aspectos concretos. La movilización de estos medios para ofrecer una información objetiva sobre el consumo alcohólico y sus posibles riesgos no debe ser despreciada. Este tipo de actividad debería ir encaminada a:

a) Modificar los usos y mitos que sobre el alcohol gravitan entre nosotros desde hace milenios, desmitificando el vino como alimento, medicamento, test de machismo, etc.

b) Desterrar los aspectos punitivos o represivos con los que son tratados los sujetos alcohólicos crónicos, ya que su reconocimiento implica pérdida de posibilidades de ascensos, status, empleo, etc., que hacen que el sujeto afecto oculte su adicción hasta que es evidente, con el consiguiente agravamiento del pronóstico y tratamiento.

c) Campañas de educación sanitaria dirigida principalmente a los adultos para erradicar los hábitos nocivos, tales como mojar chupetes con aguardiente, suministrar vinos quinados como orexígenos, presencia de alcohol en fiestas, celebraciones, muy especialmente las que van dirigidas a los niños, etc.

d) Siguiendo las recomendaciones de la O. M. S. (51), la limitación de la disponibilidad del alcohol supone un importante paso en la regulación del consumo, pues entre ellos existe una correla-

ción positiva. Para ello será preciso regular la producción, comercio y distribución. A este respecto, en nuestro país existe una orden del Ministerio del Interior (31-1-80) que prohíbe el despacho de bebidas alcohólicas y permanencia en clubs y discotecas a los menores de 16 años, rebajando en dos años la edad que establecía una orden del Ministerio de Gobernación de 9-9-66 y obligando a la colocación de rótulos a tal efecto en estos establecimientos.

De otra parte, se sabe que la demanda, o sea, la cantidad de un bien que la economía doméstica está dispuesta a comprar, está en función del precio del bien, de los precios de los demás bienes y de las preferencias de los miembros de la unidad familiar (35) (8). La regulación de los precios del alcohol mediante una política fiscal que, como mínimo, impida el descenso del precio del alcohol con respecto a los demás bienes, evitará el aumento del consumo, estando claro que si se eleva el precio real del alcohol, será una medida más efectiva para reducir el consumo.

Los trabajos de Popham son bien ilustrativos (figura n.º 1) para la demostración del fenómeno contrario, es decir, al disminuir el precio relativo del alcohol, aumentó el consumo. Se ha descrito que este tipo de medida no tendría efecto sobre los grandes bebedores, si bien es de gran utilidad para la población en general. Hay también quien ha afirmado que la población general, con este tipo de medidas, podría dirigir sus preferencias de consumo sobre otros artículos menos convenientes, por lo cual sería preciso que las medidas que se arbitrasen a este nivel fuesen acompañadas de abundante información, al objeto de que la población llegase a comprender las razones de las mismas (51).

e) Control de la publicidad de bebidas alcohólicas. Está demostrado que el volumen de ventas de muchos productos de consumo pueden ser aumentados por la publicidad, no constituyendo las bebidas alcohólicas una excepción. En nuestro país, el Congreso de los Diputados aprobó la prohibición de la publicidad de bebidas de un contenido alcohólico superior a los 23°, actualmente en efecto.

Por último, sería muy aconsejable revisar los contenidos de estos anuncios, para suprimir la reafirmación de falaces mitos socialmente admitidos sobre los que se basan, tales como machismo, ostentación, ruptura de inhibiciones con claras connotaciones sexuales, acceso ficticio al contexto del anuncio, etc.

f) Smart y Feder (1970), encuestando a 9.000 estudiantes, demostraron que el consumo regular, no necesariamente excesivo, de alcohol, tabaco, etc., conlleva un mayor consumo de alcohol y otras drogas entre los hijos de estos consumidores, de modo que una buena medida preventiva sería el abandono de hábitos nocivos entre los adultos.

g) Campañas informativo-publicitarias, bien planificadas y bien escogidas, sobre los riesgos del consumo anormal de alcohol, pues hasta ahora, los tímidos intentos en este sentido (tabaco, alcohol y conducción) han contrastado con el "bombardeo" que se producía a continuación en sentido contrario.

1.2. Potenciación de los servicios existentes. En nuestro país existe una insuficiente y rudimentaria red de servicios que se ocupan del alcoholismo, estando, además, dispersos, incoordinados en las tareas de investigación, prevención y asistencia sanitaria, como es notorio.

La Administración, a pesar de las ingentes cargas económicas que suponen los costes sociales del alcoholismo, ayuda insuficientemente a las actividades antes reseñadas, corriendo éstas a cargo de entidades privadas, con claras limitaciones, quedando estos loables esfuerzos más en buenas intenciones que en planes coordinados, coherentes y viables, capaces de lograr la eficacia deseada. Por ello, a este nivel se propone:

a) La promoción y coordinación de la investigación de los servicios médico-preventivos, que mediante métodos epidemiológicos estudien el número y la presentación de los casos y las posibles maneras de explicarlos y fiscalizarlos (47) (59).

Este esfuerzo puede resultar baldío si no se coordinan, confrontan y planifican los recursos que en materia de conocimiento se disponen respecto al alcohol (50). Para ello es preciso la promoción de estudios sobre el alcohol y el alcoholismo a todos los niveles: médico, antropológico, económico, etc., aunando esfuerzos privados, universitarios y estatales para lograr el máximo de eficacia. A este respecto, puede ser muy beneficioso llevar a cabo jornadas, seminarios, congresos, revistas especializadas, etc.

b) Reactivación de los recursos existentes, que supondría un gran paso a favor de la prevención secundaria del alcoholismo, pensando, a la hora del juicio clínico, en esta enfermedad y utilizando para su diagnóstico los medios de despistaje de presuntos alcohólicos de que se dispone, aumento de V. G. M., gamma glutamil transpeptidas, INAL, etc.

Estas determinaciones, algunas de ellas de rutina, permitirían en una primera fase separar los casos dudosos de los francamente negativos, sin gasto económico adicional y complementándose sólo los primeros con otras exploraciones más específicas, llegándose al diagnóstico definitivo (57).

Estos métodos propuestos pueden ser usados a nivel rural, de donde se ha descrito el papel de primera magnitud que tiene en la resolución de los casos, dos éxitos de cada tres (41), en servicios

médicos de empresa, gabinetes de seguridad e higiene en el trabajo e instituciones hospitalarias.

Una prevención de tipo primario puede ser llevada a cabo mediante charlas y otras actividades semejantes, utilizando para ello también los recursos existentes, tales como servicios médicos de empresa, gabinetes de seguridad e higiene, realizando campañas en colaboración con la dirección de las empresas y sindicatos, destinadas a extinguir los viejos arquetipos sociales que refuerzan el interés general por el alcohol.

Igualmente, la determinación rutinaria y aleatoria de la alcoholemia en los conductores, se ha demostrado como buen elemento disuasorio sobre aquellos que, habiendo bebido más de lo recomendable, se disponen a conducir. Con esta medida cabría esperar un descenso importante en el número total de accidentes de carretera, como ocurrió en Gran Bretaña, donde disminuyeron en un tercio (61).

c) Potenciación de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, anónimos, etc. La precariedad fundamentalmente económica, así como la efectividad de estas asociaciones están fuera de toda duda (22) (39), por lo que facilitar locales y otras instalaciones para sus reuniones y actividades, así como la presencia de determinados estamentos de la Administración y sociedad en sus actos públicos y congresos, son un estímulo que contribuiría a aglutinar en estos grupos a un gran número de alcohólicos, favoreciéndose así la prevención terciaria de esta enfermedad.

d) Asistencia sanitaria del alcoholismo en todas sus vertientes a cargo de la Seguridad Social. El reconocimiento por la O. M. S., A. M. A. y otros prestigiosos organismos del alcoholismo inequívocamente como entidad clínica bien definida (27) (28) (43), los hallazgos de un posible substrato social, hereditario y/o bioquímico vienen a corroborar que los problemas derivados de un consumo anormal de alcohol deben ser considerados como enfermedad y, como tal, ser incluida en las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social (38).

La atención por la Seguridad Social de los problemas étlicos en todas sus manifestaciones evitaría el callejón sin salida que supone el hospital psiquiátrico para estos enfermos que, con todas las connotaciones peyorativas de estos centros, confieren un status infantil frente a los médicos y un status adulto respecto al resto de los enfermos (18), al considerarse y ser considerados "normales" en un medio que se supone enfermo, haciendo rechazar el alta de ensayo, que les devolvería a un medio considerado normal, donde pasarían por enfermos.

e) Educación sanitaria a los profesionales relacionados con los consumidores anormales de alcohol. Son muchos y variados los pro-

profesionales que tienen relación directa con este tipo de personas. Una adecuada información acerca de la problemática alcohólica a todos los niveles permitirá a estos profesionales desarrollar correctamente su labor. Esta información, además de los conocimientos generales, incidirá sobre todo en los aspectos que más de cerca tocan cada uno de estos profesionales.

Policía: Estadísticas llevadas a cabo por distintos departamentos de Medicina Legal (34) (41) (61) y la O. M. S. (46) demuestran que el alcohol interviene en actos delictivos, predominando en ellos la violencia. Una continua formación, no sólo en las Academias de Policía, del etilismo agudo, embriaguez patológica, alucinosis alcohólicas, delirios paranoides, etc., sería muy conveniente.

La influencia del alcohol en los accidentes de tráfico se ha puesto de manifiesto profusamente (1) (2) (3) (4) (5) (9) (6) (11) (10) (12) (13) (14) (21) (30) (33) (37) (44) (53), por lo que detectar al conductor alcohólico antes de que provoque un siniestro, constituye una actividad preventiva de gran importancia. Se han señalado una serie de desviaciones de la normalidad conductora en los individuos con elevadas tasas de alcoholemia (61).

Personal de seguridad, mandos intermedios de empresas: Deben ser advertidos sobre el alcoholismo agudo y crónico y del papel que juegan las bebidas en los accidentes laborales, absentismo, etc., que en colaboración con los Servicios Médicos de Empresa, permitieran el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

Personal sanitario: No todo el personal sanitario tiene claros conceptos de la frecuencia y las implicaciones del alcohol en la clínica (54), ciertos sectores médicos y auxiliares sólo conocen las pautas sociales en torno al alcohol, no siendo capaces de objetivar el consumo anormal de esta droga, habiéndose señalado la falta de un punto de vista preventivo (58) e incluso terapéutico (54). La información continuada de estos profesionales incidirá favorablemente sobre sus pacientes alcohólicos y sobre el alcoholismo en general.

Maestros: El papel que desempeña el profesor en los primeros años de la vida en la adquisición de conocimientos puede ser completada por una educación veraz y objetiva sobre el alcohol y sus peligros, colaborando a romper viejos mitos socialmente admitidos, que perpetúan los usos étlicos colectivos, sentando las bases de una utilización correcta de las bebidas de contenido alcohólico.

Asistentes sociales y otros: Con gran frecuencia, estos profesionales encuentran situaciones en las que el alcohol es el principal responsable de la problemática a resolver, crisis familiares, socioeconómicas, etc., por lo cual el conocimiento del alcoholismo y sus posibilidades terapéuticas es preciso cuando existe una demanda

de ayuda o se contabilizan absentismos repetidos, orientando al individuo y a la familia de una manera correcta.

2. PROPUESTA DE UN EQUIPO PARA EL CONTROL DEL ALCOHOLISMO

En nuestra opinión, la creación de equipos específicos para la prevención, estudio y coordinación de los distintos aspectos epidemiológicos, sociológicos y asistenciales del alcoholismo, sería una medida eficaz para el conocimiento global del problema en áreas geográficas concretas.

Este planteamiento se fundamenta en la dedicación específica y exclusiva al alcoholismo de estos equipos, ya que habitualmente la atención que se presta a este problema es compartida con otras facetas psiquiátricas a nivel asistencial, tales como subnormalidad, otras farmacodependencias y demás cuestiones.

Con el progreso científico ha surgido un aumento en el caudal de conocimientos en todas las materias, lo que ha obligado a la división del trabajo y por otra parte la exigencia de una mejor calidad en la atención a la salud, han condicionado la aparición de la especialización a todos los niveles. Asimismo, como la demanda de salud ha pasado a tener un contenido multidisciplinar, se ha impuesto en la actual atención sanitaria, la composición de equipos sanitarios o de salud.

Es por todo lo anterior, que nos ha parecido muy interesante proponer un esquema de estos equipos, como son concebidos por nosotros y sugerir su puesta en marcha en principio y como experiencia piloto en aquellas provincias y/o regiones que se vean especialmente afectadas por la problemática alcohólica.

Estos equipos, que dependerían del organismo que estimase conveniente la Administración, estarían integrados y utilizarían la infraestructura sanitaria preexistente. Su composición mínima, estimamos que constaría de un médico, un profesional de enfermería y un asistente social, pudiendo recabar asesoramiento o ser ampliado, según las necesidades detectadas, a otros profesionales no clásicamente sanitarios (psicólogos, sociólogos, etc.), según los modelos preconizados por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.).

Para su actividad epidemiológica, recabarían los datos precisos de hospitales (generales y psiquiátricos), Ayuntamientos, Servicios Médicos de Empresa (S. M. E.), etc., desplazándose si fuese preciso para elaborar "estudios de campo". De esta manera, centralizados los datos, sería posible un mejor conocimiento de la situación real del problema alcohólico (niveles de consumo, incidencia y prevalencia, motivaciones de la ingesta, morbi-mortalidad, etc.).

Esta visión global de la problemática alcohólica, en un área concreta, permitiría el asesoramiento sobre métodos de prevención, detección y rehabilitación, a entidades públicas y privadas, tales como hospitales, S. M. E., gabinetes provinciales de Seguridad e Higiene en el Trabajo, asociaciones de alcohólicos anónimos, etc.

Otra tarea que juzgamos de considerable importancia es la realización de cursos monográficos, para la puesta al día de conocimientos sobre el tema, dirigido sobre todo para los profesionales que están en contacto directo con este tipo de enfermos y fundamentalmente médicos, ya que recientes estudios muestran que dos de cada tres bebedores con problemas responden a la intervención del médico local (41).

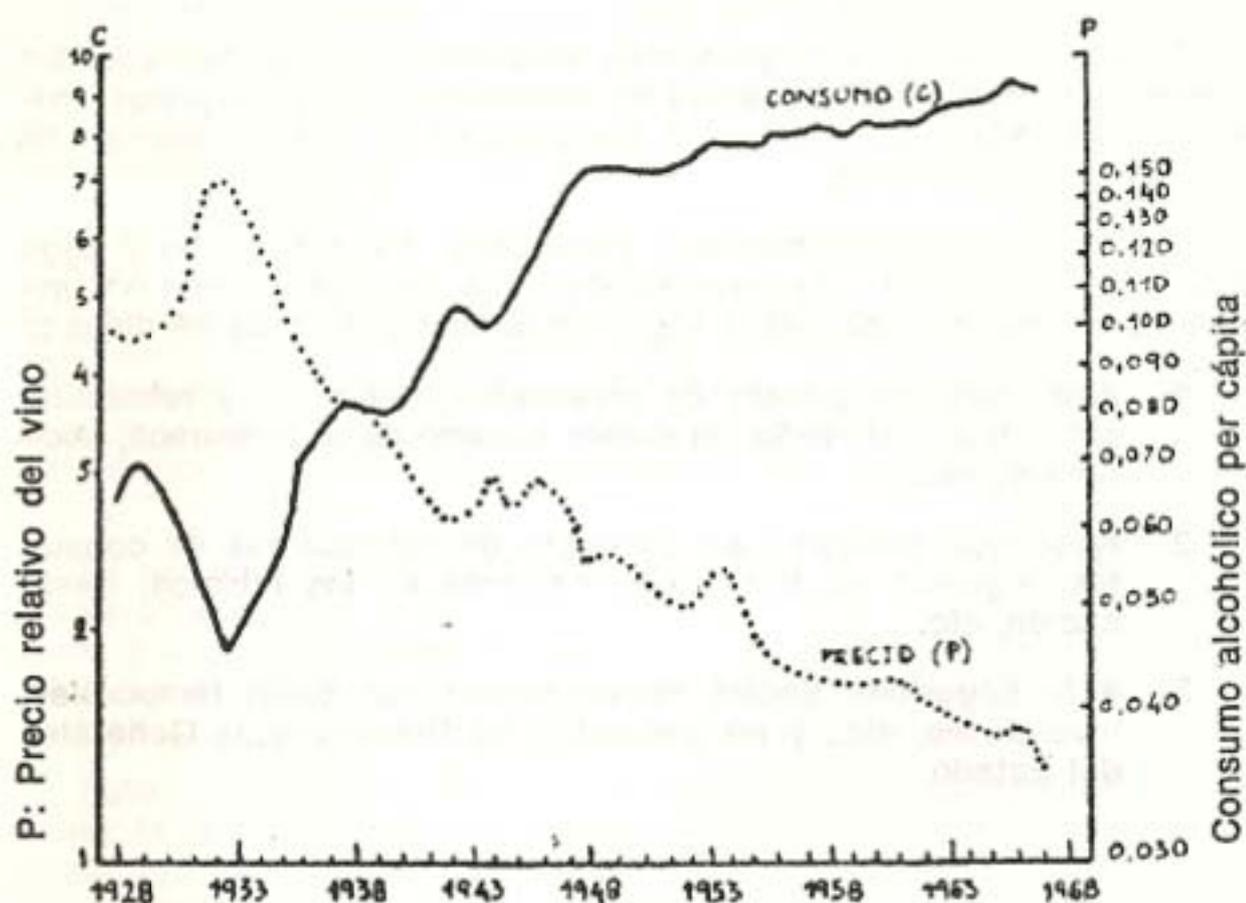
Asimismo, sería de gran interés modificar las actitudes sociales respecto al alcohol en las áreas de actuación de estos equipos, mediante programas de educación sanitaria en el sentido que se ha expuesto anteriormente.

Por último, consideramos que su eficacia a corto, medio y largo plazo, haría "rentable" la creación de estos equipos, ya que por mínima que fuese su efectividad, lograrían la disminución de pérdidas a:

1. Empresas (programas de prevención, detección y rehabilitación, que conllevaría un menor número de absentismos, accidentes, etc.).
2. Asistencia sanitaria, en concepto de sobrecargas de consultas, ingresos en hospitales, estancia en los mismos, medicación, etc.
3. A la Seguridad Social, menor número de bajas temporales, invalideces, etc., y en general a los Presupuestos Generales del Estado.

LAMINA N.º 1

RELACION NEGATIVA ENTRE PRECIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y CORRELACION ENTRE CONSUMO Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA EN ONTARIO (1928-1967)



R. Popham, W. Schmidt y J. de Lint - O. M. S. Serv. Inf. Tec. n.º 551, pág. 71.

RESUMEN

Este trabajo propone un plan preventivo para el alcoholismo, analizándose inicialmente las actitudes de distintos estamentos de población respecto al consumo alcohólico, como paso previo y necesario a la propuesta del esquema preventivo. Se formulan medidas

en las que se incide sobre algunos de los factores que concurren en esta enfermedad, se revisa la potenciación de los recursos existentes y se propone la creación de equipos básicos y específicos para el estudio y coordinación de actuaciones preventivas del alcoholismo en zonas geográficas concretas.

BIBLIOGRAFIA

1. BR. MED. J. (1978): "Wat causes road accidents?", *Br. Med. J.*, 6.147, páginas 1.272-1.274.
2. BR. MED. J. (1978): "Drinking and driving accidents does education help?", *Br. Med. J.*, 6.148, pp. 1.852-1.854.
3. BR. MED., J. (1979): "Road accidents-priorities and possibilities", *Br. Med. J.*, 6.159, pp. 328-331.
4. "B. O. E.": Orden Presidencia de Gobierno 17 enero 1974. "Gaceta" 26 enero.
5. CHAMPION, H. R.; BAKER, S.; BENNER, C.; FISHER, R.; CAPLAN, Y. H.; LONG, W. B.; COWLEY, R. A., y GILL, W. (1975): "Alcohol intoxication and serum osmolality", *The Lancet*, 7.922, pp. 1.402-1.404.
6. COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD DE LA CIRCULACION VIAL (1979): "Programa Nacional de Seguridad Vial 1980".
7. COSTA ROMA, J. (1977): "Gamma glutamil transpeptidasa y glutamato dehidrogenasa en neoplasias y otros procesos hepáticos" tesis doctoral, Universidad de Barcelona.
8. CHEVALIER, J.; BELLEVILLE, A. M.; BIENTZ, M., y JOLLY, D. (1981): "Initiation a l'économie de la santé. Les cahiers de Médecine Préventive et Sociale", 2, pp. 77-203, Maloine, S. A.
9. DIARIO "INFORMACIONES" (5-11-1973), p. 20.
10. EDITORIAL (1957): "Death on the dighways", *J. A. M. A.*, 63, 4.262.
11. EDITORIAL (1976): "The drinking pedestrian", *Lancet*, 7.987, pp. 697-698.
12. EDITORIAL (1979): "Drinking and drowning", *Br. Med. J.*, 6.156, pp. 70-71.
13. EDITORIAL (1979): "Priorities in riad accidents", *Br. Med. J.*, 6.159, pp. 287-288.
14. EDITORIAL (1980): "Drinking and driving: the leisurely aproach", *Br. Mel. J.*, 6.208, pp. 135-136.
15. EDWARDS, G. (1975): "The alcoholic doctor, a case of neglect", *Lancet*, 7.948, pp. 1.297-1.298.
16. EDWARDS, G. (1980): "Los problemas del alcohol. Todos menos la inanición", *Rev. JANO*, 406, pp. 82-88.
17. ESTEVEZ BRAVO, J. y cols. (1972): "Diagnóstico, evolución y tratamiento del alcoholismo en la empresa. XI Asamblea C. S. I. S."
18. EY, H. y cols. (1978): "Tratado de Psiquiatría", Barcelona, Toray Masson.
19. FONTAN, M.; GOUDEMAM, M.; CARIDROIT, M.; LECOMPTE, J. M., y TAUZIEDE-CASTEL, C. (1978): "Déspistage biologique de l'alcoolisme chronique, étude combinée de la gamma glutamyl transpeptidase de l'immunoglobuline A, de l'alpha L sipoprotéine et du volumeglobulaire moyen", *Nouv. Press Med.*, 7, 6, p. 469.
20. FREIXA, J.; BACH, L., y GASSULL, M. A. (1978): "Sociopatología del alcoholismo", *Prevención Sanitaria y Social del Alcoholismo*, Fargraf, Barcelona.
21. FREOUR, P.; COUDRAY, P.; SERISE, M.; BICEAU, F., y LABADIE, J. C. (1972): "Les taux d'alcoolemie et la consommation de boisson alcoolisées a jeun et au cours de repas", *Rev. Epil. Soc. et Santé Pub.*, 20, 8, pp. 757-771.

22. GEORGE, O. (1976): "Alcoholics anonymus", *J. A. M. A.*, 236, 13, pp. 1.505-1.506.
23. GLATT, M. M. (1974): "Alcoholism among doctors", *Lancet*, 7.876, pp. 342-343.
24. GLATT, M. M. (1976): "The alcoholic doctor", *Lancet*, 7.952, pp. 196-197.
25. GONZALEZ VILCHEZ, J.; VALLE FLORES, L.; ALONSO VILLATE, R., y DELGADO GONZALEZ, M. (1979): "Alcoholismo y gamma glutamil transpeptidasa", *Rev. Clin. Esp.*, 153, 5, pp. 363-366.
26. HENRY, S., y ROBINSON, D. (1978): "Understanding alcoholics anonymus results from a survey in England and Wales", *Lancet*, 8.060, pp. 372-375.
27. JELLINECK, E. M. (1960): "The disease concepts of alcoholism", *College and universitypress*, New Haven, Conn. Tom. EY.
28. KENDELL, R. E. (1979): "Alcoholism, a medical or a political problem?", *Br. Med. J.*, 6.160, pp. 367-371.
29. KRISTENSSON, H.; TRELL, E.; ERIKSSON, S.; HANIK, L., y HOOD, B. (1977): "Serum gamma glutamil transferase in alcoholians", *Lancet*, 8.011, p. 609.
30. LAHARPE, F.; SCHILIENGER, J. L., y WEIS, E. (1978): "Intéret pratique de l'alciolurie", *Nouv. Press Med.*, 7, 37, p. 3.370.
31. LAMY, J.; BAGLIN, M. C.; WEILL, J., y ARON, E. (1975): "Gamma glutamyl transpeptidase sérique et alcoolisme. Diagnostic et controle du sevrage", *Nouv. Press Med.*, 4, 7, pp. 487-490.
32. LAMY, J.; ARON, E.; BAGLIN, M. C., y WEILL, J. (1976): "Triage et déspistage des consommateurs excessif d'alcool: GGT ou VGM", *Rev. d'Alcoolismo*, 22, 3, pp. 116-174.
33. LAUREL, H. (1977): "Effects of small dose of alcohol on driver performance in emergency traffic situations", *Accident Anal Prev.*, 9, 3, 191-201.
34. LEVENS, E. (1976): "The cost benefit and cost effectiveness of occupational alcoholism programs", *Profesional safety*, 21, 11, pp. 36-41.
35. LIPSEY, R. G. (1980): "Introducción a la economía positiva", Vicens Universidad, Barcelona, p. 918.
36. LOZANO SUAREZ, M.; HERNANDEZ GARCIA, P., y RODRIGUEZ TRECEÑO, M. (1980): "Terapia de grupo familiar en la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Salamanca", *Drogalcohol*, V, 2, pp. 65-72.
37. LYNCH, J. D., y MANITOWOC, W. (1954): "Determination of alcohol in blood and urine", *J. A. M. A.*, 154, 16, p. 1.399.
38. MARTIN FARFAN, J. M. (1980): "Aportaciones al estudio médico preventivo y social del alcoholismo en la provincia de Cádiz". Tesis de licenciatura, Cádiz, p. 523.
39. MORALES NORIEGA, L. (1975): "Transfusión a la medicina del fenómeno existencial "Alcohólicos anónimos" II Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol", Vitoria, 1974, *Fol. Neurop.*, 9, 1, pp. 17-22.
40. MORSE, R. M., y HURT, R. D. (1979): "Screening for alcoholism", *J. A. M. A.*, 242, 24, pp. 2.688-2.690.
41. MORRIS, A. (1980): "Los costes del alcoholismo y los beneficios de la prevención del tratamiento", *Rev. El Médico*, 8, pp. 21-32.
42. MURRAY, R. M. (1976): "Alcoholism amongst male doctors in scotland", *Lancet*, 7.988, pp. 729-731.
43. O. M. S. (1964): "13.º informe Comité Expertos O. M. S. en drogas toxicógenas", *Ser. Inf. Tecn. O. M. S.*, 273, p. 1.964.
44. O. M. S. (1975): "El alcohol, un peligro creciente", *Crónica O. M. S.*, 29, pp. 108-111.
45. O. M. S. (1976): "Indices estadísticos de la salud de la familia", *Ser. Inf. Tecn. O. M. S.*, p. 587.

46. O. M. S. (1976): "Aspectos médicos del delito y la delincuencia", *Crónica O. M. S.*, 30, pp. 155-163.
47. O. M. S. (1978): "Nuevo programa de salud mental de la O. M. S.", *Crónica O. M. S.*, 32, pp. 65-67.
48. O. M. S./UNICEF (1978): "Atención primaria de salud". Conf. Int. sobre Atención Primaria. ALMA ATA, URSS, 6-12 sept. 1978.
49. O. M. S. (1980): "Utilización de la epidemiología en la atención primaria de la salud", *Crónica O. M. S.*, 34, pp. 18-21.
50. O. M. S. (1980): "Estrategias y actividades de la O. M. S. en materia de farmacodependencia", *Crónica O. M. S.*, 34, pp. 77-82.
51. O. M. S. (1980): "Problemas relacionados con el consumo de alcohol", *Serv. Inf. Tecn. O. M. S.*, 650.
52. ORDRONNEAU, J.; LUSTENBERGER, P., y THOMAS, D. (1978): "Dosage des gamma glutamil transpeptidases pour le diagnostic des métastases hépatiques des cancer broncho-pulmonaires", *Nouv. Press Med.*, 7, 4, p. 290.
53. PIEDROLA GIL, G., y TRINCADO DOPEIRO, P. (1978): "El alcoholismo y las drogas psicotrópicas como dependencias", *Med. Prev. y Soc.*, tomo II, páginas 297-314.
54. RAMOS-BRIEVA, J. A. (1979): "Expectativas etiológicas y terapéuticas frente al alcoholismo de los médicos de un hospital general", *Arch. Fac., Med.*, XXXV, 4, pp. 223-231.
55. ROSALKI, S. B. (1973): "Screening test for alcoholism", *Lancet*, 7.833, p. 843.
56. ROSALKI, S. B. (1977): "Enzyme test for alcoholism", *Rev. d'Epid. et Santé Pub.*, 25, 2, pp. 147-158.
57. SAN MARTIN, H. (1981): "Salud y enfermedad", *Ed. Prensa Med. Mexicana*, México, p. 893.
58. SANTO DOMINGO CARRASCO, J. y otros (1975): "Memorias del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes", *Rev. San. Hig. Pub.*, año XLIX, 5/6, páginas 409-573.
59. SEREBRO, B. (1976): "The alcoholic doctor", *Lancet*, 7.954, p. 315.
60. SPENCER-PEET, J.; WOOD, D. C., y GLATT, M. M. (1973): "Screening test for alcoholism", *Lancet*, 7.837, pp. 1.089-1.090.
61. VERDEJO VIVAS, G. (1973): "La alcoholemia, plaga social y su influencia en los accidentes de tráfico", *Rev. San. Hig. Pub.*, año XLVII, 5, pp. 369-486.
62. ZAFRA MEZCUA, J. A. (1981): "Análisis epidemiológico y sociológico del alcoholismo en el medio universitario de Cádiz", *Pub. Univ. Sevilla, Ser. Med.*, 34.
63. ZAFRA MEZCUA, J. A., y MARTIN FARFAN, J. M. (1981): "Estudio del consumo de alcohol y del alcoholismo en la provincia de Cádiz", *Anal. R. Acad. Med. y Cir. de Cádiz*, XVII, 1, pp. 53-134.
64. ZEIN, M., y DISCOMBE, G. (1970): "Serum gamma-glutamyl transpeptidase as a diagnostic aid", *Lancet*, 7.676, pp. 748-750.