

## EL ALCOHÓLICO DE LA PROVINCIA DE VALENCIA (ESPAÑA)

Joaquín Cuevas Badenes  
José Gisbert Tío  
Anselma Betancourt Pulsan

### RESUMEN

*Se realiza un estudio con una muestra de 136 pacientes alcohólicos atendidos de forma ambulatoria en la ciudad de Valencia (España). Analizamos 13 variables socio-demográficas y de historia de consumo alcohólico, con el fin de obtener un perfil sociológico y de historia alcohólica que clarifique la realidad actual de estos enfermos.*

*En líneas generales, están integrados en su ámbito socio-laboral y familiar, que caracteriza a su entorno. La sociedad y su familia ejercen un papel equilibrador de aquellas disfunciones que el alcohólico va presentando durante el desarrollo de su enfermedad.*

### INTRODUCCIÓN

Con demasiada frecuencia se incurre en el error de considerar al alcohólico como un individuo de la quinta o sexta década de la vida, con situación extrema de marginación familiar, laboral y social; siendo la imagen del anciano borracho 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

### ABSTRACT

*We have done a work with a sample of 136 alcoholics assisted as outpatients in Valencia (Spain), distinguishing them thirteen sociodemographic and consumption record variables, to get a sociological feature and alcoholic record to clarify the present reality of those patients.*

*In broad outline, it is composed by socilabour and family fields wich characterizes its enviroment. The society and family bring a balance role for the troubles that the alcoholic patient has during his disease.*

como un sujeto marginal al que su consumo patológico de alcohol le ha llevado al total aislamiento familiar y sociolaboral es más que dudosa.

Con base en lo mencionado, se decide efectuar un estudio en una muestra de alcohólicos atendidos de forma ambulatoria en Valencia, con el fin de obtener un perfil sociológico y de historia alcohólica que clarifique la realidad actual de estos enfermos y ayude a diseñar programas de prevención y tratamiento más eficaces en un medio más cercano.

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.

Con base en ésto y de un modo más estructurado, los dos objetivos principales son los siguientes:

1. Caracterizar al enfermo alcohólico residente en la provincia de Valencia a partir de ocho variables sociodemográficas: edad, sexo, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, situación laboral, ocupación laboral y nivel de formación.
2. Conocer la presencia de antecedentes familiares alcohólicos; 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.

## MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo en 150 pacientes alcohólicos atendidos en una Unidad de Alcohología de la ciudad de Valencia, durante el período de Octubre de 1994 a Octubre e 1995. No hubo selección muestral alguna, siendo objeto de estudio la totalidad de enfermos alcohólicos atendidos *por primera vez* en la citada Unidad durante el período de estudio.

La información fue recogida de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de dependencia del alcohol, según los criterios del DSM-IV(1995). 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 y hace referencia a la situación del paciente al inicio del tratamiento. De cada una de las historias clínicas se seleccionaron las variables siguientes: edad, sexo, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, situación laboral, ocupación, nivel de estudios, existencia de antecedentes familiares alcohólicos, edad de inicio de consumo, años de consumo, consumo diario de etanol y hábito tabáquico.

La variable ocupación hace referencia al sector laboral en el que el paciente estaba trabajando en el momento de recibir asistencia, en el caso de sujetos laboralmente en activo o en sector de producción en que ha trabajado en el pasado, en el resto de los casos.

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, y otras formaciones paralelas al bachillerato) y estudios superiores (incluyendo la formación tanto en escuelas universitarias de diplomatura como los estudios, en sí, y doctorados). Es importante señalar que esta variable no hacía distinción entre estudios finalizados o sin concluir. Así, por ejemplo, un sujeto con estudios superiores sólo indica que ha iniciado esa formación, pero no necesariamente que la haya completado.

La variable años de consumo de etanol indica el período que media entre la edad del primer contacto con el alcohol y el primer tratamiento que recibe el sujeto de su enfermedad, calculado en años.

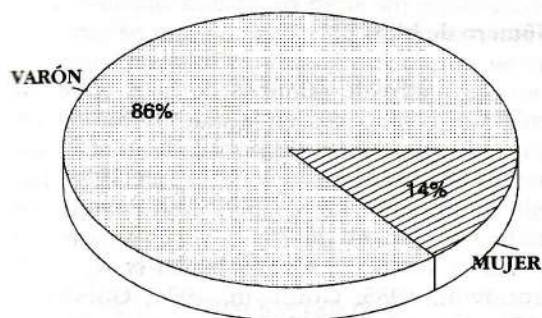
## RESULTADO Y DISCUSIÓN

### Sexo

El 86,03% de los enfermos alcohólicos eran varones (Fig. 1), resultando una proporción hombre/mujer de 6/1.

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 a este dato obtenido (DSM-IV, 1995; Cuevas *et al.*, 1994; Guardia, 1994; Miller y Gold, 1993; EDIS, 1984). Durante la presente década se observa una tendencia hacia la reducción de las diferencias entre sexos, sobre todo en la población más joven (Secades, 1996; Miller y Gold, 1993; Schüller, 1991; Plan Nacional sobre Drogodependencias, 1991).

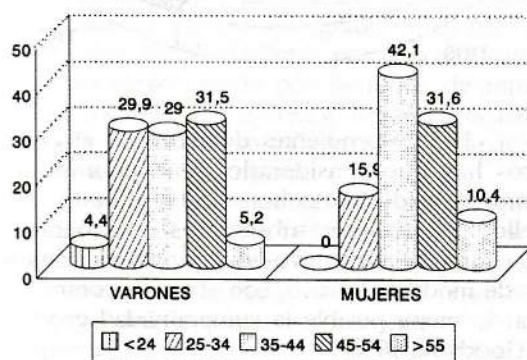
FIGURA 1.  
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS



### Edad

El período de edad predominante, en el estudio, fue el comprendido entre 21-54 años, representando el 91.4% de la muestra (Fig. 2). La edad media de los enfermos fue de 40.79 años con una DT=9.50, dato similar a los obtenidos en otros estudios: (Cuevas *et al.*, 1994; Cortés *et al.*, 1994; Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias, 1993; Plan Nacional sobre Drogodependencias, 1991)

FIGURA 2  
EDAD



Este resultado, avalado por los estudios señalados, refuta la creencia popular de que el alcohólico es un individuo de la tercera edad,

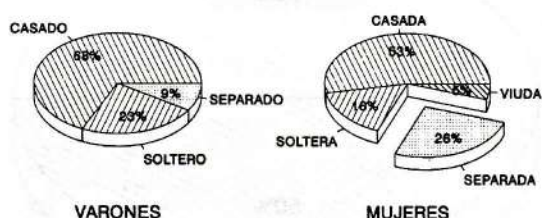
y más si se tiene en cuenta las encuestas de METRASEIS e ICSA GALLUP que señalaban al principio de los años 90 un descenso importante en el consumo del alcohol en este grupo (Rodés *et al.*, 1990), y la opinión de otros autores que refieren un consumo de alcohol en la senectud inferior a la de los adultos (Schüller, 1991).

### Estado civil

El alcohólico de la presente muestra estaba casado o convivía en pareja estable en el 66,18% de los casos (Fig. 3). Otros estudios realizados coinciden con el hecho de que el alcohólico es individuo que vive en pareja (Robins *et al.*, 1988). Es de destacar que el 26,31% de las mujeres alcohólicas de este 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 ya hubo aparecido consecuencias importantes debido al consumo problemático de alcohol.

FIGURA 3  
ESTADO CIVIL



Este resultado obliga a la reflexión sobre el gran estigma social que sufre la mujer alcohólica, siendo en gran número abandonadas por 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 se observa en el quehacer diario que si bien la mayor parte de los varones alcohólicos son acompañados por sus parejas durante el proceso terapéutico, en el caso de las mujeres alcohólicas el apoyo y acompañamiento de sus parejas es un hecho excepcional.

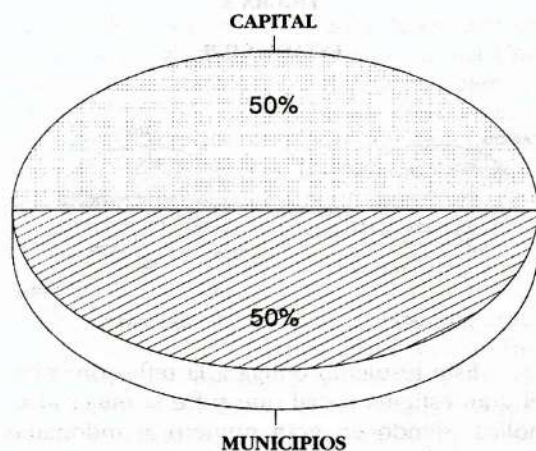
La experiencia clínica demuestra que el legado más frecuente del alcoholismo es el deterioro de las relaciones interpersonales, explicando la alta incidencia de problemas conyugales entre la población alcohólica (Miller y Gold, 1993; Rodés *et al.*, 1990).

### Lugar de residencia

En el estudio presente el 50% de los sujetos de la muestra residían en la ciudad de Valencia (Fig. 4). Si se tiene en cuenta que la población residente en la provincia de Valencia triplica en número a los habitantes de su capital, vemos que en este medio la prevalencia de alcoholismo es mayor entre la población urbana. Hay que hacer mención de que la Unidad donde fue realizado este estudio se halla ubicada en la ciudad de Valencia, de ahí que se pueda interpretar los resultados obtenidos teniendo en cuenta la disponibilidad del recurso asistencial en función de la cercanía al lugar de residencia.

FIGURA 4

#### 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. Estudios realizados en EE.UU. señalan que

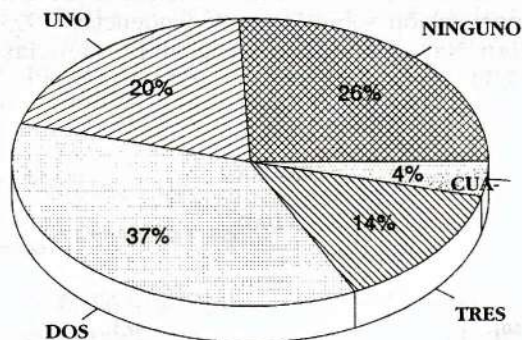
la tasa de alcoholismo es más alta entre los habitantes de las ciudades que entre la población sub-urbana o rural (Miller y Gold, 1993).

### Número de hijos

La media de números de hijos entre los enfermos alcohólicos en la muestra fue de 1.5 (Fig. 5), similar a la de población general española. Es necesario reconocer que la probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres lo son es de 3 a 5 veces superior a cuando éstos no lo son: (Schuckit *et al.*, 1987; Goodwin, 1985; Goodwin, 1974; Goodwin, 1973). La probabilidad de que un hijo de padre o madre alcohólico presente un problema en el futuro es del 25% (Jellinek, 1960). Si ambos padres son alcohólicos, la probabilidad es superior al 50% (Goodwin, 1984 b; Schuckit *et al.*, 1982).

FIGURA 5

#### NUMERO HIJOS



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 (Goodwin, 1958).

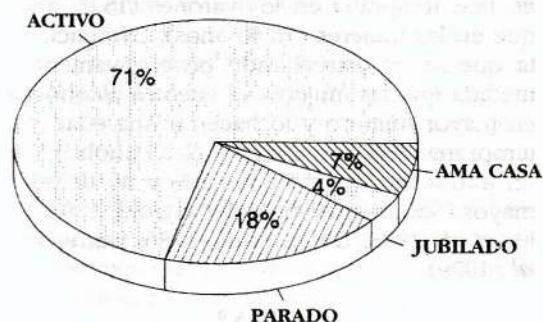
### Situación laboral

Dadas las repercusiones que en área laboral causa el consumo problemático de

alcohol (baja laboral, absentismo, accidentes, degradación e incapacidad laboral entre otras) (Rodés *et al.*, 1990; Soler-Insa *et al.*, 1988), cabría esperarse en este estudio un importante índice de alcohólicos en paro; sin embargo, tal y como se muestra en la Fig. 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.

FIGURA 6

## SITUACION LABORAL



La realidad es que el alcohólico, en líneas generales, es un profesional de su oficio correctamente cualificado, con larga experiencia laboral y un grado de formación afín a la media de la población general. 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 llevan en ocasiones a la pérdida de su trabajo, no le incapacita para encontrar uno nuevo.

También hay que señalar que durante los últimos años existe la tendencia hacia una mayor sensibilidad de la enfermedad por parte de los responsables de las empresas, representantes sindicales y mandos intermedios de las empresas en apoyo al proceso terapéutico de los trabajadores afectados por la enfermedad. Esta mayor concienciación de la enfermedad alcohólica se constata al observar cómo los empresarios son cada vez más reacios a sancionar los casos de embriaguez con el despi-

do, 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 con esta materia.

## Ocupación según actividad laboral

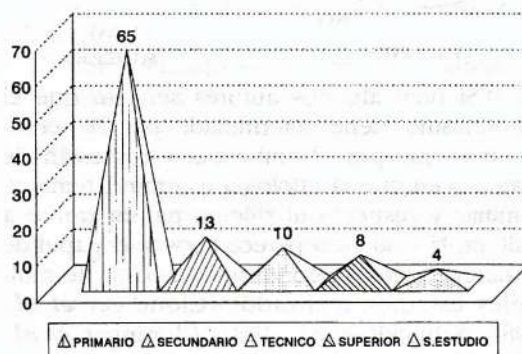
En el estudio, el 68,18% pertenece al sector servicios; el 13,64% a industria; el 11,36% a construcción y el 6,82% al sector agrícola, tasas muy similares a la de población activa valenciana actual (El País, 1996).

## Nivel de estudios

Los resultados, muestran, que el 65,42% de los sujetos cuentan tan sólo con estudios primarios (Fig. 7). Se observan, además, una mayor cualificación de las mujeres frente a los hombres: el 22,22% de ellas ha cursado estudios técnicos o superiores; mientras que en los hombres este nivel de formación alcanza sólo el 16,81%.

FIGURA 7

## NIVEL ESTUDIOS



Estos resultados difieren de lo señalado en los Estados Unidos, hace una década, donde la mayor parte de los alcohólicos tenían una formación al menos preuniversitaria o equivalente a tan sólo el 16,3% poseían estudios primarios (Robins *et al.*, 1988). Hay que considerar que el nivel de formación académi-

co adquirido no guarda relación directa con la prevalencia de alcoholismo.

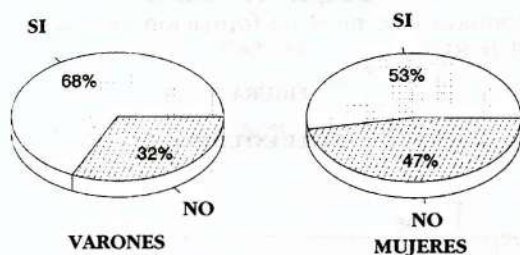
Téngase en cuenta que el primer episodio de intoxicación alcohólica suele aparecer entre los 15 y 19 años de edad del sujeto (DSM-IV, 1995), período en el cual se finaliza la Enseñanza Secundaria y Profesional en el país. El consumo de alcohol hasta ese momento no ha sido obstáculo alguno para el desarrollo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

### Antecedentes familiares

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

FIGURA 8

#### ANTECEDENTES FAMILIARES



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 frente a cultura, la evidencia parece apoyar el papel de la herencia en el alcoholismo, a partir de múltiples estudios realizados (Cloninger *et al.*, 1987; Schuckit *et al.*, 1987; Cloninger *et al.*, 1983; Murray *et al.*, 1983).

Las investigaciones han demostrado que el predictor más potente de alcoholismo es la existencia de antecedentes familiares positivos. Según estos estudios, uno de cada 4 ó 5 hijos de alcohólicos, en los Estados Unidos y en Europa Occidental, se convierte en alcohólico. El entorno desempeña un papel importante en la

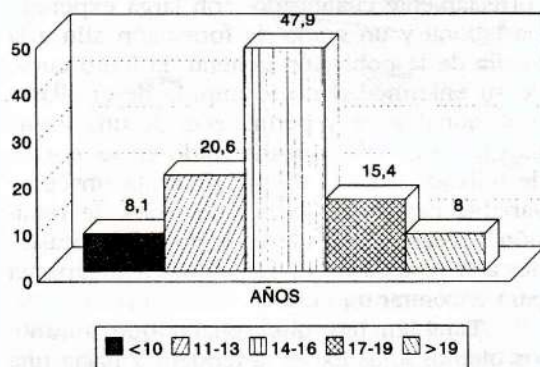
génesis de la enfermedad, pero distinto al causal. Si bien, la probabilidad de que se manifieste el alcoholismo aumenta si los genes de éste se hallan presentes en el sujeto (Cloninger, 1991; Rodés *et al.*, 1990; Goodwin, 1984; Cadoret *et al.*, 1984).

### Edad de inicio de consumo

La edad media de inicio de ingestión de bebidas alcohólicas fue de 15.21 años (Fig. 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) que en las mujeres (16.50 años), diferencia esta que se va estrechando progresivamente 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 mayor (Secades, 1996; Miller y Gold, 1993; Soler *et al.*, 1988; Bosch *et al.*, 1986; Herrerías *et al.*, 1979).

FIGURA 9

#### EDAD DE INICIO



### Años de consumo

En el estudio resultó un período promedio de 25.26 años para ambos sexos, encontrándose en los varones una media de 25.5 años y en las mujeres de 27.5 años.

Estudios norteamericanos, señalan que la duración media es de 9 años para los individuos

que consiguen una remisión de 1 año o más, considerando que una latencia estándar es de 1 a 5 años seguida por una duración de 6 a 10 años (Robins *et al.*, 1988). Otros autores señalan que un número pequeño, 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 es de 1 a 5 años y aproximadamente el 50% de los sujetos que presentan una remisión de su alcoholismo durante más de un año fueron alcohólicos durante 5 años o menos (Regier, *et al.*, 1984).

No obstante, la discusión de estos resultados con los señalados en estos estudios no es posible. La variable estudiada por los autores norteamericanos no toma como referencia el inicio del consumo sino la data de aparición de los primeros síntomas de dependencia alcohólica. Hay que entender que 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 la ha acompañado durante el inicio y desarrollo de la enfermedad.

### Consumo diario de etanol

Al analizar el consumo de etanol diario de los sujetos de la muestra se obtuvo una media de 245 gr. de etanol puro, donde el 63% consumía más de 150 gramos al día (Fig. 10), proporción cercana a la referida por Cor-

tés y Torres que obtuvieron un consumo mayor de 160 gramos de etanol diario en el 78,5% de una muestra de alcohólicos en Alicante, recogiendo datos entre los años 1972 y 1992 (Cortés y Torres, 1994).

En 1948 la Organización Mundial de la Salud reconoció el alcoholismo como una enfermedad y consideró como población en riesgo aquella que consume más de 75-80 gr. de etanol puro al día (Masferrer, 1986).

Siguiendo los criterios establecidos por Glund basados 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 menos de 50 gr. de etanol diario; bebedores moderados entre 51 y 100 gr. de etanol diario y bebedores intensos aquellos de más de 100 gr. de etanol al día (Glund *et al.*, 1987).

Los autores de este estudio cuestionan 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, 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.

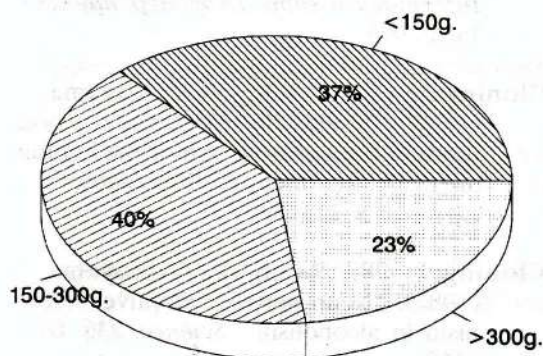
Considerando imprescindible cuantificar el consumo de etanol en gramos, si se tiene en cuenta que este tóxico es el causante de los diferentes trastornos que se observan en el enfermo alcohólico, siendo necesaria una medida que unifique criterios en relación con dicha cuantificación (Cuevas *et al.*, 1994); no obstante Miller propone otra unidad de medida (Miller, W.R., 1991).

### Hábito tabáquico

Es un hecho bien conocido que los alcohólicos acostumbran a ser grandes fumadores de tabaco. En este trabajo, el 21% no fumaban mientras el 79% consumían tabaco al inicio del tratamiento, siendo el consumo medio de

FIGURA 10

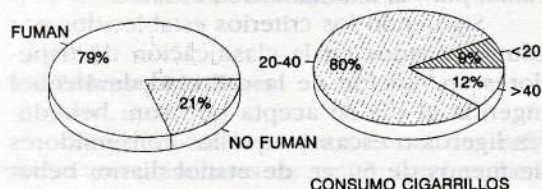
#### CONSUMO DIARIO ETANOL



30.53 cigarrillos al día (Fig. 11). Numerosos estudios coinciden con la afirmación inicial (Llorente, Betancourt, *et al.*, 1994; Freixa *et al.*, 1981; Sole, 1984; Calafat *et al.*, 1982; Sole, 1982).

FIGURA 11

## HÁBITO TABÁQUICO



## CONCLUSIONES

En el marco del tratamiento alcohólico ambulatorio en la provincia de Valencia el alcoholismo predomina en el sexo masculino, con una relación de seis 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 evidencia la carga genética del alcoholismo 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 245.6 gramos de etanol puro diarios.

Por último, una vez más se constata, la relación entre el consumo de alcohol y de tabaco: ocho de cada diez alcohólicos eran fumadores, con un consumo medio de 30.5 cigarrillos al día.

En vista de los resultados obtenidos, hay que considerar que el perfil sociológico del alcohólico de la provincia de Valencia corresponde esencialmente al de la población general 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 como el alcohólico medio de esta provincia se encuentra integrado dentro del ámbito sociolaboral y familiar que caracteriza a su medio, ejerciendo la sociedad y su familia el papel de equilibradores 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*. Centro de Documentación Infancia Española. Asociación UNICEF-España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Acción Social.
- Cadoter, R.; O'Gorman, *et al.*, (1984). "Alcoholism and antisocial personality. Interrelationships, genetic and environmental factors". *Arch. of General Psychiatry* 42: 161-167.
- Calafat, A. *et al.*, (1987). "Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca". *Drogalcohol*. (7).
- Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias. (1993). *Boletín de Información sobre Drogodependencias*. 14/2/1993.
- Cloninger, CR.; Reich, T.; Yokoyama, S. (1983). "Genetic diversity, genome organization and investigation of the etiology of psychiatric diseases". *Psychiatric developments* 3: 225-246.
- Cloninger, CR.; Reich, T.; Yokoyama, S. (1987). "Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism". *Science*. 236: 6410-6416.

- Cortés, M. y Torres, M. (1994). "Estudio del alcoholismo en un área sanitaria de la Comunidad Valenciana". *Adicciones* 6(1): 23-48.
- Cuevas, J.; Torres, M. y Rubio, J. (1994). "Estudio descriptivo de los pacientes alcohólicos ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria". *Rev. Esp. Drogod.*: 19 (4).
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Edición Española. Masson, S.A. Madrid.
- EDIS (Navarro, J. et al.) (1984). *El consumo de drogas en España*. Cruz Roja Española y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- El País (1996). *Anuario El País*. Madrid.
- Freixa, F.; Soler-Insa, P. et al. (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. De Fontanella S.A. 160.
- Glund, Ch.; Cristoffersen, D.; Evikoen, J.; Wantyin, P.; Knudssen, B. (1987). "The study Copenhagen Group for liver diseases, gastroenterology". 93: 256-260.
- Goodwin, D. (1973). "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents". *Arch. of General Psychiatry* 28:230-243.
- Goodwin, D. (1974). "Drinking problems in adopted and non adopted sons of alcoholics". *Arch. of General Psychiatry* 31: 164-169.
- Goodwin, D. (1984). *Psychiatric Diagnosis*. New York, Oxford University Press.
- Goodwin, D. (1984). "Studies of Familial Alcoholism". *Review Journal of Psychology*. 455 (12).
- Goodwin, D. (1985). "Alcoholism and genetics". *Arch. of General Psychiatry* 42: 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. y Pérez, R. (1979). *Hígado y alcohol*. Madrid. Castalia. 16-22.
- Llorente, S.; Betancourt, A. y col. (1994). "Proyecto estilos de vida contra hábitos tóxicos". *Rev. Esp. Drog.* 19 (3): 229-234.
- Masferrer, J. y Sala, LL. (1986). "Epidemiología del alcoholismo en España". Simposio sobre alcoholismo en el trabajo. Baracaldo.
- Miller, N. y Gold, M. (1993). *Alcohol*. Neurociencias. Barcelona.
- Miller, W; Heather, N. et al. (1991). "Calculating standard drink units: international comparisons". *British Journal of Addiction* 86: 43-47.
- Murray, R.; Clifford, C.; Guilin, H. (1983). *Twin and alcoholism*. New York, Gardner Press, Vol. 1 chap. 5.
- Plan Nacional sobre Drogodependencias. (1991). *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)*. Informe año 1990. Madrid. Ministerio Sanidad y Consumo.
- Regier, D.; Myers, J. et al. (1984). "The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Historical context, mayor objectives and study population characteristic". *Arch. of General Psychiatry* 41: 931-941.
- Robins, L.; Helzer, J. et al.,. (1988). *Alcoholism in the community: A report from the Epidemiology Cathment Area. Alcoholism: Origins and outcomes*. Rose R. and Barreff J. eds. N.Y., Raven Press.
- Rodés, J.; Urbano-Márquez, A.; Bach i Bach, L. (1990). *Alcohol y enfermedad*. J.R. Prous Editores. Barcelona.

- Schuckit, M. y Haglund, R. (1982). "An overview of the etilogic theories on alcoholism". En: *Alcoholism, development, consequences and interventions*. St. Louis, MO; Mosby; pp 16-31.
- Schuckit, M. y Haglund, R. (1987). "Biological vulnerability to alcoholism". *Journal of consulting and clinical psychology*. 55 (Nº3): 301-309.
- Schüller, A. (1991). *Alcohol y enfermedad*. Eudema. Madrid.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil*. Ediciones Pirámides. Col. Ojos Solares. Madrid.
- Sole, J. (1987). "Alcoholismo: Algunas puntuaciones básicas". *Rev. Depto. Med.*/9,6.
- Sole, J. (1984). "Alcohol-tabaquismo y heroína-tabaquismo". Simposio Sud Europeo sobre tabaquismo. Barcelona.
- Soler-Insa, P.; Freixa, F.; Reina, F. et al. (1988). *Trastornos por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Laboratorio Delagrangre. Madrid.
- Joaquín Cuevas B.  
Pintor Sorolla 53,11  
46113 Moncada  
Valencia, España
- José Gisbert Tío  
Unidad de Alcoholología de Avex  
Valencia, España
- Anselma Betancourt  
2 oeste nº 806 entre  
Prado y Aguilera  
Guantánamo, Cuba  
E-Mail:btoci@guaso.gtm.sld.cu