

Aspectos sociosanitarios del Alcoholismo

DOSSIER

RAFAEL HERRERO LORENZO

Médico-psiquiatra
Psicólogo social por la Universidad de Barcelona

El alcoholismo, a pesar de ser la drogodependencia más frecuente y de mayores consecuencias sanitarias, conductuales y sociales en nuestro Estado, por no existir una conciencia colectiva de ello, tiene en la actualidad muchos menos recursos para la posible rehabilitación y reinserción social de los alcohólicos de los que se precisan, siendo cada día más evidente la urgente necesidad de tomar medidas preventivas eficaces (1).

1. EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

Aparte de las cifras dadas por el Plan Nacional contra la Droga, 2.300.000 ciudadanos afectados de alcoholismo, significativamente más frecuente que cualquier otra dependencia tóxica, excepto el tabaquismo, conviene pormenorizar el consumo de alcohol en nuestro país para tener una visión del problema.

1.1. Consumo

— El 51'7% de la población total española consume alcohol diariamente. Sólo un 24'5% de la población española pudo considerarse abstemia en 1980 (2).

— El 71% de los varones consume alcohol los días de trabajo. Las mujeres lo hacen en un 38%.

— Durante toda la semana consumen 80% de los varones y 51% de las mujeres.

— El 55'4% de los españoles consumen vino, el 22'4% bebidas de alta graduación (brandis, licores...), el 22% sidras, cervezas, etcétera.

1.2. Consumo excesivo

Debe considerarse excesivo, y teniendo en cuenta todo tipo de variantes individuales, constitucionales, conductuales y sociales, todo consumo de unos 70 a 75 ml. ó cc. de alcohol puro diario por un hombre de unos 70 Kgs. de peso. De la aplicación de la *Tabla I* concluimos que es bebedor excesivo el que bebe un litro de vino diario o 1/4 de litro de licor al día.

— Un 7% de la población total es considerada consumidora excesiva. La coincidencia con estimaciones anteriores (Bogani, Emilio, 1971, y Comisión Interna Interministerial, 1974) es digna de tenerse en cuenta, ya que indica prevalencia del proble-

ma en nuestra sociedad y posible «habitación social» a él.

— Los hombres consumen excesivamente en días laborales en un 12% y los festivos en un 20%.

— Los jóvenes (18 a 24 años), presentan un 10% en días de trabajo y 22% en festivos.

Aumenta progresivamente el consumo excesivo en días festivos, sobre todo en mujeres y jóvenes.

1.3. Localización geográfica del consumo excesivo

Existe poca diferencia entre las distintas Comunidades Autónomas. Hay un ligero predominio de la zona Norte (Cantabria), con un 9 a 22%, y en Cataluña y Andalucía, con un 8 a 12% de bebedores excesivos.

1.4. Status social del consumidor

Los status sociales más acomodados presentan mayor porcentaje de bebedores altos y excesivos. Los status medios tienen un fuerte incremento de consumo los días festivos. El nivel de estudios también aumenta paralelamente el nivel de consumo. El nivel de ingresos también mantiene una relación directa con el grado del bebedor en cada nivel, es decir, se bebe más a medida que se tiene más dinero. Las edades superiores a la media de expectativa de vida tiende a la disminución del consumo.

TABLA I

Bebida	Grados litro	ml alcohol puro por
Coñac		
Whisky		
Ginebra	45	450
Vodka		
Ron		
Anís	45	450
Licores aromáticos	25 a 60	430
Barrecha	32	320
Vinos generosos (moscatel)	15 a 20	175
Vermouth	15 a 18	165
Quinas	16	160
Vino	8 a 13	100
Cerveza	4 a 8	60

Fuente: F. Reixa.
F. Jano 257. 7 en 77. p. 18.

1.5. Relación con el consumo de drogas

Existe correlación entre el consumo de alcohol y tabaco. En 1981 no se halló con el consumo de tranquilizantes.

1.6. Relación con la accidentabilidad

El consumo alto de alcohol es correlativo al de la accidentabilidad (laboral y de trabajo). El porcentaje de accidentabilidad es doble en los hombres y se da más entre jóvenes y solteros de 18 a 24 años.

1.7. Consumo entre jóvenes

Datos más actuales confirman los de 1981 (3). Se puede afirmar que actualmente toman más alcohol que los adultos y mucho más que los jóvenes de hace unas décadas. Los adolescentes, e incluso impúberes, compran en las tiendas de alimentación botellones de cerveza de litro que consumen en grandes cantidades; beben cada día más, y más al margen de la familia, aunque la mayoría de los padres no ven con alarma el consumo alcohólico de los hijos. Aunque la práctica es mayoritaria en los chicos, tiende a uniformarse con el grupo de chicas.

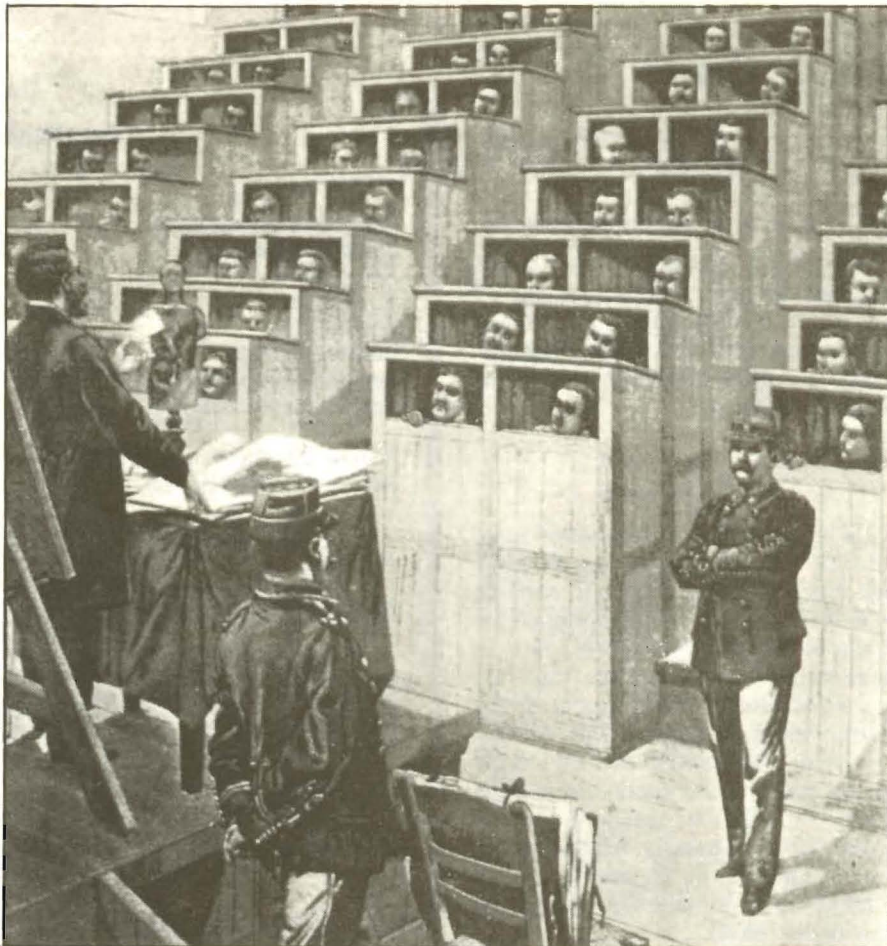
800.000 jóvenes de 14 a 24 años tienen un consumo excesivo de alcohol, y de ellos 400.000 que alcanzan los 100 ml/día de alcohol puro, lo cual, al sobrepasar ampliamente los límites tóxicos, fundamenta una clasificación de alcoholismo juvenil.

En la Comunidad Valenciana, concretamente en la provincia de Valencia (4), la población de Bachillerato Superior (BUP y COU), usa mayoritariamente alcohol, 93'7%, y en segundo lugar tabaco, 74'6%, siendo la tercera droga consumida el cannabis, con un porcentaje de 27'6%. Siendo sin embargo el uso diario más frecuente el de tabaco, seguido de alcohol, cannabis, etcétera. La edad media del consumo inicial de inhalables, alcohol y tabaco fue de 13'5 años.

1.8. Consumo infantil

La amplia difusión de las bebidas alcohólicas y, sobre todo, la mítica de ellas, hace que la infancia sea también consumidora; la mayoría de los españolitos empezaron a beber en «grandes ocasiones», Navidad, fiesta del pueblo; o, diariamente, en la mesa familiar.

Esto era especialmente conocido en los medios de tratamiento de alcohólicos, ya que en éstos, a las dos circunstancias anteriores, se unía el



Conferencia contra el alcoholismo en la prisión de Fresnes, 1903. París, colección particular.

TABLA II
Consumo infantil de alcohol según la edad

Consumidores dentro de la edad «1» (4-5 años).....	84'7%
Consumidores dentro de la edad «2» (6-10 años).....	94'0%
Consumidores dentro de la edad «3» (11-14 años).....	96'7%

Diferencias significativas estadísticamente.

- «1»: Párvulos.
- «2»: Escolares.
- «3»: Preadolescentes.

gran porcentaje de antecedentes familiares alcohólicos y consumo familiar institucionalizado.

Los estudios realizados en la población infantil total, independientemente de la asistencia a alcohólicos, hacen ver que no es un problema específico de la familia de bebedores, sino de todo el país; Bogani (5) describe que el 50'9% de la población infantil valenciana, entre 4 y 10 años, bebía alcohol a diario. Rodríguez Martos-Dauder (6) estudia 12.856 niños de edades comprendidas entre 4 y 14 años, que «acudían a escuelas nacionales y privadas de todas las cuotas y enclaves (Barcelona y provincia)».

Según esta investigación (1976), un 94'9% de los niños de Barcelona consumen una media de un vaso pequeño de vino diario, lo que equivale a unos 3.630 cc. de alcohol puro/año. Era el consumo más frecuente en chicos de 11 a 14 años, y las bebidas más frecuentes eran de graduación media. La frecuencia diaria se alcanza en un 26'6% y un 23'4% si lo hacían en grandes ocasiones. Posiblemente la muestra presenta un tipo de consumo muy característico de Catalunya, el consumo familiar de vinos espumosos. Pero no sería raro que fuera aplicable al resto del Estado. La Tabla 2 divide el consumo infantil de alcohol (en cualquier forma

y cantidad) en las distintas poblaciones: párvulos, escolares y preadolescentes. Ver *tabla II*.

2. CONSECUENCIAS SANITARIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL (7)

2.1. Sobre la mortalidad en general

Se estimó en 1974 unas 8.700 muertes anuales producidas por el alcohol y sus problemas derivados (8). Lo que aproximaba al alcoholismo a la cuarta causa de muerte en España, *Tabla III*.

2.2. Cambios producidos en la patología médica

La mayoría de los trabajadores sanitarios en el campo de las drogodependencias detectamos una sensibilidad hacia el tema del alcohol en los médicos internistas, sobre todo especialistas de digestivo, que en muchos casos es mayor que la de los trabajadores en salud mental y trabajo social. Pensamos que la causa puede ser la mayor facilidad en objetivar la relación patógena del alcohol con la patología. Asimismo, en los investigadores bioquímicos que trabajan en el tema las conclusiones son evidentes (9).

El profesor Bustamante, del Hospital Civil de Basurto, ya en los años setenta publicaba: «En la Clínica de Medicina Interna no hay en la actualidad ningún factor morbígeno o etiológico tan importante como los tóxicos, poniendo en primer lugar el alcohol». Quizás en la actualidad la incidencia de procesos hepáticos agudos en jóvenes esté desplazando el interés de los internistas hacia los consumidores de drogas por vía endovenosa. Pero la capacidad de crear enfermedad crónica, incapacidad y muerte del alcohol, por la enorme prevalencia de éste en nuestra sociedad, sigue siendo mayor.

Continúa Bustamante (10), «el 50% de las camas de nuestro servicio están ocupadas por alcohólicos, como nos demuestran las pruebas y exploraciones clínicas y biomédicas que hacemos a estos enfermos; nos preocupa la pasividad de la sociedad, que no sabemos si es por indiferencia o ignorancia».

Esta información nos actualiza los estudios clásicos que relacionan consumo de alcohol con cirrosis hepáticas en la población de París desde 1907 a 1956, con la disminución de ellas durante los años 1941 a 47, coincidiendo con la disminución del consumo de alcohol provocado por la guerra en la población civil; quizás el estudio epidemiológico más demostrativo sea el número de muertes

TABLA III
Causas de fallecimiento

Fallecidos por causa (1)	74.977	106.575	
Tumores malignos	41.831	47.575	
Neumonías	10.906	13.220	
Bronquitis	7.079	12.986	
Alcohol (2)	6.000	8.700	(estimada)
Cirrosis hepática	6.155	7.747	
Accidentes de tráfico	3.672	4.764	(datos de 1973)
Accidentes de trabajo	1.007	2.000	

Fuente: Cáceres Corrales, Eífas. Jano 257. 7 en 77. pp. 38.

(1) Fuente: Anuarios Estadísticos. INE. Madrid.

(2) Esta cifra de mortalidad ha sido estimada por composición de los siguientes factores:

a) Se admite que un 50% de defunciones por *cirrosis hepáticas* reconocen una etilogía alcohólica, por lo que 3.750 muertes anuales por cirrosis son imputables al alcohol.

b) Los porcentajes medios, según las experiencias y estadísticas comparadas con otros países, que caben ser atribuidos al alcohol, oscilan alrededor del 35% en los *accidentes de tráfico*, por lo que unos 1.650 muertos se deben directamente al alcohol, con 36.232 heridos (de los 103.521 del total de heridos en 1973). (Fig. 1.)

c) Se estima que el 15% de los *accidentes de trabajo* son originados por el alcoholismo, lo que supone unos 300 muertos, con 150.000 accidentes (del millón que se comprobó oficialmente en el año 1970).

d) A estos factores hay que añadir *otras muertes* vinculadas con el alcohol: suicidios, homicidios, neumonías, accidentes domésticos, delirium trémens, etilismo agudo, etcétera, cuyo conjunto estimamos en 3.000 casos al año.

por cirrosis en la población norteamericana en lo que va de siglo, el significativo descenso en los años posteriores a la Ley Seca y el aumento posterior a la derogación de la ley (11).

Aparte de este llamativo aumento de las enfermedades degenerativas del hígado, podríamos hablar de síndromes gástricos, hepatitis (12), neurológicos (13) y miocárdicos (14), siendo esta patología agravada por tres circunstancias:

1. El hecho de que esta patología suele ser asintomática o con escasos síntomas, además, el paciente utiliza el consumo de alcohol para paliar los síntomas y su conciencia de estar enfermo.

2. La tolerancia de la sociedad española para el consumo abusivo de alcohol; cualquier sanitario conoce lo variado y pintoresco que resulta el beber «lo normal» en nuestro país.

3. Falta de conciencia e incluso, a veces, de formación del personal sanitario frente al problema alcohólico. La Comisión Interministerial de 1974 lo reconoce: «A nivel de los distintos grupos profesionales (médicos, pedagogos, etcétera), existe una escasa percepción de la extensión e intensidad del consumo.»

En este sentido, los antropólogos nos explican los fenómenos sociales de banalización y singularización

que permiten que en situaciones limítrofes a la dependencia alcohólica, el alcohol pierde su auténtico significado biológico y sirve de catalizador de otros procesos de ocultamiento socio-cultural de una realidad (15).

3.2. Cambios producidos por el consumo de alcohol y/o alcoholismo en la pediatría

Desde 1968, en que Lemoine describe anomalías en los hijos de alcohólicos, pero sobre todo desde 1973 en que se acuña el término de *síndrome alcohólico fetal*, se comprueba científicamente lo que de una forma empírica se conocía, que el consumo de alcohol de los padres afectaba a la descendencia. El SAF es probablemente la causa de deficiencia mental más frecuente en los países de consumo alcohólico socialmente admitido; aunque su frecuencia no ha sido determinada con exactitud, se supone de uno a dos niños por mil afectados de grado III, y de tres a cinco niños por mil afectados de síndromes parciales. Hanson y Cols lo consideran tan frecuente como el mongolismo, y explican el no conocimiento del síndrome por la frecuencia de formas menores y por el actual desconocimiento pediátrico de esta anomalía que impide su diagnóstico.

Parece que una cantidad de 60 ml. de alcohol absoluto diario, consumido por la madre (500 a 600 cc. al día), podría dar una frecuencia de un 20% de la aparición de estos síntomas, aunque evidentemente no se pueden descartar en su aparición otros factores genéticos, constitucionales ni sociales.

El haberse identificado dos períodos, uno fetal y el otro perinatal, en los que el cerebro humano es más vulnerable a los agentes teratógenos (el primero entre la 12.^a a 18.^a semana de embarazo, y el segundo desde el 3.^o mes de gestación hasta el 18 de vida extrauterina), por lo que supone que el uso de alcohol por la madre en estas semanas podría ser determinante en la aparición del síndrome (16).

El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social ha publicado, para personal técnico, una monografía donde este tema se especifica convenientemente (17). Y la Fundación Valgrande organizó en 1984 unas Jornadas sobre Síndrome Alcohólico Fetal, que divulgó ampliamente el tema (18). Sin embargo, se echa a faltar una campaña de difusión al público, como la referida al tabaco que se hizo en 1978, con el lema «No quemes la salud de tu hijo».

3. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD MENTAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Y otro hecho a considerar es la *incidencia del alcoholismo sobre la asistencia psiquiátrica*, ya que en 1948, según el profesor Alonso Fernández, el 10% de los ingresos por trastornos psíquicos se trataban de alcohólicos; en la actualidad los trastornos etílicos superan el 50% de los ingresos de hombres y el 20% de los de mujeres de los manicomios españoles.

Esta mayor incidencia en los ingresos psiquiátricos es posible que sea relativa, ya que en la actualidad muchos procesos psicopatológicos se tratan en la propia comunidad sin recurrir al internamiento, pero no deja de ser indicador de la enorme importancia que aún mantiene el consumo de alcohol como causa y mantenimiento hasta la cronicidad de trastorno conductual.

También es de señalar la incidencia del consumo dependiente de alcohol en los politoxicómanos juveniles. Es frecuente que sea la droga de sustitución,

cuando la droga «reina» escasea o se quiere abandonar; en estos últimos casos no suele tener éxito el abandono.

Habría que señalar, por último, la trascendencia que tiene el consumo para la conducta de las personas de la tercera edad.

Quizás sea más desorganizador para la conducta de la mayoría de los alcohólicos la asistencia primaria, que en muchos casos tiene a su disposición (19).

«El sujeto (la mayoría de las veces hombre, en el caso de ser mujer la historia adquiere tintes más dramáticos, ya que la negación del alcoholismo por pacientes mujeres y, sobre todo, por sus familias es mucho más defensiva) suele acudir por múltiples molestias somáticas y sin conciencia de padecer una dependencia alcohólica. Entra en el engranaje de consultas médicas, análisis biológicos, radiografías, etcétera (normalmente utilizando una jornada laboral por cada acto médico); es diagnosticado de gastritis, úlcus incipiente, insuficiencia hepática o polineuritis, o depresión, ya que ésta empieza a ser considerada causa de baja laboral; se convierte en consumidor de «remedios» farmacológicos y en un buen abandono a las bajas laborales. El médico de cabecera, ante los fracasos de la terapia, puede intentar profundizar en las causas, el paciente niega beber «más de lo normal», con lo que se puede bloquear la información si el interés del médico no supera la falta de conciencia de enfermedad del enfermo, cuando no su deformación catatímica de la realidad y la ausencia o el silencio de la mujer

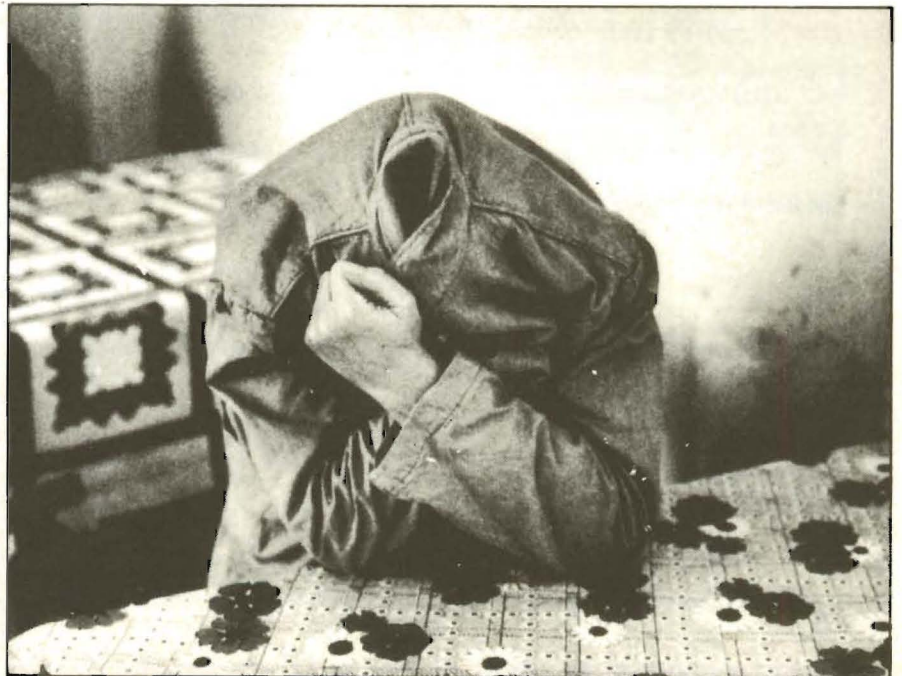
coactada o engañada por el enfermo. Este bloqueo puede ser eficaz hasta que se presenten las complicaciones psico-sociales que hagan evidente el alcoholismo.»

Cuando las complicaciones se han presentado, y ello ha supuesto un avance de la enfermedad y una disminución de la posibilidad de una rehabilitación completa, puede que el médico general utilice una de estas dos vías:

1.^a Consejos paternalistas y bienintencionados, apoyado en la autoridad que tiene o puede tener con otros enfermos del cupo. Suelen ser menos eficaces, ya que los otros enfermos no sufrían una dependencia psíquica o física que le impidieran hacer caso al médico, tampoco tenían el deterioro psico-social que suele tener un alcohólico con complicaciones.

2.^a Lo manda al especialista de neuropsiquiatría de zona para tratar la enfermedad «nerviosa», con lo que es posible que a la dependencia alcohólica se una la de otros psicofármacos.

Y aquí es donde se nos presenta el mayor problema, ya que el simple diagnóstico de alcoholismo *puede perjudicar la situación sociolaboral del paciente, lo que en las actuales circunstancias de crisis de empleo es una complicación social más, y sumamente grave, de su alcoholismo*. La causa es que, según la legislación laboral actual, cualquier alcohólico, si su enfermedad repercute en el rendimiento laboral, puede ser despedido precedentemente por su empresa, con lo cual, se puede ver sin empleo, o, al menos, tiene un temor justificado a dicha pérdida.



Evidentemente, en muchos casos el sentido común de los profesionales encuentra una «salida airosa», un truco, una trampa piadosa a la situación; se diagnostica una hepatitis, una depresión exógena u otro cuadro clínico, pero el problema suele ser que el paciente tiene unas necesidades de desintoxicación, deshabitación y de reinserción social, junto al desarrollo de un proceso psicoterapéutico de toma de conciencia de aprendizaje de nuevas pautas de conducta individuales, de pareja, laborales y sociales, que nadie sabe o puede satisfacer, ya que no partiendo de un punto real, de de-

pendencia alcohólica, es difícil orientarse hacia la solución de una situación objetiva.

Es preciso una orientación nueva en la asistencia primaria, tanto sanitaria como de servicios sociales.

4. CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Los estudios efectuados sobre costes sociales del alcoholismo (Tabla IV) presentan éste con cifras auténticamente alarmantes (20), aunque, evidentemente, el coste social si no se ve desde una postura sociopolítica socializadora y de cambio fa-

vorecer de las mayorías y de las poblaciones más desprotegidas.

La OMS denuncia insistentemente que exista un trato sociopolítico diferente hacia los problemas derivados del alcohol que hacia los derivados de otros tóxicos, y esto ocurre, especialmente, en los países productores de alcohol. Asimismo, hay que advertir que la política publicitaria de la mayoría de los medios de comunicación, en gran parte financiados por la publicidad de alcohol y tabaco, está haciendo que éstos concedan mucha más importancia a las consecuencias derivadas del consumo de drogas que a las noticias derivadas del consumo de alcohol; esto, unido al sensacionalismo morboso de muchos lectores y al *acostumbramiento* de nuestra cultura a las conductas derivadas de los alcohólicos, ha creado un clima que no favorece la toma de conciencia del problema social.

En 1980, en el Estado francés se dieron a conocer dos informes. El uno era de Jean Bernarl, coordinador de un grupo de estudios sobre problemas derivados del alcoholismo: la mortalidad durante el año 1979 en Francia, y por alcoholismo, fue de 70.000 personas. Simultáneamente, los Ministerios de Educación, por una parte, y el de Familia y Condición de la Mujer daban, por otra, un informe sobre problemas producidos por el consumo de otras drogas: entre otros, 119 fallecidos al año. Sería absurdo plantearse una comparación entre ambas cifras, y más aún, entre ambos problemas, pero hay que señalar el distinto impacto que sobre los medios de información han tenido los dos informes.

Otro motivo para este distinto trato sociopolítico sería el que los estados obtienen enormes sumas en impuestos de alcohol, mientras que el consumo de drogas sólo plantea problemas de orden público, coste social demasiado evidente y, sobre todo, de pérdida de imagen y autoridad. Una campaña para disminuir el consumo de drogas es mucho más popular actualmente que una política para disminuir el consumo de alcohol, aunque todos tengamos conciencia de la necesidad de esta última.

Pero además existen motivos más profundos, más introducidos en nuestro mundo cultural y en nuestra conducta. La droga produce marginación, protesta, desestabiliza, pone «en contra» a muchos jóvenes y acaba produciendo posturas excesivas y radicales en grupos que se sienten atacados (familias, vecinos, etcétera). Mientras que el consumo

TABLA IV
Coste social del alcoholismo en Catalunya. 1977

	Estimación mínima (millones)	Estimación máxima (millones)
Capacidad de producción potencial (CPP) perdida.	3.055	3.896
CPP, pérdida por absentismo, por accidente laboral o enfermedad	10.500	31.080
Gastos de hospitalización	497	1.332
Gastos consulta médica	40	133
Pérdidas de materiales (accidentes de tráfico, accidentes individuales e incendios)	3.740	5.614
	17.832	42.055

Fuente: Rovira, J.; Orriols, P.: «Aproximació al costo social de l'alcoholisme». Informe Tècnic. Generalitat de Catalunya. 1982.

Coste social del alcoholismo en el Estado español. 1977

	Estimación mínima (millones)	Estimación máxima (millones)
Catalunya		
1977: 5.760.393 habitantes	17.832	45.055
España		
1977: 36.906.530 habitantes	114.248	269.444

Fuente: Id. (Estimado F. Freixa). 1982.

Item	Coste en millones	Coste en billones
Pérdida de producción	19.640	19'64
Complicaciones médicas	12.740	12'74
Accidentes vehículos a motor	5.140	5'14
Delincuencia	2.860	2'86
Conflictiva social	1.940	1.94
Pérdidas por incendios	430	0'43
TOTAL	42.750	42'75

Fuente: Department of Health and Human Service. Washington. DC-USA. 1981.

de bebidas alcohólicas es utilizado primeramente como «socializador» por muchos consumidores, y cuando, al cabo del tiempo, empieza la drogodependencia al alcohol, y con ella el deterioro conductual, se piensa que dicha conducta es sólo destructiva para el alcohólico o todo lo más para la familia, y los «trastornos públicos» serían menores.

Es preciso insistir en la necesidad de la toma de conciencia del coste social que significa el consumo de alcohol, lo que significa su mortalidad, su morbilidad, su capacidad de crear y mantener sufrimiento humano, su capacidad de crear incapacidad laboral y social, la incidencia

sobre los accidentes, sobre la criminalidad, sobre la violencia a menores, hacia la mujer, sobre su gasto médico de consulta y hospitalización, absentismo, etcétera.

Conocer estos datos es posible que facilite decisiones administrativo-políticas que ayuden a prevenir estos problemas. Ya hay países occidentales que lo tienen claro; cítese en apoyo de ello la Ley Veil francesa, de 1979, y la reducción de los problemas derivados del consumo que se están comenzando a observar, y, sin embargo, Francia es tan productora de alcohol como nuestro país y su cultura es tan amante del vino como la nuestra. Una política preventiva, promocionadora de salud y bienestar social, que incida sobre el tema del consumo de alcohol es claro que es deseable, pero, me parece importante señalarlo, es también posible.

NOTAS

- (1) *Drogalcohol*. Editorial. Año 1985. Vol. X, n.º 2. Pág. 49.
- (2) Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. Subdirección General de Programas de Salud. Sección de Salud Mental. *Boletín Epidemiológico Semanal*, n.º 1.480. 5-Abril-81. Madrid.
- (3) COMAS, DOMINGO: «Conceptos y datos básicos sobre el uso de drogas por la juventud española». Ministerio de

Cultura. Instituto de la Juventud. *Revista de Juventud*, n.º 17. Marzo 85. Págs. 11 a 37.

- (4) TORRES HERNANDEZ, MIGUEL ANGEL: «Las drogas entre estudiantes de Bachillerato de la provincia de Valencia». Institució Alfons el Magnànim. Institució Valenciana d'Estudis i Investigació. Valencia, 1986.
- (5) BOGANI MIQUÉL, E.: «L'apprentissage de l'alcoolisme chez l'enfant». XVI Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Junio, 70.
- (6) RODRIGUEZ MARTOS-DAUDER, A.: «El aprendizaje de la ingesta alcohólica en la infancia como iniciación para un hábito alcohólico ulterior». Jano 257. 7-Enero-77. Págs. 25 a 27.
- (7) HERRERO LORENZO, RAFAEL: «La Seguridad Social frente al enfermo alcohólico». Ponencia oficial IX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. La Toja, sep. 81.
- (8) CACERES CORRALES, ELIAS: «Alcoholismo, aspectos socioeconómicos». Jano 257. 7-enero-77. Pág. 38.
- (9) GUERRI SIRERA, CONSUELO: «Metabolismo del Etanol. Alteraciones enzimometabólicas producidas por un prolongado consumo de alcohol». 1.º, 2.º y 3.º curso de especialización en drogodependencias. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat y Treball. Comunidad Valenciana. Enero 84, junio 85.
- (10) I Simposium sobre Drogodependencias en Euskadi. Diputación del Señorío de Vizcaya. Bilbao, 1981.
- (11) GASSULL, M. A., y col.: «La enfermedad alcohólica». Tab. Químicos Unidos, S. A. Barcelona, 78.
- (12) HERRERIAS GUTIERREZ, J. M. y otro: «Hígado y alcohol. Hepatitis alcohólica». Las. Delegranje. Madrid, 79.
- (13) BACH BACH, LLUIS: «Consideraciones sobre el concepto de encefalopatía alcohólica». *Drogalcohol*. Vol. III, n.º 3. Valencia, 78.
- (14) VALLES DE LUNA, ANTONIO: «Alcohol y corazón». Ed. Científico-Médica. Barcelona, 77.
- (15) COMAS ARNAU, DOMINGO: «Sociología de la salud. Alcohol y salud: El problema de la percepción social». *Tri-buna Médica*. 7-Marzo-86.
- (16) GUERRI SIRERA, CONSUELO: «Síndrome alcohólico fetal. Patología de las malformaciones cerebrales». LARTIGAU FABREGAS, M.ª TERESA: «Alcoholismo fetal». *Drogalcohol*. Vol. VI, n.º 3. Valencia, 81.
- (17) DELGADO RUBIO, ALFONSO: «Patología prenatal por medicamentos, tóxicos, agentes víricos y metabólicos». Ministerio de Sanidad y SS. Madrid, 1979.
- (18) FUNDACION VALGRANDE: Jornadas Internacionales sobre Síndrome Alcohólico Fetal. Madrid, 84.
- (19) BLANCO PRADAS, FERNANDO: «La marginación del alcoholismo en la Seguridad Social». Barcelona.
- (20) FREIXA I SANTFELIU, FFRANCESC: «Sesión informativa de la Comisión Especial de Investigación sobre el tráfico y consumo de drogas». Senado Español. Madrid, 6-Marzo-85.

