

24/15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DESARROLLO DE LA ESCALA ADICIONAL
DE ALCOHOLISMO EN EL INVENTARIO
MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
FRANCISCO BATALLA MANCERA

México, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
Introducción	1
Capítulo I	6
1. Alcoholismo, Antecedentes	6
2. Definiciones sobre el Alcoholismo	13
3. Clasificaciones	23
4. Fases del Alcoholismo	25
Capítulo II	
1. Aspecto Biológico	47
2. Aspecto Bioquímico	54
3. Aspecto Genético	56
4. Aspecto Psicológico	58
5. Aspecto Social	64
Capítulo III	
1. Psicopatología del Alcoholismo	82
2. Intoxicación Alcohólica Patológica	82
3. Los Desórdenes Alcohólicos Crónicos	85
4. Enfermedad de Marchiafa-Bignami	88
5. La Alucinosis Alcohólica Aguda	89
6. Delirium Tremens	92
7. Psicosis de Korşakoff	102
8. Estados Alcohólicos Epilépticos	105

Capítulo IV	117
1. El Inventario Multifásico de la Personalidad en la Investigación	117
2. Objetivo	132
3. Método	132-A
4. Procedimiento	132-A
5. Material y Población	135
Capítulo V	142
1. Resultados	143
Capítulo VI	164
1. Conclusiones	165
2. Apéndice	167
3. Bibliografía	171

Introducción.

Actualmente, el alcoholismo es un grave problema multifásico ya que para su comprensión etiológica, se requiere del manejo de variables socioculturales, psicológicas y biológicas.

Es un problema sociocultural, porque los medios masivos de difusión instiga a que se ingieran bebidas embriagantes, y también es aceptado culturalmente que se beba alcohol en cualquier evento social (por ejemplo: en el fut-bool, matrimonios, compadrazgos, etc.). También es acequible en cualquier lugar y a cualquier hora, a la vez es barato. Por otro lado el estado realiza campañas antialcohólicas e instaura programas de prevención, rehabilitación y tratamiento del alcoholismo en instituciones. Creando así una contradicción perenne. Y como resultado final el alcoholismo a nivel social afecta a la familia, ya que es un factor para la desintegración y empobrecimiento familiar, divorcios, separaciones, riñas, accidentes automovilísticos, etc. En el aspecto biológico y psicológico, es el alcohol donde hace su efecto más devastador, ya que es un depresor del sistema nervioso central, e inmediatamente después de ingerido, inicia su acción perniciosa necrosando lentamente las neuronas hasta dejar al individuo con su atención, concentración, memoria y juicio casi exterminados, con su ética y moral relajados, y viviendo únicamente para el alcohol.

Aún en el bebedor social, cuando se manifiesta amnesia y síndrome de supresión (la cruda), se puede asegurar que ya existen --

pródromos de alcoholismo, y se está instalando la enfermedad.

En esta investigación tratamos aspectos importantes del alcoholismo, con el propósito de contribuir al estudio sistemático que permita un diagnóstico oportuno, y que ayude a ubicar al enfermo en un nivel mediante el cual se tomen medidas asistenciales oportunas.

Este trabajo, tiene como base fundamental, el Inventario Multifásico de la Personalidad; ya que a través de esta prueba, se obtuvo la escala adicional de alcoholismo; para la población mexicana en el Distrito Federal.

Existen otras escalas adicionales de alcoholismo, en los Estados Unidos de Norteamérica, que fueron desarrolladas por Hampton y Holmes respectivamente. Estas escalas fueron confeccionadas para la población de los Estados Unidos de Norteamérica.

Existen discrepancias notables entre la población de México y los Estados Unidos de Norteamérica; tanto idiosincráticas como culturales, y es por este motivo, que se desarrolló la escala de alcoholismo, además la correlación, de los tres autores Hampton-Holmes-Batalla fue de 0.68, lo cual significa que existe confiabilidad y validez en la escala adicional de alcoholismo desarrollada en México. Lo que nos permitirá, diagnosticar oportunamente al enfermo alcohólico, en cualquiera de sus fases, y brindarle medidas asistenciales y terapéuticas.

El desarrollo de la investigación fue el siguiente:

En el capítulo I, se describen los antecedentes, definición, clasificación y fases del alcoholismo, a fin de partir de un marco

conceptual, que permita el análisis de la investigación.

En el capítulo II, se analizan los diferentes enfoques que existen en cuanto al estudio del alcoholismo.

En el capítulo III, se describen las diferentes patologías que conciernen al alcoholismo, desde la intoxicación alcohólica patológica, hasta la más grave que es el Delirium Tremens, ya que en toda psicopatología del alcohólico indica una desintegración del individuo, que afecta directamente a la familia, y sociedad.

En el capítulo IV, trata de la metodología en donde se describe la muestra inicial integrada por 400 casos, y la muestra final compuesta por 136 casos, así como las condiciones de aplicación del instrumento, el escenario, las hipótesis y el tratamiento estadístico.

Los criterios empleados para obtener la validación y confiabilidad de la Escala Adicional de Alcoholismo de la normalización -- del perfil de la población estudiada; así mismo de la obtención del factor K.3; y el análisis de las frases críticas de L.I Hellman, y finalmente el análisis de las frases de los 90 items de la Escala Adicional de Alcoholismo; para la obtención de las frases críticas de los alcohólicos. Todo esto con el propósito de lograr un instrumento eficaz y valioso para quienes lo usen, en la detección y prevención del alcoholismo en el Distrito Federal. En el capítulo V, se exponen los resultados que se obtuvieron a través de la investigación. Los datos más relevantes son:

1. Que es imprescindible la normalización de la muestra estudiada, ya que se trabajan con perfiles reales, para la id

sincracia del país.

2. Fue insoslayable agregarle el factor K.3; para que adquiriera mayor poder discriminativo la Escala Adicional de Alcoholismo de Batallà.
3. Se obtuvo un nivel de significación de 0.68
4. Que la aplicación de los Criterios Psicopatológicos de la maestra Ofelia Rivera y Cols., es de gran importancia y utilidad en estudios e investigaciones del MMPI; porque se logra detectar más eficazmente la psicopatología de la población, o muestra con que se trabaje.
5. El análisis de las Frases Críticas, del autor L.J. Hellman, y así mismo las frases críticas de la Escala Adicional de Alcoholismo, coadyuvan a precisar frases críticas específicas para alcohólicos.
6. Todo lo anterior para obtener un perfil real para la población de alcohólicos en el Distrito Federal. Este instrumento nos permitirá pronosticar y planear la intervención (Psicoterapia) más efectiva para coadyuvar al paciente alcohólico.

En el capítulo VI, se ofrecen las conclusiones de este estudio; siendo las más significativas:

1. Que antes de iniciar cualquier investigación en el MMPI, se debe normalizar la muestra de la población en un inicio sin agregar el factor K de las escalas; 1, 4, 7, 8 y 9 que son los más sensibles. Y posteriormente agregar el factor K.
2. Que se obtuvo un nivel de significancia alto: 0.68

3. Que fue util y práctico agregar el factor K.3
4. Que son funcionales, y relevantes los criterios psicopatológicos.
5. Se obtuvieron las frases críticas específicas para alcohólilicos.
6. Todo lo anterior, para dar a conocer un nuevo instrumento - válido, confiable, fundamentado estadística y clinicamente, ya que usando el perfil de esta investigación en cualquier individuo o población alcohólica, la interpretación será -- más real para la idiosincracia del Distrito Federal.

C A P I T U L O I

Antecedentes Históricos.

El uso del alcohol es tan antiguo, que existen referencias de su uso en Anatolia (Asia Menor) hacia 6400 antes de Cristo ---- (Blum, 1970, 13) (1). Desde 1,400 A.C. se conocía el proceso de fermentación del alcohol entre algunos grupos campesinos anteriores a las dinastías egipcias; se ha reportado uso de cerveza en 2,400 A.C., 2,800 A.C. y 3,500 A.C., en Egipto, Babilonia y Sumer, respectivamente.

El Código de Hammurabi, escrito entre 1,800 A.C. y 1760 A.C., habla de las restricciones a los usos exagerados del alcohol al igual que ocurría en la India en 1700 A.C., donde era considerado un verdadero problema. En China, durante la dinastía Shang-Ying (1766 AC-1123 A.C.) se promulgaron varios decretos prohibiendo el uso exagerado del alcohol, aunque se sabe, por otro lado, que en la dinastía Chou revestía el vino un carácter ritual y su papel se enfatizaba en el Libro de las Canciones. En Japón, el poeta Ohtomo aconsejaba hacia 800 A.C. evitar los excesos del alcohol.

En el año 1100 de nuestra era, se aceptaba en Rusia que la gente bebiera pero con moderación: el problema llegó a tener gran magnitud, tanto que el Zar Iván IV controló las tabernas. Durante 1600 se consideró en Europa que el alcoholismo era un mal social exagerado: Lutero y Calvino pidieron moderación en el uso del alcohol y Jaime I de Inglaterra como "un país de borrachos" (1649-1660).

Durante la época colonial de los Estados Unidos, el uso del ron, la cerveza y el vino se hallaba muy difundido; en 1700 los franciscanos plantaron los famosos viñedos de California y el uso del whisky se prohibió en el estado de Pennsylvania.

De 1830 a 1904, se dictaron leyes contra el uso exagerado del alcohol que no se respetaron, hasta que en 1919 se aprobó la Ley Volstead y en 1933, se promulgó otra para contrarrestar los efectos de la etapa de la prohibición. Curiosamente, en 1934 surgió la Asociación de los Alcohólicos Anónimos. (Blum: Op. Cit).

En cuanto a México, cabe destacar el trabajo de Calderón (1968) en el que analizan algunos de los antecedentes del alcoholismo en México. Fernando de Alva Ixtlilxóchitl reporta la historia del descubrimiento del pulque y más tarde Fray Bartolomé de las Casas y otros misioneros hablan del problema.

Fray Bernardino de Sahagún y los Códices Mendocino y Florentino hablan de la trascendencia mítico-religiosa del Octli o pulque en la religión mesoamericana. Ya entonces existían leyes para regular el uso exagerado del alcohol y son reportadas también por Sahagún.

A pesar de la información anterior, son escasos los estudios acerca de los orígenes del uso y del abuso del alcohol en México. Sin embargo, tenemos noticias de que en 1925 el gobernador de Tamaulipas, Emilio Portes Gil; instituyó en el Estado una campaña contra el Alcoholismo y el 14 de mayo de 1929, siendo Presidente de la República fundó el Comité Nacional contra el Alcoholismo, del que poca información tenemos. (2)

Panorámica Actual del Problema del Alcoholismo en México

El alcoholismo y el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas, - que tiene graves consecuencias para el individuo, la familia y - la comunidad, es considerado como uno de esos problemas multifacéticos que atañen a toda la sociedad, y que deben tenerse en -- consideración no sólo en su relación con la salud individual, si no enmarcado dentro del campo del especialista de la salud men-- tal.

Si en los países desarrollados el alcoholismo constituye, sin lu gar a dudas, uno de los graves problemas sociales, es todavía ma yor en los países en desarrollo como el nuestro, en donde el desempleo, la desnutrición y otros problemas derivados del esquema de desarrollo que sigue el modelo del capitalismo dependiente, - se conjugan, dando por resultado efectos desastrosos.

El daño que el alcohólico puede causarse a sí mismo y a los de-- más es enorme: si se considera simplemente el costo personal, se verá que el precio es exorbitante. Es necesario mencionar tam-- bién que la expectativa de vida del alcohólico es menor en 10 a 12 años, comparada con la población no alcohólica (Velasco, 1976; 13). En lo que respecta al nivel interpersonal, los efectos da-- ñinos son incalculables: desintegración y empobrecimiento fami-- liar, divorcios en 640 matrimonios, se suscitaron 45.264 divor-- cios y 11.326 separaciones. El suicidio parece ser que es otro de los problemas conectados con el alcoholismo; según la Procura-- duría del Distrito, cada 31 horas 41 minutos se suicida una per-

sona y en ese lapso, ocurren cinco parasuicidios (el 80% llevados a cabo por mujeres y el resto por hombres. (3)

El sub-empleo, que según los especialistas se concentra en el Distrito Federal en las Delegaciones de Atzacapotzalco, Gustavo A. Madero, Ixtacalco, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza, es otro factor que predispone al alcoholismo.

Al parecer en América Latina hay 10.4 hombres alcohólicos por mujer. En México, el 64% de los delitos contra las personas, se cometen en estado de embriaguez. (4)

Para atacar los problemas de salud, México requiere de 8,000 auxiliares técnicos y 6,000 voluntarios. Mientras que en México hay 40,000 médicos, existen más de mil municipios que se encuentran sin atención médica. Alrededor de dos millones de personas padecen enfermedades mentales pero sólo existen 4,682 camas (406 enfermeros por cada plaza hospitalaria). En diciembre de 1975, existían solamente 450 Psicólogos y cerca de 550 Psiquiatras (uno por cada mil habitantes o uno por cada 330 enfermos). El 50% de las camas de los servicios de Medicina Interna de los nosocomios asistenciales de la República Mexicana, se encuentra ocupado por pacientes alcohólicos. En 1976, de los 63 millones de habitantes que tenía México, 6 millones estaban afiliados al I.M.S.S. (18 millones contando sus familiares), un millón al I.S.S.S.T.E. (4 con familiares) y medio millón a los servicios de salud de las Fuerzas Armadas. Otras Instituciones afiliaban a 2 y medio millones de personas; como puede verse, solamente 25 millones estaban atendidos, quedando más de 38 millones (rebasando el 50%)

sin servicios de salud. Existen en la República cerca de 1,200 grupos de Alcohólicos Anónimos destacados por su labor en la -- prevención de la enfermedad, y conviene resaltar la labor de la AMAR (Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación).(5) En 1960, el Dr. Cabildo encontró, en una encuesta realizada entre burócratas, una tasa de 7 alcohólicos por cada mil habitantes. El 2.7% de los pacientes internados en 1961 en el Hospital Psiquiátrico de la S.S.A., según los Dres. García González y Calderón, eran alcohólico.

Un total de 1.67% de pacientes con psicosis alcohólica, y un -- 1.73% con intoxicaciones graves por alcohol, se registraron durante 1969 en los doce hospitales de la S.S.A. Según el Dr. Elizondo, había en 1962 un millón 317 mil habitantes alcohólicos pero para 1977, la cifra aumentó a 8,750 personas por cada 100, 000 en el distrito federal. Según el Dr. Velasco Fernández, en 1971 se consumieron un promedio de 61.1 litros per cápita de be bid as al co h ó l i c o s en nuestro país, entre los mayores de 15 años, mientras que se produjeron 1,504 millones de bebidas, destacando la cerveza, el pulque y el aguardiente. Se calcula que hay 8 alcohólicos por cada 100 habitantes adultos, lo que representa pérdidas anuales de dos millones de pesos por ausentismo laboral.

En 1970, existían 150,000 expendios de bebidas embriagantes en la República; en ese año, se consumieron 1,500 millones de litros de cerveza, es decir, una ingesta de 29.1 litros por habitantes.

La invalidez por alcoholismo, desde el punto de vista somático o psicológico, era en 1976 de una cifra de 4 millones y medio de Mexicanos. En Julio de 1977 se introducían diariamente al Distrito Federal 375,000 litros de pulque de manera clandestina para 1,165 pulquerías. Mientras tanto en 1977 la casa Pedro Domecq produjo 874,549,200 de litros de alcohol, por lo que obtuvo ganancias de 1,032 millones 670,000 pesos.

Durante 1976, el I.M.C.E. estimó una producción de bebidas alcohólicas que llega a la cantidad de 42 millones 850 mil litros. Hay en México 52 negocios registrados que se dedican a la importación y exportación de bebidas alcohólicas. En el mismo año, el promedio de internamiento sanatorial, de cada derechohabiente alcohólico en el I.M.S.S., fue de dos meses y medio por año, lo que significa 625 horas de trabajo perdidas por cada uno de ellos.

El porcentaje de indígenas analfabetos y alcohólicos, según estimaciones del Dr. Marroquín, era en 1977 del 80%. Se calcula que en 1976 se perdieron 4 millones de pesos en salarios que dejaron de percibirse por no asistir a los centros de trabajo; el 51% de los lesionados y el 15% de los accidentes de tránsito -- tienen su origen en el alcohol. Las poblaciones con mayores -- cantidades de inválidos son el Distrito Federal, Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla. Se calcula que para 1980 habrá en México 870,642 inválidos por alcoholismo.

Diversos estudios como Velasco, Calderón, Gamiochipi, Cabildo y otros, han estimado que la cirrosis hepática, la intoxicación -

alcohólica, los suicidios y los homicidios son las causas de -
mortalidad más frecuentes asociadas con la ingestión excesiva -
de bebidas alcohólicas. (6)

Definiciones Sobre el Alcoholismo.

Cualquier enfermedad, lleva consigo graves consecuencias, como ocurre con el alcoholismo, y como enfermedad, es insoslayable me dirlo, por medio de técnicas refinadas. También, se debe tener en cuenta su historia, evolución en el tiempo y en el medio so- cial. Se hace necesario definir las características que permi- ten identificarlo, las circunstancias en que se origina, las for mas en que se desarrolla y la frecuencia e intensidad del mismo. Los intentos que se han llevado a cabo para definir el alcoholis mo, no han sido muy exitosos, y las conclusiones que hasta el mo mento se han proporcionado acerca del tema, fluctúan a través de toda una gama de consideraciones desde las observaciones causa- les de la ley hasta los resultados de las deliberaciones de los científicos.

Existen definiciones de tipo fenomenológicas, descriptivas del - acto mismo, así se ha sugerido que el alcoholismo es "toda forma de tomar que va más allá del tradicional y convencional uso ali- menticio o de lo que es comunmente aceptado como costumbre so- - cial en toda la comunidad y que interfiere con la salud o funcio namiento social y económico".(7) Sin tomar en cuenta los facto- res etiológicos que producen tal conducta, así como el origen de los mismos respecto de la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas o metabólicas adquiridas." (8)

Un ejemplo de definición, en la que se une tanto la causa y efec to del alcoholismo, así como una apreciación social, es la que -

nos da el Dr. Synder "El alcoholismo es un desorden secundario, resultante de la interacción de factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto del consumo de bebidas y de los factores alternativos de adaptación". (9)

En el criterio psicológico del alcoholismo algunos autores difieren en sus aceptaciones. Por ejemplo Jackson Smith, dice que el "alcohólico es el individuo que a causa de la bebida afronta obvios problemas físicos, sociales, matrimoniales o profesionales y que bebe aún más para intentar superar dichas dificultades". (10)

Como puede verse, es un claro ejemplo de definición psicológica que parte de los efectos para definir el fenómeno.

Siguiendo el punto de vista psicológico, es más correcta la definición que considera que el alcoholismo "es una neurosis" caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en forma repetitiva, para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad y progresivamente este se vuelve un sustituto de otras formas más realistas y socialmente integradas de satisfacer estas necesidades". (11)

Tomando en cuenta las causas psicodinámicas que originan dicho fenómeno: "Que el alcoholismo no es un estado psicopatológico primario, sino un modo elemental de organización de la personalidad-instinto-afectivo que conduce a la persona a sentir un aumento de placer o disminución de dolor por medio del uso del alcohol, logrando con ésto satisfacciones profundas, progresivas y neuróticas y por tanto se es un sujeto inmaduro". (12)

El criterio psicológico hace alusión a la dependencia que el individuo desarrolla hacia el alcohol, así como los trastornos --

mentales u orgánicos manifestados por la ingestión repetida de éste. De tal manera que el hábito viene a ser compulsivo, una vez que se empieza a tomar no se puede parar hasta que el medio lo detenga o bien que la intoxicación alcohólica haya llegado a tal punto que el sujeto esté completamente anestesiado.

Algunos clínicos señalan que en ciertos casos la patología del alcohólico, puede relacionarse con las condiciones psiquiátricas de la neurosis de angustia, la psicosis maniaco depresiva y/o el suicidio, en estos casos la bebida no es evidentemente el problema principal y es posible que termine cuando la enfermedad de la que es síntoma desaparezca.

En este sentido coinciden con Synder, al estimularlo como un de sorden secundario y por lo tanto es la manifestación o resultan te de otras causas, que en última instancia varían de acuerdo con la personalidad de cada individuo.

Hoff considera que sólo se puede hablar de alcoholismo cuando se dan las siguientes condiciones:

1. Pérdida del control al ingerir alcohol.
2. La existencia de un daño funcional o estructural. Este daño puede ser fisiológico, psicológico, familiar, económico, social o bien frecuentemente una combinación de varios de estos. Es presumible, que este daño sea causado por los efectos tóxicos del alcohol y que actúan directa o indirectamente sobre persona que lo ingiere.
3. Que el sujeto alcohólico utilice la bebida para tratar de satisfacer necesidades anormales. (13)

En las definiciones anteriores se observa que destacan la interferencia del alcohol en la salud física y mental y también mencionan "la condición caracterizada por un incontrolable y compulsivo deseo de beber". El Dr. Lovell subraya con ella la importancia del "beber compulsivo sobre cualquier otra característica que se manifiesta en el alcohólico, como en aspecto fundamentalmente puede determinar la enfermedad. (14)

Existen diversas definiciones de alcoholismo y analizandolas, - observamos que existen tres elementos fundamentales que todos - reconocen al tratar de concluir sobre el problema del alcoholismo. Ya sea que se le acentue un aspecto, o se le de mayor énfasis a otro, no cabe duda que intervienen factores fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan diferentes niveles de interacción.

Según la orientación de quién determine, cobrará mayor peso uno de los tres elementos, pero estos se encuentran presentes. En este sentido se considera la definición propuesta por el Dr. -- Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Uni--versidad de Rutgers y editor del Owarterly Journal of Studies - on Alcohol. Esta definición se incluyó en la Enciclopedia Amé--ricana (Keller 1960).

"El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, - psíquico o psicosomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con -

sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (15)

La definición señala que el alcoholismo es una enfermedad; ya que ésta se define como: "Enfermedad: una condición en la cual la salud corporal está seriamente trastornada; una forma particular de esa condición; un padecimiento específico que tiene causas y síntomas particulares que impiden el éxito de las funciones vitales; un trastorno o desorden de la mente" (Webster's New Int. Dictionary, 1961).

"Enfermedad: una entidad específica que es la suma total de las expresiones de uno o más procesos patológicos; la falla de los mecanismos adaptativos para responder adecuadamente a los stress con el consiguiente trastorno de las funciones orgánicas" (Blackston's New Medical Dictionary, 1956).

"Enfermedad: una condición de anormalidad especialmente como consecuencia de una infección, deficiencias constitucionales o acción patogénica del medio, que impiden el funcionamiento normal del organismo" (American Heritage Dictionary of the English Language, (1969)

En español enfermedad deriva de "enfermo" término que descende del latín semiculto "infirmus", "debil, endeble, impotente" (J. Carominas, Diccionario Crítico Etimológico de la Lengua Castellana de Editorial Gredos, Madrid). En inglés dice (enfermedad) procede de un vocablo del francés antiguo que significa "sin Confor" o "malestar". Todos estos términos, en su significado linguístico, son aplicables al alcoholismo si recordamos la de-

finición de Keller.

Así pues, sí el alcoholismo puede ser calificado como una verdadera enfermedad depende de que los síntomas y signos a los que comunmente de lugar sean suficientes para describir una entidad específica.

La historia, los síntomas y los signos asociados al alcoholismo son en gran medida aquello que dependen del uso prolongado y excesivo de un psicofármaco sedante: desorganización del carácter, disminución de la capacidad de concentración y atención, temblores, insomnio, síntomas somáticos recurrentes (especialmente cefalea, disfunción vesical, espasmo muscular, fatiga palpitaciones), disminución del umbral para desarrollar convulsiones, eventualmente tolerancia*, episodios amnésicos, alucinaciones y delirios (Gitlow, 1973). La naturaleza progresiva de este deterioro es un fenómeno concomitante casi universal de tal manera que la historia natural del trastorno, los síntomas y los signos conforman un modelo reconocible. La etiología del alcoholismo es muy complejo y por tanto dependiente de factores diversos, también es verdad que otras enfermedades, indiscutiblemente reconocidas como tales tienen un origen aún no bien conocido (el cáncer, la esquizofrenia y otras muchas).

*Tolerancia es el progresivo incremento de la resistencia a los efectos de una droga, de tal manera que el sujeto tiene que ingerir cada vez mayores dosis para obtener los efectos esperados. En el alcoholismo se presenta en las etapas iniciales, pero esta situación se invierte después.

Se establece claramente que se trata de un padecimiento de carácter crónico. La cronicidad es un elemento esencial del concepto del alcoholismo, de tal manera que éste no debe confundirse más con el estado agudo de intoxicación alcohólica ("etilismo agudo", se dice aún). Un individuo que sufre la intoxicación por el alcohol puede ser un alcohólico, pero no necesariamente lo es; y por otra parte, un verdadero alcohólico ("crónico", por lo tanto), puede no tener episodios de intoxicación aguda severa con ebriedad fácilmente reconocible.

Está explícito que es una característica esencial la ingestión repetida y excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general y al daño que produce en el individuo. Implícitamente, se está aceptando que el alcoholismo es una farmacodependencia ya que se expresa la incapacidad del alcohólico de alejarse de la droga, aún cuando por la experiencia diaria compruebe que su conducta lo lleva hacia la ruina total. Pero este asunto de la inclusión del alcoholismo en las farmacodependencias ha sido muy debatido y merece que le dediquemos unos párrafos.

La Organización Mundial de la Salud dió a conocer en 1974 un extenso reporte producido por su Comité sobre Farmacodependencia, en el que se incluía esta definición que ha sido aceptada por todos "La Farmacodependencia es un estado psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que denotan una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica, con la finalidad de experimentar sus -

efectos psíquicos, o bien para evitar el disconfor que produce el abstenerse de tomarla". Respecto a las causas, se acepta que influyen diversos factores y que para comprender la naturaleza de la dependencia es preciso conocer la interacción farmacológica entre el individuo y su medio. No es difícil comprobar que todo esto es aplicable al caso del alcoholismo, según el concepto que estamos analizando; aún más, si revisamos las hipótesis que manejan en torno a las farmacodependencias para explicar la etiología (Bell 1970).

- Un desorden de carácter subyacente, que induce a la gratificación inmediata, a despecho de las consecuencias adversas a largo plazo.
- Un intento de "automedicación" para remediar el malestar psíquico o físico, o para "aumentar" las capacidades personales
- Un medio de alcanzar aceptación social.
- Parte de una rebelión personal contra valores sociales.
- Un resultado de las presiones socioculturales.

El reconocimiento de que el alcoholismo es una farmacodependencia queda explícito en algunas definiciones. La OMS, por ejemplo, en 1971 definía a los sujetos alcohólicos como aquellos bebedores excesivos"... cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que produce ya un disturbio psíquico o la interferencia con su salud física o mental..." (OMS 1971). El propio Keller incluyó entre sus diferentes aproximaciones al concepto la siguiente definición..." el alcoholismo es una dependencia aprendida (o condicionada) del alcohol que irresistiblemente --

conduce a la ingestión cuando ocurre un estímulo crítico interno o ambiental..." (Keller y Mc Cormick, 1968).

Finalmente vemos lo que dice en un extraordinario documento (cuya lectura se recomienda con amplitud) publicado por la Organización Mundial de la Salud* "Quedan muy pocas dudas de que científicamente la designación más adecuada de la condición básica del asunto en discusión (el alcoholismo), es el de dependencia del alcohol"... "La solución más sencilla es la de usar la palabra alcoholismo como sinónimo de "dependencia del alcohol" como lo hace el Committee of the National Council on Alcoholism (CNA) en los Estados Unidos de América: El comité fue unánime al definir la enfermedad llamada alcoholismo, como una dependencia patológica del alcohol..." (OMS 1977).

La definición señala también la necesidad de que exista un daño físico, mental o social, como condición para llamar alcohólico a un individuo. Esto se liga naturalmente con la cronicidad -- del trastorno y creemos que no necesita mayor comentario. La última frase de la definición de Keller se refiere al daño o deterioro que en forma característica ocurre en todo bebedor crónico. (16)

* El documento de referencia es: Alcohol Related Disabilities.

Clasificaciones

Tipos de Bebedores de Alcohol.

La ingestión de alcohol puede tipificarse en función de cuatro factores: cantidad, frecuencia, efectos y causa. Los tipos resultantes son: bebedor normal, bebedor excesivo y bebedor patológico o alcohólico.

El Bebedor Normal.

Se define con los factores de cantidad y efectos: ingiere menos de 100 cc. de alcohol absoluto en un día y se embriaga, con incoordinación motora, con esta cantidad y efectos, no tiene riesgos de salud.

El Bebedor Excesivo.

También se clasifica según criterios de cantidad y efectos: ingiere más de 100 cc. de alcohol absoluto en un día y/o se embriaga con incoordinación motora, más de una vez por mes. Es excesivo porque, con esa cantidad y efectos, tiene alto riesgo de desarrollar alcoholismo, enfermedad y/o complicaciones médicas, neurológicas y psiquiátricas de la ingestión normal de alcohol.

El Bebedor Patológico o Alcohólico.

Se define exclusivamente con un criterio causal ingiere cualquiera sea la cantidad y efectos para calmar síntomas de dependencia física selectiva hacia el alcohol. El factor causal de la ingestión, la dependencia física selectiva, es la condición indispensable para definir al alcohólico.

El cuarto factor de clasificación, la Frecuencia de ingestión, se aplica por igual a los tres tipos de bebedores, definiendo -- sus variedades o formas clínicas. La frecuencia se mide por el tiempo que transcurre entre una y otra ingestión; cuando sólo -- son horas la calificamos como frecuencia continua o inveterada, cuando son días o semanas, frecuencia intermitente.

El Bebedor Normal, continuo es el que ingiere moderada y diaria mente con las comidas. Intermitente sería el que lo hace los - fines de semana en cantidad moderada. Remitente sería el suje to que pasa meses o años entre una y otra ingestión moderada, - acercandose mucho al abstemio.

El Bebedor Excesivo, continuo ingiere todos los días más de 100 cc. de alcohol absoluto, que equivale a 250 cc. de bebidas espi rituosas, con 40% de etanol; o un litro de vino con 10% de eta nol; o dos litros de cerveza con 5% de etanol. El excesivo in termitente ingiere estas cantidades cada fin de semana, quince nal o mensualmente. El excesivo remitente hace cada cierto nú mero de meses o años. Esta última variedad, el excesivo remi-- tente no presenta practicamente riesgos para la salud.

El Alcoholico Continuo o Inveterado, ingiere pequeñas cantida des de alcohol cada 2 a 8 horas. El intermitente ingiere uno o más días y luego deja de beber por días o semanas. El remiten te presenta crisis de dependencia física durante algunos días,

y luego está libre de élla durante meses o años. (17)

Fase Pre-Alcohólica y Oculta.

Existe en individuos atormentados, con bastantes conflictos intrapsíquicos, que se manifiestan como trastornos de la personalidad, que frecuentemente se quejan de grandes trastornos emocionales, y jugando un papel importante y decisivo en la génesis del alcoholismo como determinado círculo social donde ingerir bebidas alcohólicas es la regla.

El individuo por un lado siente aliviar sus tensiones, con la ingesta del alcohol, posteriormente se siente dishinibido, cree tener mayor facilidad en el desarrollo de sus relaciones interpersonales logra "vencer" su timidez.

Es importante saber que este tipo de pacientes en esta fase ignora que sea el alcohol el medio que abate sus dificultades y solamente cree que es el ambiente en el que se desenvuelve el que contribuye a la mejoría de sus trastornos psíquicos. Así las cosas aumentan gradualmente la ingesta de alcohol y puede ser que en realidad no llegue a la embriaguez, aunque debemos advertir que ya está bebiendo más en relación a sus acompañantes. Es notorio que aún no exhiba trastornos somáticos ni psíquicos derivados de la ingesta de bebidas embriagantes.

En estas condiciones puede durar meses o años, ello depende directamente del estado físico y psicológico en que se encuentra el individuo. Y si las dificultades intrapsíquicas logran ser vencidas sería probable que este sujeto bebiera en forma "nor-

mal" pues de no ser así sigue bebiendo en forma excesiva para caer en la fase siguiente:

Fase Prodrómica.

Caracterizada por dos hechos fundamentales socialmente detectables, clínicamente a saber:

1. Amnesia Retrograda y
2. Cambios conductuales derivados de la necesidad que tiene el paciente de ingerir el alcohol.

Resalta en esta fase la amnesia retrograda; así por ejemplo el paciente puede dialogar e incluso realizar cierto tipo de actividades, aparentemente de una manera normal sin error alguno y a las pocas horas o al día siguiente no recordaban absolutamente nada de lo que dijo o lo que hizo.

Cambios Conductuales:

Empieza a preocuparse por el hecho de que se le identifique como un alcohólico y racionaliza, asegura que el beber para él es una necesidad mientras que para sus compañeros es un placer. Algunos de ellos han llegado a confesar que estando en una reunión se llegan a ausentar momentaneamente de ella con cualquier pretexto y a hurtadillas van a beber algunas copas para regresar de nueva cuenta al sitio de reunión.

Otro rasgo bien marcado, siguiendo con este segundo punto es la preocupación que tiene el paciente por el alcohol, y así se asegura siempre de que no le falte la provisión que considera nece

saria para un período de tiempo determinado.

Habitualmente este tipo de pacientes no externalizan; su conflictiva intrapsíquica por temor a ser rechazados familiar y socialmente, el beber en forma exagerada es la regla y lo hacen por meses y hasta por años, sobresale del grupo por ser el que más bebe, más no por ser el que fácilmente se embriague, lo cual hace que su forma de beber no tenga trascendencia entre sus compañeros, más no así para él que ya a estas alturas por lo menos presenta amnesia retrógrada importante.

Detectar a tiempo esta etapa y aún a estas alturas es factible que se logre una recuperación total del paciente siempre y cuando la abstinencia sea total de lo contrario pasaría a la siguiente fase. (18)

Fase Crítica Básica o Decisiva.

Caracterizada por el beber compulsivo, aún así bajo juramento que es bien usual de parte de los alcohólicos de que no beberán una copa, sigue bebiendo hasta llegar a la ebriedad completa -- sin que por su cuenta propia pueda suspender la ingesta etílica. Si llegara a hacerlo es obedeciendo a exigencias extremas.

Una vez recuperado no se puede explicar así mismo ni a los demás como fue posible que llegará a la embriaguez y vuelve de -- nueva cuenta a prometer, o a jurar no volver a hacerlo y es muy usual que en este estado de sobriedad guarde abstinencia voluntaria inclusive durante algunos meses, pero en cuanto pierde el control y toma la primera copa se resiste el episodio anterior.

En otras ocasiones es usual ver este tipo de pacientes manejando el impulso y el contra impulso, así se le ve botella en mano beber contra su voluntad, pues es frecuente que asegure no querer beber, y con fascies de angustia y desagrado está bebiendo. El deber en esta fase cuando no se hace de manera compulsiva obedece a los siguientes razonamientos elitista:

1. Asegura estar convencido de que se sabe controlar, y así lo dice, también asegura que las causas que lo motivaron a beber fue por una casualidad muy ajena a su voluntad, y dice tener confianza en vencer estos factores casuales.
2. Ante la evidente importancia de resolver o de manejar adecuadamente cualquier situación que lleve implícita una tensión emocional en mayor o menor grado recurre de nueva --- cuenta al beber alcohol y ya no de una compulsiva, sino ante la falta de recursos adecuados tendientes al obvio de una situación que le es perjudicial viene siendo la regla.
3. Otras veces, el comenzar a beber no es la respuesta a una situación tensional, sino que obedece a alguna situación social nímica.

Es considerado en los hombres signo de gran virilidad el ingerir bebidas alcohólicas y para el hombre alcohólico es inadmisible declinar a una proposición de este tipo, así en alguna reunión se les ofrece alguna bebida, argumentando que acceden a -- ello por atención, sin medir ni mediar las consecuencias inmediatas o mediatas que esto le acarreará.

Vale la pena consignar la observación hecha por Jellinek entre

otros en el sentido de que existen individuos que durante 10 o 20 años por ejemplo beben grandes cantidades de alcohol, sin deterioro físico ni mental alguno, y sin perder el control de dicha ingesta a diferencia del alcohólico en el cual se cree que existe un factor predisponente (llamado factor X) de probable naturaleza física.

Acerca de este factor predisponente "X" se piensa que representa alguna pequeña falla patente, la cual en el curso del bebedor -- excesivo en el manejo del alcohol, provocando la pérdida de control en la ingesta.

Se asegura que este factor predisponente no tiene ninguna relación con la tendencia del paciente de beber en forma exagerada, sino que actúa solamente en la pérdida de control.

Lo anterior nos dá una pauta para establecer la diferencia entre el bebedor excesivo no alcohólico y el alcohólico crónico; así el primero carece del llamado factor "X" de Jellinek, comienza a beber cuando quiere la cantidad que desea y suspende la ingesta alcohólica en cuanto se lo propone a diferencia del alcohólico, el cual una vez iniciada la ingesta no puede detenerla y sigue bebiendo hasta embriagarse aún a pesar de haberse y haber prometido no beber, y en cuanto empieza perder el control sobre la ingesta racionaliza, claro está tratando siempre de justificarse para consigo y para con los demás. Alcohólicos Anónimos (AA), hace la diferenciación entre lo que es borracho y el enfermo alcohólico. El primero tiene la costumbre de embriagarse y lo hace por gusto; el segundo es un sujeto que se embriaga por nece-

sidad anormal.

Dichos razonamientos tienden a mitigar la presión social y obedece a una necesidad interna de hacerlo. Más que convencer a la familia, amigos y compañeros trata de convencerse así mismo. Lo anterior es muy importante, ya que invariablemente falta a sus promesas, lo cual genera dos cosas: primero la pérdida de confianza en sí mismo y segundo la conducta tendiente a sobreconfesar esta pérdida de confianza y es entonces cuando se le ve parlachín y dubitativo, con una conducta vertida hacia el exterior. Posteriormente se va aislando en forma gradual y progresiva, culpando de su desventura a todo el mundo y creandose un ambiente hostil y agresivo para quienes los que le rodean. Este tipo de conducta le genera invariablemente sentimientos de culpa que siempre lo van a acompañar. El retraimiento va en aumento, inclusive abandona amistades primero y posteriormente el empleo, pero de una manera definitiva pues lo hace antes de verse despedido, avergonzado, humillado, se vuelve más egocéntrico. Y para entonces las dificultades familiares que existían se agravan, por la repercusión que sobre la familia del alcohólico ejerce la sociedad.

El paciente se margina, la familia y la sociedad lo rechazan crece la angustia y alivia ésta bebiendo más. Crece la dependencia hacia el alcohol, tiene miedo a perder el alcohol, a que se le separe de él y recurre a subterfugios y maniobras tales como esconder las bebidas inclusive en lugares más insospechados.

Ya para estas alturas el paciente acusa marcados datos de índole

orgánica y psicológica. Así sobre el fondo de desnutrición, es muy común que padezcan trastornos nerviosos periféricos, gástricos hepáticos entre otros orgánicos psicológicamente algo que es muy común a saber, celotipias, derivadas de la decadencia de su potencia sexual, crecen el resentimiento y la agresividad hacia la esposa.

Ante esta compleja red de problemas y ante la incapacidad de manejar adecuadamente sus problemas diarios y de todo el día comienza a beber ahora desde temprana hora, inclusive antes de levantarse por la mañana haciéndose rutinaria la ingesta de alcohol en ayunas.

Durante esta fase decisiva aún mantiene su voluntad puesta al servicio de sus quehaceres sociales, asiste a ellos siempre con el deseo de determinarlos, y a la salida encontrar su premio: el alcohol, o bien es común que asista a su trabajo en estado de embriaguez, y a estas alturas, el sujeto depende del alcohol. (19)

Fase Crónica

El verlo intoxicado es lo más común en esta fase, se le ve así diariamente, provoca rechazo familiar, acusa trastornos psiquiátricos como anémicos, volitivos y emocionales, predominan la irritabilidad y la labilidad emocional, se le ve temeroso acusa sentimientos de culpa, se le ve marcado temblor generalizado el cual junto con otros trastornos orgánicos dificultan y hacen más penosos su existir. En esta etapa el 10% desarrollan una psicosis alcohólica y suceden dos cosas también durante esta etapa:

primero, que el paciente bebe cualquier sustancia que contenga alcohol, incluso loción, segundo, su tolerancia al alcohol ha disminuido severamente, llegando a embriagarse con cantidades realmente pequeñas. (20)

Es común que acepte ser un enfermo y mientras por una parte acepta el tratamiento médico, por otra parte sigue bebiendo.

Criterios Diagnósticos según el Método Clínico.

De las tres formas de alcoholismo, remitente intermitente e inveterado, se analizarán únicamente las dos últimas ya que el alcoholismo remitente o dipsomanía es tan poco frecuente que no justifica un análisis detallado.

La detección clínica del alcoholismo intermitente o inveterado se hace fácil en los casos avanzados de la enfermedad durante la fase de ésta, el diagnóstico suele tener dificultades. Pero es en la fase inicial del desarrollo de la enfermedad donde aparece la máxima dificultad y, es necesario afinar la percepción de los criterios diagnósticos de la dependencia física. Este diagnóstico precoz es la fase inicial, es la base de la prevención secundaria del alcoholismo. En general por otra parte, es más fácil diagnosticar la forma clínica intermitente que la inveterada.

Factores Causales de la Ingestión de Alcohol.

El fenómeno básico a despejar para el diagnóstico de alcoholismo es la presencia de dependencia física selectiva hacia el alcohol ya sea en forma de incapacidad de detenerse, al iniciar la inges

ción, o incapacidad de abstenerse, al dejar de beber. Esta dependencia física es una causa patológica para continuar la ingestión, pero, por ser el alcohol una droga aceptada e incorporada a las normas socioculturales y que, además, puede usarse como fármaco sedante de la angustia, en sujetos alcohólicos o no alcohólicos, existen dos formas de dependencias. (21)

La Dependencia Sociocultural hacia el alcohol, implica ingerirlo para cumplir pautas o normas de la sociedad o subgrupo social al cual pertenece un individuo.

La Dependencia Psicopatológica hacia el alcohol, implica ingerirlo para aliviar tensiones, angustia o displacer psíquico en general, de origen neurótico, psicótico, orgánico, etc.

Todos los consumidores de alcohol, incluso los alcohólicos, se encuentran en una o ambas formas de dependencia; y esto hace más difícil el diagnóstico de estas últimas especialmente en las fases de la enfermedad.

El primer indicador diagnóstico es la presencia regular de estados de embriaguez no deseados, definidos por familiares y el paciente. Este último empieza a reconocer también la angustia y el apetito imperioso de alcohol de ingerir una pequeña cantidad. El segundo indicador es la aparición frecuente de síndrome de privación, después de días sucesivos con una embriaguez diaria. Y este síndrome depende de la ingestión masiva de alcohol y puede tener intensidad leve (angustia, insomnio, temblor fino), mediano (náuseas, vómitos, diarreas), o grave (psicosis oneirifor

me o crisis epiléptica). A mayor cantidad y a mayor duración de la ingestión, mayor gravedad de privación. (22)

Fase Avanzada.

Se presenta; de preferencia, en hombres mayores de 40 años de edad, con numerosos tratamientos fracasados y grave invalidez social, familiar y laboral. La incapacidad de detenerse es absoluta, el 100% de las ocasiones de ingestión.

El primer indicador diagnóstico es la aparición de crisis patológicas de ingestión de alcohol, caracterizado por la presencia de dos o más estados de embriaguez al día durante dos o más días.

Durante la crisis se suma a la incapacidad de detenerse, que induce cada embriaguez, cerrándose así un círculo de ingestión que termina por agotamiento del paciente.

La crisis patológicas deben distinguirse de las crisis culturales de ingestión, las cuales aparecen por dependencia sociocultural, exclusivamente en fiestas que duran dos o más días. Las crisis patológicas invaden días de trabajo, y aumenta su duración con la evolución de la enfermedad, desde dos hasta quince días.

El cuarto indicador diagnóstico, es la aparición eventual de complicaciones de la ingestión anormal de alcohol, médicas (gastritis, cirrosis), neurológicas (polineuritis, mielosis) o psiquiátricas (deterio, alucinosis). Ellas son propias de la ingestión excesiva prolongada, con o sin dependencia física, por esto su valor diagnóstico es relativo.

La progresión de un alcoholico intermitente, durante 20 años, --

desde la fase inicial, a la de estado, y a la avanzada, hace destacarse cada vez más, nítidamente la dependencia física selectiva, sobre el telón de fondo permanente de la dependencia socio-cultural y/o psicopatológica. La frecuencia de embriaguez de causa patológica emerge, sobre el fondo de la frecuencia de causa sociocultural y/o psicopatológica. (23)

El Diagnóstico del Alcohólico Inveterado.

A diferencia del alcohólico intermitente, que no controla la cantidad que ingiere, y llega a la embriaguez involuntario, el alcohólico inveterado controla la cantidad pero no controla las ocasiones de ingestión. Debe beber pequeñas cantidades cada dos a ocho horas y, si no lo hace sufre la angustia y el apetito imperioso, propios de la dependencia física selectiva. Tienen capacidad de abstenerse.

La emergencia de la frecuencia de ingestión de causa patológica, sobre el telón de fondo de frecuencia de causa sociocultural y/o psicopatológica, es mucho más difícil de reconocer en esta forma del alcoholismo, que la frecuencia patológica de embriaguez de la forma intermitente. (24)

Fase inicial:

El problema diagnóstico consisten en precisar el momento de transición de un individuo desde la categoría de bebedor excesivo inveterado a la de alcohólico inveterado. La situación se presenta de preferencia en hombres o mujeres, de 20 a 30 años, que han ingerido diariamente durante cinco a ocho años, en pequeñas do--

sis una cantidad de alcohol absoluto mayor de 100 cc.

El criterio diagnóstico a pesquisar es la incapacidad de absterse con dos indicadores subjetivos, apetito imperioso de alcohol y angustia, horas después de una ingestión previa moderada de alcohol.

El indicador objetivo sería la conducta ansiosa de búsqueda de bebidas alcohólicas ocho o más horas después de la última ingestión. (25)

Dicha conducta patológica es enmascarado por la disponibilidad amplia de bebidas, y por que la frecuencia de ingestión pautada culturalmente se superpone y oculta la incapacidad de abstenerse. Tanto para el paciente como para los familiares, el reconocimiento de la enfermedad, en esta etapa, es muy difícil.

Fase de Estado.

El problema diagnóstico se presenta de preferencia en hombres y mujeres de 30 a 40 años, generalmente reconocidos por sus familiares porque no pueden dejar el alcohol, y que han fracasado en uno o dos tratamientos previos.

A medida que el alcoholismo inveterado evoluciona desde la fase inicial, a la de estado y a la avanzada, hay dos variables a observar que nos ayudan a reconocerlo.

La primera es la aparición de la incapacidad de abstenerse cada vez más cerca en horas, de la última ingestión. En la fase inicial, la dependencia física aparece 8 o más horas después de cada ingestión, en el sector bajo de la curva de descenso de la al

coholemia. En la fase de estado esta latencia de la incapacidad de abstenerse se acorta a un promedio de cuatro horas, aparece en el sector medio de la curva de descenso de la alcoholemia.

En la fase avanzada de la enfermedad, la latencia es aún menor, y aparece incapacidad de abstenerse en el sector alto de la curva de descenso de la alcoholemia, dos horas como promedio, después de la última ingestión.

Una segunda variable a observar, complementaria de la anterior, y ambas dependientes de la tolerancia hacia el alcohol es el aumento paulatino de la cantidad de alcohol necesaria para calmar la angustia y el apetito imperioso. En la fase avanzada se requieren dosis aisladas que, aún siendo moderadas, son dos o tres veces mayores que en la fase inicial. La suma de ellas en un día, nos revela una cantidad excesiva.

El Primer Indicador Diagnóstico de la fase de estado es la conducta ansiosa de búsqueda de alcohol cada tres a seis horas observada por familiares y empleados. El caso típico es la salida breve, regular, del trabajo o del hogar para ingerir una dosis de alcohol.

El paciente acepta, a medias, que el no beber le desencadena angustia y deseo imperioso de hacerlo.

El segundo Indicador Diagnóstico es la aparición ocasional, después de acumular una cantidad diaria excesiva de alcohol durante meses, del síndrome de privación franco: insomnio, temblor, náuseas, vómito, psicosis o convulsión epiléptica. (26)

Fase Avanzada.

El diagnóstico se plantea en hombres o mujeres con numerosos tratamientos fracasados y franca invalidez laboral y familiar. El primer indicador diagnóstico es el relato del propio paciente de su incapacidad de abstenerse.

El segundo indicador es la aparición regular de síndrome de privación generalmente con ocasión de situaciones que impiden al paciente beber cada dos o tres horas: sueño nocturno, afecciones - intercurrentes, viajes, etc.

El tercer indicador es la aparición frecuente de complicaciones de la ingestión anormal de alcohol, medicas, neurológicas o psiquiátricas.

Lo descrito acerca del diagnóstico clínica en una referencia esquemática a los tipos puros, ideales, de alcoholismo intermitente o inveterado. Con frecuencia, a lo largo de la vida de un alcohólico alternan, por períodos de años, ambas formas clínicas, o bien se dan, en un mismo momento, formas mixtas, en las cuales alternan, por períodos de días o semanas, predominios relativos de la incapacidad de detenerse, o de abstenerse. Esto último es más frecuente en las fases avanzadas de la enfermedad. (27)

Criterios Diagnósticos según el Método Experimental.

Haremos solo un breve comentario acerca del estudio, en seres humanos. La inmensa mayoría de estos estudios analiza el efecto - de cantidades excesivas de alcohol, en sujetos voluntarios no alcohólicos, provocando síndrome de privación, o alcohólicos, ob--

servando su ritmo de ingestión y de abstinencia.

Aplicando el concepto de dependencia física selectiva, se ha estudiado el efecto de pequeñas dosis de alcohol en voluntarios alcohólicos, en dos situaciones experimentales.

En la primera, frente a una botella con un gramo por kilo de peso de etanol, diluido al 20%, los alcohólicos intermitentes consumen una cantidad significativamente mayor que los alcohólicos inveterados, estando ambos grupos en abstinencia previa de siete o más días. (28)

En la segunda la implantación de electrodos con fines terapéuticos en el núcleo dorsomediano del tálamo, permite observar, en alcohólicos, que el etanol en dosis pequeñas, baja el umbral de dichos núcleos para la respuesta experimental angustiosa a la estimulación eléctrica. (29)

Condiciones de Alcohólicismo Agudo y Crónico.

Los individuos que se encuentran en la escala de alcoholomanía, - en la fase aguda y crónica, están asociados con actitudes, conductas, y motivaciones de personalidad anormal. Ya que siempre se - encontrará en este tipo de pacientes desórdenes de conducta y de personalidad. El paciente alcohólico en fase aguda y crónica, se considera persona normal y no puede concebir que es básicamente inestable o que ha adquirido un desorden de personalidad.

Las personas que ingieren alcohol con exceso, aún crónicamente o periódicamente, lo hacen así porque es un enfermo emocionalmente o mentalmente. La enfermedad emocional puede ser de una corta duración y fácil reversibilidad, por un serio problema conyugal, -- una depresión reactiva, o una ansiedad producto de la situación vivida.

Las características principales de la estructura de la personalidad de los alcohólicos, son las siguientes: dificultades en el matrimonio, trabajo o relaciones sociales, originando tensión emocional, inestabilidad e insatisfacción general en la vida. Y también encontramos baja tolerancia a la frustración, con el desarrollo de mayor ansiedad para el ajetreo ordinario y tensión. Parece ser que en la adolescencia se desarrolla la tendencia a ingerr alcohol. Los alcohólicos también tienen en común, la dependencia extrema, con resentimiento hacia las responsabilidades, impulsivos, egóistas, e inconstantes en sus deseos, no logran postergar sus satisfacciones, siendo similares a las características de la personalidad psicópata, y usan cualquier medio para obtener

sus satisfactores, por trato destructivo, y llegando a agresiones físicas; logrando con esto aumentar su ansiedad, sentimientos de culpa y remordimiento, autoagresión y desesperanza, y con tendencia al suicidio.

Bebedores Normales.

Este tipo de bebedores alcohólicos, encajan en la categoría de individuos que trabajan en exceso, o comen en exceso. Es probable que la mayoría de ellos son casos de psiconeurosis y que la tendencia al extremismo es un mecanismo de sublimación psiconeurótico. La obesidad psiconeurótica es un ejemplo del mismo mecanismo.

Las razones relevantes por el cual bebe alcohol, una persona son las siguientes: "produce relajamiento", "por sociabilidad", para bajar la tensión, la monotonía ocupacional o algunos pacientes su fren de la "depresión promoción" de Adolf Meyer.

El Alcohólicismo en los Desórdenes de Personalidad Ciclotímica.

Los desórdenes ciclotímicos, son los más frecuentes, asociados con el alcoholismo. Algunos beben alcohol porque están mediana o moderadamente deprimidos, crónicamente esperando que el alcohol les relajara temporalmente la depresión mental.

Durante sus exaltados episodios, algunos beben por el excesivo ma nejo psicomotor. Las personalidades hipomaníacas, así como también los hipodepresivos usan frecuentemente alcohol en exceso.

En algunos casos de reacciones maniaco-depresivas de tipo cróni-

camente depresivo, el alcohol es una muleta que salva al paciente por varios años, algunos pudieron cometer suicidio sin éste. El alcohol sin embargo lleva a la deteriorización, a peores resultados. Tales pacientes pueden ser ayudados con recursos farmacológicos ahora accesibles.

Alcoholismo en Reacciones Esquizofrénicas.

La esquizofrenia es comunmente una causa menor de alcoholismo de lo que son otros desórdenes de personalidad anormal. De hecho la mayoría de los pacientes esquizofrénicos son antagonistas de los efectos estimulantes del alcohol, ya que ellos son efectos a otros estímulos de emoción. También por ejemplo por que de la química anormal del cuerpo, ellos son menos tolerantes a los efectos del alcohol. Ocasionalmente, sin embargo, la esquizofrenia convierte la causa directa del alcoholismo, por ejemplo, el paciente esquizofrénico que ha encontrado que el alcohol lo hace menos víctima de las voces persecutorias de los cuales sufre. Cuando el ha sido suficientemente intoxicado, las voces desaparecen enteramente.

Los casos descritos como "esquizofrenia alcohólica", es cuando los individuos sufren un desorden, básicamente de personalidades esquizoides, y cuando ingieren alcohol se convierten francamente en esquizofrénicos. Durante los períodos de sobriedad ellos no son más esquizofrénicos. Tales pacientes deben ser diferenciados de los casos de alucinación alcohólica aguda.

El punto diferencial es que en la alucinación alcohólica la bási

ca sintomatología de esquizofrenia no está presente.

Alcoholismo en las Reacciones Depresivas Crónicas.

El alcoholismo ocurre con frecuencia entre personas que sufren de reacciones depresivas crónicas, sin embargo éstas son de tipo ciclotímico o debido a la personalidad psicopática o a reacciones depresivas psiconeuróticas. A veces, el alcoholismo aparece por primera vez en individuos que sufren reacciones depresivas.

Alcoholismo en Personalidades Paranoides.

Dentro de la personalidad paranoide existen severos conflictos intrapsíquicos probablemente basados primeramente sobre tendencias homosexuales reprimidas. Estos individuos cuando contraen matrimonio, recurren al alcoholismo como escape de la severa tensión u opresión que el estado conyugal le impone. Cuando solteros, ellos también recurren al alcohol por causa de sus tensiones intrapsíquicas. Fuertes antagonismos surgen hacia el sexo opuesto y el alcohol se usa como una forma de disipar la resultante tensión nerviosa.

Alcoholismo en Personalidades Psiconeuróticas.

Entre las personalidades psiconeuróticas la incidencia de alcoholismo es más alta que en cualquier otro grupo de personalidad anormal. Las características básicas del paciente psiconeurótico, son los sentimientos de insuficiencia, inhibiciones y temores. Muchos de estos individuos aprenden pronto que el alcohol

disminuye o alivia sus síntomas, ambas, físico y mental y reduce sus indeseados o insatisfactorios, inhibiciones.

Es frecuente que individuos psiconeuróticos, afirmen que "cuando yo bebo me siento como una persona normal". De todos los fundamentos de alcoholismo por psiconeurosis, es conocido como estado de ansiedad y es el más frecuente de encontrar. Es evidente que la ansiedad es aliviada por el alcohol, las fobias son reducidas y aún las obsesiones pueden disminuir.

Alcoholismo en Personalidad Psicópata y Desórdenes de Carácter.
También encontramos que en las personalidades psicopáticas, sociopáticas y los desórdenes de carácter son causas comunes del alcoholismo. En algunas clasificaciones psiquiátricas el alcoholismo está situado bajo este encabezado general. Si limitamos el término "personalidad psicopática" para aquellos individuos quienes son incapaces de hacer una aplicación del concepto de tiempo en relación para sí mismos quienes pierden la apreciación del pasado y futuro, y quienes viven solamente por el placer del momento presente podemos entender el porque se convierten frecuentemente en alcohólicos.

Una cadena de síntomas secundarios, la ausencia de sentimientos de culpa, pérdida del sentido gratitud, justificando para sí cualquier significado hacia el fin de ser desprestigiado, falta de apremio y juicio y la impulsibilidad en combinación con la habilidad de congraciarse con otros, tomando esto aporta un terreno fértil para el desarrollo del alcoholismo. Instintivamente -

el comportamiento impulsivo puede iniciar cada ataque periódico de indulgencias alcohólicas. De hecho, muchos de este tipo de alcohólicos se refieren a sí mismos como "bebedores periódicos" más bien que "bebedores crónicos".

Algunas de estas personalidades son parcialmente psicopáticas, -- frecuentemente el alcohol los convierte completamente psicopáticos y los capacita para dar desahogo a sus energías instintivas perversas.

Por lo tanto muchos crímenes son cometidos por psicópatas parciales cuando se encuentran bajo la influencia del alcohol. Estos pacientes están cercanamente relacionados dentro de sus características o casos de intoxicación alcohólica patológica.

Los desórdenes de carácter son reacciones psicopáticas incompletas: o sea que los individuos que sufren este tipo de desórdenes, tienen algunas partes de características psicopáticas, pero no todas. A veces tales personas se convierten en alcohólicos en la medida que sus características normales se desmoronen y se convierten así en completamente psicópatas. Las energías ocultas de tales personas pueden convertirse en lo suficientemente fuertes para suministrar etapas alcohólicas durante las cuales el colapso interno el suceder completamente la psicopatía. (30)

C A P I T U L O I I

Bases Biológicas del Alcoholismo.

Las investigaciones sobre los aspectos neurofisiológicos, bioquímicos, y genéticos en los últimos años, han arrojado mucha luz, lo que ayuda a fundamentar una hipótesis biológica sobre la etiología del etilismo.

Al iniciar esta breve reseña de diversas teorías fisiológicas, y que han recibido considerablemente atención. Existen tres teorías distintas que se fundamentan en diferentes puntos de vista:

- A. Hipótesis genetotrópica
- B. Hipótesis glandular
- C. Hipótesis alérgica

En 1947, Williams postuló una teoría en el sentido de que el alcoholismo es una enfermedad genetotrópica, o sea una condición patológica del metabolismo.

El individuo alcohólico, según este punto de vista, se encuentra afectado mucho antes de haber empezado a beber.

Williams sostiene la existencia de una "personalidad pre alcohólica metabólica congénita" que predispone al sujeto hacia el alcohol. La teoría genetotrópica se resume brevemente de la siguiente forma.

- a). La presencia de uno o más bloques genéticos parciales.
- b). Tiende a disminuir la producción de una o más enzimas parciales lo que resulta, es una deficiencia de la habilidad para utilizar uno o más elementos nutritivos.
- c). Lo que significa que en el individuo hay una necesidad exagerada por estos elementos.

d). Y que posee, por lo tanto un patrón metabólico específico que lo predispone al alcoholismo. (1)

Las evidencias en apoyo a esta hipótesis provienen de dos fuentes.

1. Por analogía, experimentos con animales.
2. Tratamientos con suplementos vitamínicos.

Con el paso de la analogía, Williams recurre a todos aspectos para evidenciar la existencia de la individualidad metabólica o bioquímica, algunos ejemplos ilustrarán esta línea de pensamiento:

- A. La existencia de diferentes grupos sanguíneos confirma la universalidad de la individualidad bioquímica.
- B. Afirma la existencia de diferencias individuales en la respiración corporal, que se evidencia por las distinciones que son capaces de hacer los perros de caza.
- C. El alto grado de diferenciación entre los individuos respecto a la cantidad de alcohol que produce intoxicación también es presentada como una evidencia de las reacciones al alcohol.
- D. Por último Williams, habla de la notable variación entre los individuos en cuanto a la rapidez con que el alcohol desaparece de la sangre. (2)

De manera que, habiendo demostrado que la "individualidad bioquímica" existe, asume que las deficiencias nutricionales producto de una falla metabólica al utilizar los nutrientes puede provocar el deseo del alcohol en la misma forma que el diabético desea el azúcar.

Hipótesis Glandular.

Algunos científicos han rechazado el enfoque de Williams y han sugerido que la disfunción metabólica a la que se le atribuye ser causa del alcoholismo se basa en realidad en una disfunción endócrina.

Tintera y Labell, los exponentes de este punto de vista han usado sustancias hormonales en el tratamiento del alcoholismo, pero estos experimentos no se han visto coronados por el éxito. A pesar de ello Smith arguye que pese al fracaso de la terapia hormonal, el alcoholismo se debe a un inadecuado funcionamiento de las glándulas endócrinas.

Bleuler ha encontrado que la incidencia de desórdenes glandulares es mucho, más frecuente que en la población general.

Goldfarb y Bierman en un intento por identificar el desequilibrio glandular que lleva al alcoholismo, han desarrollado la hipótesis de que el alcohol actúa como un agente que causa una descarga - adrenocortical, es decir, una hiperfunción seguida de fatiga e - hipofunción.

La hiperfunción se interpreta como una reacción homeostática que restaura el perturbado equilibrio debido a una intermitente fatiga adrenocortical; y la hipofunción puede deberse a neurosis o - factores constitucionales, pero en todo caso es anterior y precede a la adicción alcohólica y predispone a la misma.

La adicción por lo tanto tendría un círculo vicioso de tipo fisiológico, con una depresión adrenocortical al final del patrón que da lugar a una nueva descarga adrenal compensatoria y ad in-

finitum. (3)

Debe señalarse, sin embargo que estas tres fases, solamente la última, la hipofunción adrenocortical que es secundaria al alcoholismo ha sido clínica y experimentalmente demostrada.

La hipótesis glandular fue probada por Mc Cord y Gudeman, encontrando que las evidencias obtenidas por ellos contradecían dicha hipótesis. Ninguno de los 21 muchachos con perturbaciones glandulares se convirtió en alcohólicos en cambio en 66 que no tenían defectos glandulares un 17% resultaron alcohólicos. De manera que sus resultados indican que la hipótesis glandular es bastante inadecuada y frecuentemente contradictoria. (4)

Hipótesis Alérgica.

Esta hipótesis fue muy popular en los años 1939, por Strecker y Chambers, y actualmente es fundamental en Alcohólicos Anónimos. Los autores se refieren a una alergia psíquica, término que tiene poca o ninguna validez científica, pero un significado metafórico muy importante.

Haciendo una extrapolación de lo que sucedía en otras enfermedades; se basaron en dos observaciones:

1. Los individuos variaban en sus reacciones hacia el alcohol.
2. Los individuos se diferencian en su susceptibilidad hacia alergias comunes, tales como: alimentos, drogas, sueros, etc.

Huggard concluía que hay una verdadera justificación para atribuir su condición alcohólica a una verdadera reacción alérgica, por las siguientes razones:

- A. Los alcohólicos no muestran ninguno de los clásicos síntomas de reacciones alérgicas, como las que se observan hacia otras sustancias.
- B. Hasta donde se sabe, el uso de otros alergógenos no crean un anhelo por sí mismo.
- C. La excitación de la así llamada reacción alérgica al alcohol requiere comparada con otras sustancias de una gran cantidad para crearla. (5)

Debido a las cualidades metafóricas de la hipótesis alérgica, esta se hizo muy popular entre los Alcohólicos Anónimos, y es ampliamente usada por estos grupos y por algunos doctores para explicar la "reacción anormal" de ciertos individuos hacia el alcohol.

Los Alcohólicos Anónimos consideran que la persona no se vuelve alcohólica, se nace alcohólico, pero este hecho congénito no tiene nada que ver con un vicio hereditario, ya que muchos intoxicados han nacido de padres sobrios, ni tampoco se debe a una tara que afecta alguna función importante del cuerpo, ya que muchos han empezado a beber en plena salud física y "moral". (6)

El alcoholismo lo atribuyen a una predisposición que procede la intolerancia orgánica, de una "alergia". Así como hay personas a las que ciertos alimentos, ciertas medicinas e incluso en dosis infinitesimales, o ciertos olores, les provocan graves trastornos lo mismo sucede con la tolerancia, la "alergia" al alcohol.

Ellos dividen a los hombres en dos categorías: unos a los que el

uso de la bebida afecta sí es excesiva, el corazón, los riñones, el hígado y los nervios, pero no destruye, ni ataca no deforma su existencia misma; el alcohol no es más que un elemento nocivo como lo sería el abuso del tabaco o de la comida. En la otra categoría la de los alérgicos el alcohol no es simplemente una causa de la enfermedad en sí. La predisposición que tienen al venir al mundo hace que vaso de vino les despierte deseos irresistibles de otro y este de un tercero y así sucesivamente hasta la inconsciencia, pudiendo por la obsesión de beber que en la existencia misma no haya nada que pueda detener. Dicha obsesión puede más que la voluntad y se convierte en el objetivo. la razón de vivir. Según ellos, uno no se vuelve alcohólico sino que nace alcohólico y en consecuencia nunca deja de serlo. La abstinencia no constituye una cura definitiva, no hay remedio capaz de curar "La alergia". (7)

Así como el diabético gracias al régimen y tratamiento médico -- que sigue, tienen una vida y actividad normales, pero nunca esta curado, pues siempre permanece afectado de diabétes y sometido a una rígida disciplina, a los alcohólicos les sucede lo mismo. Diferencian a los alcohólicos sobrios de los que no lo son, y a los primeros "borrachos en sexo".

Para ellos, el estado de alcohólico no se mide por la cantidad absorbida, sino por la manera como el organismo lo soporta. Si pese a dos wiskys por día, uno llega a dominar o administrar su vida no es alcohólico, pero sí después de un vaso la alergia al alcohol le hace olvidar todo lo que hay en el mundo y le conduce

cada vez más bajo, entonces si es un alcohólico.

Observando todo lo anterior se deduce que no existe evidencia vá lida científica que exista una verdadera alergia al alcohol, según lo afirma Huggard.

Aspecto Bioquímico

Los factores neurobioquímicos. El desarrollo de tolerancia al alcohol y la presencia de signos y síntomas, cuando se suprime este después de una ingestión prolongada, son los dos parámetros principales para considerar el alcoholismo como una dependencia física. Se ha investigado si factores de tipo bioquímico son los responsables de estos fenómenos: Newman, Isbell, Mello y Mendelson, en diversas investigaciones han postulado dos posibles mecanismos bioquímicos en el desarrollo de la tolerancia:

- A. Un aumento en la tasa de degradación del etanol (tolerancia metabólica).
- B. Un aumento en el nivel de adaptación celular al etanol, en el sistema nervioso central .

Se ha sugerido que las propiedades adictivas del etanol, pueden relacionarse, en parte, a la concentración del acetaldehído generada durante el metabolismo del etanol; también se ha evidenciado que el consumo de altas dosis de etanol, en forma crónica, podría producir niveles apreciablemente superiores del acetaldehído en la sangre. Los trabajos de Davis y Col han puesto en evidencia la presencia en la sangre del alcoholizado, de dos sustancias: la tetrahydroquinolina y la tetrahydroxipapaverolina, que son producto de la condensación del acetaldehído con algunas aminas biogénicas. Estos alcaloides tienen un alto poder adictivo y se han aislado también en algunos derivados del opio.

Finalmente los factores fisiológicos responsables del síndrome de supresión, son múltiples y se resumen en los siguientes da--

tos:

- A. Al retirar el alcohol, los receptores sinápticos que habían estado bloqueados reaccionan con gran excitabilidad a los neurohumores, que ya de por sí están presentes en concentraciones altas.
- B. Este efecto se manifiesta también en el centro respiratorio, antes deprimido por el alcohol. El resultado es una hiperventiliación, que produce alcalosis respiratoria y una baja en los niveles séricos de magnesio, secundaria a ésta. Hay además una disminución en la tensión sanguínea del Co_2 que ocasiona vasoconstricción cerebral, disminución del flujo sanguíneo en este órgano e hipoxia. (S)

Aspecto Genético.

Los enfoques genéticos sobre la etiología del alcoholismo se basan en la observación común, de que los niveles de alcoholismo son más elevados dentro de ciertos grupos biológicamente relacionados. Hooten es un exponente de este punto de vista y sugiere que el alcoholismo debe considerarse "como una debilidad y como resultado de la debilidad biológica del organismo".

El Dr. Jellinek en un estudio sobre 4,372 alcohólicos, calculó que el 52% de los mismos habían tenido uno o dos padres alcohólicos, además 35% habían sido víctimas de una herencia no alcohólica, pero con padres criminales o psicóticos.

Jellinek, se mostró sin embargo, muy cauto y se rehusó a afirmar que existía una relación causal directa entre factores hereditarios y alcoholismo.

Bleuler, analizando también 50 alcohólicos en Nueva York, encontró que un alto porcentaje de los mismos tenían antecesores alcohólicos o en alguna otra forma patológica. (9)

Otros autores han confirmado estos descubrimientos y existe razón para creer que el alcoholismo es más común entre familias con un alto porcentaje de desórdenes conductuales.

A pesar de esto, ha sido imposible determinar si ésta alta incidencia de alcoholismo entre grupos genéticamente relacionados se debe a factores genéticos o ambientales o a ambos, ya que todos estos estudios se han hecho en sujetos que han sido educados en un ambiente patológico.

Al comprender que cualquier estudio sobre la correlación entre

herencia y alcoholismo debería controlar influencias ambientales. Roé hizo un Estudio sobre la adaptación adulta de hijos de alcohólicos que fueran separados de sus propios padres y educados por padres adoptivos no alcohólicos.

Se escogieron dos grupos de control, integrado uno por niños de padres normales (no alcohólicos), y otro grupo de hijos de padres alcohólicos y psicóticos que permanecieron en sus hogares. Sus resultados pueden sintetizarse en la siguiente forma:

"Los hijos de padres alcohólicos, contra lo que se esperaba no son alcohólicos y solo tres de ellos usan bebidas en forma regular. De esto puede concluirse que la alta incidencia de alcoholismo en los hijos de alcohólicos no puede explicar necesariamente en base a algún factor hereditario.

Gudeman y Mc Cord llegaron a las mismas conclusiones, en un estudio longitudinal en 650 muchachos, el 50% fueron juzgados como mal ajustados y la otra mitad fueron encontrados normales.

Se redondeó el estudio y se concluyó "mientras haya una tendencia del hijo a seguir el patrón del padre (donde el padre fue alcohólico, el hijo debiera serlo) estadísticamente no es significativo. (10)

Aspecto Psicológico.

Teoría Psicoanalítica del Alcoholismo.

Numerosas referencias postulan que son las frustraciones, las tensiones, la ansiedad y varios otros desajustes emocionales -- los que ocasionan el alcoholismo. Sin embargo, eso es una explicación vaga de un proceso patológico ya que se hace únicamente -- en términos de características o funciones psicológicas. Se ha considerado al alcoholismo como un desorden secundario, resultante de la interacción de los factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto al consumo del alcohol y de los factores normativos de adaptación. Al hablar de la "personalidad del bebedor" se han sugerido como características componentes, el carácter endeble, el desequilibrio emocional la inadaptabilidad social, los trastornos sexuales y con frecuencia, en estado de alcoholomanía fuerte.

Pero hay que tomar en cuenta que las frustraciones en la infancia, los fracasos sociales y sobre todo las situaciones de conflicto en el terreno afectivo, pueden originar una especie de -- "neurosis de fracaso" o "de situación", la cual provoca una depresión nerviosa que el sujeto trata de superar a través del alcohol. Una vez iniciada, esta costumbre tiende a mantenerse. . En cuanto a las características psicológicas manifestadas por -- los alcohólicos, una de las más prominentes es la ansiedad; ésta es muy frecuente en los alcohólicos crónicos. La ansiedad es un estado aversivo que genera tensión la cual es reducida por la ingestión de alcohol sobre todo cuando el individuo no ha aprendido a usar otras formas para reducir ese molesto estado y cuan-

do las costumbres sociales facilitan el uso de bebidas alcohólicas.

Algunos autores (Jellinek, 1960) (11) han mostrado que hay una correlación estadística entre el grado de ansiedad generada por la existencia de inseguridad por un lado, y el grado de embriaguez por el otro. El uso del alcohol es indudablemente una posible forma de reducir la ansiedad, pero ésta no es una condición necesaria para usar el alcohol.

Otra de las características de los alcohólicos frecuentemente mencionada, es la poca tolerancia a la frustración.

No es la variación en los grados de frustración sino las diferencias en la forma de responder a ella lo que ocasiona que se sienta alivio al enfrentarla con la bebida.

Cuando se habla del "escape" de los alcohólicos, se entiende el beber para aliviar la ansiedad y las frustraciones, y para suprimir la hostilidad y otras formas de tensión.

Algunos autores (Wexberg, 1951, citado por Jellinek) (12) han encontrado que los alcohólicos responden a la descripción de los esquizofrénicos, lo que hace suponer la existencia de un factor innato que contribuye a su bajo umbral de tolerancia a la frustración.

No se ha probado que el alcoholismo sea una neurosis ni se puede decir que un bebedor fuerte presente necesariamente síntomas neuróticos, ya que desajustes menores pueden iniciar el abuso de bebidas alcohólicas.

Un estudio reciente (Sánchez Herrera, 1976, citando a varios au

tores) ha agrupado algunas de las características de la personalidad alcohólica, que aunque no son presentadas por todos los alcohólicos, aparecen sin embargo en la mayoría. Dentro de éstas están: narcisismo, tendencias orales, poca resistencia a la -- frustración inadaptación, ansiedad, inmadurez emocional, hipocondria, introversión, irritabilidad y poco control sobre el propio humor, falta de intereses en la vida, falta de persistencia en el trabajo que implique esfuerzos, deshonestidad, sentimentalismo superficial y dureza hacia las relaciones humanas y otros valores culturales.

Por otro lado, García Cisneros (1966) (13) apunta como rasgos de la personalidad del alcohólico:

Deficiente identificación. En estas condiciones se presentan tendencias homosexuales inconscientes, que se van a manifestar como rasgos paranoides, que los hacen muy susceptibles a la crítica, desconfiados y cautelosos.

Rechazo a la figura de autoridad. La personalidad del padre al no permitir la identificación, causa un rechazo hacia todo lo que signifique autoridad, y esto incluye la figura del médico.

Fijación oral. Dinámicamente hay una frustración en esta etapa que deja tendencias a calmar la angustia con rasgos orales en cualquiera de sus formas.

Dependencia. Frecuentemente existe el dato de dependencia a la figura materna sobreprotectora, que posteriormente se transforma en dependencia al alcohol.

Agresividad. Por las constantes frustraciones tiene un gran --

montaje de agresión que no puede manejar, y reacciona en forma ansiosa o la regresa contra sí mismo, dando por resultado la de presión y su obstinada tendencia a autopunitiva en su forma de tomar.

Inmadurez. Como resultado de una evolución defectuosa desde el principio, las siguientes etapas del desarrollo de su gran ego centricidad e intolerancia a la frustración, y muestra rasgos neuróticos y sociopáticos como: juicios poco realistas, fabula ción, negación, irritabilidad, etc."

·Son diversas las alteraciones que el alcohol causa en el organism o, en el aspecto intelectual una dificultad de comprensión y de atención que vuelve inestable y fácilmente fatigable al sujeto. La sensopercepción se ve entorpecida; el flujo de ideas es lento la capacidad de abstracción y síntesis disminuye, llegando en los casos agudos a aparecer la incoherencia asociativa. La me moria inmediata se altera, olvidando el paciente hechos recientes (lagunas) que trata de llenar con fabulaciones.

El área afectiva se ve seriamente amenazada, hay cambios en los valores morales y éticos; los efectos son superficiales y con flictivos con marcados cambios en el humor, lo que deriva en fa ses depresivas. La voluntad se debilita en todos los campos de la actividad, y se hace más patente ante la imposibilidad de abs tenerse de beber, el individuo miente constantemente para discu par su conducta.

Teoría del Aprendizaje.

Según la teoría del aprendizaje (Yates, 1973) (14) el alcohol tiene un efecto recompensante en el individuo porque reduce inmediatamente la pulsión. Funciona de dos formas principalmente: primero, puede reducir el estado de déficit fisiológico y segundo, puede reducir las respuestas de ansiedad y sus estímulos concomitantes, fortaleciendo con ambas funciones las conductas que lo preceden. El alcohol llegará a ser el método dominante o preferido para reducir la pulsión cuando cumpla con las dos funciones. Aquí interviene el condicionamiento operante, ya que una persona en estado de ansiedad o de privación fisiológica ensayará varios métodos para reducir el nivel de la pulsión, hasta que se encuentre con el alcohol.

El hecho de que predomine la ingestión de alcohol aún cuando puede causar muchos sufrimientos al individuo, se explica señalando que los efectos del alcohol refuerzan inmediatamente y predominan sobre los efectos, no reforzantes más remotos del castigo social y de los efectos reductores de ansiedad del castigo anticipado, ya que el alcohol mismo puede reducir el efecto de estos últimos, al menos temporalmente.

Ya antes también se ha relacionado el alcoholismo con la extraversión-introversión, encontrando que los alcohólicos introvertidos (comparados con los extrovertidos) adquieren respuestas condicionales más rápidamente y las extinguen más lentamente; responden mejor a terapia de respuestas condicionadas y recaen menos frecuentemente: se benefician poco de una organización co

mo la de Alcohólicos Anónimos; y hablan de menos fenómenos de -
pérdida de memoria y con menor probabilidad entran en el estadio
preliminar de Jellinek: son más frecuentes bebedores solitarios
y, son bebedores constantes más que explosivos.

Aspecto Social

Para explicar y comprender el fenómeno del Alcohólicismo tan amplio, y profundo debemos tener en consideración el aspecto social, ya que es una variable muy importante, pues el ser, es eminentemente social, desde que es neonato, hasta la muerte.

Los Factores Socioculturales.

¿Porqué el alcohólicismo se encuentra tan extendido en algunos grupos nacionales, culturales y religiosos, en tanto que es más raro o excepcional en otros? Si tuvieramos una respuesta segura a esta pregunta, encontraríamos la explicación etiopatogénica del consumo excesivo de alcohol, por desgracia no es así; a pesar de que uno de los caminos más prometedores en lo que toca a la búsqueda de las causas del fenómeno que nos ocupa, es precisamente el estudio de los factores sociogénicos precipitantes y coadyuvantes. Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, las regiones y las naciones.

Sabemos ya algo acerca de las diferencias socioculturales que influyen para acentuar el problema en el norte de Francia y en países como Suecia, Suiza, Polonia y los Estados Unidos, en tanto que permiten un índice de morbilidad relativamente bajo en Grecia, China e Israel (Leake y Silverman, 1966). En general las investigaciones más dignas de crédito, demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes

tes características (D.H.E.W., 1972).

- A. Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- B. Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- C. Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente con las comidas.
- D. Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- E. No se dá a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así el ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- F. La abstinencia es como actitud socialmente aceptable.
- G. En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- H. Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que -- pueden llamarse las "reglas del juego en el beber".

Estos hallazgos parecen apoyar las explicaciones que algunos autores dan como base de ciertos "modelos sociológicos". El doctor Bales, por ejemplo basandose en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, ha propuesto que existen tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo.

1. El grado en el cual una cultura espera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas. (Factores Psicodinámicos).

2. Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus -- miembros hacia el consumo de alcohol (Factores que dependen de orientaciones normativas).
3. La medida en la que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades (Factores Alternativos) (Bales, 1946). (15)

Los factores dinámicos se relacionan con la incidencia o el nivel de tensiones psíquicas agudas en el grupo.

La cultura puede favorecer o provocar en el individuo necesidades agudas de adaptación o tensiones internas que lo orillen al alcoholismo.

El segundo factor; o sea los factores que dependen de orientaciones normativas, está relacionado con las normas, ideas y los sentimientos centrados en el acto de beber y que están arraigados en tradiciones culturales de los diferentes grupos.

El alcoholismo depende en cierta manera, de la actitud que tiene una determinada hacia el tomar y la influencia de ésta en sus -- miembros, ya sea que, la cultura pueda presentar el alcohol al -- individuo como un medio de aliviar sus tensiones o que por el -- contrario el solo pensamiento de tomar, haga que el individuo -- perteneciente a la misma se angustie; es decir que la presión o -- no del grupo social al que se pertenece, puede condicionar al -- sujeto a una ingestión excesiva de alcohol.

El tercer grupo de factores procura resumir todas las formas de conducta (normales o patológicas) que responden a una pauta cultural y que representan el papel de equivalentes funcionales de

la bebida, en cuanto que constituyen formas de adaptación a las situaciones de inquietud psíquica.

Observamos que el índice de alcoholismo en un grupo es resultante producto de factores dinámicos, normativos y alternativos.

Sí varía cualquiera de los valores en uno de estos factores, se verá afectado el índice de alcoholismo y consecuentemente se aumentará o disminuirá la presión hacia sí mismo.

En nuestro núcleo social existe, ambivalencia con respecto a la ingesta etílica. Por un lado en nuestra cultura ancestral, se bebía en ceremonias religiosas lo que actualmente se conserva, en casi cualquier reunión social ya sea de compadrazgo o de cualquier lazo afectivo. Pero inmediatamente que se bebe hasta la intoxicación entonces el grupo cambia su actitud hacia un abierto rechazo y antagonismo. De aquí que existan una serie de medidas contradictorias, actitudes incompatibles que el grupo social adopta, por ejemplo:

- Dar licencia autorizando a los establecimientos venta de bebidas alcohólicas.
- Decreta leyes de impuestos sobre las bebidas embriagantes, como forma de control para su venta y adquisición.
- Permite la publicidad de productos alcohólicos para incrementar la venta a través de medios de difusión. Y por otro lado.
- Realiza campañas publicitarias de control de bebidas dirigidas por los gobiernos.
- Elabora programas de salud e higiene mental en las que in--

cluye una hecha contra el alcoholismo. (16)

El beber se ha convertido en un acto normal de buena educación, es la sustancia con un significado de "poder mágico" que calma la ansiedad habitual y produce una permutación transitoria de situaciones y personas. Es precisamente en esta época de crisis y stress en la que los métodos tradicionales de ajuste no son eficaces al ritmo de vida, donde el alcohol ha venido a ser el me jor ansiolítico sobre todo por que no es caro, es fácil de obte ner y está permitido por la sociedad.

Tratando de sistematizar algunos aspectos socioculturales del al coholismo se han planteado tres elementos:

A. Tipo de actividad que se desempeña. Existe una gran eviden cia en el hecho de ser alcoholicos, en relación con la va riación de la proporción de alcoholomanos, tomando como gru po de referencia a los profesionales.

Henry Ey menciona: trabajos de fuerza faenas al aire libre de las actividades agrícolas, "alcoholismo de la propina", actividad política, o aquella relacionada con la vida social y de negocios, trabajos que imponen una separación o despla zamiento periódico o frecuentemente, etc. Se dice que "el hombre alcoholico potencial muestra una preferencia particu lar por éstas últimas profesiones que le permiten satisfacer un deseo de cambio o de huida de su realidad". (17)

B. Relación social con alcoholico y/o asociaciones tempranas - con el alcohol. Casi se podría generalizar, que cuando exis te una relación estrecha y temprana con otros alcoholicos,

sobre todo en un primer período de vida, se adquiere el hábito de beber. En este primer período es cuando los mecanismos de invitación e identificación son más fáciles o naturales.

C. Patrones y actitudes del grupo social al que se pertenece.

Un estudio hecho por Madeddu sobre pequeños grupos (grupos primarios de alcohólicos) ha precisado la importancia primordial y determinante de la presión del grupo. Ha permitido, expresa el autor "la evidencia de los conceptos dinámicos relacionales de movimiento, violencia, vector cohesión, fuerza de concentración o repulsión que son directamente proporcionales a la búsqueda de una situación afectiva, de seguridad afirmación de sí mismo y de pertenencia al grupo". (18)

De hecho y contrariamente de lo que se cree, Petterson y Maxwell concluyen que los "borrachos no se encuentran aislados, viven en una sociedad de compinches, una sociedad de ayuda mutua de afrontar problemas de supervivencia, pero más que eso, es un grupo que provee apoyo emocional que se encuentra en la aceptación y la compañía. Hay una última relación entre el alcoholismo y la participación de grupos que toman". (19)

Este sería el caso de los teporochos ya que tienen sentido de cohesión únicamente para dos propósitos: sobrevivir y resolver los problemas de supervivencia, tomando la supervivencia en una forma aberrada, que significa conseguir alcohol, mendigando.

Tratando de analizar, el fenómeno del alcoholismo, podríamos decir que el hombre bebe para dar salida a su hostilidad y resen-

timiento, de cualquier tipo ya sea familiar o social. Así realiza su "catarsis". No faltará a quién comentar su sentimiento, - busca en él, la sensación de fuerza, capacidad, potencia y aprobación. Vive una ilusión y transforma por medio del alcohol sus impedimentos sin desaparecerlos; sentimientos de inferioridad, su frustración su carencia de status social, en resumen su angustia, la calma transitoriamente alternando engañosamente las circunstancias.

El Alcoholismo como Problema Social.

El alcoholismo es un problema mundial. Aún cuando existen algunas culturas que no usan el alcohol en un contexto social, éstas son muy pocas, más bien excepciones. Aproximadamente solo el 4% de la población francesa es abstemia, así como el 20% de la alemana y la polaca (Bourne y Fox) (20) en el Japón la bebida es universal y parte de la vida misma, tanto que se ha recurrido a un tratamiento para sensibilizar el organismo con un compuesto de cianamida, lo que permite a las personas que ingieran hasta 200 ml. de sake diariamente sin perturbar su vida diaria. Según la Dirección de Salud Mental hay en México 59.18 alcohólicos por cada diez mil habitantes, lo que daría un total, para una población de 60 millones de personas, de unos 350,000 enfermos (citado por Guerra, Guerra 1977) (21) Podrían citarse estadísticas que manifiestan la extensión de este problema en casi todos los países y culturas. Sin embargo, la conducta de beber es parte integrante y más importante de la cultura de todos esos países y no es fácil establecer el límite en donde la tradición cede el paso a los problemas y a la desviación de las normas.

Para considerar la existencia del uso y abuso del alcohol es necesario analizar las normas y costumbres de la sociedad o grupo étnico en el que se presenta el fenómeno. Los hábitos de la bebida pueden ser considerados como verdaderos rituales en algunas ocasiones y estar restringidos a determinadas ceremonias, en donde todo será permitido mientras el comportamiento no rompa con lo que ha sido aceptado por el grupo. La existencia de anomalías

no se da independientemente, sino que está ligada a las costumbres vigentes en el grupo. Si las recompensas, y los castigos están relaciondos con el hábito de beber, es poco probable que el acostumbamiento ocurra; pero si los hábitos son independientes de las otras costumbres es posible que las normas sean violadas sin que esto se note. Es por ello que al buscar una explicación a las causas del abuso del alcohol sea suficiente el saber que el hombre bebe como acto social para calmar sus angustias y tensiones; los efectos psicológicos y fisiológicos del alcohol sobre el organismo no explicarán las variadas patologías en las distintas culturas, si no se considera también la etiología de los factores socio-culturales.

Tanto en Italia como en Francia, por ejemplo, los niños aprenden a beber desde pequeños. En los Estados Unidos (Maddox 1970) (22) se empieza a beber durante la adolescencia y para los 18 años muchos jóvenes toman su primer trago en su casa, con la licencia de sus padres influidos por ellos.

Influyen también factores tales como clase social, edad, sexo, religión, grupo étnico y residencia rural o urbana. Kimes (1969) (23) contradice a Maddox al encontrar que en ciertos estados el 52% de los jóvenes bebieron por primera vez con amigos, fuera de su casa. Los jóvenes reportaron que bebían porque deseaban la aprobación de sus amigos y padres, y porque querían prepararse para desempeñar sus roles correspondientes en la sociedad adulta.

Otra forma de comprobar que el beber en exceso es aprendido es

comparando la proporción de alcohólicos con bebedores "fuertes" entre diversos grupos étnicos y culturales. Los judíos alcanzan un promedio bajísimo de alcoholismo en comparación con los irlandeses (Mc Carthy, 1959; Pittman, 1967) (24)

Nuestra sociedad hace un uso muy amplio de las bebidas alcohólicas, uso que es aprobado por ella misma incluso desde edades muy tempranas. Hay bebedores sociales y controlados, que generalmente ingieren bebidas alcohólicas por motivos de convivencia y de ceremonia. Hay también bebedores excesivos, que lo hacen para intoxicarse, en una práctica cada vez más absorbente y compulsiva. Hay, por fin, bebedores "fuertes" que ingieren grandes y regulares cantidades del alcohol pero no se desvían mucho de las normas sociales. Clinard (1968) (25) por ejemplo, define a los alcohólicos como "aquellos bebedores excesivos que se desvían marcadamente de las normas de beber por la frecuencia y cantidad de su consumo de alcohol y por el tiempo y lugar no convencionales elegidos para beber".

No existe un límite claro y preciso entre el bebedor ocasional y consuetudinario, cuya conducta es aprobada y aún fomentada por la sociedad, y el alcohólico, que es puramente reprimido y rechazado por la misma sociedad que lo produjo.

De ahí la ambivalencia que suelen presentar las actitudes ante el alcoholismo. El sujeto alcohólico, a decir del Comité de Expertos en Salud Mental (citado por Clinard, 1977) (26) está envuelto en un proceso circular en el que su excesivo beber crea problemas adicionales para él, que sólo puede enfrentar con la

ayuda de más bebida". En este estado, no es ya sólo el ser alcohólico lo que es considerado desviado, sino también las múltiples conductas incoherentes y nocivas que ejecuta, tales como ausentismo en el trabajo, problemas familiares, accidentes de tráfico o en el empleo, crímenes cometidos bajo el influjo del alcohol, etc.

Ullman (1958, citado por Clinard) (27) ha demostrado que "si la conformidad a los estándares de beber es apoyada por la cultura entera, o sea la subcultura, habrá bajo porcentaje de alcoholismo. El mismo autor dice que "en cualquier grupo o sociedad en el que los hábitos de beber, los valores y las sanciones, junto con las actitudes de todos los segmentos del grupo o sociedad, estén bien establecidos, conocidos y aceptados por todos y consistentes con el resto de la cultura, el porcentaje de alcoholismo será bajo". El mismo estudio llegó a la conclusión de que donde hay un conflicto está ausente, impulsos sociales y amistosos acompañan y predominan durante la conducta de beber. En el libro ya citado, Jellinek (1960) (28) expone como hipótesis de trabajo que "las sociedades que tienen un bajo grado de aceptación del consumo de alcohol en grandes cantidades, estarán especialmente expuestas al riesgo de la adicción aquéllos que, además de un alta vulnerabilidad psicológica, tienen una tendencia a ir contra los estándares sociales. Pero en las sociedades que tienen un grado extremadamente alto de aceptación de un amplio consumo diario de alcohol, la presencia de una pequeña vulnerabilidad psicológica o física será suficiente para exponerlo al

riesgo de la adicción".

Son claros pues, los nexos profundos entre alcoholismo y cultura y múltiples los condicionamientos sociales que convergen en la génesis y desarrollo de esa enfermedad.

Teorías sobre las Causas Sociales del Alcohólistmo.

Algunas teorías han querido explicar a la conducta desviada (en este caso el alcoholismo) en función de factores predominantemente de tipo social. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

a). El alcoholismo como resultado de la problemática económica y la desigualdad social.

Esta teoría ve en las enfermedades de la misma sociedad la causa originante de las desviaciones sociales. Se busca y se trata de encontrar una ecuación entre pobreza y desviación, entendiéndose por pobreza a la resultante de las desigualdades en la distribución del ingreso en la sociedad.

La posición marxista a este respecto atribuye al sistema capitalista, con su respeto a la posesión privada de los medios de producción, la desigual distribución de la riqueza y la consecuente lucha de clases, la producción de la pobreza y de sus consecuencias: alcoholismo, crímenes, prostitución, etc. Con respecto al problema específico del alcoholismo, se critican las posesiones idealistas, endogenistas, del alcoholismo crónico. Se ofrece la alternativa del sociogenismo, sin que eso rechace la idea de Jellinek de que la personalidad tiene un importantísimo papel en

el desarrollo del alcoholismo. Además de ser una enfermedad so
cial, debido a las desastrosas consecuencias que produce, lo es
además en cuanto que es prevalentemente condicionada por la es-
tructura económico-social, en este caso por la sociedad burque-
sa. Se insiste en las condiciones en las cuales las personas,
sobre todo los trabajadores, son empujados a beber. Se cita el
agotamiento, el cansancio con que se regresa a la casa después
del trabajo, las malas condiciones económicas de los trabajado-
res, la larga jornada de trabajo, la desocupación o inestabili-
dad en el trabajo, la monotonía del mismo, el insuficiente sala-
rio, la carestía de los alimentos (hay que tener en cuenta que
el alcohol da 7 calorías por gramo, lo que lo hace un "alimento"
energéticamente barato), el nivel cultural, la propaganda per-
sistente y perniciosa, etc. Citado por Lertora, Engels (1965)
(29) se refiere a esto mismo cuando dice "el alcoholismo es una
dañosa herencia del pasado, una infame supervivencia del siste-
ma capitalista".

Sin embargo, esta posición de tipo básicamente económico no pa-
rece explicar la saciedad, el problema de la desviación, ni el
problema del alcoholismo. Hay porcentajes muy elevados de po-
bres entre las personas no desviadas, no alcohólicas. El alco-
holismo pertenece a todas las clases sociales. Si bien la exis-
tencia de factores sociales y económicos es muy importante en -
la génesis del alcoholismo y de otras desviaciones, es de igual
importancia la influencia de otro tipo de factores concomitan-
tes, de naturaleza no económica.

La Teoría de la Anomia.

En la sociedad actual se preconizan status más elevados de vida como los más deseables, pero no se proporcionan en la misma medida los medios para alcanzarlos. La frustración producida por la dificultad de alcanzar dichas metas produciría un tipo de personas alienadas, campo propicio para la desviación, y en este caso, el alcoholismo. Merton (1964) (30) busca descubrir por -- que la conducta divergente varía en las diferentes estructuras sociales, y la presión que ésta ejercen sobre ciertas personas orillándolas hacia una actitud inconformista. Distingamos dos elementos como de mayor importancia en las estructuras sociales: los objetivos o metas culturales y las normas institucionales. Los primeros consisten en intereses definidos por los que vale la pena esforzarse y son legítimos para todos los individuos de la sociedad. Las normas se encargan de definir, regular y controlar los modos admisibles de alcanzar esos objetivos. Si el individuo tiene aspiraciones elevadas y pocas oportunidades de alcanzarlas, su conducta será divergente, Merton distingue un cierto tipo de conductas adoptivas, según sean los valores culturales y la posición que ocupan los individuos en la estructura social. Menciona el conformismo, la innovación, el ritualismo, el retraimiento y la rebelión. En el retraimiento se rechazan tanto las metas culturales como los medios institucionalizados. Los individuos están en la sociedad, pero no le pertenecen. Renuncian a las metas prescritas y se salen de las normas establecidas por la misma sociedad. Aquí incluye Merton a los drogadic

tos, a los vagabundos, a los alcohólicos, etc.

Esta teoría es por un hecho que el alcoholismo es mucho más común entre la gente de clase social baja, lo que no está demostrado. Además, es difícil establecer cuáles son las metas culturales - universalmente apreciadas y deseadas por toda una sociedad, sobre todo si ésta es moderna, industrial y compleja. Los alcohólicos y otros grupos consideran sus costumbres y metas como anteriores y más importantes que los de la sociedad en general. Tal vez esta teoría confunda los efectos de una problemática más profunda en el alcoholismo y demás desviaciones y los pone como causa de la misma.

Es muy difícil llegar a establecer una etiología única del alcoholismo. Posiblemente no existe un factor específico que pueda citarse como causa de este problema que a veces se ha atribuido erróneamente a las solas alteraciones constitucionales o biotípicas, a las socioculturales o a las psicológicas. Con respecto a este último aspecto, se ha querido atribuir a los elementos que determinan la personalidad del sujeto la causa más directa en la génesis de la enfermedad. El conflicto entre tendencias que no pueden ser reprimidas conscientemente, entre la necesidad imperiosa y aceptada de adaptación al medio y entre la presión de los principios ético-religiosos puede alterar el funcionamiento de la personalidad haciendo más fácil el desencadenamiento del alcoholismo. Sin embargo, no está probado ni ha sido establecido con claridad el mecanismo que produciría esta enfermedad como resultado de procesos predominantemente psicológicos.

A decir del Dr. José L. Patiño (citado por Guerra Guerra) (31) el alcoholismo no constituye una entidad ni es tampoco un síntoma, sino que "es un acompañante de cualquier tipo de personalidad y de cualquier patología psiquiátrica". Es decir, puede compararse a las neurosis, oligofrenias, epilepsias, etc., acompañantes de tantos cuadros patológicos.

Resumiendo, el alcoholismo es un problema que no puede ser reducido a un solo factor. Hasta el momento sólo puede decirse que tanto los factores genéticos, fisiológicos, metabólicos o nutricionales tienen necesidad de factores psicopatológicos y socio-culturales para conseguir la precipitación del establecimiento y desarrollo de la enfermedad alcohólica.

El Alcoholismo como conducta desviada.

Existen individuos que no aceptan fácilmente las normas sociales sino que incluso las rechazan abiertamente. Lo mismo sucede con los grupos que comparten valores o significados distintos al resto de la sociedad, a veces hasta llegar a fomentar una desviación "sistemática", según la expresión de Lemert (1951) (32) --- cuando el grupo tiene lazos de cohesión, comunicación de práctica, rapport y una común racionalización de su conducta. Se suele catalogar a los alcohólicos dentro de los grupos de esta naturaleza. En una encuesta realizada por Simmons (1965) (33) a la pregunta de "quién es un desviado", un 49% respondió que los homosexuales, un 47% que los drogadictos, un 45% que los alcohólicos, un 27% que las prostitutas, un 22% los asesinos, etc. Otras características de desviación obtuvieron menos de un 20%.

Existe un límite de tolerancia de parte de la sociedad hacia aquellos que, como los alcohólicos, violan las normas explícitas o tácitas en la conducta de beber. Dicho límite está en relación con el grado en que se tolera o castiga el "exceso", según patrones culturales muy variados. Siguiendo a Clinard (1968) (34) se puede decir que "sólo aquellas desviaciones en las que la conducta está en una dirección no aprobada, y con suficiente grado como para exceder el límite de tolerancia de una comunidad, constituye una conducta desviada". Muchas veces la sociedad reacciona no ante el acto desviado en sí sino respecto de - como ha sido etiquetado previamente. No se repudia al transgresor sino al individuo que ha sido sorprendido y puesto en evidenu

cia. El etiqueta de esta manera a una persona puede convertir su problema, según la expresión de Cohen (1966) (36) "en un carácter desviado" e iniciar un proceso circular, generalmente hacia una mayor desviación o hacia la integración del desviado en un grupo o movimiento más o menos organizado en el que se aguzará su problema.

El alcoholismo es considerado como una desviación en la mayor -- parte de las sociedades occidentales. Se le mira como fuente de muchos y graves problemas sociales actuales. No se cae en la - cuenta, sin embargo, que es muchas veces la misma sociedad la - que fomenta y genera la excesiva ingestión de alcohol. Dentro de las contradicciones y problemas de la sociedad está es una - de las causas más comunes del alcoholismo.

C A P I T U L O I I I

Psicopatología del Alcoholismo

Siendo la psicopatología; patología de la mente, estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Este capítulo describirá algunas de las patologías relacionadas con el alcoholismo, y los trastornos metabólicos asociados a él, que pueden conducir hacia la producción de síndromes cerebrales agudos como crónicos.

Las psicosis que ocurren como las complicaciones más relevantes de la adicción al alcohol, representan los más frecuentes estados de insuficiencia cerebral causada por trastornos tóxicos o metabólicos.

La psicopatología en sí, de cualquier individuo, en el terreno del alcoholismo sería la adicción dependencia y tolerancia hacia la ingesta etílica, que las graves consecuencias que produce ésta.

Intoxicación alcohólica Patológica.

La Intoxicación patológica es de los raros desórdenes mentales debidos al alcoholismo. Existe una peculiar susceptibilidad por pequeñas cantidades de alcohol y la reacción del paciente es frecuentemente explosivamente violenta. A menudo la cantidad de alcohol para causar el desorden es solamente de 2 ó 3 copas (406 onza de whisky o su equivalente). Entonces ocurre el comportamiento automático el cual es frecuentemente violento.

Los asaltos hacia otros pueden suceder. La última triada del síntoma es la amnesia completa del episodio. El último recuerdo del paciente es que ha estado tomando un trago, su siguiente recuerdo lo hace sorprenderse donde esta y que ha pasado.

Indudablemente, hay algo de psicología patológica de el cerebro para la relación de esta peculiar circunstancia, pero la localización precisa de la experiencia del escritor hay una alta correlación entre una historia de previa lesión cerebral y el último suceso de intoxicación patológica. Como aún, no conocemos áreas lesionadas del cerebro son responsables. Lo que también parece posible es que, después de cierta deterioración alcohólica del cerebro, este puede volverse suficientemente susceptible a pequeñas cantidades de alcohol y ese episodio de intoxicación patológica ocurre.

La intoxicación patológica es extremadamente importante desde un punto de vista médico legal. Esta es una forma de insalubridad legal, aún dentro de esos Estados y Países que sitúan la estricta interpretación sobre este término. Una condición de alcohó-

lismo a sí mismo no es una justificable defensa legal. Aun dentro de los otros desórdenes mentales debidos al alcohol, la persona puede o no puede estar o ser insana, dependiendo de las circunstancias involucradas. Si un verdadero estado de intoxicación patológico existe, la persona era insana legalmente en el caso: mientras que este síndrome ha sido reconocido solo relativa, y recientemente, y mientras que la confirmación por proceso de laboratorio es aún más reciente que sobre el desorden ha sido obtenida, por lo que aún contiene la dificultad para convencer a jueces y jurados de la validez de la defensa por insalubridad en tales casos. Gradualmente, sin embargo esto ha sido superado y más ilustrados están ahora reconociendo el significado de la enfermedad. El abuso del alcohol usualmente un acto voluntario, y el individuo es responsable por ello, pero no es responsable de una condición de insalubridad que se desarrolla por causa de hipersensibilidad a pequeñas cantidades de alcohol, particularmente cuando el ignora por anticipado que esta condición se seguirá. Un factor dentro de un crimen violento que sucede durante una intoxicación patológica es que este no es motivado o es muy pocamente motivado.

En algunos respectos estos episodios semejan el estado de racha patológica de algunos psicópatas, y en algunas veces son casi idénticos con ataques de epilepsia psicomotora.

Un número de pacientes con episodios de intoxicación patológica que han tenido electroencefalogramas relativamente normales durante su periodo de internamiento han sido sometidos a estudios

después de que se les han dado pequeñas cantidades de alcohol. En muchos de estos casos los patrones típicos de asimiento-psicomotor han aparecido después que se le a dado alcohol al paciente.

Lo que por consiguiente, parecía, que los dos desórdenes son -- esencialmente idénticos. En la epilepsia psicomotora, los asimientos ocurren espontaneamente; y en la intoxicación patológica, ellos ocurren bajo el estímulo del alcohol. (1)

Los Desórdenes Alcohólicos Crónicos

Etiología y Patogénesis

La Etiología de los estados alcohólicos crónicos varia conforme a l individuo y depende de numerosos factores tales como la constitución susceptibilidad, estado general de salud, y la presencia o la ausencia de otros procesos de enfermedad y estados debilitantes, nutrición, y suficiencia de vitaminas. La cantidad de alcohol que entra en la circulación cerebral y la duración de su presencia en el cerebro son importantes.

Ahí están marcados diferencias individuales en susceptibilidad para el alcohol.

Esto es típico del alcohólico crónico que el descuida su salud, come irregular e inadecuadamente y desarrolla la avitaminosis. En suma, el es altamente sujeto para el trauma cerebral. Muchos alcohólicos crónicos sufren continuas heridas cerebrales debidas a caidas o accidentes de automóvil o de otro tipo.

Lo que ocurre durante sus episodios de bebida. Este es el trauma más serio de todos por causa de la tendencia hemorrágica de los vasos sanguíneos cerebrales cuando estan saturados de alcohol. Algunas veces es difícil el determinar cuanta deterioración mental es debida al alcohol y cuanta a las heridas cerebrales.

En algunos síndromes asociados con alcoholismo crónico otros factores tan tóxicos como el alcohol parecen jugar una parte. Mientras la deficiencia de tiamina, riboflavina, y niacina pueden -- producir polineuritis y encefalopatía de Wernicke, numerosas sus-

tancias toxicas son conocidos agentes que producen la psicosis de Korsakoff. Algunas toxinas desconocidas o toxinas presentes en el vino rojo italiano causan la enfermedad (Marchiafonia Bignami).

El metabolismo del cerebro está principalmente terminado de la utilización de glucosa, y la vitamina B1 es esencial para este. La reacción es la descomposición de la glucosa para pyruvate la cual es catalizada en la presencia de vitamina B1.

En la ausencia o deficiencia de vitamina B1, anormalmente altos niveles de pyruvate son encontrados en la sangre.

La hiperyruvenia resulta en disturbancia de funciones de las células nerviosas, y si esta condición continua, la estructura celular es afectada, con la muerte eventual de elementos neuronales. La susceptibilidad de ciertas porciones de los aumentos de la necrosis para los síndromes individuales encontrados.

Patología.

Dentro del alcoholismo crónico esta la atrofia de la corteza cerebral con el aumento en el fluido subaracnoide. Ocurre la degeneración de las células nerviosas y el carácter. La hemorragia subdural es de común encontrada, debido a la relativamente trauma menor. Ocurren ambas neuritis periféricas y centrales.

Frecuentemente, se daña el sistema vascular, con la resultante secundaria degeneración neuronal. Las áreas más frecuentemente afectadas son la corteza, el cerebello, particularmente las células de Purkinje, la materia gris periventricular, y el ganglio basal. Los cuerpos mamilares y los núcleos hipotalámicos son es

pecialmente susceptibles. El cuerpo calloso y la comisura anterior pueden sufrir. Concordando con Welson, la patología básica es la misma en todos los desórdenes alcohólicos degenerativos; - es simplemente más envolvente de ciertas estructuras en síndromes específicos. (2)

Enfermedad de Marchiafava - Bignami o Degeneración del Corpus Callosum

Constituye una alteración mental rara de los alcohólicos descrita por primera vez por los patólogos italianos Marchiafava y Bignami en 1897, caracterizada principalmente por degeneración de la capa intermedia del corpus callosum y por foci simétricos de desmielinización en la comisura anterior y en la materia blanca cerebral. El cuadro clínico es extremadamente variado e incluye prácticamente todas las anomalías atribuibles a trastornos de la función cerebral. Los signos más prominentes son los ocasionados por una deficiencia bilateral del lóbulo frontal: lentitud motora y mental, incontinencia y ataxia; incluso puede presentarse torpeza en el habla. Sin embargo el diagnóstico se hace generalmente post mortem. Aunque se ha observado la mayor incidencia en hombres italianos que beben vino, esta enfermedad se ha presentado en todo el mundo y aún en sujetos no alcohólicos.

Probablemente sus causas son de tipo nutricional. (3)

Hay una similitud al Delirium Tremens, pero esta ausente la alucinosis. Como en la enfermedad de Wernicke, la sintomatología puede ser relacionada estrechamente a las lesiones del cerebro. La confusión y desorientación suceden hasta que la necrosis alcanza la corona radiata. En seguida, con la implicación del Angular gyri anterior, se presentan la apatía y pérdida de atención. Hay una progresiva deteriorización intelectual y emocional, y se presentan ataques de forma epiléptica.

El único tratamiento conocido es la dosis alta de vitaminas espe

cialmente tiamina y niacina y el tratamiento para el alcoholismo crónico en general. Si se ataca bastante tempranamente, el proceso es curable, pero cuando la necrosis se ha desarrollado, la enfermedad es fatal o queda en desajuste permanentemente. (4)

La Alucinosis Alcohólica Aguda

Es también una condición que se presenta con mucha frecuencia en alcohólicos crónicos al suprimir la bebida, aunque en algunos casos los síntomas pueden aparecer durante la fase de ingestión. Los signos físicos de Delirium Tremens están ausentes, y usualmente la única manifestación del desorden es la ocurrencia de alucinaciones auditivas. Estos son de tipo amenazante, acusatorio y pueden causar una gran medrosidad. La reacción del paciente puede convertirse en violenta, con ataque sobre sus persecutores imaginarios. Aquí, en estos casos, está la presencia de depresiones pero las alucinaciones siempre quedan más prominentes. A través de la enfermedad los recursos intelectuales permanecen claros e intactos, así que el paciente puede seguir su trabajo actual y sus actividades. Las alucinaciones visuales pueden suceder pero no son regla general.

Frecuentemente, una persona sufriendo de alucinosis alcohólica aguda irá hacia un considerable período antes que este cambie a un estado de aparente enfermedad. La primera manifestación abierta puede ser un ataque sobre uno de sus perseguidores falsos. Numerosas teorías han sido delineadas para explicar el desorden sobre la base de la psicología patológica - la circulación anor-

mal a los lóbulos temporales, o la función distorsiva de los núcleos amigdaloides. Otros postulan una básica personalidad paranoide realizada por el afecto tóxico del alcohol sobre las neuronas cerebrales. (5)

Y otros más postulan que representa un tipo de síndrome de abstinencia alcohólica, que tal vez ocurre en individuos en quienes -- constitucionalmente predomina la imaginación auditiva, o en pacientes con algún trastorno del séptimo par craneal y de las vías auditivas, dentro del sistema nervioso central, ambos factores -- predispondrían al individuo a la aparición de Tinnitus, con ilusiones y alucinaciones auditivas subsecuentes. Cuando la persona tiene Tinnitus unilateral lo común es que la experiencia alucinatoria será ipsilateral. (6)

La alucinosis aguda puede continuar por semanas después que ha cesado el consumo de alcohol, y ha habido casos conocidos en que -- continua por tres o cuatro meses. Tales ataques prolongados debían estar dándose por una cuidadosa consideración diferencial -- como casos posibles de esquizofrenia o esquizofrenia alcohólica. El tratamiento de esta alucinosis alcohólica aguda está discutido bajo el encabezado general del tratamiento de desórdenes alcohólicos. La hospitalización es esencial, por la condición peligrosa del paciente así mismo y hacia otros. Para un tiempo después de la desaparición de las alucinaciones, el paciente puede retener la creencia engañosa de que las alucinaciones fueron reales, pero gradualmente obtendrá profundidad de sentido, y reconocerá la naturaleza de su enfermedad. Este es otro aspecto en el

cual se difiere la alucinosis aguda de la esquizofrenia, por lo que la profundidad completa de enfermedad es raras veces alcanzada.

Factores Psicológicos.

Existen datos para creer que sí un individuo con cierto tipo de personalidad ingiere grandes cantidades de alcohol durante un período considerable, puede liberarse de una reacción psicógena de naturaleza esquizofrénica aguda. La frecuencia del antecedente de una mala adaptación heterosexual en el paciente con alucinosis alcohólica, y el carácter homosexual de las alucinaciones sugieren que algunos casos por lo menos, las tendencias homosexuales no reconocidas pueden ser el factor psicopatógeno que impulsa al paciente hacia el alcoholismo y determina la naturaleza de las alucinaciones. Respecto a la determinación psicógena del estado de ánimo que predomina en la alucinosis alcohólica se puede sugerir, especulativamente que el sentimiento inconsciente de amenaza a la personalidad por el impulso homosexual, biológicamente destructivo y socialmente prohibido es mayor que el sentimiento de culpa que se origina a veces en dicho impulso reprimido; de aquí que el estado de ánimo habitualmente se caracterice por miedo y no por depresión.

Delirium Tremens.

El término Delirium Tremens (DT's), fue utilizado por primera vez por Thomas Sutton, en 1813 en esta descripción se considera como la descripción clásica de esta enfermedad. La naturaleza de los factores que actúan en su producción es incierta. Desde hace mucho tiempo se ha considerado que se trata de una psicosis aguda que desarrolla en el alcohólico crónico, después de un exceso especialmente intenso o prolongado de embriaguez. Algunos psiquiatras en la actualidad creen que se trata de un síndrome debido a la ausencia del alcohol, precipitado en los adictos crónicos por la interrupción súbita del tóxico. Por lo menos en algunos casos, esta parece ser la causa probable, ya que, experimentalmente se ha producido dejando de administrar alcohol de manera brusca, en personas que durante 48 horas o más días ha estado ingiriendo 360 ml. o más del tóxico. La interrupción puede provocar no sólo el delirio y a veces convulsiones, sino también anormalidades en el electroencefalograma. Por otra parte el trastorno puede seguir también de alteraciones metabólicas como: metabolismo deficiente de los carbohidratos, disminución en la función desintoxicante del hígado, trastornos en el metabolismo de las proteínas, acidosis, oxigenación deficiente del cerebro, balance hídrico alterado y diversas carencias nutricionales, especialmente la vitamina B, la cual el alcohólico habitualmente ingiere en cantidades insuficientes, o no absorbe. La absorción de toxinas a partir del aparato gastrointestinal, también puede ser un factor en la producción del estado tóxico. El enfermo habitualmente está des

hidratado y los cloruros sanguíneos se encuentran bajos. Mucho ha sido aprendido recientemente en lo que concierne a la química del sistema nervioso, Himmich, ha mostrado que el alcohol interfiere con el metabolismo de las células nerviosas de los carbohidratos. Aparentemente en alguna fase de esta interferencia en que resulta el desarrollo del Delirium Tremens. (7)

La arremetida puede ocurrir durante un episodio alcohólico, o esta puede seguir a la terminación de un ataque alcohólico de varios días a una semana.

La enfermedad se caracteriza por una súbita arremetida y algunas veces sigue una convulsión alcohólica.

Los espasmos musculares (mioclónicos) de las extremidades cabeza y el cuello, y una debilidad generalizada que ocurre junto con un sudor profuso. Esto es un verdadero Delirio, con el empeoramiento de todas las funciones intelectuales. Amnesia irregular o parcial de la atención, percepción, y la comprensión es promiente.

Queda usualmente un contacto parcial con el medio ambiente, y el paciente puede ser capaz de discutir su enfermedad con el médico. Las alucinaciones están casi siempre presentes y son descritas como sombras vagas o formas y están espantando y a menudo producen pánico.

A menos que esté encerrado, el paciente puede intentar saltar por una ventana o puede correr aterrado.

Las alucinaciones auditivas pueden ocurrir, pero son menos frecuentes que una alucinación alcohólica aguda. Las alucinaciones visuales pueden ser sumamente bizarras.

En el Delirium Tremens pueden ser varios síntomas prodrómicos tales como la irritabilidad, insomnio, anorexia, intranquilidad general, temblores de los dedos y la cara, habla furfullante.

Puede haber excesiva transpiración y dilatación de las pupilas.

La albuminaria se presenta frecuentemente. El paciente puede padecer mareos y alucinaciones pasajeras.

Las alucinaciones visuales típicas son terroríficas para el paciente. Ellos son usualmente objetos animados de apariencia horrible y deformes. Ellos amenazan la vida del paciente. El los describe vívidamente, y algunas veces son extremadamente pequeños (alucinaciones liliputienses).

A veces son descritos como vagas figuras sombrías que son todo lo más terroríficas. Pueden ocurrir ilusiones y objetos inanimados dentro de la habitación pueden volverse animales.

Ocasionalmente, las alucinaciones auditivas pueden ocurrir, pero estas nunca son completas como en la alucinosis aguda. Ellos consisten de ocasionales palabras amenazantes o frases.

Las alucinaciones olfativas y gustativas pueden estar asociadas con engaños de atentados, de envenenamiento contra la vida del paciente. El humor del paciente imaginarios de de tamaño diminuto. A veces las alucinaciones pueden ser sugeridas. Por ejemplo se le da al paciente un hilo imaginario y se le dice que lo enrolle en uno de sus dedos, el responde a las instrucciones y ejecutará la orden cuidadosamente. No es raro que se presenten alucinaciones táctiles, probablemente debidas a neuritis periférica.

El enfermo siente al mismo tiempo que ve, los insectos sobre su

piel.

El estado de ánimo habitualmente es de irritabilidad, miedo, aprensión, o incluso terror. En ocasiones sin embargo, es de euforia, diversión, tontería o está caracterizado por un macabro sentido del humor, acompañado de la narración de confabulaciones absurdas.

La consciencia está obnubilada y el paciente puede hallarse en un estado de confusión profunda con desorientación respecto al tiempo-espacio. El habla a menudo es incoherente. El enfermo con frecuencia identifica erróneamente a las personas que lo rodean. La atención es fugaz y las impresiones se retienen solo un momento. No es raro que el delirio sea de tipo ocupativo con intensa excitación motora. Repetidas veces el paciente se baja de la cama para atender algún detalle de su supuesta ocupación, o para asir algún objeto imaginario. Generalmente le es imposible conciliar el sueño.

En la exploración física, las conjuntivas y la cara habitualmente se encuentran congestionadas. Las pupilas están dilatadas y a menudo reaccionan con lentitud. Casi siempre se halla con temblor generalizado de grandes oscilaciones, que aumenta cuando se provoca tensión muscular, como por ejemplo durante la extensión de los dedos en los casos avanzados, la lengua también está temblorosa, al igual que los músculos de los labios y la cara. El pulso es rápido y a menudo irregular y débil. La temperatura está elevada y en algunos casos puede haber fiebre franca. La piel está húmeda, la cara con frecuencia muestra sudoración abundantemente. Los reflejos tendinosos habitualmente están aumentados, y a ve--

ces ausentes debido a la neuropatía. En ocasiones los troncos -- nerviosos y los músculos duelen a la presión.

Existe albuminaria en cerca de la mitad de los casos.

Pueden aparecer crisis epilépticas, cuya causa es incierta.

En ocasiones el paciente es epiléptico, y las convulsiones han sido precipitadas por productos tóxicos que se encuentran en el alcohol mismo, o por el daño cerebral que resulta de ingesta etílica. Las convulsiones pueden presentarse después de una interrupción brusca de la ingestión de alcohol en el bebedor crónico.

(8)

Diagnóstico Diferencial del DT'S.

Hay que distinguir el Delirium Tremens de otras formas de alucinosis alcohólicas, así como de otros síndromes cerebrales.

De estos ante un enfermo alcohólico, hay que tener presente en especial el estado delirante que se asocia a la insuficiencia hepática aguda, y que recibe el nombre de coma hepática inminente.

La cirrosis del hígado debida al alcohol que es la causa más frecuente de esta afección aunque puede ocurrir en otras enfermedades que producen trastornos graves en el parenquima hepático.

Es de gran importancia distinguir esta entidad clínica ya sea que el tratamiento que se prescribe es muy diferente; si en coma hepática inminente se trata como delirium tremens, el resultado puede ser fatal.

Aunque ambos cuadros pueden aparecer después de un período de exceso alcohólico, lo más frecuente es que el Delirium Tremens aparezca después de que el individuo ha dejado de beber. El enfermo con DT's está consciente, responde a los estímulos, salvo que le hayan dado sedantes, a menudo es agresivo y destructivo, y -- sus experiencias alucinatorias suelen ser visuales. El individuo que sufre de un coma hepático inminente más a menudo se presenta semiobnubilado y letárgico, con disminución en la actividad psicomotora y rara vez tiene alucinaciones visuales en forma vividas. Tal vez el punto diferencial más característico es el irregular, "temblor el aleteo" que aparece cuando el individuo con insuficiencia hepática extiende los brazos, además su habla suele ser lenta pastosa o monótona con perseveración, y una expresión facial semejante a una máscara. Tanto el tono flexor de los múscu

los como los reflejos tendinoso están aumentados.

Los enfermos con coma hepático inminente pasan al estupor habitualmente con pocos signos de angustia o miedo; es más probable que exhiban hipersomnias y no el insomnio, el padecimiento hepático produce hiperfagia y no la anorexia, de los pacientes con delirium tremens.

Por otra parte el examen médico general en los casos de coma hepático, a menudo revela la presencia de ictericia, gran hepatomegalia, factor hepaticus y aumento de amoníaco, hallazgos inexistentes en el Delirium Tremens.

El electroencefalograma ha sido útil para diagnosticar la insuficiencia hepática, ya que es aproximadamente el 25% de los casos es posible encontrar una onda trifásica. "Además cuando el hígado funciona mal y se da por vía bucal una dosis de cloruro de amonio (3 mg. x kg. de peso corporal), se provoca un aumento en la anormalidad del EEG en un lapso de 30 a 60 minutos.

La pancreatitis aguda, que es otra complicación común en alcohólico crónico, también puede asociarse con una psicosis alucinatoria, que se debe distinguir del Delirium Tremens. En la pancreatitis, el diagnóstico primario se establece cuando hay dolor abdominal intenso, con la hipersensibilidad abdominal, vómitos, taquicardia, leucocitos, y en especial un nivel muy alto de amilasa sérica (más de 300 unidades somogyi).

Anatomía Patológica.

Pueden aparecer cambios, tanto degenerativos como inflamatorios, el cerebro habitualmente está edematoso. Existe degeneración de tipo licuefacción más o menos intensa en las células nerviosas y aumento de la glía, con ligera infiltración de células redondas. Existe degeneración de las envolturas miélicas, especialmente en el cerebelo aparecen hemorragias puntiformes y un grado ligero de leptomeningitis.

Évolución y Pronóstico

El Delirium Tremens, habitualmente sigue un curso agudo, y termina en un plazo de 3 a 10 días. Es frecuente que la convalecencia vaya precedida de un sueño prolongado, después de la consciencia se aclara y las alucinaciones desaparecen, aunque durante un tiempo corto pueden volverse a presentar breves episodios nocturnos de delirio. El pronóstico depende principalmente de la presencia o ausencia de una degeneración del miocardio, que no es rara en el alcohólico crónico, hace que el pronóstico sea mucho menos favorable. La mortalidad en el tipo de caso que se interna en el hospital alcanza un promedio de 5 a 15% y las dos causas más frecuentes de muerte son insuficiencia cardíaca y neumonía. En ocasiones en vez de terminar en la muerte o en la recuperación dentro del promedio habitual, el cuadro evoluciona hacia una psicosis de Korsakoff y se confunde con ella.

Terapia Medicamentosa.

1. Lavado gástrico, para extraer el remanente de alcohol y el moco y para eliminar otros productos de una gastritis crónica.
2. Reposo absoluto en cama. Tranquilizarlos cuando tengan alucinaciones e ilusiones y temores.
3. Nunca maniatar al enfermo.
4. Clorpromazina. 1 mg. en período de 24 horas V.I.M. para prevenir el exceso de actividad y proporciona sueño y mejora el apetito. No modifica el estado ilusorio o alucinatorio, ni acorta mayormente el curso del padecimiento, es muy útil para aliviar la angustia.
Esta contraindicado cuando existe además una infección grave o un tratamiento cardíaco, o después de un uso reciente de otras drogas.
5. Cafeína. Como estimulante cardíaco.
6. Hipnóticos. Menos depresores. Paraldehído en dosis de 11 a 15 ml. 1 a 3 veces al día.
7. Corticotropina 25 mg. a intervalos de 4 horas para ayudar a una recuperación más rápida IM ó IV o en la solución con glucosado o en solución salina.
8. Dextrosa, 100 ml. de glucosado al 50% cada tres horas, si es necesario.
9. Acido Nicotínico. (10 mgr. deben suministrarse de inmediato y deben repetirse 3 veces al día). Venoclisís.
10. Cloruro de tiamina (50 a 100 mgr.).

11. Insulina. 15 unidades 3 a 4 veces al día desaparece más rápidamente el alcohol de la sangre.
12. Cloruro de sodio (cápsulas de 2 gr.) para combatir la deshidratación y para aumentar la reserva alcalina. También en pacientes que presentan delirios y temblor intenso, cápsulas de 2 gr. c/4 horas ya que puede ser deficiencia de magnesio.
13. 3,000 a 4,000 ml. de líquido al día.
14. Dieta blanda, abundante y alta en carbohidratos 3,000 a --- 4,000 calorías diarias y rica en vitaminas.
15. Complejo B para prevenir el síndrome de Wernicke o de una encefalopatía, por deficiencia de ácido nicotínico.

Psicosis de Korsakoff.

Este tipo de psicosis alcohólica fue descrito por el Psiquiatra ruso Sergel Korsakoff. Es uno de los desórdenes de alcoholismo crónico que probablemente puede ser causado por deficiencias vitamínicas, incluyéndose a la vez vómitos perniciosos con toxemia de embarazo, gastritis arsénica crónica con otros metales pesados y deficiencias nutritivas asociadas con inanición o en asociaciones con beri-beri y pelagra.

Por lo tanto todos estos síndromes tienen una común deficiencia de vitaminas, tal parece que este puede ser el factor etiológico en el síndrome de korsakoff. También, la polineuritis ocurre en cerca del 50% de los casos, y mientras la polineuritis se conoce por ser una enzima enferma, esto da mayor evidencia para la deficiencia-vitáminica origen de la psicosis de Korsakoff. Callada y frecuentemente, esta es una residual continuación a la recuperación de la enfermedad de Wernicke.

Un paciente puede recuperarse del Delirium Tremens o de Korsakoff. La enfermedad es uno de los más dramáticos de los desórdenes alcohólicos. Usualmente, el principio es gradual. Las principales características son extremos defectos de memoria y confabulación. Básicamente, hay una pérdida de introspección y juicio, y severa amnesia para sucesos recientes. El paciente es también extremadamente sugestivo, y esto, combinado con su completa falta de juicio lo lleva a fabricar toda clase de fantásticos cuentos para llenar las lagunas en su memoria. El defecto de memoria es para los sucesos recientes, y a menudo el paciente no puede re--

cordar lo acontecido dentro de pocas horas precedentes o pocos minutos. En un intento por ocultar sus defectos de memoria, aún de sí mismo, el paciente confabula, inventa historias o acepta las historias de otros para llenar sus lagunas de tiempo perdido en su memoria. (9)

Etiología.

Es uno de los diversos síndromes que resultan de la deficiencia de vitamina"; más específicamente la deficiencia de tiamina y de niacina, es la principal responsable de ellos.

Las variaciones en estos síndromes dependen principalmente de las partes del sistema nervioso en las que se haya localizado la degeneración neuronal. Si ésta se encuentra principalmente en el cerebro y en los nervios periféricos aparece el síndrome de Korsakoff.

La anatomía patológica de la psicosis de Korsakoff consiste en cambios parenquimatosos difuso. Entre éstos se encuentran alteraciones en los axones, depósito de cantidades excesivas de pigmento lipocrónico normal en las células nerviosas, en la glia, en la microglia y en torno a los vasos sanguíneos de la corteza prefrontal y motora, así como cambios cromatolíticos agudos en las células nerviosas de mayor tamaño de estas áreas, especialmente en las células de Betz. (10) Constituye, una variedad de síndrome cerebral crónico.

Terapia Medicamentosa.

El primer paso en el tratamiento es suprimir la ingesta del alcohol. Para corregir la deficiencia de vitamina B1, pueden administrarse 20 a 50 gr. diarios de cloruro de tiamina durante unos cuantos días, seguido de 20 gr. de levadura de cerveza en polvo disuelta en leche helada, 3 veces al día. Deben proporcionarse libremente alimentos ricos en complejo vitamínicos B, como leche, frutas, huevos y otros.

Probablemente sea aconsejable administrar también ácido ascórbico. Si ya se han instalado cambios estructurales irreversibles, las vitaminas no modificarán los síntomas. (11)

Estado Alcohólicos Epilépticos.

El efecto del alcohol dentro de la actividad de los estados psicomotores ha sido discutida. El alcohol es también un potente activador de otros tipos de apilepsia. Es bien conocido que los casos de epilepsia del gran mal latente y menor pueden activarse cuando el paciente bebe. Todos los pacientes con epilepsia debían ser - advertidos sobre el uso del alcohol en cualquier forma.

Las convulsiones alcohólicas son bien conocidas como complicaciones de alcoholismo crónico agudo. A veces, una de estas convulsiones inicia un ataque de Delirium Tremens. Este es aparentemente el efecto irritante del alcohol sobre las neuronas corticales que precipitan las convulsiones. Sin embargo, es probable que estos individuos sean epilépticos en forma latente, o que ha ocurrido una previa herida cerebral.

La amnesia alcohólica es extremadamente común.

Usualmente es una amnesia temporaria o parcial, simplemente el olvido que ocurre durante la intoxicación. Los casos de completa - amnesia debidos al alcohol ocurren cuando el paciente esta profundamente intoxicado. En los individuos histéricos, las pequeñas cantidades de alcohol pueden producir amnesia y estados de fuga.(12)

Deterioro Mental Crónico.

Deterioro alcohólico. Dentro de esta subdivisión están incluidas todas las variedades de síndromes cerebrales crónicos causados por el alcohol, que presentan los rasgos característicos de la Psicosis de Korsakoff (en el primer manual de la A.P.A el Deterioro Alcohólico y la psicosis de Korsakoff estaban dentro de la categoría de "síndrome cerebral crónico; intoxicación alcohólica con reacción psicótica". (13)

La deterioración alcohólica crónica mental esta manifestada por una deterioración gradual de los valores de ética y moral de el individuo. El sentido de ética usualmente se disturba primero, y el individuo se torna en descuidado de de su sentido de los valores sociales. Su comportamiento puede convertirse en crudo, desconsiderado, y aún obseno. Con la progresiva implicación del cerebro, aparecen los defectos de memoria y las generales disturbancias intelectuales.

Los observadores notan un progresivo y gradual cambio de personalidad. Las características de irritabilidad, intratabilidad, debilidad, biligerancia y pendencieros son frecuentes.

Finalmente, el paciente se vuelve completamente incapacitado para el trabajo. Hasta esta etapa la situación es casi desesperada, sin embargo que el paciente puede parar de beber, la mayoría de los cambios cerebrales son irreversibles.

El tratamiento intensivo con vitaminas y otras sustancias nutritivas pueden efectuar algún mejoramiento, y han habido constancias de dramáticos y extraordinarios mejoramientos en casos ais-

lados. Se puede solamente decir que, en tales casos, las distur
bancias en los elementos neuronales no había alcanzado el punto
de irreversibilidad. En casos severos la hospitalización perma-
nente se vuelve necesaria. Los casos de este grado de severidad
pueden similar tumores del lóbulo frontal o la ahora casi extin-
ta meningoencefalitis sifilítica (paresis general). (14)

Psicosis Alcohólica Crónica Tipo Paranoide.

El término describe un estado paranoico que se desarrolla en los alcohólicos crónicos, generalmente de sexo masculino, y se caracteriza por celos excesivos y fantasías respecto a la fidelidad de su esposa.

Algunos escritores han descrito una psicosis alcohólica crónica de tipo paranoide. Esto parece improbable que el alcohol, por sí, produce el desorden paranoide, pero que esto ocurre en básicamente individuos paranoides. El alcohol simplemente libera la reacción psicótica paranoide. Hay una estrecha semejanza de este desorden con la esquizofrenia tipo paranoide, con excepción de que los síntomas básicos de esquizofrenia están ausentes. Las decepciones son menos sistematizadas que en la verdadera paranoia.

El individuo se vuelve pendenciero, quejoso, argumentativo, y generalmente difícil. Finalmente la verdadera decepción ocurre. Aparentemente en un individuo básicamente paranoide. La verdadera deterioración mental esta usualmente mezclada con la reacción paranoide. (15)

También en esta afección puede haber un factor común (el impulso homosexual reprimido) que explique el alcoholismo y la psicosis al mismo tiempo. Habitualmente el enfermo nunca ha establecido una relación heterosexual adecuada y madura. En la vida prepsicótica del paciente encontramos a menudo las mismas fallas en el desarrollo, las mismas fijaciones, los mismos rasgos de personalidad y los mismos procesos psicopatológicos que en otras psicosis

paranoides. En la paranoia alcohólica, el uso del alcohol, pro provocado por estas tendencias, debilita la represión y prolonga en forma continua el círculo vicioso psicopatológico del conflic to homosexual. Psicologicamente las condiciones del enfermo eran favorables para el desarrollo de una psicosis antes de que la in gestión de alcohol se volviera excesiva. En algunos casos puede incluso decirse que ya existía una psicosis latente y que el alcohol sólo apresuró su aparición.

El patrón previo de la personalidad de estos pacientes habitualmente se caracteriza por terquedad, desconfianza, resentimiento, proyección y otros mecanismos defensivos, resentimiento, proyec ción y otros mecanismos defensivos.

La historia clínica del paciente casi siempre muestra que ha sido un individuo que acepta mal la disciplina y que, por lo regular, ha preferido la compañía de hombres.

Los síntomas de la paranoia alcohólica se caracteriza en su forma típica por ideas delirantes de celos e infidelidad. Al principio el paciente es irritable, encuentra defectos en todo y es desconfiado. A estas desagradables características defensivas, se a-- gregan posteriormente acusaciones de infidelidad conyugal; para apoyar estas, el enfermo aduce razones más insignificantes y los argumentos más absurdos.

Con celos motivados por un sentimiento no reconocido de culpabilidad y miedo y cuyo origen son rasgos e impulsos odiosos de su propia personalidad, el marido desconfiado elabora numerosos pla nes para atrapar a su esposa y a su supuesto amante.

A causa de su desarrollo incompleto y la mala integración de su personalidad, estos pacientes son especialmente ineptos para satisfacer la demanda prolongada de adaptación social que implica el matrimonio; acusando a su esposa del interés que ellos experimentan hacia otros hombres, aseguran el alivio de su angustia. Las ideas subsecuentes son psicológicamente protectoras, pero trastornan la adaptación a la realidad. A veces, debido al uso excesivo de bebidas tóxicas, se desarrolla impotencia producida por la acción del alcohol sobre el sistema nervioso central; esto aumenta la sensación de inseguridad e incompetencia del paciente. Para no reconocer esta última tiene que desarrollarse ideas de infidelidad.

El pronóstico no es bueno. Al reducirse las demandas de adaptación cuando al enfermo se le interna en un hospital, es posible que mejore y deje de tener ideas delirantes. En otras ocasiones, al observar que la expresión de sus ideas ha provocado una coartación de su libertad, el paciente disimula y asegura que reconoce haber estado en un error y que ya no duda de la fidelidad de su esposa. Sea como fuere, cuando retorna a la situación inicial, en poco tiempo reaparecen las ideas delirantes previas y la conducta amenazadora. (16)

También desde el punto de vista de la autoestimación, el miedo es psicológicamente preferible a la vergüenza. Si el sentimiento de culpa es relativamente intenso, el paciente presenta la depresión que en ocasiones se observa durante el curso de la enfermedad.

Terapia Medicamentosa.

Suspensión de toda ingestión etílica. Vigilar al paciente para que no cometa actos contra otros; o contra el mismo. El baño - continuo ayuda a calmar el miedo y la angustia, y a este fin también son útiles la cloropromazina y los agentes tranquilizadores semejantes. El paciente debe comer regularmente y en abundancia y administración de grandes cantidades de jugo de naranja y complejo vitamínico B. (17)

Encefalopatía de Wernicke

En 1881, Carl Wernicke describió un síndrome que consiste en oftalmoplejia, pérdida de memoria confabulación, apatía, demencia progresiva ataxia, obnubilación de la consciencia e incluso coma. Actualmente se sabe que dicho síndrome invariablemente se asocia con una insuficiencia de tiamina y que en forma habitual también hay insuficiencia de niacina. A causa de la falta de tiamina, se altera la oxidación del ácido pirúvico que se forma durante el desdoblamiento de la glucosa, y en consecuencia dicho ácido pirúvico, se acumula en la sangre.

La "encefalitis" de Wernicke, afecta principalmente a los alcohólicos crónicos, pero también se ha descrito en la anemia perniciosa en la hiperemesis gravídica, en el cáncer gástrico y en los prisioneros de guerra.

Los cambios patológicos principalmente se encuentran en el tallo cerebral, y afectan a los cuerpos mamilares, y a las regiones adyacentes al acueducto, al tercero y cuarto ventrículos. Las lesiones se caracterizan por diversos grados de necrosis tanto en las células como en las fibras nerviosas, junto a cambios reactivos de la microglia y los astrocitos, alteraciones en los pequeños vasos sanguíneos y, en algunos casos, hemorragias petequiales.

Los trastornos oculares y vertical, así como diversos grados de parálisis en los movimientos conjugados y en los rectos externos. Si la insuficiencia de tiamina produce una neuropatía periférica, hipertrofia cardíaca, debilidad miocárdica y edema, las manifestaciones clínicas son las de beri-beri, en forma de insuficien

cia sin alteraciones mentales. El beri-beri, no obstante, puede asociarse a la encefalopatía de Wernicke. Una insuficiencia de tiamina sin complicaciones ni fenómenos neurológicos asociados - puede producir un síndrome neurasténico que se caracteriza por - sensación de debilidad, fatigabilidad aumentada, inestabilidad - emocional, irritabilidad, gran variabilidad en los estados de ánimo, actitud belicosa, falta de memoria, apatía, depresión moderada y miedos vagos. Estos estímulos desaparecen al aumentar la ingestión de tiamina.

En la encefalopatía nutricional, casi nunca hay una sola insuficiencia vitamínica. En el mismo se pueden observar delirium tremens, psicosis de Korsakoff, encefalopatía por insuficiencia de ácido nicotínico (pelagra) y síndrome de Wernicke. Puede haber también una neuropatía con la forma de la "neuritis alcohólica".

(18)

Patológicamente, se hallan las lesiones hemorrágica y degenerativa en el núcleo medial talámico; cuerpos mamilares, y cercanos - al margen del tercer ventrículo. También frecuentemente hay lesiones en el fondo del cuarto ventrículo. El núcleo neuro-cra- - neal y el grueso posterior longitudinal son implicados.

El ataque inicial esta usualmente acompañado de confusión, excitación y algunas veces delirium. Después de un período de algunos días o semanas, el paciente desarrolla diplopía del tercero o sexto nervio en implicación. La memoria esta turbada, puede presentarse disartria, y en una etapa inicial de excitación y delirio puede cambiar en una de somnolencia y estupor. Este es un

frecuente precursor de la muerte.

La diplopía puede convertirse en una completa oftalmoplegia, y puede haber una neuropatía periférica asociada.

Mientras el pronóstico en una completa encefalopatía de Wernicke es extremadamente pobre, suceden casos fraccionados, y un intensivo tratamiento con niacina y tiamina puede salvar la vida del paciente. Entonces aún puede ser o haber una inversión de alguno de los síntomas mentales extremos del paciente. (19)

Polineuritis

Mientras que la polineuritis alcohólica no es primeramente un de sorden psiquiátrico, esto ocurre con tal frecuencia en ciertos estados psiquiátricos alcohólicos que merece mencionarse.

La polineuritis es una complicación frecuente o desorden asocia- do de la enfermedad de Wernicke o la psicosis de Korsakoff. La polineuritis alcohólica es de ambos tipos motriz y sensorial; -- hay una predilección para ciertas células del cordón espinal. -

Clinicamente, la gota se presenta y gradualmente el ascenso de parestesia de la parte baja de las extremidades se presenta.

La temprana luperesticia caracterizada por la sensibilidad sobre los nervios del tronco es substituida por hiperestesia. La fal- ta de reflejos profundos y la ataxia de paso continuada a la pér dida completa de la diabilidad para caminar debido a la notable paresis son efectos que se encuentran. Hay una notable simili- tud con la polineuritis de Tabu y con la diabetes. La deficien- cia de vitamina B1 es casi exclusivamente la responsable para la polineuritis de alcoholismo, esto es, por supuesto una enzima en ferma. (20)

Encefalopatía por deficiencia de Acido Nicotínico.

Jalliffe Etal, ha descrito la encefalopatía por carencia de ácido nicotínico como un síndrome caracterizado por la presencia de reflejos de sección y codicia, una rigidez de los engranes de las extremidades, y progresivo nublamiento de la conciencia.

Esto sucede por supuesto, principalmente en alcohólicos.

La confirmación del diagnóstico esta hecha por un ensayo de 500 a 1,000 mg. de ácido nicotínico diariamente para una semana, un notable mejoramiento debe resultar.

La nicotínico ácido amida, 100 a 200 mg. parenteralmente de diario para tres a siete días puede lograr los mismos resultados.

La tiamina y vitamina B en complejo son también útiles en el tratamiento. Los efectos residuales de memoria son comunes de reportar. (21)

C A P I T U L O I V

El M.M.P.I. en la Investigación.

Desde la aparición del MMPI en 1940, esta técnica ha llegado a ser uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la personalidad, no sólo en el campo de la psicología clínica. Ya en 1960 al publicarse el "MMPI Handbook", se contaba con más de mil informes de investigaciones, y se habían elaborado ya más de doscientas escalas, para calificar las preguntas básicas.

Dahlstrom y Welsch han logrado seleccionar doscientas trece escalas diferentes que incluyen: aprovechamiento escolar, alcoholismo, índice de ansiedad, ansiedad manifiesta, control, delincuencia, negación de síntomas, escapismo, inmadurez emocional, epilepsia, fortaleza del ego, masoquismo femenino, tendencia a cefaleas, control de la hostilidad, hostilidad, histeria de conversión, necesidad de afecto, altruismo, normalidad, predicción de modificación pedofilia, rigidez, etc., que han sido investigadas por Welsh, Hathaway, Meehl, Mc Kinley, Schofield, Pepper, Strong, Gough, Beal, Panton, Barron, Monachesi, Guthrie, Hampton, Holmes y otros. (1)

El MMPI, permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas, desarrolladas y también constituye un documento mediante el cual, a través de sus 566 reactivos, un individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo.

En este sentido se puede considerar una técnica de inventario -

con excelentes bases Psicométricas y una técnica, hasta cierto punto bastante proyectiva.

El mecanismo de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante tienen un buen nivel de confiabilidad y validez, ya que dependen de marcos de referencia fijos, obtenidos a través de un proceso de estandarización en una determinada población.

Por esta razón, se considera importante, al manejar grandes grupos de sujetos, realizar un proceso de normalización previo a la interpretación, ya que los reportes de investigación con el MMPI, en diversos países incluyendo el nuestro, han demostrado algunas diferencias transculturales importantes que es conveniente tener en cuenta al interpretar perfiles aislados.

Por otra parte es fundamental, para interpretar cada perfil, tener en cuenta, el contexto dentro del cual se administró el inventario (trabajo, escuela, hospital psiquiátrico, etc.,) así como la edad del sujeto e inclusive, algunas consideraciones del ambiente socio-cultural en el que se ha desarrollado la persona.

Aún cuando el MMPI no ofrece demasiadas dificultades ni para su aplicación, ni para su calificación, el entrenamiento para conseguir interpretarlo adecuadamente, depende del conocimiento que sobre aspectos psicodinámicos y psicopatológicos posea el psicólogo.

Dentro de todas las ventajas que ofrece el MMPI como técnica de la evaluación de la personalidad es conveniente, también tener

en cuenta los límites que requiere el mismo inventario para su manejo adecuado. El rango de edades para el cual ha sido diseñado va de los 14 años a los 64 años. Se requiere también, que el sujeto posea un mínimo de escolaridad secundaria y que no presente deficiencias intelectuales ni en los estados de conciencia.

El MMPI ha sido utilizado como instrumento para evaluar psicopatología y rasgos de personalidad en muchos países. Aunque se ha criticado su uso por lo extenso del inventario y las dificultades para adaptarlo como un instrumento a diferentes idiosincrasias casi siempre ha resultado de utilidad.

Existen varias versiones en español, italiano, chino y japones. Se ha empezado a utilizar aún en países que tradicionalmente han sido resistentes a este tipo de instrumentos como es el caso de china.

En cada uno de estos países el perfil de la población ha mostrado características diferentes.

En México ha sido ampliamente utilizado como instrumento de selección y evaluación en diferentes áreas. (2)

En Estados Unidos se han desarrollado varias escalas de alcoholismo, las más conocidas son de Hampton (1951) y Holmes (1953).

(3)

Problemas Comunes de Metodología en la Investigación del MMPI

En 1972 Burós reportó cerca de 200 libros y artículos sobre el MMPI eran publicados anualmente. Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1975) citan cerca de 6,000 referencias del MMPI.

Butcher y Pancheri (1976) reportan alrededor de 600 referencias recientes en investigaciones en sectores nacionales unicamente.

Butcher y Orven (en Prensa) recientemente revisaron y clasificaron las investigaciones del MMPI para los pasados 5 años".(4)

Todas estas investigaciones se han realizado en los Estados Unidos de Norteamérica.

En México, se ha utilizado el MMPI, en diversas investigaciones las más sobresalientes son los criterios psicopatológicos, que obtuvo la maestra Ofelia Rivera,(5) y el perfil normalizado del Psicólogo Pablo Reyes y colaboradores. (6)

Sin embargo no existen investigaciones en las cuales se hayan desarrollado escalas adicionales en el MMPI.

En todo tipo de investigación existen criterios y en el Inventario Multifásico de la Personalidad son los siguientes:

Los Criterios de la Investigación en el MMPI.

1. "En investigaciones con computadora, se han obtenido resultados muy poco valiosos no utilizando la corrección k, pero utilizando k como un indicador separado. Este simple pensamiento de la validez de k como "supresor" no se ha descartado. Por supuesto, un apropiado análisis multivariado de un dato permitirá determinar si k de hecho funciona como supre

sor en un grupo particular de datos. La calificación k frecuentemente puede hallarse como medida adicional de un buen ajuste, más que como una medida de varianza de invalidez. Si son usadas las calificaciones T sin corrección k , usar la corrección de las tablas de conversión.

Sí están trazando los puntajes sin corrección k para las escalas Hs Pd, Pt, Sc, yMa y planea presentar estas sobre las hojas de perfil estandar, es necesario obtener la elevación correcta de puntajes T de acuerdo a la tabla de conversión (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom 1972) y obtener la elevación apropiada para los puntajes T sobre el lado de la hoja de perfil. A pesar de lo antes dicho, la recomendación general es usar las calificaciones sin corrección k algunas veces para analizar y comparar con otros estudios paralelos usando corrección k ".

2. "Usar puntajes en bruto antes que calificaciones T , cuando el uso de calificaciones T está específicamente indicado, por ejemplo en el análisis de codificación de claves o combinando datos de ambos sexos".

Las ocho escalas clínicas fueron desarrolladas primariamente -- por métodos regularmente empíricos, usando diagnósticos clínicos como criterio. A causa de la confianza preliminar sobre -- criterios extensos antes que sobre estructura interna, estas escalas particularmente cuando se usan en combinación, proporciona información de utilidad como el diagnóstico de una persona ---- (Dahlstrom y Cols., 1972; Overall), no son simple reflejo de lo

"que el paciente está diciendo", esto es como el (la) paciente está describiéndose a sí mismo (a) a través de los items del --- MMPI. Esto también, es información importante. Hoy en día reconocemos muy claramente que la cumbre de la regulación empírica y en el "tazón de polvo del empirismo", existen importantes y relevantes relaciones directas entre el contenido manifiesto de la autodescripción de una persona y la sintomatología clínica y conducta en general (Hase y Golberg; 1967; Jackson 1971, Koss y Butcher 1973; Payne y Weggins, 1972). En suma, en uso clínico la contestación a las preguntas del MMPI del cliente, paciente - impersonal como el proceso puede aparentar, es, no obstante, una comunicación que el (ella) espera que el psicólogo reciba. Nosotros necesitamos por lo pronto, tomar medidas para hacer esto posible. En algunas formas organizadas de "codificación" de respuestas al mensaje del MMPI, son claramente demandadas.

Dos sugerencias están abiertas:

1. Uso del contenido de escalas homogéneas incluyendo factor o grupo de escalas (Block, 1965; Richman, 1962; Overall, Hunter y Butcher 1973; Stein, 1968; Welsch 1956; Wiggins, ---- 1969).
2. Uso de los llamados "Items críticos" (Grayson 1951, Koss y Butcher, 1973; Koss, Butcher y Hofman 1976).

Pero estas sugerencias pueden ser útiles para complementar las escalas clínicas. (7)

Desarrollo de Escalas Adicionales.

Criterios:

1. El investigador considera cuidadosamente la cuestión de si el conjunto de Items del MMPI cubre adecuadamente el dominio de contenido que se plantea medir. Si la respuesta no es afirmativa, entonces el MMPI obviamente no sirve muy -- bién para los propósitos del investigador, y la nueva escala reflejará muchas características del item del MMPI, del campo del intento de construcción. Creemos que este es el caso con las nuevas escalas del MMPI.
2. El investigador puede mostrar la escala a ser conceptual-- mente interesante.
3. La escala está desarrollada y validada sobre una representación general razonable (si está es empíricamente una escala clave o está derivada de métodos internos consisten-- tes Pj análisis factorial).
4. La estructura interna de la escala será reportada (consistencia interna, posible factor estructural), y reportar la relación con otras escalas del MMPI, las relaciones con los datos de validez, deben revelar idealmente, que cualquier escala es una alternativa superior a una escala existente del MMPI, o es una medida de disposición o no formula medida de escalas existentes.
5. En relación a las publicaciones de las relaciones estadísticas entre las escalas el autor reporta los datos sustanciales de validación externa. Esto no es suficiente para

conocer que una escala correlaciona apreciablemente con un criterio, después idealmente ambas validaciones convergentes y discriminativamente reportaron información para la nueva escala. (Campbell y Fiske 1959). Algo importante es conocer como la nueva escala predice la conducta del individuo en varios contextos. Así algunos datos que reportan casos de predicción y fracaso en ambientes específicos (en la forma de tablas opuestas) son deseables.

- Las nuevas escalas del MMPI se parecen mucho a las anteriores, no asumen las medidas de las características sugeridas por el autor o el título. La investigación informará de la trayectoria de la calificación de una escala particular antes del riesgo. El tamaño de la muestra se considera suficientemente grande, así podemos obtener conclusiones acerca del poder de las relaciones bajo consideración para ir más allá de las diferencias de que la hipótesis nula es falsa.

Casí toda la investigación del MMPI es multivariada (sea o no la estadística multivariada actualmente usada).

Es importante también que la muestra independientemente de ser grande y de incluir las variables de edad, sexo, escolaridad, etc., cumple con un requisito imprescindible: que todos son alcohólicos de ahí que aumente su poder la muestra. (8)

Criterios Psicopatológicos.

Norma 1 (para diferenciar el grado No. 1 del No. 2).

- a). Que cualquier escala sea superior a T 80 con excepción de la escala 5. "Las bases fundamentales que delinear el uso de la prueba siguen el criterio que señala, que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar una serie de preguntas acerca de ellos mismos, son también similares en otras formas y, por lo tanto, ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden cuando estas contestaciones son comparadas con las de un grupo identificado" (Núñez, R., 1968).

"Con ciertos límites, la experiencia ha indicado que mientras se encuentren elevadas y más altos estos registros, lo más probable es que la persona se encuentre severamente perturbada" (Hathaway y Mc Kinley, 1967) "La escala 5, MF, fue la de menos validez dentro de las escalas básicas del MMPI. Fue diseñada como ayuda en la identificación de homosexuales pero la heterogeneidad del grupo homosexual, -- tanto en su ontogenia como en sus patrones de respuestas, privan de una adecuada diferenciación del grupo normal. Consecuentemente, basar una hipótesis de homosexualidad en una elevación de la escala 5, es muy arriesgado (Drake y Oetting., 1959).

b). Que por lo menos cuatro escalas clínicas sean superiores a 1 70, exceptuando la escala 5. Aparte de las consideraciones que sirven de fundamentación al punto a, la base teórica de este aspecto es la siguiente:

"El perfil limítrofe implica que varias de las escalas clínicas tiene valores entre T 60 y T 70"... "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieron indicar anomalías" (Núñez, R., 1968). Esta indicación va unida a las hechas para el punto a, por lo que se excluyó en este caso el grupo de las escalas comprendidas alrededor del T 60, que fundamentan la --- norma II.

b). Que por lo menos cuatro escalas clínicas sean superiores a 1 70, exceptuando la escala 5. Aparte de las consideraciones que sirven de fundamentación al punto a, la base teórica de este aspecto es la siguiente:

"El perfil limítrofe implica que varias de las escalas clínicas tiene valores entre T 60 y T 70"... "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieron indicar anomalías" (Núñez, R., 1968). Esta indicación va unida a las hechas para el punto a, por lo que se excluyó en este caso el grupo de las escalas comprendidas alrededor del T 60, que fundamentan la --- norma II.

Norma II. (para diferenciar el grado No. 2 del No. 3).

- a). Que las escalas 2, 4, 6 y 8 (por lo menos una de ellas) sea mayor de T 70 y que la siga en combinación, cualquier otra superior a T 65, exceptuando la escala 5.

Para fundamentar esta regla es necesario volver a citar el hecho anotado para el punto b de la Norma I. "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieran indicar anomalías que el sujeto parece capaz de controlar, este tipo de perfil señala la áreas en que el sujeto encuentra dificultades" (Núñez, R., 1968). En esta regla están incluidas escalas correspondientes a la llamada téttrada psicótica. Las cuatro escalas son las componentes principales del perfil llamado en "sierra dentada"... "Que es una variante importante de la téttrada psicótica, con las escalas 8 y 6 como puntos predominantes del perfil. En este perfil, la triada neurótica es menos baja que la escala 4 y la escala 2 en la punta de la triada; en esta forma, con las escalas 2, 4, 6 y 8 en prominencia, el perfil de la impresión de los dientes de una sierra (Núñez, R., 1968).

La escala cinco se excluye por la observación marcada con la letra a, de la Norma I.

- b). Que las escalas 1, 2 ó 3 (por lo menos una de ellas) sea superior a T 70 y que cualquiera de las mismas la siga en combinación con elevaciones superiores a T 65.

Para esta regla vuelve a ser válido el punto acerca de los perfiles limítrofes:

"El perfil llamado triada neurótica es otro tipo de perfil en el que se observa una interrelación entre las escalas -- clínicas 1, 2 y 3 en diferentes combinaciones. El primer grupo 1-2-3 es muy frecuente en la práctica clínica; el otro grupo, 3-2-1, es menos frecuente, pero la configuración --- 2-1-3 y 2-3-1 es la más observada.

Otras combinaciones a las que se han referido varios autores son la 1-3-2, en la que la escala 2 tiene media desviación estándar o más, inferior a los valores de las escalas 1 y 3. Dada la forma "V", que las tres escalas forman, se le llama el perfil "V" conversivo o "V" psicossomático" (Núñez, R., 1968).

- c). Que se encuentre alguna de las siguientes combinaciones con una escala en T 70 y la otra arriba de T 65: 74, 76, 78, 72, 94, 92 y 90.

En estas combinaciones aparecen como principal componente las escalas 7 y 9, que son otras dos de las componentes de la tétada psicótica. "En cierto grado las escalas 9 y 4, por ejemplo, tienden a tener cierta clase negativa con 1 y 2" (Hathaway y Mc Kinley, 1967).

Se debe hacer notar, además, que este tipo de combinaciones, entre otras, son de las más frecuentes en los manuales de interpretación de la prueba.

- d). Que alguna de las escalas clínicas sea superior a T 70 y cualquiera otra sea inferior a T 30, exceptuando la escala 5.

Norma III (Para diferenciar el grado No. 3 del No. 4).

- a). Que las escalas 2, 4, 6, 7 ú 8 sean (por lo menos una) menor o igual a T 70 y la escala que la siga, cualquiera que sea, se observe igual o menor a T 60.

Sirve de fundamento a esta regla la misma cita referente a los perfiles limítrofes, además del hecho de que los manuales del MMPI no registran tipos de combinaciones, en las que una escala esté en punta y el resto del perfil inferior a T 70. Esto se debe a que, debido a su elevación, los perfiles indican un grado de problema superable por la misma personal.

- b). Que las escalas 3, 7, 8 ú 1 (al menos dos de ellas) sean nores o iguales a T 40 y la escala 6 sea menor o igual a T 40.

Realmente es muy poca la literatura acerca de los perfiles sumergidos; sin embargo, en el manual de Dahlstrom y Welsh las interpretaciones a estas escalas sumergidas son las más significativas e indicadores de problemas (Dahlstrom y Welsh, 1960).

- c). Que la escala 5 reúna cualquiera de las siguientes condiciones: en hombres igual o menor a T 40 y en mujeres igual o menor a T 80. "El puntaje MF es importante en la selección vocacional. En general, es conveniente el adaptar a un sujeto vocacionalmente con el trabajo apropiado para su

nivel MF" (Hathaway y Mckinley, 1967).

"El adolescente que ofrece puntuación baja en esta escala es agresivo, vociferante, desafiante, poco interesado por los estudios, desaplicado, generalmente recibe calificaciones de mala conducta de parte de los maestros..."

"La muchacha adolescente con puntuación alta en esta escala no es buena estudiante"... (Núñez, R., 1968).

Objetivo

El objetivo único de esta investigación es el obtener validez y confiabilidad en la Escala Adicional de Alcoholismo de Batalla, en el Inventario Multifásico de la Personalidad.

La validez y confiabilidad, se realizará con dos escalas adicionales de alcoholismo de los autores Hampton y Holmes, desarrolladas en los Estados Unidos de Norteamérica, en 1951 y 1953 respectivamente.

La Escala Adicional de Alcoholismo de Batalla, se aplicará a alcohólicos del Distrito Federal, ya que existen discrepancias idiosincráticas, de los Estados Unidos de Norteamérica y México, y aquí no se cuenta con un instrumento ad hoc, para alcohólicos.

Método

Se seleccionaron 400 alcohólicos que se encuentran en proceso de rehabilitación a través de Alcohólicos Anónimos (AA), reuniendo las siguientes características:

1. Sexo masculino
2. Edades comprendidas de 20 a 60 años
3. Educación elemental concluida.
4. Abstinencia (mínima de dos años)
5. Estrato social bajo.

Escenario

La agrupación de AA, en el distrito federal, está organizada por la Oficina de Servicios Generales, por un Comité Estatal, constituido por 26 Distritos, cada uno de los cuales tiene un número variable de grupos que van de 10 a 30.

En este estudio se eligió el V Distrito de AA, que lo integran 20 grupos, y en cada grupo asisten un número variable de miembros - de 10 a 30, y en su mayoría de hombres de 10 a 1.

Procedimiento

Se acudió al V Distrito de AA integrados por 20 grupos, para motivar a los Representantes de Servicios Generales (R.S.G.) a la colaboración de este estudio, ya que cada uno de los R.S.G., representa a un diferente grupo.

Una vez contactada y motivada la población muestral, se procedió a la aplicación del inventario multifásico de la personalidad, -

en forma de folleto.

La aplicación fue colectiva, de 10 a 12 miembros por grupo.

Se acudieron a los 20 grupos de AA, ya que algunos miembros no reunían los requisitos antes mencionados. Pj Algunos no habían cursado la educación elemental, o tenían menos de 2 años de abstinencia.

La aplicación de los cuestionarios del MMPI, se realizó durante 8 meses consecutivos, y trabajando con los miembros un promedio de 3 horas, en cada sesión, y únicamente fueron dos sesiones por grupo.

Siempre estuvo presente un Psicólogo para aclarar dudas del questionario del MMPI.

Por ejemplo en los reactivos que ofrecen dificultad para ser comprendidos y que deben ser explicados. La dificultad se debe básicamente a diferencias transculturales al nombrar algunas situaciones.

Estas dificultades aparecen en los siguientes reactivos:

"Me gustaba el juego de la pata coja".

"Me gustaba el juego de las prendas".

La "pata coja" en México, es el juego de la "teja" o el "avión". El juego de "las prendas" se refiere a una forma de "castigo" - que se aplica al infringir las reglas de cualquier objeto.

Bases teóricas: el MMPI es un instrumento con una fuerte base estadística que permite a través de trece escalas (tres de control y diez clínicas), la posibilidad de observar la ubicación de un sujeto dentro de una curva normal. En esta investigación, se -

incluyó, tres escalas de alcoholismo para proporcionar, el mismo tratamiento estadístico. Para cada una de estas escalas se elaboró una diferente dispersión, de acuerdo a las medias estadísticas y las desviaciones estándar, obtenidas de la muestra de alcohólicos. Dicha dispersión está expresada en calificaciones T, que está apegado al proceso estadístico de normalización.

Se aplicó las normas de validez. Las pruebas deben llenar por lo menos uno de los siguientes requisitos:

- A. Que la escala F sea igual o menor del puntaje 10 en bruto "Una puntuación elaborada en esta escala (F) afecta las -- otras escalas de la prueba, por lo que se ha considerado el primer paso a la interpretación (Núñez, R., 1968).

Se marcó, a partir de 20 puntos, el límite para invalidar la prueba, ya que con frecuencia, en alcohólicos, a partir de 20 puntos en adelante es común encontrar francos trastornos emocionales o dificultades en la comprensión de las frases, lo cual, en ambos aspectos, implica una distorsión de la prueba.

- B. Que el índice de Gaugh, F-K fuera igual o mayor a + 9. "Si la diferencia entre las dos puntuaciones es de + 9 o más, se trata de protocolo en el que el sujeto ha tratado de presentar un cuadro de desorden psiquiátrico; si es menos de +9, el protocolo se considera aceptable" (Núñez, R. 1968).

- C. Que por lo menos una de las escalas clínicas estuvieran entre T45 y T55"... puntuaciones altas en la escala F no in

dican probablemente error en la puntuación, ni tampoco que el sujeto haya deliberadamente falsificado de manera adversa el protocolo, cuando se encuentra que en el perfil varias de las escalas clínicas tengan una puntuación cercana a T50 (Núñez, R., 1968). (9)

Material y Población.

Las escalas del MMPI, con las que hasta la fecha hemos venido -- trabajando, son las siguientes:

L, F, K, Hs, D, Hy, Pd, MF, PA, Pt, Sc, Ma, y Si; y en este trabajo incluimos tres escalas adicionales de alcoholismo: Hampton, (Ha) Holmes (Ho), y Batalla (Ba).

La población a la que aplicamos el MMPI, en forma colectiva, ha sido de 400 Alcohólicos Anónimos en abstinencia de dos años, con escolaridad mínima de educación elemental concluida, y con un -- rango de edad que fluctuaba de 20 a 60 años, e incluyendo la clase social baja, ya que la mayor parte fueron obreros, sin discriminar su estado civil, ya sea solteros o casados, fueron aceptados.

Metodología

El primer paso a realizar consistió en el desarrollo de la escala adicional de alcoholismo Batalla (Ba) que se fundamentó en la definición de Mark Keller "El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, Psíquico, o Psicossomático, que se manifiesta en un desorden de la conducta y que caracteriza por la ingestión repetida de las bebidas alcohólicas, hasta el pun-

to que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con su incapacidad para el trabajo"

Mark Keller 1960. (10)

Y siendo el hombre un ser biopsicosocial es como se logra tener una mejor comprensión de él y sus problemas, y concomitantemente, se estudian, las tres variables inherentes en él: El aspecto Psicológico, biológico y social, Proporcionandonos la definición de alcoholismo estas tres variables, probablemente sea la más funcional y adecuada hasta el momento.

A través de tres años de experiencia con alcohólicos en los aspectos de prevención, rehabilitación, y tratamiento, hemos reunido los pródromos característicos de esta enfermedad, incluyendo características de la personalidad del enfermo alcohólico. Dando como resultado un conjunto de oraciones, seleccionadas del MMPI, y se consideran unicamente 90, los cuales incluian las áreas: Biológica, Psicológica y Social, del ser humano, y los pródromos y características del alcohólico.

A continuación se exponen los criterios de la estructuración de la escala y los Items elegidos por áreas.

Criterios de la Construcción de la Escala.

1. Se analizó los 566 reactivos del MMPI y se concluyó que sí cubre adecuadamente los pródromos del alcoholismo, el cual este instrumento trata de medir.
2. La escala reúne las tres áreas del alcoholismo; área biológica, psicológica y social, ya que el alcoholismo afecta -

directamente a las áreas.

3. La escala una vez desarrollada, fue validada, sobre una muestra representativa razonable, ya que fueron 400 alcohólicos en abstinencia mínima de dos años.
4. Esta nueva escala de alcoholismo está correlacionada con: la escala de Hampton, creada en 1951 y Holmes desarrollada en 1953.

La creación de esta nueva escala es específicamente para la población de México; ya que los autores mencionados desarrollaron sus escalas de alcoholismo en E.U., y existe una discrepancia notable, en idiosincracia y cultura entre México y E.U.

5. Se correlacionarán las tres escalas y se validará la nueva escala y tratará de predecir la conducta del alcohólico.

Para el diseño del instrumento, que medirá el alcoholismo en sus diferentes fases, fue necesario analizar los 566 Items, del MMPI; en tres áreas, las cuales son imprescindibles, en toda actividad humana. Las áreas son: Biológica, Psicológica y Social; y a -- continuación se exponen:

Area Biológica (14 Items)

CIERTA					FALSA					
29	43	62	186	189	103	175	192	330	496	533
273	535				542					

Area Psicológica (59 Items)

CIERTA					FALSA					
21	32	33	35	38	20	26	133	178	294	310
41	69	86	94	97	365	417	460	461	472	548
127	138	142	145	156						
159	168	179	182	251						
260	277	297	301	303						
311	323	328	331	336						
355	358	363	371	374						
381	382	384	386	418						
457	459	471	519	544						
549	555									

Area Social (17 Items)

CIERTA					FALSA				
67	93	118	245	271	3	9	57	137	170
282	304	305	333	366					
438	504								

La escala de Alcoholismo (AL) de Hampton creada en 1951, consta de 125 Items: (12)

CIERTA No. 80					FALSA No. 45					
13	21	38	41	56	3	12	18	20	63	79
61	70	82	86	94	89	95	117	124	133	143
100	102	105	108	118	152	164	170	175	176	207
119	127	129	138	140	214	230	231	238	271	276
142	144	145	156	162	282	294	313	328	365	370
166	171	212	215	217	387	391	410	417	429	449
224	232	234	251	254	450	460	466	480	513	521
255	259	260	266	267	542	547	561			
307	317	319	322	336						
340	361	375	377	380						
390	395	397	406	411						
413	414	418	421	425						
431	439	442	445	457						
463	467	468	472	498						
499	500	503	506	531						
541	545	549	554	555						

La escala de Alcoholismo (AM) de Holmes creada en 1953, consta de 59 Items: (13)

CIERTA No. 17					FALSA No. 42					
5	21	41	61	127	9	26	46	80	95	98
215	239	251	277	311	101	115	137	155	163	170
369	382	446	477	481	183	199	232	240	249	274
506	524				287	289	294	343	351	365
					378	384	386	387	392	395
					389	427	460	461	472	483
					516	522	542	548	558	560

Existe convergencia, en los Items; de los tres autores, que han desarrollado una escala adicional de alcoholismo en el MMPI. Dicha convergencia se presenta a continuación:

HAMPTON - BATALLA

CIERTA No. 16

FALSA No. 8

21	38	86	118	127	3	20	170	175	365	417
138	142	145	156	260	460	542				
336	418	457	506	540						
555										

HOLMES - BATALLA

CIERTA No. 8

FALSA No. 9

21	41	127	251	277	9	137	170	294	365	460
311	382	506			461	472	542			

HAMPTON - HOLMES

CIERTA No. 7

FALSA No. 7

21	41	61	127	215	95	170	294	365	387	460
251	506				452					

C A P I T U L O V

RESULTADOS

El objetivo unico de esta investigación, es el obtener validez y confiabilidad en la Escala Adicional de Alcoholismo de Batalla, en el Inventario Multifásico de la Personalidad.

La validez se realizó con dos escalas adicionales de alcoholismo de los autores Hampton y Holmes de los Estados Unidos de Norteamérica, creadas en 1951 y 1953 respectivamente. Obteniendo la confiabilidad de 0.68. Lo cual significa que es de utilidad dicha escala en el Distrito Federal.

La muestra a la cual se aplicó el MMPI, en forma de folleto, fue de 400 alcohólicos en remisión y militantes de Alcohólicos Anónimos.

Al aplicar los criterios psicopatológicos de la maestra Ofelia Rivera y Cols., a la muestra; se desprende la siguiente información:

A).	Criterio I	23 %	N = 92
B).	Criterio II	7.25%	N = 29
C).	Criterio III	3.75%	N = 15
D).	Criterio IV	0 %	N = 0
E).	Criterio V	66 %	N = 264
		<hr/>	<hr/>
		100 %	N = 400

Analizando los criterios del V al I, exponemos lo siguiente:

1. Que en el criterio V, se encuentran los perfiles invalidados, es decir 264 casos, o sea el 66% de la muestra; lo cual nos indica que existe precaria comprensión de los items del

MMPI, y gran exageración de su problemática emocional.

2. Y en el criterio IV, se localizan las personas que se consideran ser "normales". Sin embargo se observa que fue nula la población en este criterio. Lo cual nos sugiere que de los 136 alcohólicos ninguno se considera "normal". La causa más importante de su consideración de anormalidad, es su ingesta etílica crónica, produciendo ésta; deterioro intelectual y emocional.
3. Por lo anteriormente establecido, únicamente se procederá a trabajar con 136 casos, en el transcurso de la investigación, es decir con los criterios I, II y III.
4. Obtenemos los siguientes datos, antes de la normalización:

A).	Criterio I	67.6 %	N = 92
B).	Criterio II	21.3 %	N = 29
C).	Criterio III	11 %	N = 15
		<hr/>	<hr/>
		100 %	N = 136

Estos mismos criterios, después de la normalización, tenemos los siguientes datos:

A).	Criterio I	71.3 %	N = 97
B).	Criterio II	25 %	N = 34
C).	Criterio III	3.6 %	N = 5
		<hr/>	<hr/>
		100 %	N = 136

Y percibimos claramente; que existe un aumento, en el tanto por ciento y números de casos, en cada criterio; lo cual nos indica que es imprescindible la normalización de la población en cualquier estudio en el MMPI; para adquirir mayor discri

minación y certeza en la interpretación de los perfiles; en la población que se vaya a estudiar.

En el Criterio I; se encuentran los alcohólicos en la fase crónica.

En el Criterio II; se localizan, los alcohólicos en fase -- crítica.

En el Criterio III, se encuentran los alcohólicos en la fase prodrómica.

5. Al aplicar la correlación de los tres autores se obtuvo:

A).	Hampton, Holmes	=	0.264 (1,2)
B).	Hampton, Batalla	=	0.674 (1,3)
C).	Holmes, Batalla	=	0.331 (2,3)

La correlación final de los tres autores fue de : 0.68

Lo cual significa que existe un alto nivel de significancia de los autores Hampton y Batalla. Y se considera que existe validez en las escalas adicionales de alcoholismo de los autores mencionados. Sin embargo, se considera aún más válida la del autor Batalla; porque fue diseñada específicamente para alcohólicos del Distrito Federal.

6. Lo anterior también se sustenta porque se obtuvo el puntaje K; de las 90 frases de la Escala Adicional de Alcoholismo - del MMPI en la población estudiada. El puntaje K que fue necesario agregarse es de .3; ya que al realizarlo se le -- otorga mayor poder discriminativo; a la Escala Adicional de Alcoholismo; y también por las características de los Alcohólicos; ya que perennemente están exagerando su problemáti

ca a tal grado; y existe una estereotipada mitomanía.

Fracciones K

K.	.5	.4	.3	.2
30	15	12	9	6
29	15	12	9	6
28	14	11	8	6
27	14	11	8	5
26	13	10	8	5
25	13	10	7	5
24	12	10	7	5
23	12	9	7	5
22	11	9	7	4
21	11	8	6	4
20	10	8	6	4
19	10	8	6	4
18	9	7	5	4
17	9	7	5	3
16	8	6	5	3
15	8	6	4	3
14	7	6	4	3
13	7	5	4	3
12	6	5	4	2
11	6	4	3	2
10	5	4	3	2
9	5	4	3	2
8	4	3	3	2
7	4	3	2	1
6	3	2	2	1
5	3	2	2	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	1	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

7. La desviación Estandar de cada una de las escalas.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	HA	HO	BA
\bar{X}	4	13	11	13	27	24	23	28	13	23	27	21	34	66	32	42
S	2	4	3	5	6	6	6	4	4	8	9	4	8	10	5	11

8. De los 136 casos; el promedio de su edad es de 38.22 años; los que nos indica que se encuentran en una etapa productiva, tanto en el aspecto laboral, como familiar, pero sin embargo son alcohólicos con demasiados trastornos de su personalidad, impidiéndoles, desarrollar la vasta productividad, que una persona normal llevaría a cabo.

Existen variables sociales que probablemente influyan para que exista incidencia, en que una persona adquiriera el alcoholismo tales variables, de las que se ocupa este estudio, y que se analizan a continuación, son las siguientes:

Observamos que el 78.67% son casados y el 46.32% laboran como obreros, y poseen educación elemental el 55.15% de la población estudiada siendo estas cifras las más relevantes.

9. Se analizaron las frases críticas de los 136 casos, y se adoptó como norma, que los casos que tienen el 50% o más de respuestas en esas frases serían; indicadores del nivel de ingesta, ya sean bebedores crónicos o críticos.

En los siguientes párrafos, se analizan las frases críticas del MMPI, arriba del 50% de respuestas.

No.	FRASE	C F	%
1. 37	Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual	F	55
2. 133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.	F	51
3. 156	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.	C	69
4. 168	Mi mente no esta bien	C	55
5. 182	Tengo miedo de perder la razón	C	61
6. 215	He bebido alcohol en exceso	C	94

Del total de 38 frases críticas, las únicas que son relevantes son 6. Las frases 37 y 133, se refieren al aspecto sexual, lo cual se corrobora con la exagerada elevación de la escala MFS, ya que en los tres criterios, psicopatológicos, de la maestra Ofelia Rivera y cols., dicha escala es superior a T.90

La frase 156, se relaciona con la 215, ya que el beber alcohol en exceso lleva a el necrosamiento inevitable de las neuronas; lo cual lo están manifestando a través de amnesia anterograda o retrograda, que no es común encontrar en personas de 38 años de edad, aparentemente sanas sin embargo en alcohólicos sí. También la frase 168 se relaciona con la 182; ya que el alcohol produce aletargamiento mental, y en uso crónico la atención, la concentración y el juicio, sufren un deterioro; provocando malestar en los alcohólicos, y externalizando y aceptando que su mente no esta --- bien.

Esta información que nos brinda el análisis de las frases críticas, es valiosa, sin embargo se considera que pueden arrojar más datos al seguir analizando las frases del MMPI; y aún explorar más la personalidad del alcohólico; por tal motivo se continuaron analizando las frases de las 90 items de la Escala Adicional de Alcoholismo, obteniendo la misma norma que unicamente serán relevantes los que esten en el 50% más. Probablemente de esta forma se obtendrán las frases críticas, especificadas de los alcohólicos. Coadyuvan

do a la vez a la sensibilización de la Escala Adicional de Alcoholismo; y corroborándolo, con los Criterios Psicopatológicos de la maestra Ofelia Rivera y Cols.

10. Enseguida se exponen los resultados del análisis de las 90 preguntas de la Escala Adicional de Alcoholismo, clasificadas por criterios:

A).	Criterio I	71.3 %	N = 97	- 49	- T
B).	Criterio II	25 %	N = 34	- 16	-
C).	Criterio III	3.6 %	N = 5	- 25	-
		<u>100 %</u>	<u>N = 136</u>	<u>90 frases</u>	

Lo relevante de estos datos; es que en el criterio I, se observa el mayor número del tanto por ciento, números de casos y frases críticas, lo que nos indica que pacientes que se localicen en el criterio I; son enfermos alcohólicos crónicos o inveterados. Dentro del criterio II; se encontrarían, los alcohólicos en la fase crítica de su enfermedad y los que se detecten en el criterio III; son personas que se encuentran en la fase prodrómica de la alcoholomanía.

Y en puntaje T se traduciría a lo siguiente:

Superior a	T	80	=	Criterio I
Superior a	T	70	=	Criterio II
Superior a	T	60	=	Criterio III

Estos datos se refieren únicamente a la Escala Adicional de Alcoholismo, sin ninguna combinación de las escalas clínicas del MMPI; ni escalas de control.

También se obtienen de las 90 frases de la Escala Adicional de Alcoholismo, 53 frases que son significativas, que es el 58.8% de las frases, lo que nos indica que son frases críticas, específicas para personas alcohólicas.

11. A continuación se exponen las frases críticas clasificadas por los criterios I, II y III.

CRITERIO I

N = 97

No.	Frase Crítica	C	F	%
1. 3	Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas		F	59
2. 9	Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.		F	51
3. 20	Mi vida sexual es satisfactorio		F	52
4. 21	A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar	C		58
5. 32	Me encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.	C		52
6. 41	He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo	C		68
7. 43	La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza	C		53
8. 62.	Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.	C		60
9. 67.	Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	C		77
10. 93.	Creo que la mayor de la gente mentiría para ir adelante.	C		61
11. 94.	Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas)	C		74
12. 103	Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.		F	51
13. 118.	En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras	C		56
14. 127	Yo se quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.	C		71
15. 133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.		F	57
16. 138.	La crítica o el regaño me hiere profundamente.	C		71
17. 156.	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho	C		75
18. 159	No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.	C		67
19. 168	Mi mente no esta bien.	C		64
20. 175	Rara vez o nunca he tenido mareos	F		56
21. 179.	Me preocupan las cuestiones sexuales	C		66
22. 182	Tengo miedo de perder el juicio	C		73
23. 251	He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor	C		56

CRITERIO I

N = 97

No.	Frase Crítica	C	F	%
24. 271	No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa	C		54
25. 277	A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que salga con la suya.	C		68
26. 294	Nunca he tenido tropiezos con la ley		F	55
27. 297	Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.	C		75
28. 303	Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos	C		62
29. 304	En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase	C		73
30. 310	Mi vida sexual es satisfactoria		F	52
31. 311	Por un tiempo cuando era más joven, participe en pequeños robos	C		52
32. 328	Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.	C		51
33. 330	Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en algunos de mis músculos.		F	54
34. 336	Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.	C		51
35. 365	Me siento incomodo cuando estoy bajo techo		F	87
36. 371	No soy una persona demasiado consciente de sí mismo	C		59
37. 374	Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre	C		60
38. 381	Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio	C		63
39. 382	Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas	C		92
40. 384	Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas	C		54
41. 438	Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho	C		64
42. 460	He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado)		F	78
43. 461	Me es difícil dejar a un lado la tarea que he emprendido, aún cuando sea por poco tiempo.		F	58
44. 472	Me fascina el fuego.		F	87
45. 506	Son una persona muy tensa	C		62
46. 514	La mayor parte del tiempo me siento cansado	C		55

CRITERIO I

N = 97

Nos.	Frase Crítica	C	F	%
47. 548.	Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, sí es que puedo evitarlo		F	60
48. 549	Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.	C		52
49. 555	Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa	C		61

CRITERIO II

N = 34

Nos.	Frase	C	F	%
1. 62	Con frecuencia siento como un ardor punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.	C		50
2. 67	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	C		53
3. 93	Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.	C		71
4. 94	Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas)	C		50
5. 118	En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras	C		50
6. 138	La crítica o el regaño me hiera profundamente.	C		56
7. 156	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.	C		56
8. 179	Me preocupan las cuestiones sexuales	C		50
9. 277	A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que salga con la suya.	C		53
10. 297	Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.	C		58
11. 304	En la escuela me era difícil hablar frente a la clase	C		65
12. 311	Por un tiempo cuando era más joven, participé en pequeños robos.	C		53
13. 365	Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.		F	94
14. 382	Quisiera poder olvidarme de cosas que he hecho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas	C		88
15. 460	He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado)		F	85
16. 461	Me es difícil dejar a un lado la tarea que he emprendido, aún cuando sea por poco tiempo.		F	50
17. 548	Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.		F	62

CRITERIO III

N = 5

Nos.	F r a s e	C	F	%
1.	38 Por un tiempo cuando era más joven, participe en pequeños robos	C		60
2.	67 Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	C		60
3.	94 Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).	C		80
4.	127 Yo se quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.	C		60
5.	133 Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.		F	60
6.	138 La crítica o el regaño me hiere profundamente.	C		60
7.	156 He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.	C		60
8.	179 Me preocupan las cuestiones sexuales	C		80
9.	294 Nunca he tenido tropiezos con la ley		F	60
10.	304 En la escuela me era difícil hablar frente a la clase	C		60
11.	311 Por un tiempo, cuando era más joven, participe en pequeños robos	C		60
12.	330 Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.		F	60
13.	355 Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.	C		60
14.	371 No soy una persona demasiado consciente de sí misma	C		80
15.	374 Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre	C		60
16.	381 Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio	C		80
17.	382 Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.	C		100
18.	417 A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarseme en una fila que le llamo la atención		F	80
19.	460 He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado)		F	100
20.	461 Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aún cuando sea por poco tiempo.		F	60
21.	472 Me fascina el fuego		F	100

CRITERIO III

N = 5

Nos.	F r a s e	C	F	%
22.	506 Son una persona muy tensa	C		60
23.	548 Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo		F	60
24.	549 Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.	C		60
25.	305 Aún cuando estoy acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.	C		80
26.	555 Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.	C		60

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Claraley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



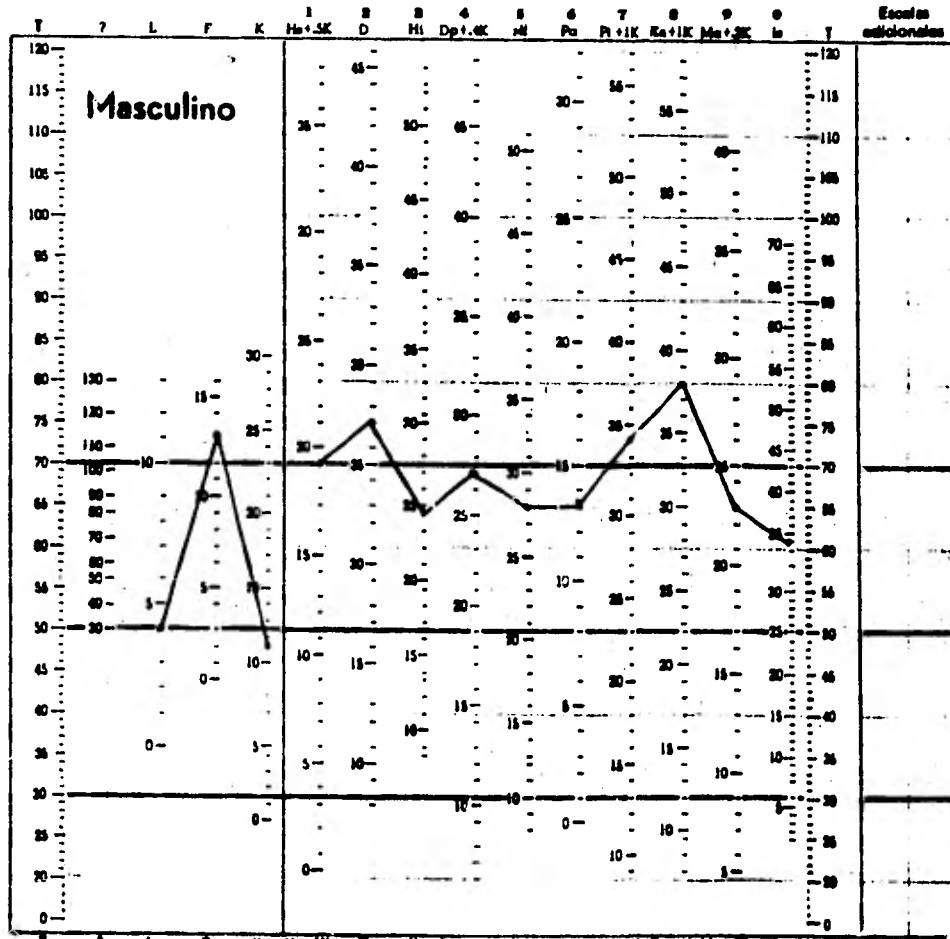
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Áreas escolares o estudios completados _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación natural 4 13 11 13 27 24 23 28 13 23 27 21 34

Agregar factor K 6 4 11 11 2

Puntuación corregida 19 27 34 38 23

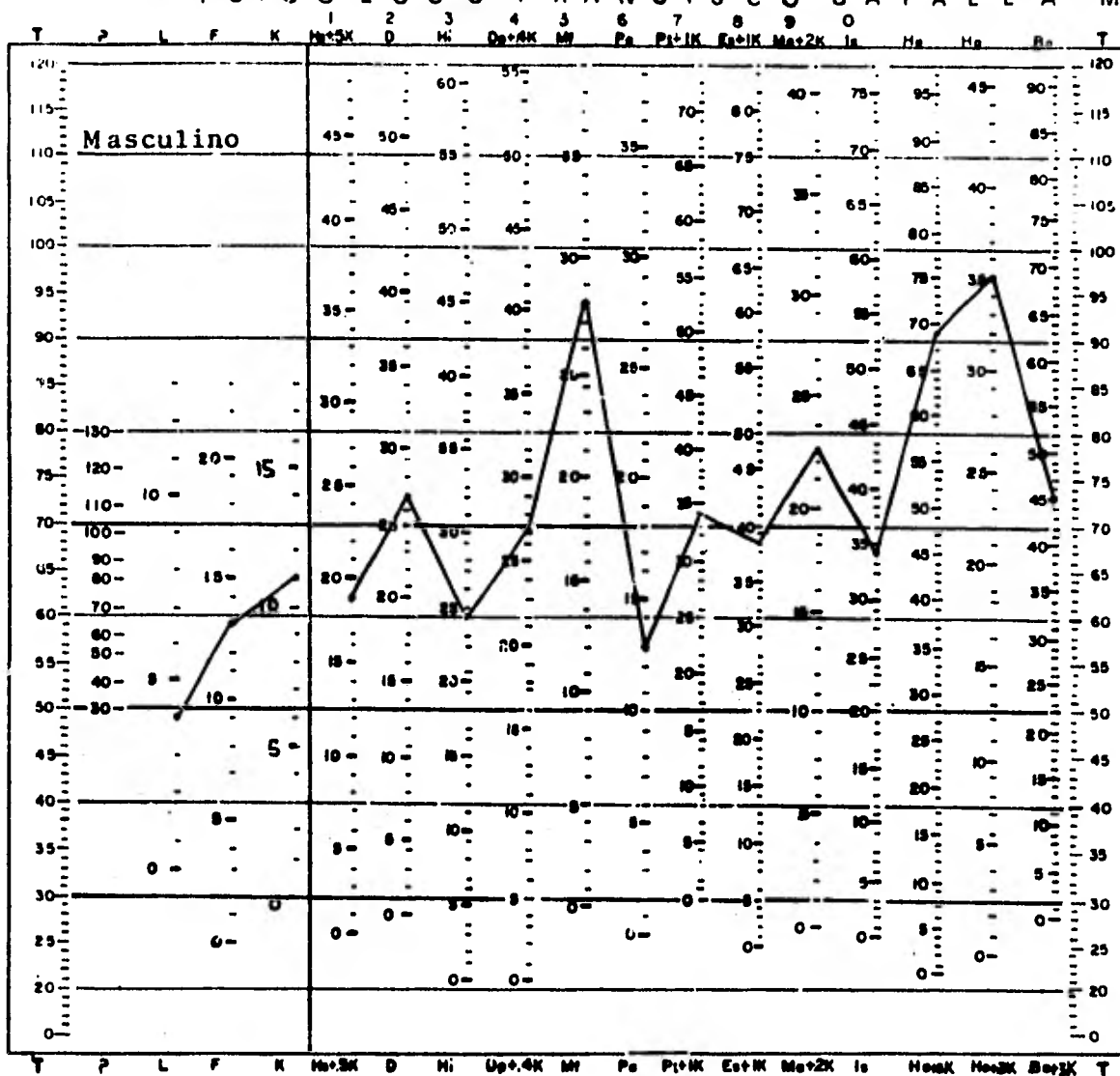
Frecuencias K

K	3	4	5
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	6
26	13	10	5
25	13	10	6
24	12	10	5
23	12	9	6
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	8	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	3
11	6	4	3
10	5	4	3
9	5	4	3
8	4	3	3
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	1
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS
PERFIL GENERAL
N = 136 CASOS.
872°146930' (65)° 4:13:11

PERFIL NORMALIZADO Y ESCALA DE ALCOHOLISMO

PSICOLOGO FRANCISCO BATALLA M.



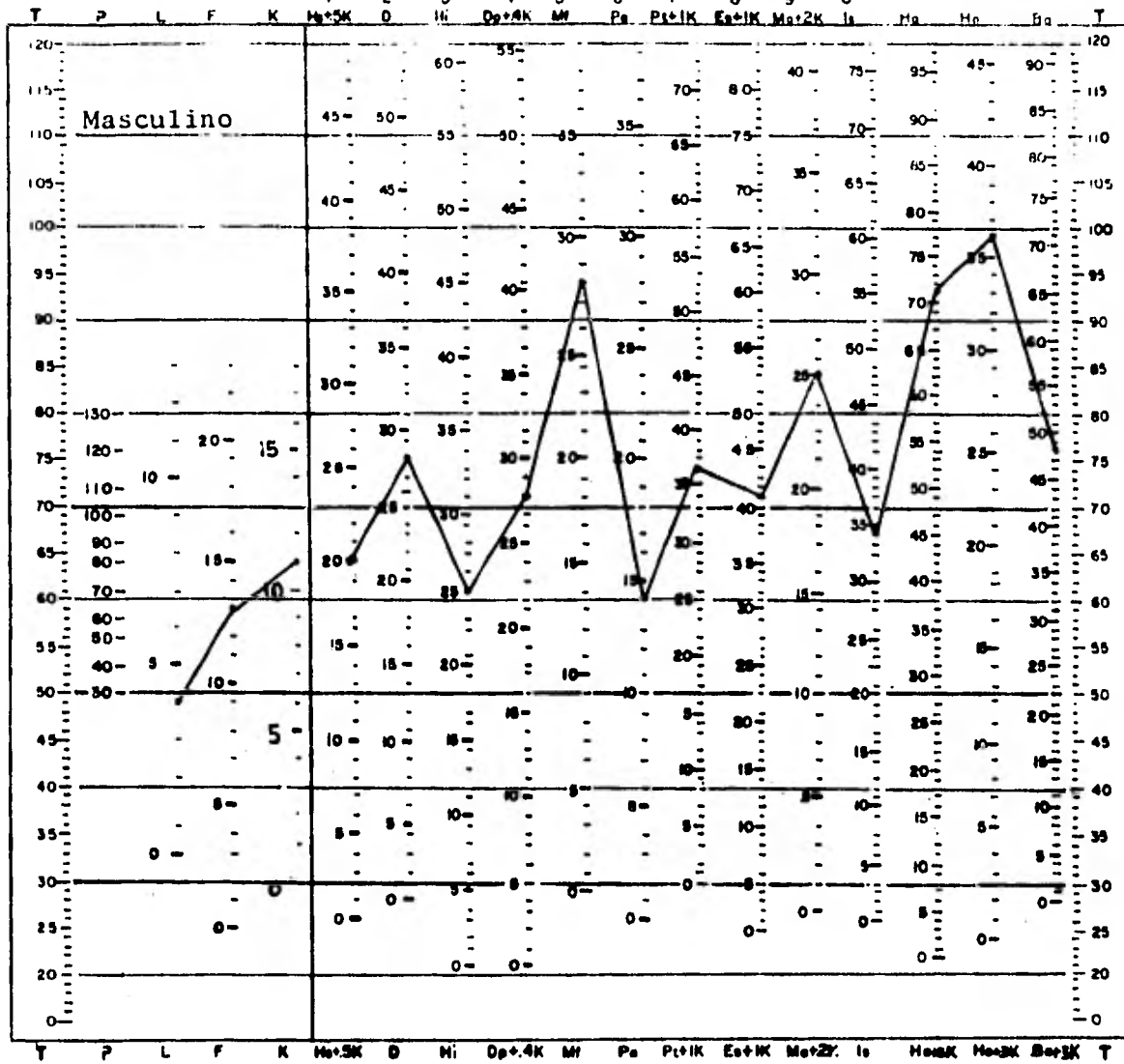
Fracciones K				
K	5	4	3	2
30	15	12	9	6
29	15	12	9	6
28	14	11	8	6
27	14	11	8	5
26	13	10	8	5
25	13	10	7	5
24	12	10	7	5
23	12	9	7	5
22	11	9	7	4
21	11	8	6	4
20	10	8	6	4
19	10	8	6	4
18	9	7	5	4
17	9	7	5	3
16	8	6	5	3
15	8	6	4	3
14	7	6	4	3
13	7	5	4	3
12	6	5	4	2
11	6	4	3	2
10	5	4	3	2
9	5	4	3	2
8	4	3	3	2
7	4	3	2	1
6	3	2	2	1
5	3	2	2	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	1	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

PERFIL GENERAL.
N = 136
927-48036-(94)
:4:13:11

T	P	L	F	K	Hs+K	D	Hi	Up+K	M	Pa	Pt+K	Est+K	Ma+2K	Is	Ne+K	No+K	Be+K	T
	4	13	11	13	27	24	23	28	13	23	27	21	34	66	32	42		
				6		4		11	11	2		3	3	3				
				19		27		34	38	23		69	35	45				

PERFIL NORMALIZADO Y ESCALA DE ALCOHOLISMO

PSICOLOGO FRANCISCO BATALLA M.



Fracciones K

K	S	A	3	2
30	15	12	9	6
29	15	12	9	6
28	14	11	8	6
27	14	11	8	5
26	13	10	8	5
25	13	10	7	5
24	12	10	7	5
23	12	9	7	5
22	11	9	7	4
21	11	8	6	4
20	10	8	6	4
19	10	8	6	4
18	9	7	5	4
17	9	7	5	3
16	8	6	5	3
15	8	6	4	3
14	7	6	4	3
13	7	5	4	3
12	6	5	4	2
11	6	4	3	2
10	5	4	3	2
9	5	4	3	2
8	4	3	3	2
7	4	3	2	1
6	3	2	2	1
5	3	2	2	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	1	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NORMA

I

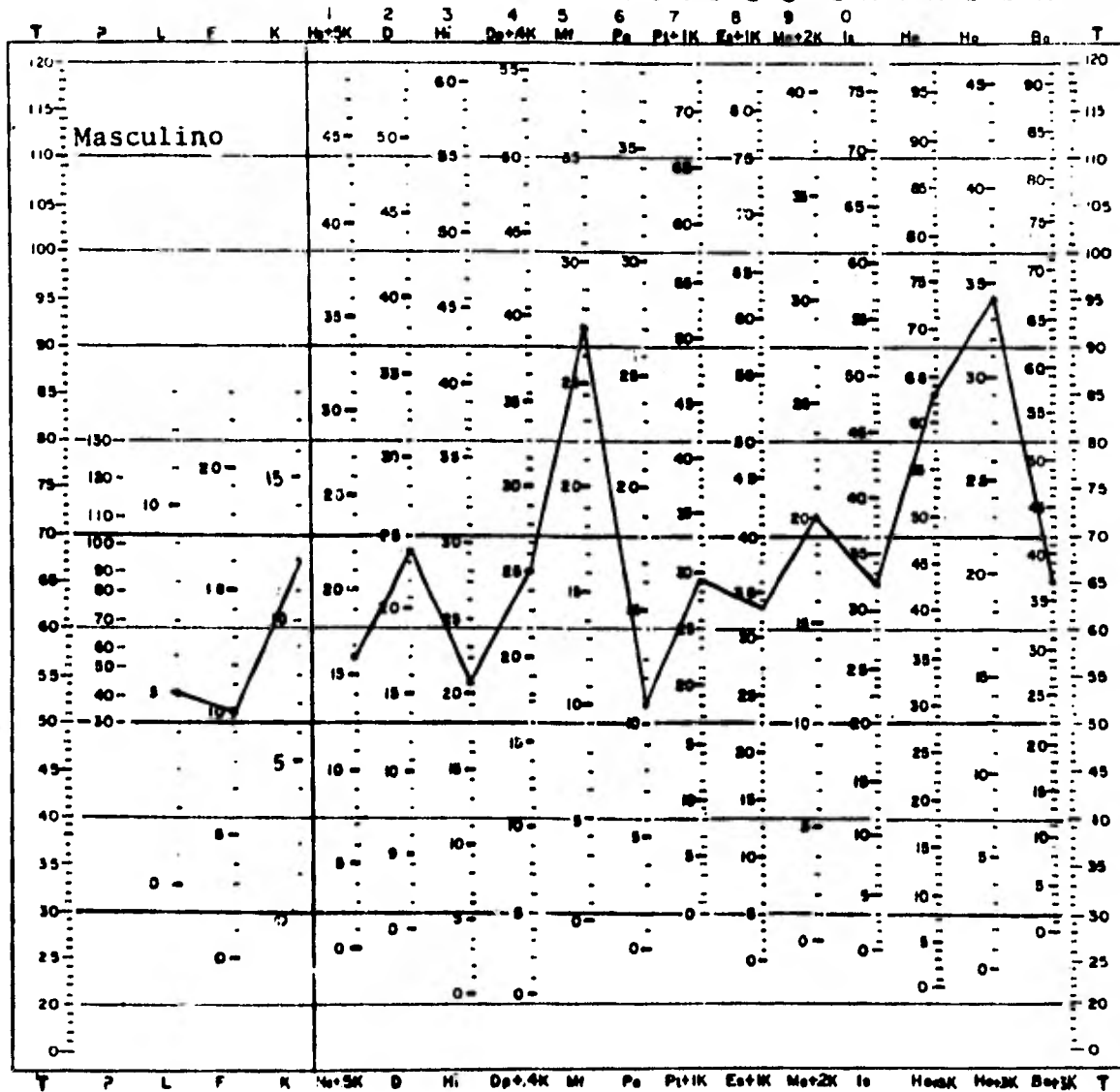
9' '2784' 01364

(94)°: 4:13:11

T	P	L	F	K	Ma+Sk	D	Ni	Op+Ak	M	Pa	Pt+K	Es+K	Ma+2K	Is	Ho+K	Ho+Sk	Ba+K	T
—	4	13	11	14	28	25	29	28	14	75	30	23	34	68	33	45		
				6		4			11	11	2		3	3	3			
				20		28			36	41	25		71	36	48			

PERFIL NORMALIZADO Y ESCALA DE ALCOHOLISMO

PSICOLOGO FRANCISCO BATALLA M.



Fracciones K				
K	5	4	3	2
30	15	12	9	6
29	15	12	9	6
28	14	11	8	6
27	14	11	8	5
26	13	10	8	5
25	13	10	7	5
24	12	10	7	5
23	12	9	7	5
22	11	9	7	4
21	11	8	6	4
20	10	8	6	4
19	10	8	6	4
18	9	7	5	4
17	9	7	5	3
16	8	6	5	3
15	8	6	4	3
14	7	6	4	3
13	7	5	4	3
12	6	5	4	2
11	6	4	3	2
10	5	4	3	2
9	5	4	3	2
8	4	3	3	2
7	4	3	2	1
6	3	2	2	1
5	3	2	2	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	1	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

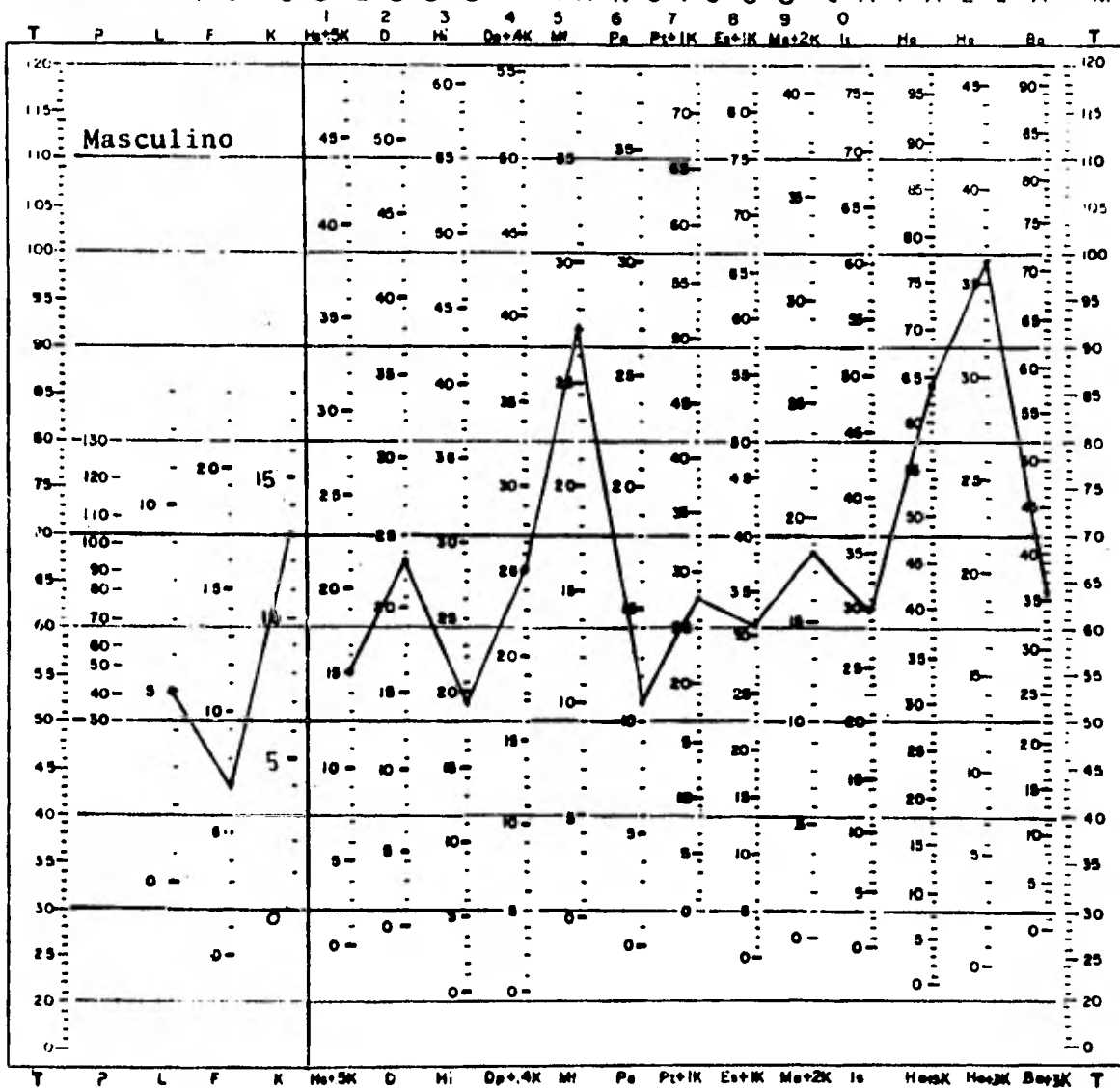
NORMA II

9'-2470813-
(92)°:5:10:1

T	P	L	F	K	No.2K	D	H	Dp.4K	M	Pa	Pt.1K	Est.1K	Mes.2K	Is	Ho.1K	Ho.2K	Ba	T
	5	10	12	10	24	21	20	27	11	7	21	18	2	32	59	30	33	
				6			5				12	12			4	4	4	
				16			25				29	33	20		63	34	37	

PERFIL NORMALIZADO Y ESCALA DE ALCOHOLISMO

PSICOLOGO FRANCISCO BATA LLA M.



Funciones K				
K	5	4	3	2
30	15	12	9	6
29	15	12	9	6
28	14	11	8	6
27	14	11	8	5
26	13	10	8	5
25	13	10	7	5
24	12	10	7	5
23	12	9	7	5
22	11	9	7	4
21	11	8	6	4
20	10	8	6	4
19	10	8	6	4
18	9	7	5	4
17	9	7	5	3
16	8	6	5	3
15	8	6	4	3
14	7	6	4	3
13	7	5	4	3
12	6	5	4	2
11	6	4	3	2
10	5	4	3	2
9	5	4	3	2
8	4	3	2	1
7	4	3	2	1
6	3	2	2	1
5	3	2	2	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	1	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NORMA
III

924708'-(91)°
5:7:13

	<u>5</u>	<u>7</u>	<u>13</u>	<u>8</u>	<u>23</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>27</u>	<u>11</u>	<u>14</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>30</u>	<u>59</u>	<u>31</u>	<u>31</u>
				<u>7</u>			<u>5</u>			<u>13</u>	<u>13</u>	<u>3</u>		<u>5</u>	<u>5</u>	<u>5</u>
				<u>15</u>			<u>25</u>			<u>27</u>	<u>31</u>	<u>18</u>		<u>64</u>	<u>36</u>	<u>36</u>

DESCRIPCION GENERAL DE LA PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO

5''9BA27'48036¹(94)°4: 13:11

ACTITUD ANTE LA PRUEBA.

Sujetos que se apegan a las normas y valores sociales establecidas. Muestran sinceridad y cooperación ante la prueba.

Sus relaciones interpersonales, se manifiestan extrovertidos, - sin guardar resentimiento contra el grupo social al que pertenecen. Poseen una fuerte cohesión de grupo, con intereses humanísticos y altruistas.

Sujetos activos, emprendedores, con suficiente energía para realizar, varias actividades, pero su inseguridad y desconfianza - en sus capacidades, les impide alcanzar sus metas.

Sus capacidades de logro se ven obstaculizadas porque actúan impulsivamente; y en forma dispersa, sin lograr concretizar logros reales.

La percepción e imagen de ellos mismos es en forma devaluatoria, con constantes sentimientos de culpa y angustia, provocandoles incertidumbre e inconstancia y directriz de pensamiento.

Su actividad psicológica, nos indica que son sujetos, que empiezan a perder el control sobre el proceso ideativo, debido a la hostilidad que experimentan, provocando ideales de autoengrandecimiento, sin lograr alcanzar metas o trabajos que inician.

Asociado a esto encontramos elementos depresivos, disminuyendo su actividad psicológica, tornándose en sujetos dependientes y con falta de interés en su medio ambiente, volcándose a sí mis-

mos la tensión que experimentan. La asociación de los dos elementos, tales como la iniciación de la pérdida del proceso ideativo, y depresión sugiere síndrome cerebral orgánico.

La consciencia de sí mismos es elevada ya que se benefician de la experiencia, por lo cual se observa, preocupación, ansiedad y angustia en relación al medio ambiente. Probablemente existe un buen pronóstico por su capacidad de insight.

La capacidad para adecuarse a las normas y valores del grupo social de pertenencia, es adecuada, ya que existe un superyo rígido utilizando la represión para controlar sus impulsos y hostilidad hacia sí mismos. Su comportamiento infantil, es para evadir responsabilidad en situaciones que le atañen; utilizando también como mecanismo de compensación la fantasía.

Establecen relaciones sociales precarias con los integrantes de su medio, ya que la hostilidad que sienten, la vuelcan contra sí mismos, lo cual provoca un desinterés en sus relaciones sociales.

C A P I T U L O V I

CONCLUSIONES

Las conclusiones resultantes de la investigación realizada son las siguientes:

1. Que es imprescindible, la normalización de cualquier población estudiada a través del MMPI, para que realmente se manejen con certeza los datos. De otra forma, si se usa el perfil sin normalizar se trabajaría con la muestra de la población de los Estados Unidos de Norteamérica.
2. Una vez normalizado el perfil con las 3 escalas adicionales de alcoholismo, se obtuvo el nivel de significación de 0. indicando la validez y confiabilidad que existe en la Escala Adicional de Alcoholismo del autor Batalla. Esto es importante por que la población estudiada, presenta características peculiares, idiosincracia típica de la población citadina que difiere notablemente de la población norteamericana con la que se realizó inicialmente la escala.
3. Al agregarle el factor K.3; se logró mayor sensibilidad, en la Escala Adicional de Alcoholismo; y mayor poder discriminativo de la misma.
4. Al realizar el análisis de las Frases Críticas del MMPI, del autor L.J. HELLMAN obtuvimos unicamente 6 frases, contestadas por alcohólicos.
5. Que al analizar las frases de la Escala Adicional de Alcoholismo, para obtener frases criticas específicas para alcohólicos; obtuvimos 53 frases críticas de las 90 de la es

cala, en la población estudiada.

6. Al realizar, la clasificación de las 53 frases críticas, en los criterios psicopatológicos se logró detectar la psicopatología del alcohólico, es decir en que fase de su alcoholismo se encuentra; y tres fueron las fases: crónica o inveterada, crítica y prodrómica.
7. Del punto anterior, se infiere que es posible la construcción de un cuestionario breve de 53 frases; que probablemente sea útil, en la detección y prevención del alcohólico; ya que si recordamos existió el 66% de invalidez en los perfiles de las 566 preguntas. Y tal vez este cuestionario -- por breve sea más accesible a su aplicación e interpreta---ción que las 566 preguntas.
8. Que al utilizar el perfil normalizado y la Escala Adicional de Alcoholismo, se tiene un perfil más válido, en cuanto a la interpretación clínica, y más real; para ayudar en forma más efectiva al paciente alcohólico.
9. Es importante destacar que cualquier escala adicional que sea normalizada para cualquier tipo de población debe tomar en consideración la idiosincracia del grupo estudiado, ya que lo realizado en la presente investigación así lo demuestra, porque difiere la integración de la escala presente, de la integración de la escala de alcoholismo que se realizó en Estados Unidos.

A P E N D I C E

APENDICE

Frases Críticas

Cada una de las frases de esta lista, se basan en síntomas serios de la experiencia de los examinados que deben observarse en las entrevistas subsecuentes, ya sea con el paciente mismo o con sus acompañantes. Grayson (1951) recomienda que se usen estas informaciones como puntos de apoyo y de "aviso" para diagnosticar perturbaciones psiquiátricas en los pacientes. La dirección significativa para las frases de la escala 5 (Mf) se indica tanto para los hombres (h) como para las mujeres (m).

Escala a la que pertenecen las frases, dirección de evaluación en las frases críticas (DC-Dirección crítica)

No.	Frase	Escala	DC
20 (310)	Mi vida sexual es satisfactoria	F 4 8	F
27	Los espíritus malos se poseionan de mí a veces	F 6	C
33 (323)	He tenido experiencias muy peculiares y extrañas	4 8 (0	C F)
37 (302)	Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.	4 8	F
44	La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza	3	C
48	Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.	F	C
66	Veó cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven	F	C
69	Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo	5 h 5 m	C F
74	A menudo he deseado ser mujer. (O si usted es mujer); Nunca me ha pesado ser mujer	5	C
85	Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.	F	C

Nota: Estas frases han sido obtenidas de una lista preparada por L.I. Helman

Escaia a la que pertenecen las frases, direccin de evaluacin en las frases crticas (DC-Direccin crtica) (Cont.)

No.	Frases	Escaia	DC
114	A menudo siento como si tuviera una banda apretndome la cabeza	1 3	C
121	Creo que estn conspirando contra m.	F 6 8	C
123	Creo que me estn siguiendo	F 6	C
133	Nunca me he entregado a prcticas sexuales fuera de lo comn.	5 h 5 m	F C
139	Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros	F	C
146	Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que est viajando de un lado a otro.	F	C
151	Alguien ha estado tratando de envenenarme.	F 6	C
156	He tenido pocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho	F 8 9	C
168	Mi mente no est bien.	F 8	C
179	Me preocupan las cuestiones sexuales.	35 m 8 (5 w	C F)
182	Tengo miedo de perder la razn.	278	C
184	Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen	F	C
200	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.	F	C
202	Creo que estoy condenado o que no tengo salvacin	F 6 8	C
205	A veces me ha sido imposible evitar el robarme o llevarse algo de una tienda	F	C
209	Creo que mis pecados son imperdonables.	F	C
215	He bebido alcohol en exceso	F 4	C
251	He tenido trances en los cuales mis actividades se quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor	89	C
275	Alguien controla mi mente	F 6	C
291	Uno o ms veces en mi vida he sentido que alguien me hacfa hacer cosas, hipnotizndome.	F 68	C
293	Alguien ha tratado de influir en mi mente	F 6	C
334	A veces percibo olores raros	8	C
337	Casi siempre siento ansiedad acerca de algo o alguien	7	C
339	La mayor parte del tiempo desearfa estar muerto	8	C
345	Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales	8	C

Escala a la que pertenecen las frases, dirección de evaluación
en las frases críticas (DC-Dirección crítica) (Cont.)

No.	Frase	Escala	DC
349	Tengo pensamientos extraños y peculiares	78	C
350	Oigo cosas extrañas cuando estoy solo	8	C
354	Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda	8	C

De la población de este estudio, se observan los siguientes datos:

1.	La edad promedio es de 38.32 años.	
2.	Estado Civil.	
a.	Casados	78.67%
b.	Divorciados	3.67%
c.	Viudos	2.20%
d.	Unión libre	2.94%
e.	Solteros	12.5 %
		<u>100.00</u>
3.	Ocupación.	
a.	Obreros	46.32%
b.	Comerciantes	25.73%
c.	Empleados	22.79%
d.	Profesionales	4.4 %
e.	Desempleados	0.73%
		<u>100.00</u>
4.	Escolaridad.	
a.	Primaria	55.15%
b.	Secundaria inconclusa	16.90%
c.	Secundaria completa	13.23%
d.	Preparatoria inconclusa	3.68%
e.	Preparatoria completa	5.15%
f.	Profesional	5.88%
		<u>100 %</u>

B I B L I O G R A F I A

CITAS BIBLIOGRAFICAS CAPITULO I

1. Blum, Richard, H. et. al. 1970 Society and Drugs Jossey Bass Inc. Pub., N. Y. U.S.A.
2. Calderon N., Guillermo: Consideraciones acerca del Alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México. Rev. del Ins. Nal. de Neurología, Vol. II Julio No. 3: 5-13
3. Velasco Fernández, Rafael. Problemática de la invalidez por alcoholismo. (Ms. versión corregida). 1976.
4. Berruecos, Luis y Ma. del Pilar Velasco M. L. 1977. Lástima que mohuintia quema y noapapá; Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la Sierra Norte de Puebla, México, D.F., (por publicarse, 403 pps).
5. Blum, Richard H. et. al. 1970. Society and Drugs, Jossey Bass Inc. Pub., N.Y. U.S.A.
6. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (CDAAA) 1976. Boletín del Centro de Documentación sobre Alcoholismo y Abuso del Alcohol. UAMX y Dirección General de Salud Mental de la SSA. Octubre.
7. Adis Castro Gonzalo. Alcoholismo y Enfermedad, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Buenos Aires, 1966, Vol. 12 Septiembre 4 página 345.

8. Hayman Max. Alcoholism Mechanism and Management Charles C. Thomas Publisher, Illinois, 1966; página 3.
9. Jones Kennet L., y Col. Drugs and Alcohol; Apud. (Synder). Editorial Harper and Flow, Publisher, New Yerk, 1969, página 9 y 95.
10. Pittman J. David. Alcoholismo un enfoque interdiscipli nario, Editorial Horme, Buenos Aires, 1966. (Jackson Smith) página 28.
11. De la Fuente Muñiz Ramón. Psicología Médica. Editorial Fondo de Cultura, 1971. México 249 página 219 y siguientes.
12. Corona Uhink. Sinopsis de Psicología Psicopatológica y Psiquiátrica General. México, 1963. páginas 93 y 128.
13. Mayer Gross. Clinical Psychiatry. Alcoholism Drugs. Adicction and other intoxications. 3a. Edición Capítulo VII, Editorial Balberri London. página 388 y siguientes.
14. Hayman Max. Alcoholism Mechanism and Management Charles C. Thomas Publisher Illinois, U.S.A. página 8.
15. Rafael Velasco Fernández. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alccholismo. Conceptos Básicos. México 1980, ANUIS. página 50.
16. Rafael Velasco Fernández. Op. Cit. páginas 45 y 54
17. Bell, R. Gordon. "Classification and Syntomatology" Core Knowledge in the drug field, No. 7 Ottawa, Cana- dá, 1978.

18. Chafety Morris And Demonte Alcoholism ans Society.
Oxford University Press, E.U.A. 1962. Vol.
XI No. 4 página 40.
19. Jellinek, E.M., "The Desease Concept of Alcoholism"
Hillhouse Press, New Brunswick, N.J., 1960
PASSIM.
20. Maddox, R., Simposio Latinoamericano sobre Alcoholis
mo. Santiago de Chile, Memorias, 1969. página
38.
21. Ullman, AD., "Sociocultural Back Grounds of Alcoholism"
The Annals, 31: páginas 48 y 55. 1958. Cita
do por Clinard, M.B., Op. Cit. Página. 426.
22. Lertora, A.C., "Cuestiones psicológicas a un nuevo ni-
vel Científico", Ed. del Autor, la Plata, Ar-
gentina, 1965. Página 187.
23. Merton, R. K., "Teoría y Estructura Sociales", F.C.E.,
México, 1964. páginas 146 - 168.
24. Trice, H. M. y Roman, P.M., "Sociopsichological Predic-
tors of Affiliation With Alcoholics Anony Mous:
A Longitudinal Study of Treatment Success",
Abstracts, Citado, página 29.
25. Alcohol Abuse and Rehabilitation Approaches. John G.
Cull. Richard E. Hardy. Charles C. Thomas.
Publisher Apringfield. Illinois U.S.A. 1974.
26. Alcohol Detoxification Programs Treatment Instead of
Jail by Harvey H. Siegel. Charles C. Thomas

Publisher Springfield. Illinois U.S.A.

1974.

27. Alcohol & Alcoholism. Edited by Robert E. Popham.
Published for the Addiction Research Foundation
by University of Toronto Press.
28. Franks, C. M. "Alcoholism", en Symposioms of Psychopatology A. Handbook, N. York, Costello, C.G., Editor
1970.
29. Marconi, J. et. al.: Experimental study on alcoholics with
"Inhability to stop" Brit J. Psychiat 113:
543, 1967.
30. "Diagnosing Alcoholism", Alcohol and Alcoholism Problems,
Programs, and Progress. Maryland National Ins-
titute of Mental Healt, 1972. Página 18

CITAS BIBLIOGRAFICAS CAPITULO II

1. Alonso Abolafia Adela. Alcoholismo como problema psicosocial. Tesis: U.N.A.M. 1967. página 7.
2. Gallegos Bañuelos Xochitl. Estudio Psicológico Comparativo en un grupo de Alcohólicos Mexicanos. México 1966, Tesis Profesional. Página 10 y siguientes.
3. Mc. Cora, J. Citado por Cohen, A. "Deviance & Control" Englewood Clifs, Prentice, R. E. En Alcoholism Treatment e Rehabilitation (Selected Abstracts) National Institute of Mental Healt. Rockville Maryland, 1972. página 28.
4. Marconi, J. Et Al. Role of the Dorsomedial Thalamic Nucleus in "Lose of Control" and "Inability to abstain" during ethanol ingestion. En: Alcohol and Alcoholism. R. E. Popham. Editor Univ. of Toronto Press. Toronto, 1970.
5. Chafetz Morris, Criteria for the Diagnosis of Alcoholism, American Journal of Psiquiatry 129-2. August 1972.
6. Kessel Joseph. Avec les Alcooliques Anonymes. Edit. Janes. 1964. página 113
7. Baer, D. Y. Ordway, D., "Alcoholics Anonymous Members Actitudes Towards Marihuana and its Users", Psychology Cal Reports, 1973, Vol. 32. (3 part. 1), página 950.

8. "Alcohol & Alcoholism" Edited by Robert E. Popham, Publisher for addiction Research Fundation by University of Toronto Press.
9. Simmons, J. L., "Public Sterotypes of Deviants", Social Problems, 13: 224, 1965, Citado por Clinard, M.B. "Sociology of Deviant Behavior", Holt, Rinehart and Winston, Inc. N. Y., 1968, página 25.
10. Chafetz Morris, Criterio for the Diagnosis of Alcoholism American Journal of Psychiatry 129-2, August 1972.
11. Jellinek, E. M.; "The Disease concept of Alcoholism". Hillhouse, New Brunswick, N. J., 1960 Passim. página 112.
12. Selzer, M.L., "The personality of the alcoholic as impediment to psychotherapy, en Alcoholism Treatment an rehabilitation, Selected Abstracts, Nacional Institute of Mental Healt, Rockville, Maryland, 1972, páginas!13 - 113.
13. García Cisneros, H., Castella, M. C., y Mora González, A., "Manejo Institucional del paciente alcohólico", Trabajo particular, México, 1970.
14. Gates, A. J.; Terapia del Comportamiento Ed. Trillas, México 1973, páginas 351 - 353.
15. Singer, B. A. Personality Variables and Conditioning in Alcoholics. En Fensterheim, H. Et. al Advances in Behavior Thearpy, Academic Press, N. York, 1971, página 15 - 28

16. Berruecos, Q., "Más de tres Millones de Mexicanos tendrán Problemas graves de alcoholismo para 1980: Organ Informativo de la UAM., Volumen 1, 9 y 24 de Febrero de 1977.
17. Ey Henry. Tratado de Psiquiatría. Editorial Tarog Masson, 1969, Capítulo V, Bernard, Brisset. Barcelona, página 388 - 406.
18. Lemert, E. M., "Social Pathology", Mc Gran-Hill Bood Company, Inc., 1951. Página 44.
19. Simmons, J. L., "Public Stereotypes of Deviants" Social Problems, 13: 224, 1965. Citado por Cunard M. B. "Sociology of Deviant Behavior", Holt, Rinehart and Winston, Inc. N. J., 1968, página 25.
20. Ullman, A. D., "Sociocultural Backgrounds of Alcoholism" The Annals, 31: 48-55. 1958 citado por Clinard, M.B.
21. Guerra Guerra A.: El Alcoholismo en México. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1977. Páginas 51 y 52.
22. Maddox, R., Simposio Latinoamericano sobre Alcoholismo, Santiago de Chile. Memorias 1969, página 38.
23. Kimes, J. Simposio Latinoamericano sobre Alcoholismo. Op. Cit. página 44.
24. Mc. Carthy, F. Y. Pittman, C., Simposio Latinoamericano sobre Alcoholismo Op. Cit. Página 87.

25. Clinard, M. B., Op. Cit. página 135.
26. Comite de Expertos de Salud Mental, Segundo Reporte de la Subcomisión sobre Alcoholismo, OMS, Ginebra, Citado por Clinard, M.B. Op. Cit. Página 425.
27. Ullman, Ad., "Sociocultural Back Grounds of Alcoholism" The Annals, 31: 48-55 1958. Citado por Clinard, M.B. Op. Cit. página 426.
28. Jellinek, E. M. Op. Cit. página 95.
29. Lertora, A. C., "Cuestiones Psicológicas a un nivel Científico" Ed. del Autor, la Plata, Argentina, 1965 página 187.
30. Merton, R. K., "Teoría y Estructura Sociales", F.C.E. página 187.
31. Guerra Guerra, A., "El Alcoholismo en México", Archivo del Fondo 73, FCG, México 1977. página 30.
32. Lemert, E. M. Op. Cit.
33. Simmons, J.L., "Public Stereotypes of Deviantes", Social Problems, 13: 224, 1965. Citado por Clinard, M.B. "Sociology of Deviant Behavior", Holt, Rinehart and Winston, Inc., N.J., 1968, página 25.
34. Madsen y Madsen. The Cultural Structure of Mexican Drinking Behavior. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Vol. 30 Part. 3a. 1969. Página 717.
35. Cohen, A., "Deviance and Control", Engel Wood Cliffs, Prentice Hall, N. J., 1966, página 118.

CITAS BIBLIOGRAFICAS CAPITULO III

1. Alcohol abuse and rehabilitation approaches. John G., Cull, Richard, E. Hardy Charles, C. Thomas Publisher Springfield Illinois, USA. 1974.
2. "Alcohol & Alcoholism" Edited by Robert E. Popham, Published for Addiction Research Foundation by University of Toronto Press.
3. Alcohol Detoxification Programs Tratament Instead of Jail By Harvey H. Siegel Charles C. Thomas, Publisher Springfield Illinois, USA. 1973.
4. - Psiquiatría Clínica Moderna. Neyes y Kolb. Edit. la Prensa Médica. Mexicana, 1974. páginas 239-241.
5. El Alcoholismo en México. Armando Guerra y Guerra. Página 33.
6. American Hand Book of Psychiatry Volumen Two - 1959. Basic Books, Inc. Publishers Chapters 58.
7. Acute and Chronic Alcoholic Conditions George N. Thompson páginas. 1203-1220.
8. Sherfey, M.: "Psychopathology and Character Structure in Chronic Alcoholism" en the Etiology of Chronical Alcoholism Illinois, W. O. Diethelm Editor, 1955.
9. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo, Rafael Velasco Fernández, Edit. ANUIS. Página 96.
10. Psiquiatría Clínica Moderna. Noyes, Lawrence, C. Kolb Edit. La Prensa Médica Mex. Pág.237-238 1974 2da.Ed.

11. George N. Thompson, Acute and Chronic Alcoholic Conditions
Página 1200 - 1217.
12. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo, Rafael Velasco Fernández, 1980, página 97, Ed. : ANUIS.
13. Psiquiatría Clínica Moderna. Noyes, Lawrence, C. Kolb.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. Páginas: 247,
1974. 2da. Edición.
14. George N. Thompson. Acute and Chronic Alcoholic Conditions
páginas 1218 - 1230.
15. American Handbook of Psychiatry Volumen Two - 1959.
Basic books, Inc. Publisher Chapter 58. Páginas
1334 - 1338.
16. Psiquiatría Clínica Moderna. Noyes Kolb, Edit. La Prensa
Médica Nuncami, 1974, páginas 328, 329 y 330
17. Marconi, J. Et. Al: Experimental Study "Inability to stop"
Britt J. Psychiat. página 113, 544, 545. 1967.
18. Franks, C. M. "Alcoholism" en Symptomions of Psychopathology,
A. Handbook, N. Y. Costello, C. G., Editor,
1970.
19. Bell, R. Gordon. "Classifications and Symptomatology".
Core, Knowledge in the Drug field, No. 7 Ottawa,
Canadá, México. 1978.
20. Velasco, F. R., Gamiochipi, L. A., Guevara, L., Iturbe, L.
y Oliva, H., "Alcoholismo, Mesa Redonda", citado
por la Revista de la Facultad de Medicina de la
UNAM. Vol. XIX, año 19 No. 11- 12, 196 pág. 6-27

21. Mc Cora, J. Citado por Cohen, A. "Deviance & Control"
Englewood Clifs, Prentice, R. E. En Alcoholism
Treatment e Rehabilitation (Selected Abstracts)
National Institute of Mental Healt. Rockville
Maryland, 1972. página 28.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO IV

1. NÚñez Rafael. Aplicación del MMPI a la Psicopatología. Editorial El Manual Moderno, S.A. 1979. México
Página 3.
2. Rivera Ofelia. El MMPI en la Investigación Taller impartido en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, por la Autora, en Agosto de 1981. Trabajo Inédito.
3. Dahlstrom, W. G., y Welsh, G. S.: An MMPI Handbook. Edit. University of Minnesota Press, Minneapolis, U.S.A. 1960, Third printing, 1965.
4. Hathaway, S. R., y Mc Kinley, J. C.: Inventario Multifásico de la personalidad MMPI Español Manual (folleto). Traducción por NÚñez, R. Manual Moderno, México. 1967.
5. Rivera Ofelia, Ampudia Irma y Cols. El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias. Psiquiatría. Organó Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Vol. 6. No. 2 Página. 58 - 65.
6. Rosado López Reyes. El MMPI en la detección de psicopatología en casos de desorientación vocacional. 1977. Tesis profesional UNAM.
7. Overail, J. E. Interpretación de un programa de diagnóstico en el ambiente clínico. Documento presentado en el 11/o Simposium Anual Sobre Desarrollos

crecientes en el caso del MMPI Minneapolis, Abril de 1976.

8. Adiction Basic Redings on the MMPI in Psychology and Medicine, 1956. Minnesota Press. Página 419-426.
9. Núñez Rafael. Op. Cit. Página 40.
10. Velasco Fernández Rafael. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo. Conceptos Básicos. Edit. ANUIS. 1980. México, página 50.
11. Folleto del MMPI.
12. Dahlstrom, W. G., y Welsh, G. S.: Op. Cit. Pág.
13. Dahlstrom, W. G., y Welsch, G. S.: Op. Cit. Pág.