

870125

32

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA ²⁴

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD
Y RASGOS TEMPERAMENTALES DEL ALCOHOLICO CRONICO
SEGUN LOS TEST; M.M.P.I. Y THURSTONE**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

**GLORIA ISABEL QUINTANA PEÑA
MA. GUADALUPE OBESO GARCIA**

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. LA PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO	4
INTRODUCCION	5
A. DEFINICION DE PERSONALIDAD	5
B. PERSONALIDAD PRE-ALCOHOLICA	6
C. BEBEDOR NEUROTICO	9
D. BEBEDOR PSICOTICO	10
E. BEBEDOR ADICTO	10
CAPITULO II. TEMPERAMENTO	12
INTRODUCCION	13
A. DEFINICION DE TEMPERAMENTO	13
B. TEORIAS DEL TEMPERAMENTO	13
1. TEORIA DE HIPOCRATES	13
2. TEORIA DE KRETSCHNER	14
3. TEORIA DE SHELDON	14
4. TEORIA DE CATTELL	14
CAPITULO III. EL ALCOHOL	20
INTRODUCCION	21
A. DEFINICION DE ALCOHOL	21
B. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL	21
1. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL EN MEXICO	22
C. ELABORACION DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS	24
D. EFECTOS INMEDIATOS DEL ALCOHOL	25
E. METABOLISMO DEL ALCOHOL	26
F. EL ALCOHOL Y LA RELIGION	27

	PAO.
G. EL ALCOHOL Y LA MEDICINA	28
H. EL ALCOHOL Y LA NUTRICION	28
I. DATOS ESTADISTICOS SOBRE EL ALCOHOL	29
CAPITULO IV. ALCOHOLISMO	32
INTRODUCCION	33
A. DEFINICION DEL ALCOHOLISMO	33
B. TEORIAS SOBRE LAS CAUSAS DEL ALCOHOLISMO	33
1. TEORIA PSICOPATOLOGICA	34
2. TEORIA PSICOANALITICA	34
3. TEORIA DEL APRENDIZAJE	35
4. TEORIA SOCIOLOGICA	36
C. CONSECUENCIAS FISIOLOGICAS	36
1. SISTEMA DIGESTIVO	36
2. SISTEMA CIRCULATORIO	37
3. SISTEMA NERVIOSO	38
4. LA MEDULA ESPINAL	38
5. SISTEMA MUSCULAR	39
6. PIEL	39
7. SISTEMA UROGENITAL	40
D. CONSECUENCIAS SOCIALES DEL ALCOHOLISMO	40
1. ALCOHOLISMO Y CRIMEN	40
2. ALCOHOL Y ACCIDENTES DE TRANSITO	41
3. EL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA	41
4. ALCOHOLISMO EN EL TRABAJO	42
E. DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO	43
F. PRONOSTICO	52
CAPITULO V. ALCOHOLICOS ANONIMOS	54
A. INTRODUCCION	55
B. DEFINICION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS	56
C. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLICO ANONIMO	58

	PAG.
CAPITULO VI. METODOLOGIA	60
INTRODUCCION	61
A. METODOLOGIA	61
1. PROBLEMA	61
2. HIPOTESIS	61
3. LIMITACIONES	62
4. POBLACION	62
5. NUESTRA	62
6. VARIABLES	62
B. TEST DE THURSTONE	63
1. INVENTARIO DE RASGOS TEMPERAMENTALES DE THURSTONE	63
2. FINALIDAD	63
3. DESCRIPCION DE LAS AREAS QUE CUBREN EL INVENTARIO	63
4. GENERALIDADES	65
C. TEST M. M. P. I.	65
1. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI)	65
2. FINALIDAD	65
3. DESCRIPCION DEL INVENTARIO	66
D. METODO ESTADISTICO	70
E. DATOS ESTADISTICOS	79
CONCLUSIONES	99
TERMINOLOGIA	102
BIBLIOGRAFIA	106

INTRODUCCION

En casi todos los pueblos y culturas existe y ha existido afición a las bebidas alcohólicas desde tiempo inmemorial. Los motivos son múltiples.

El alcoholismo se ha convertido en una plaga social, gran número de accidentes de trabajo y de circulación son debidos a la intoxicación alcohólica, también es una de las causas principales de la desunión familiar y social. Se considera también que el alcoholismo es causa de diversas enfermedades mentales y se encuentra presente en ciertos tipos de trastornos de personalidad.

Actualmente se considera al alcoholismo como una enfermedad. Considerando que enfermedad es toda condición de anormalidad que puede ser reconocida y que se presenta con los mismos síntomas en todas las personas, por lo que no hay duda de que el alcoholismo es una enfermedad. El hecho de que aún no se sepa con exactitud cuales son las causas que lo provocan no es un obstáculo, del mismo modo que se desconoce el origen de otras muchas enfermedades y que sin embargo son reconocidas como tales (por ejemplo: el cáncer). Por lo que resulta obvio, el deterioro de la integridad física mental y social del alcohólico crónico.

Se ha dicho que el alcohólico es casi siempre un inconforme con el mismo y con el mundo que le rodea; es incapaz de enfrentarse a las tensiones y a sus problemas con éxito. Para el alcohólico el beber constituye en muchas ocasiones un escape a las demandas de la vida; depende del alcohol para relajarse del stress.

En el tema. Estudio de las características de personalidad y rasgos temperamentales del alcohólico crónico, según los tests: "Inventario multidimensional de la personalidad y thurstone", se analizará si existen o no características de personalidad y temperamento similares en los alcohólicos crónicos, con el objeto de lograr una mejor comprensión dinámica del alcohólico como un enfermo.

Nos resulta necesario, hacer una referencia sobre la personalidad del alcohólico según diversos autores. Algunos se contradicen en este punto, re

sultando esto, una de nuestras principales motivaciones para realizar este estudio y aclarar según nuestra muestra, estas contradicciones. De igual manera hablamos sobre el temperamento humano.

De suma importancia es tratar este tema, sobre los "alcohólicos anónimos", ya que estas asociaciones constituyen la población del presente estudio.

El objetivo de este estudio es aclarar en lo posible una definida estructura de personalidad del alcohólico crónico para comprender su dinámica y poder contar con mejores herramientas y elementos para la elaboración de programas integrales de rehabilitación y prevención del alcohólico crónico.

Nuestra finalidad también es dejar un testimonio de lo relevante del problema, con la esperanza de despertar inquietud sobre el tema y generar así nuevas investigaciones.

CAPITULO I

LA PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO

INTRODUCCION

El término personalidad representa un peligro si se le emplea sin tener plena conciencia de sus muchos significados. Libros y periódicos la incluyen en sus títulos sin otra razón aparente que su sonido, su carácter atractivo y su interés permanente. Tanto el escritor como el lector se pierden en su vaguedad ineficaz y todo resulta confundido por la depreciación de la palabra.

"Personalidad" es una de las palabras más abstractas que sufre un uso excesivo, su extensión es muy amplia y su comprensión insignificante. Casi ninguna palabra es más versátil.

No hay ninguna definición que sea la única correcta. Por esto daremos a conocer las diferentes definiciones de algunos autores pues sólo un análisis terminológico minucioso permitiría deducir cual de ellas es justa.

A. DEFINICION DE PERSONALIDAD

Personalidad. Persona, proviene del griego máscara, elemento utilizado en el teatro para cubrir la cara de los actores. Extendiendo la definición papel realizado por el hombre en el teatro de la vida. Esta característica individual de actuar del ser está determinada básicamente por la herencia y modificada por el ambiente social circundante, el cual va brindando, costumbres y modos de conducta útiles en el proceso general de adaptación. (7)

Otra definición de personalidad nos dice que en ese particular conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes, que son características de un individuo. (13)

La personalidad es también la organización dinámica en el individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente. (6)

Otros autores conciben la personalidad como la configuración habitual de la conducta de una persona, que refleja sus actividades e intereses que corresponde a la suma total de su adaptación a la vida.

Se define la personalidad como la suma estructurada y organizada de la interacción (influencia recíproca) dinámica de factores psicológicos (I.Q. afectividad, pulsiones, voluntad), espirituales (cualidades morales) y biológicas (fisiológicas y morfología), conjuntamente con factores culturales y sociales, en el comportamiento de la persona humana, que diferencian a un individuo determinado. En su génesis intervienen dos grupos de factores: genético-fisiológico y socioculturales. (10)

Se sostiene que la personalidad de un individuo consiste en la modalidad característica con que se pone en relación con sus semejantes, satisface las exigencias y deseos propios y ajenos, reacciona frente a frustraciones y presiones y tiene conciencia de sí mismo. (16)

Para terminar de definir personalidad diremos que ésta constituye la síntesis de todos los elementos que intervienen en la formación mental de un sujeto y da una fisonomía propia. Esta configuración es el resultado de las innumerables particularidades de su constitución psicofisiológica, de sus componentes instintivo-afectivos alimentados por las aferencias sensitivo-sensorial y cenestésicas, de sus formas de reacción y de las impresiones dejadas por todas las experiencias vividas, que han ido jaloneando su historia individual. (18).

B. PERSONALIDAD PRE-ALCOHOLICA

A continuación haremos una breve descripción de una personalidad pre-alcohólica para continuar definiendo las diferentes personalidades alcohólicas según Lyon.

Personalidad prealcohólica: se encontró que el conflicto grave en el estadio oral primitivo del niño es el factor que conduce a una adicción posterior. El estadio oral que se caracteriza porque las necesidades y su sa

tisfacción se concentran primordialmente en los labios, lengua y un poco después del nacimiento en los dientes.

llamamos oral al primer año de vida posnatal porque durante ese período la boca tiene un papel primordial en las experiencias y las experiencias orales forman la base para que el infante vaya construyendo su realidad. Dan a ésta y a su primera organización del ego un sello oral que la persona nunca perderá. Incluso como adultos maduros seguimos utilizando inconscientemente muchas imágenes orales, que aparecen constantemente en el habla cotidiano sin que les prestemos la menor atención o nos demos cuenta de ello.

Por ejemplo decimos que las memorias son dulces o amargas y lo mismo comentamos de la venganza. Se dice que se tiene gusto para vestir, para amueblar la casa, para elegirla, para comprar automóviles, para la literatura y el arte, sin tener intenciones de comerlos.

También se habla del sabor de la victoria y de la derrota. En el mundo de los negocios, hablamos de ahorros que desaparecen porque las compañías se los tragan, dado que las personas son muy glotonas; todos ellos términos del comer. Hablamos de un hombre dado a un sarcasmo mordiente, que "escupe" su enojo, que tiene sed de aventura y se alimenta de alagos y de chismes.

Se llama dependiente al primer año porque durante él los infantes nada pueden hacer, o casi nada. Incluso les es imposible defenderse en cuestiones de vida y muerte. Maman, se mueven, evacúan, pero incluso para comer y evacuar necesitan la ayuda de sus mayores, quienes prácticamente les ponen la comida en la boca y los mantienen limpios y sanos.

La fijación en este nivel primitivo de desarrollo emocional parece ser el resultado de la privación de una relación emocional significativa durante el período primitivo del desarrollo. Muchos de los alcohólicos adictos fueron niños abandonados o ilegítimos. En otros casos, eran hijos de madres psicóticas y en otros, uno de los padres murió poco antes o después de su

nacimiento, mientras que otros dependían de padres gravemente alcohólicos durante los primeros años de vida del paciente. Unos pocos adictos alcohólicos eran hijos de madres excesivamente indulgentes o protectoras, con hostilidad subyacente encubierta por ambos casos.

La privación de una relación significativa en las primeras épocas de la infancia se debe en algunos casos al alcoholismo de uno de los padres.

Si es la madre, es evidente que ésta no puede relacionarse de forma cálida y maternal. Si es el padre el alcohólico su madre no es mucho más eficaz, puesto que tiene que enfrentarse con el problema apremiante del marido alcohólico y disminuye en proporción su capacidad de actuar como madre. La mayoría de los hijos de un padre alcohólico se ven privados de una relación amorosa cálida y segura necesaria con una figura materna en la primera infancia.

Esta falta o pérdida de una relación significativa tendrá evidentemente una profunda influencia sobre el desarrollo posterior del niño, sobre todo si esto va seguido de relaciones poco gratificantes, inestables y distantes durante el desarrollo posterior.

Parece una buena comparación el que el alcohólico cambie una botella por otra, la leche por el alcohol, para aliviar el sentimiento de hastío y la falta de seguridad, y busque un olvido tranquilo en el alcohol, que le recuerda el estado feliz de satisfacciones de tipo muy oral: un alivio de las tensiones del mundo y una fusión única con él, en la cual es la figura central dominante.

Antes de ir a la escuela, el niño prealcohólico no parece constituir un problema para los padres; con frecuencia se describe como fácil de manejar. Sin embargo, la separación de la familia para ir a la escuela causa más stress en este niño que en el niño medio. Los resultados son generalmente la aparición de enuresis, ansiedad, hiperactividad o inhibición, junto con indiferencias o agresión hacia el grupo de amigos y sobre todo bajo rendimiento escolar.

Después del primer año de la escuela, el niño se adapta adecuadamente y el período de latencia pasa totalmente tranquilo. Al comenzar la adolescencia, surgen los problemas. El niño se siente muy inseguro y con una preocupación excesiva por su aspecto y autoimagen. La rabia que ha acumulado contra sus padres con frecuencia se exterioriza en la escuela.

Las raíces del problema parece que consisten en su falta completa de autoestima e identidad sexual, producida por una falta precoz y progresiva de amor y aprobación paternal.

Al final de la adolescencia, sobreviene un cambio superficial. Los chicos parecen seguros de sí mismos y violentos; a menudo sobresalen como él deres. Son más rebeldes que sus compañeros, censuran más a sus padres y reprimen poco su agresividad. Las chicas son pasivas, incluso retraidas y generalmente manifiestan una conducta sexual libertina o bien inhibida.

Tanto las chicas como los chicos presentan una formación reactiva ante problemas de identidad y sentimientos de inferioridad que suelen proyectar por medio de la imagen del supermacho o la superhembra.

En estos momentos, el prealcohólico observará que el alcohol alivia gran parte de sus problemas y calma gran parte de su ansiedad y depresión. A partir de entonces empieza a confiar cada vez más en esta sustancia mágica. (1)

C. BEBEDOR NEUROTICO

Se considera bebedor neurótico aquella persona que tiene una estructura de la personalidad bastante normal; la investigación y la valoración social demuestra un desarrollo normal, buen rendimiento escolar, adaptación matrimonial, etc. Sin embargo parece que acude al alcohol siempre que las tensiones internas son demasiado intensas para enfrentarse con ellas. Este episodio de ingesta alcohólica sigue un curso previsible y se detiene por sí mismo, cuando no por presiones ambientales o por fuerzas internas. Esto quiere decir que estas pacientes no necesitan atención profesional. La tendencia al alcohol aumenta a lo largo de los años y finalmente es difícil

determinar si es un bebedor reactivo (neurótico) o un adicto, (1).

D. BEBEDOR PSICÓTICO

El bebedor psicótico es aquella persona que utiliza el alcohol como tranquilizante o bien para conseguir alivio de las preocupaciones internas en situaciones de pánico intenso. Lo mismo que el alcohólico crónico, el funcionamiento mental y social se deteriora por el uso prolongado de alcohol. En ocasiones es difícil determinar si en realidad existe una psicosis subyacente que intenta controlar con el alcohol o si el deterioro mental producido por el alcoholismo crónico prolongado es en sí la causa de la psicosis. Por regla general una historia clínica correcta debe aclarar ésto, sobre todo si se encuentra que en algún tiempo pasado se produjo una adaptación psicológica adecuada. Estos son pacientes que cuando beben alcohol se vuelven obstinadamente inoportunos. En ocasiones la cantidad de alcohol es mínima. Pueden conducirse de forma agresiva, atacando a personas o destruyendo propiedades o bien cometiendo abusos sexuales. En la mayoría de los casos tienen una amnesia retrógrada del episodio. (1)

E. BEBEDOR ADICTO

Los bebedores adictos constituyen el mayor grupo de personas con problemas de ingesta alcohólica que acuden al médico y al psiquiatra, no puede describirse ningún trastorno de personalidad específica pero la mayoría de ellos tienen muchos rasgos en común. Son fenómenos muy frecuentes los sentimientos de inferioridad combinados con actitud de superioridad.

Otras características turbadoras del alcohólico son su baja tolerancia a la frustración y un escaso control de los impulsos. Esto constituye una combinación terrible. Un alcohólico tiende a interpretar las frustraciones ordinarias como un rechazo personal.

El alcohólico es un gran embustero. Es jovial y encantador; explica las interesantes experiencias de su vida y rara vez habla de capacidad o insight.

Sin embargo, si se pasa mucho tiempo con el alcohólico por su falta de profundidad, es muy difícil para él entablar una relación íntima.

La dependencia constituye un problema central de la estructura de la personalidad del alcohólico. Asociada a un complejo de superioridad e inferioridad, el alcohólico tiene tendencia a plantearse objetivos extremadamente elevados para él, en otras palabras, el ideal del yo es muy poco realista. [1]

CAPITULO II

TEMPERAMENTO

Es necesario hacer mención de diversas definiciones así como de diferentes teorías sobre el temperamento, para llegar a una comprensión más profunda de los resultados obtenidos en nuestra investigación, debido a que la personalidad del alcohólico crónico no sólo está determinada por factores externos a él sino que también posee gran influencia la carga hereditaria que lo predispondrá para llegar a ser de determinada manera, puesto que el temperamento está determinado genéticamente.

A. DEFINICIÓN DE TEMPERAMENTO

Entendemos por temperamento, la forma habitual de reaccionar del sujeto. La base de este proceso está representado en el estrato instintivo-afectivo de la personalidad. El carácter representa el temperamento modelado por el medio ambiente y regido íntimamente por la esfera del juicio. Se hace con el temperamento; el carácter se hace. [7]

Temperamento de temperamentum, equilibrio, mensura, disposición, modo de ser predominante en un individuo, manera habitual de desarrollarse en él los procesos psicológicos. [8]

Thurstone define rasgo temperamental como una disposición congénita para responder de manera uniforme a un determinado tipo de estímulos o para reaccionar en forma más o menos idéntica en presencia de situaciones juzgadas por el individuo como análogas. [4]

B. TEORIAS DEL TEMPERAMENTO

1. TEORIA DE HIPOCRATES

Una de las tipologías más antiguas procede del trabajo de Hipócrates. Describió el "Habitus apoplepticus", formado por individuos bajos y musculares; el "Habitus phlegmaticus", característico de personas altas y delgadas. Paralelamente a estos tipos morfológicos, Hipócrates propuso su teoría humoral del temperamento. Postulaba cuatro tipos de humores y que las calidades del temperamento de un individuo eran determinadas por la distribución

ción diferencial de estos líquidos. Así pues, un exceso de bilis amarilla iba asociada a un temperamento colérico, siendo fuerte de voluntad e irritable; una bilis blanca acompañada a un melancólico, siendo apasionado, hipocóndrico, con tendencia al mal humor y a la tristeza; la flema caracterizaba al flemático, siendo lento, apático e indiferente; la sangre al sanguíneo, de estado de ánimo mudable e inconstante. (1)

2. TEORIA DE KRETSCHNER

Kretschner teórico de la personalidad define dos tipos de temperamento:

Ciclotímico, caracterizado por sociabilidad, alegría, calma y melancolía.

Ezquizotímico, caracterizado por insociabilidad, timidez, nerviosismo, apatía y embotamiento. (28)

También clasifica la constitución corporal con arreglo a cuatro puntos: plénico, atlético, leptosomático y displásico. El tipo plénico el bajo y rechoncho, con el tronco relativamente largo y las piernas cortas, de hombros y pecho redondeados, manos y pies cortos.

El tipo atlético tiene un desarrollo más proporcionado de tronco y piernas, huesos y músculos bien desarrollados hombros anchos, manos y pies largos. El tipo Leptosomáticos se caracteriza generalmente por el pequeño volumen del cuerpo en relación con la estructura, es alto y delgado, con un pecho relativamente estrecho, piernas largas, manos y pies estrechos y largos. En tipo displásico se colocan todos los individuos que presentan una mezcla incompatible de características tipológicas en su desarrollo físico. (9)

3. TEORIA DE SHELDON

El rasgo distintivo de este sistema es que a cada individuo se le valora en una escala de siete puntos en cada una de las tres categorías correspondientes del temperamento. En lugar de caracterizar al individuo en fun

ción del tipo al que más se asemeja, se le coloca a lo largo de un continuo con respecto a cada uno de los tres componentes de la constitución física del temperamento.

Constitución física:

- A) Endomorfia predominancia de la redondez y la blandura; relativo superdesarrollo de las úlceras digestivas.
- B) Mesomorfia predominancia de los tejidos óseos muscular y conjuntivo; constitución física pesada, fuerte, rectangular.
- C) Ectomorfia predominancia lineal y fragilidad; con relación a su masa, el ectomorfo tiene mayor sensibilidad sensorial y cerebro y sistema nervioso más desarrollados.

Temperamento:

- A) Viscerotonia, tendencia a la tranquilidad, gusto por la comodidad, el placer de la comida, sociabilidad.
- B) Somatotonia, tendencia a la autofirmación, actividad energética, gusto por el poder y el riesgo, valor físico.
- C) Cerebr-tonia, tendencia al retraimiento, introversión, gusto por la intimidad y soledad, inhibición. (9)

4. TEORIA DE CATTELL

Catell es innegablemente el más conocido del grupo de investigadores que han estado enfocando el estudio de la personalidad mediante el análisis de los rasgos. Utiliza medidas que reflejan las variaciones de los rasgos de personalidad a lo largo de un eje tridimensional. Empezó identificando los rasgos superficiales, los cuales son variables y se agrupan correlativamente:

a. ADAPTABLE vs. RIGIDO

Adaptable: flexible, acepta fácilmente los cambios de planes, satisfe

cho con los compromisos; no se trastorna, sorprende, se contraria o irrita si las cosas son diferentes de lo que esperaba.

Rígido: insiste en que las cosas se hagan de la forma que siempre las habla hecho; no adapta sus hábitos y formas de pensar a los del grupo; se desconcierta si se altera su rutina.

b. EMOCIONAL Vs. TRANQUILO

Emocional: excitable, grita mucho, ríe mucho, muestra afecto, cólera y todas las emociones en exceso.

Tranquilo: estable, muestra pocos signos de excitación emocional de ningún tipo; incluso reacciona poco en las discusiones; peligro e hilaridad social, etc.

c. CONCIENZUDO Vs. INCONSCIENTE

Concienzudo: honesto, es correcto aún cuando nadie le esté observando, no dice mentiras ni tampoco intenta engañar a los demás; respeta la propiedad ajena.

Inconsciente: poco escrupuloso, no presta demasiada atención sobre lo correcto y lo incorrecto cuando intervienen los deseos personales; dice mentiras y es dado a los pequeños engaños; no respeta la propiedad de otro.

d. CONVENCIONAL Vs. NO CONVENCIONAL

Convencional: se adapta a las normas aceptadas de actuar, pensar, vestir, etc.; hace las cosas "correctas", parece molesto si encuentra que es diferente.

No convencional: excéntrico, actúa de manera diferente a los demás, no se preocupa por llevar los mismos vestidos, hacer las mismas cosas que los demás; tiene intereses, actitudes y formas de conducta algo excéntricas; va por su propio camino, que es más bien peculiar.

e. TENDENCIA A LOS CELOS Vs. NO CELOSOS

Tendencia a los celos: *envidia las proezas de los demás, se molestan cuando los otros consiguen atención a los demás.*

No celoso: *está contento de la gente incluso si hacen más que lo que él hace, no se molesta cuando los demás consiguen atención sino que se une a su orgullo.*

f. CONSIDERADO, CORTÉS Vs. INCONSIDERADO, RUDO

Considerado, cortés: *deferente para con las necesidades de los demás; tienen en cuenta los sentimientos de los demás; permite que le pasen en una fila de espera, sede su parte a otros, etc.*

Inconsiderado, rudo: *insolente, impertinente, desafiante con los mayores (en los niños), ignora los sentimientos de los demás, da la impresión de que sale de su camino para ser rudo.*

g. DEJADO Vs. DETERMINADO, PERSEVERANTE

Dejado: *abandona antes de haber terminado completamente un trabajo, descuidado, trabaja en accesos e ímpetus, se distrae fácilmente, se desvía de los fines principales por impulsos extraviados o dificultades externas.*

Determinado: *busca un trabajo a pesar de las dificultades o tentaciones; tiene una voluntad muy fuerte; cuidadosa y perfecta, no vacila hasta que consigue su objetivo.*

h. TIERNO Vs. DURO, FIRME

Tierno: *regido por el sentimiento intuitivo, empático, simpático, sensible a los sentimientos de los demás; no hace lo que ofenda sus sentimientos.*

Duro, firme: regido por los hechos y la necesidad en lugar del sentimiento, poco simpático, no le preocupa molestar a los demás si es algo que debe hacerse.

i. MODESTO Vs. EGOTISTA

Modesto: se culpa a sí mismo (o bien a nadie) si las cosas van mal; se resiste a tomar reputación por los éxitos, no parece que piense que es una persona muy importante o valorada.

Egotista; culpa a los demás siempre que hay conflicto o las cosas van mal; con frecuencia se jacta; rápidamente se apropia del éxito cuando las cosas van bien. Tiene una opinión muy buena de sí mismo.

j. LANGUIDO, FATIGADO, LENTO Vs. ENERGICO, VIGILANTE, ACTIVO

Lánguido, fatigado, lento: carece de vigor, lenguaje vago y lento, pierde tiempo, es lento en hacer las cosas.

Energico, vigilante, activo: rápido, fuerte, activo, decidido, lleno de brío, vigoroso, animado. [1]

Guilford & Guilford (1936-1939) por medio de análisis factorial obtuvieron 13 rasgos temperamentales diferenciales.

Lowell (1945) analizó factorialmente estos 13 factores buscando minimizar las variables concluyendo en 4 "superfactores" que incluyeran las otras áreas. Siendo éstos: adaptación social, emocionabilidad, coartación y realismo.

L. L. Thurstone (1951) analizó también estos 13 factores y los redujo a 7 rasgos, a partir de los cuales formuló su inventario de rasgos temperamentales. [27]

En las teorías anteriormente señaladas se conduce el hecho de que los investigadores se han preocupado constantemente por el temperamento en cuanto a determinar que aspectos incluyen en él, tratar de comprobar su origen y a la vez determinar las clases de temperamento como lo han hecho diferentes autores a través de los años y así concluir en escalas o inventarios para su medición objetiva.

CAPITULO III

EL ALCOHOL

La historia relata que Noé araba un día y fue tentado por el demonio quien le preguntó por lo que hacía. Noé contestó: "Estoy plantando un viñedo. Cuando la fruta está madura las uvas son excelentes frescas o secas y cuando se les exprime los jugos se vuelven vino que calienta el cuerpo y el espíritu. El diablo le sugirió que fuesen socios del viñedo, y Noé aceptó e inmediatamente el demonio sacrificó un cordero, un león, un mono y un cerdo para que la sangre de cada uno de ellos fecundara las raíces de las vid.

Ello ha sido interpretado como que el hombre en sus cinco sentidos es como un cordero manso e inofensivo. Después que comienza a beber, se siente como un león, orgulloso y seguro de sus fuerzas. Si toma más, comienza a hablar desordenadamente, a escabullirse y a comportarse como un mono tonto. Si bebe aún más cae al suelo y se revuelve en alimento, bebida y porquería. (10)

A. DEFINICION DE ALCOHOL

Etimológicamente AL-KÖHL en árabe significa antimonio en polvo, tenue ilusorio. El alcohol etílico (C₂H₆O) es el componente fundamental de las bebidas alcohólicas consumidas por el hombre.

Por su peso molecular es el segundo de una serie de compuestos orgánicos iniciada por el metílico y continuada por el propílico, butílico y amílico. Su separación de los otros alcoholes se hace por destilación fraccionada ya que los puntos de ebullición varían con el peso molecular. (11)

B. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL

Los estudios de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un período cercano a los 4000 años antes de Cristo. Parece, pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5000 años y no existe ninguna razón para suponer que lo ingería sólo para degustarlo.

Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fue la miel e igualmente existen datos que inducen a creer que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados.

Si bien los irlandeses reclaman para sí el conocimiento inicial de la destilación, los drabes se consideran los inventores, aún 200 años antes de aquellos. El ingenioso proceso fue también conocido por los griegos y los chinos de la antigüedad. La verdad sea dicha, las bebidas alcohólicas producidas por la fermentación a partir de un sorprendente número de sustancias ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas.

Con todo derecho podemos deducir que los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo excesivo del alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades.

Disponemos de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los antiguos hebreos, los griegos y los romanos tenían acerca del vino y otras bebidas (incluidos los licores); supieron de sus efectos, al menos los inmediatos, y se conservan las observaciones que hicieron sobre la conducta del individuo en estado de ebriedad.

Desde el principio hubo la tendencia a relacionar las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Así fue como los egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé, y los griegos a Baco o Dioniso, y todos creyeron que las acciones de sus dioses, en este sentido, fueron buenas y contribuyeron a enriquecer sus tradiciones.

1. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOLISMO EN MÉXICO

En el México prehistórico, el alcohol representado por el octil o pulque, dejó también su huella impresionante en el aspecto social.

Hay dos versiones conocidas sobre el descubrimiento del pulque, la bebida típica entre los indígenas del altiplano mexicano, producto de la fer

mentación del aguamiel del maguey.

La más conocida se debe a Fernando De Alva Ixtlilxochitl, el historiador mexicano descendiente de una antigua familia de jefes Chichimecas. Nos cuenta que "habiendo heredado Tezpancaltzin el señorío de los Tottecas, a los 10 años de su reinado fue a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xochitl acompañada de su padre Papanitzin, a presentarle la miel del maguey que había descubierto. Prendose el rey de la doncella y tras los episodios en esos casos naturales, acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza que había en el cerro Palpan, donde tuvo un hijo a quien pusieron por nombre Meconetzin que quiere decir hijo del maguey, en recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació el año Ce Acatl". La otra versión nos la proporciona el ilustre religioso español Fray Bernardino de Sahagún; "inventaron el modo de hacer el vino de la tierra era mujer la que comenzó y supo primero agujerar los magueyes para sacar la miel de que se hace el vino, llamábase Mayaquel, y el primero que halló las raíces que hechan en la miel se llamaba Panotecatl".

La importancia del pulque (Ocelli) se ve sobre todo en el papel que desempeñaban en la religión de los dioses de la bebida y de la embriaguez. Erán los dioses lunares y terrestres de la abundancia, los Centzan Totochtin (cuatrocientos e innumerables conejos) y también la diosa del maguey, Mayaquel. Por otra parte, sabemos bien que la interpretación del calendario adivinatorio era muy importante para el individuo ya que la influencia del signo del día de su nacimiento lo dominaría hasta la muerte e incluso determinarla su vida en el más allá. Quien nacía bajo el signo "1 Ocelotl", por ejemplo, moriría como prisionero de guerra, y a quien le tocara el "4 Itzcuintil" sería rico y próspero aunque no se esforzara en absoluto en conseguirlo.

El signo "0me Totchtli" profetizaba una tragedia para su poseedor; se rta afecto a la embriaguez. El mismo Fray Bernardino nos dice al respecto: "decía que cualquiera que naciera bajo ese signo sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaba otra cosa sino el vino, no se acuerda de otra cosa sólo del vino y en despertando en la mañana lo bebe y así cada día anda borracho y aún lo bebe en ayunas y en amaneciendo luego se va a la casa

de los tabernarios pidiéndoles por gracia el vino; y no puede sosejar sin beber el vino". El conejo era, pues, considerado como símbolo de los dioses del pulque en honor de los cuales se celebraban fiestas y banquetes en los que se bebía el Actli. Entre los dioses destacaba la diosa Mayaquel a quien se representaba vestida de blanco que es el color del pulque, sentada sobre un maguey con sus hojas tiesas ligeramente curvas y con espinas en sus extremos. Era frecuente que junto a ella se pintara una olla de pulque saliendo de su boca la espumosa bebida y traspasaba con una flecha que quizá expresara la idea de castigo, ya que el beber pulque fuera de ciertas ceremonias era tenido por un crimen. Alguna versión señala que todas las culturas del altiplano consideraban que el pulque como una bebida sagrada sólo permisible a los sacerdotes, a los guerreros y a los que iban a morir, en tanto que el resto de la población podía consumirlo una vez al año, pero sin llegar a la embriaguez.

También es verdad que se les han atribuido al pulque, desde aquella época, virtudes curativas. Se dice que el propio Hernán Cortés, asombrado por las propiedades del pulque se vendían en los tianguis (mercados) de Tlatelolco, escribió a Carlos V una carta de relación sobre sus efectos en las mujeres débiles y su acción benéfica en las articulaciones. Felipe II envió a el Doctor Francisco Hernández a investigar los efectos del pulque en las artritis y en ciertos padecimientos intestinales. Hoy sabemos ya lo suficiente para descartar tales supuestos y nos debe interesar más el estudio de los efectos a largo plazo de una ingestión prolongada de fuertes cantidades de alcohol sin importar la clase de bebida que lo contiene. (12)

C) ELABORACION DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS

Las bebidas alcohólicas para el consumo humano pueden obtenerse por los cuatro mecanismos siguientes:

1. Fermentación natural de los azúcares vegetales: vino, sidra, cerveza; o de los azúcares animales: hidromiel y kumis.

2. Por destilación de frutos diversos: a partir del vino (aguardiente) o de manzanas, cerezas, ciruelas, etc.
3. Los alcoholes industriales preparados a partir de un monto azucarado (remolacha) o por transformación en glucosa de materiales amiláceos de los cereales (malz, arroz).
4. Las bebidas compuestas cuyo punto de partida lo constituyen vinos o alcoholes aromatizados obtenidos por maceraciones aromáticas como el vermouth y los vinos quinados, o por adición de esencias sintéticas y anisadas. [11]

D. EFECTOS INMEDIATOS DEL ALCOHOL

En un individuo de 70 kilos de peso, la ingestión de 30 ml de alcohol provoca euforia; 60 - 80 ml alegría; 140 - 170 ml torpeza; 230 - 280 ml mordera y 680 ml coma o muerte.

Se acepta, en general, que una concentración sanguínea de alcohol de 150 mg/100, puede considerarse la demostración de que la persona está ebria. La concentración del alcohol en la sangre depende de los siguientes factores.

- 1) Cantidad del alcohol ingerida y rapidez con la que se tomó.
- 2) Rapidez de absorción.
- 3) Peso corporal y porcentaje de agua corporal total.
- 4) Intensidad con que el alcohol es metabolizado.

Es importante señalar que los efectos tempranos: euforia, alegría y en ocasiones actividades excesivas, que provoca el alcohol son probablemente debidos a la depresión de ciertas estructuras subcorticales que, por lo común modular e inhiben la actividad de la corteza cerebral. Ya que como se sabe el alcohol es un depresor y no un estimulante que interfiere con la eficiencia de la función mental y especialmente con el proceso del aprendizaje la facultad de juzgar y discriminar.

Además los efectos inmediatos del alcohol dependen de la tolerancia desarrollada por el sujeto. Es bien sabido que la persona habituada, puede beber mucho más que un abstemio y manifestar mucho menos efectos inmediatos. Es decir, se pueden ingerir, siendo alcohólico, cantidades excesivamente grandes de alcohol sin mostrar signos alarmantes de embriaguez, ni concentraciones altas de alcohol en la sangre. Una determinación de alcoholémia no es un dato digno de confianza para diagnosticar la embriaguez, ya que el organismo es capaz de adaptarse, por sí mismo, después de una exposición incluso corta. (10)

E. METABOLISMO DEL ALCOHOL

El alcohol etílico absorbido por vías digestivas atraviesa la mucosa gástrica, pasa a la sangre y se difunde rápidamente por todo el organismo. Una pequeña cantidad es eliminada por el riñón y por los pulmones. Esta última eliminación puede aumentar por el ejercicio muscular así como disminuir por la altitud. El aliento alcohólico viene explicado por este mecanismo pulmonar de expulsión. Pero más del 90% del alcohol se quema por oxidación de los tejidos. El último eslabón metabólico lo convierte en CO_2 y H_2O . en el hombre la velocidad de esta oxidación es constante e independiente de la concentración de alcohol en la sangre. Si la oxidación es constante deduciremos que al aumentar la ingestión de alcohol su porcentaje en la sangre aumentará también. La combustión del alcohol ingerido se efectúa principalmente en el hígado.

A los 30 ó 60 minutos de haber bebido alcohol su nivel en sangre se eleva progresivamente y al término de este tiempo se estabiliza.

Aunque la concentración en sangre acabe siendo la misma, el hecho de ingerir el alcohol en ayunas o en presencia de alimentos condiciona la reabsorción estomacal. Como lógicamente cabría suponer, la concentración máxima de alcohol en sangre se alcanza más prontamente con el estómago vacío. (11)

F. EL ALCOHOL Y LA RELIGIÓN

En un trabajo interesantísimo que versa sobre la relación existente entre el alcohol y la religión, se destaca como el cultivo de la viña, empezó siendo patrimonio casi exclusivo del clero: "en el mundo antiguo, la viña fue objeto de un respeto casi religioso. Saber cultivar y podar esta planta se consideró como una prueba de civilización frente a la ignorancia de los bárbaros en la práctica de este acto. Las divinidades vegetales eran alta mente veneradas. El vino, sangre de la viña, fuego que se unta al húmedo principio que actuaba sobre el hombre alternativamente como excitante o terro rífico, simbolizaba maravillosamente el elemento divino en el cual los an tiguos creían descubrir la eclosión de la vida vegetal (mito de la fermenta ción).

Todas las tradiciones de Dionisios, de su culto y festividades muestran con altisonancia que el vino es un don de los dioses.

Renace el vino, pero ya asexuado, en nuestra religión, dice el Ecclesiastes: "Dad el vino a los de amargo ánimo; beban y olvidense de sus necesida des; y de su miseria no se acuerden más". Su santidad León XIII, egregio au tor de la encíclica Rerum Novarum, ensalza el vino. No olvidemos que en sa crificio de la misa se utiliza el vino. La sangre de Cristo proviene de la travissustanciones del vino. Esto da una idea del contenido mágico-religioso que, tanto en el verbo popular como en su función simbólica, adquiere el pre cioso líquido.

El papel de las bebidas alcohólicas como nexo entre el ser humano y la divinidad, tiene bien a abandonarse del todo o bien a substituirse por alter nativas más fuertes y poderosas. [11]

En algunas culturas árabes, por su religión Mahometana, hacen como un pecado la ingesta de bebidas alcohólicas por lo tanto es la religión la que condena el uso de tales bebidas, lo mismo ocurre en las Mulsumanas.

G. EL ALCOHOL Y LA MEDICINA

En cuanto medicamento o elemento curativo, el alcohol sostiene difícilmente sus propiedades y características inherentes. Claro que se le considera aún en nuestros días como un poderoso estimulante del sistema nervioso, pero hasta cierta dosis y solamente para determinados tipos de organismos humanos. Luego resulta ser un fuerte anestésico cuando pasa a ser ingerido en dosis previamente calculadas. Inclusive se le ha llegado a usar en el de curso histórico de la medicina, no tan solo por vía oral, sino inclusive rectal. El alcohol en determinadas dosificaciones adormece, aletarga e insensibiliza a ciertas regiones del organismo humano. Igualmente es sin duda un poderoso desinfectante, muy usado en algunos tipos de heridas y lesiones.

Pero como elemento medicinal por sus propiedades anestésicas y desinfectantes, el alcohol ha sido abandonado de más en más por la medicina y sustituido por alternativas más poderosas y eficaces. Hoy en día existen múltiples reemplazos medicinales del alcohol, que en días previos a la revolución industrial del siglo XVIII, no se conocían. [14]

H. EL ALCOHOL Y LA NUTRICIÓN

En primer lugar hemos de destruir el mito del alcohol como alimento. Las investigaciones confirmadas por múltiples científicos han establecido de forma definitiva que el alcohol no es utilizado ni en la termogénesis ni en el trabajo muscular. El alcohol difícilmente puede aumentar sus propiedades proteínicas o calóricas. Dota sí de energía, de sobrecarga a determinadas regiones del organismo, pero ello a costa de afectar bruscamente el cerebro, y en el momento de la embriaguez satura de toxinas a la persona bebedora en forma creciente y acumulativa. Por tanto es completamente falso que por ser el alcohol, inclusive en bebidas alcohólicas de "moderación" (como es el caso del pulque mexicano) se considera elemento dietético.

El alcohol no es un nutriente, antes de nutrir, lesiona y antes de alimentarse, intoxica. La constitución propia del organismo humano no es apta para su ingestión periódica o frecuente, inclusive en cantidades dosificadas y moderadas. [14]

1. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL ALCOHOL

Es extraordinariamente interesante estudiar la frecuencia porque traduce o informa de los factores ocioculturales en relación con el complejo problema que nos ocupa. Así se sabe por ejemplo, que la frecuencia del alcoholismo es muy alta entre los irlandeses, norteamericanos y muy baja entre los jullos norteamericanos; es decir que un mismo país la frecuencia depende más de las costumbres que tienen los distintos grupos culturales y raciales.

En México de 1960 a 1975 se ha producido un discreto incremento del consumo individual de cerveza (que resulta mínimo si se tiene en cuenta el crecimiento de la población durante ese período); en cambio, es impresionante el aumento de la producción de licores (bebidas destiladas de alto contenido de alcohol), tanto los obtenidos de granos, como los aguardientes de uva (brandy) que predominan notablemente.

Considerando que el consumo de pulque individualmente se ha mantenido en niveles estáticos y también que la producción de agua ardiente de caña (rones) en buena proporción se oculta (fabricación clandestina), se llega a la siguiente conclusión general: la población mexicana consume cada vez mayor cantidad de bebidas de alto contenido alcohólico. [12]

Cinco grandes empresas que manejan 18 fábricas distribuidas en 11 entidades de la República constituyen la industria cervecera mexicana, una de las ramas industriales mejor integradas del país y de las más avanzadas técnicamente en su giro, en el ámbito mundial.

La industria de las bebidas alcohólicas cuenta con más de 600 establecimientos (excluyendo a los fabricantes de pulque que son cerca de 1000) y está ampliamente difundida en toda la República; las plantas más importantes se ubican en el Distrito Federal y en los Estados de México, Jalisco, Aguascalientes, San Luis Potosí y Coahuila.

Las entidades productoras que, en los últimos años han mostrado mayores incrementos en el cultivo y rendimiento de la vid son: Aguascalientes,

que mantienen el primer lugar de rendimiento de la República, Querétaro, Coahuila y Durango.

Según datos de la O.M.S. (señalados por el Dr. García Cisneros en una sesión de alcohólicos anónimos "Grupo Aragón" el día 7 de enero de 1973) se consumen en México anualmente:

- 1,197,148,000 litros de cerveza
- 240,091,795 litros de pulque .
- 25,256,795 litros de tequila
- 16,000,000 litros de aguardiente de uva
- 24,100,000 litros de licor de caña
- 2,000,000 litros de vino no destilados.

Sumando un total de 1,504,592,899 litros de bebidas embriagantes.

Así pues, el alcoholismo opera como un factor de ruptura brusca, en medida en que los nexos entre individuo y sociedad (es decir el conjunto de desempeños definidos como socialmente útiles realizables en la colectividad), van siendo suplantados por la actividad no sinérgica orgánicamente. Esto puede traducirse cuantitativamente mediante los costos ecológicos implicados. Por ejemplo:

Costos sociales: quantum de población incapacitada para desempeñar una actividad socialmente útil física o intelectualmente.

Aislamiento psiquiátrico por alcoholismo.

Costos económicos: pérdida por ausentismo, por área de actividad económica, (agrícola, industrial, servicios). Gastos públicos y privados, por rehabilitación de alcohólicos. Gastos por daños a propiedad pública y privada. Pérdida de ingresos por unidad familiar por pérdida de trabajo. Endeudamiento o desequilibrio económico familiar, por gastos de atención médica o por aprovisionamiento de licor.

Costo político: Impugnación de autoridades por irresolución de problemas o por tipo de decisiones. Pérdida de autoridad o legitimidad. Incremento de demandas. Incapacidad de control; Presión sobre organismos públicos. Pérdida de alianza con grupos. Enfrentamientos por designaciones reglamentarias. Cambios de autoridades.

Para finalizar señalamos que el director de salud mental de la S.S.A. en México, Dr. Rafael Velasco afirmó que cerca de 750 mil padres de familia son alcohólicos o sea el 5% fuerza de trabajo de México. Uno de cada ocho mexicanos adultos tienen problemas alcohólicos, ya sea de conducta, en su trabajo, físicos, mentales o familiares.

Alrededor del 40% de los enfermos en el sanatorio psiquiátrico del Seguro Social están internados por problemas de alcoholismo. (15)

CAPITULO IV

ALCOHOLISMO

INTRODUCCION

Se consideró básico dar una visión general sobre el alcoholismo debido a la estrecha relación con nuestro tema de investigación. Para que sea ver daderamente comprendido, daremos a conocer tanto sus aspectos sociales como fisiológicos, considerando que sólo este conocimiento global nos permitirá enfrentar racionalmente este fenómeno del alcoholismo, que afecta a un gran número de personas y que sus secuelas no siempre son posibles de valorarse realmente por el enfermo, en sus ambientes familiar, de trabajo, social, y en su propio organismo.

Asimismo, daremos a conocer el modo de como los grupos de alcohólicos anónimos diagnostica el alcoholismo y finalizaremos haciendo una referencia sobre el pronóstico de la enfermedad.

A. DEFINICION DE ALCOHOLISMO

Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol, en tal cantidad, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales o, (una necesidad fisiológica del organismo debido a la intoxicación constante de ingesta de alcohol) cuando la ingestión de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socioocupacional normal. Alcohólico es cualquier persona que ingiera alcohol durante periodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficiencia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad y/o ajuste económico. (10)

B. TEORIAS SOBRE LAS CAUSAS DEL ALCOHOLISMO

Creemos necesario hacer una breve reseña de algunas causas principales que conducen al alcoholismo.

Sólo que no hay una teoría que determina las verdaderas causas del alcoholismo. Escribiremos a continuación algunas de las teorías que se han formulado.

1. TEORIA PSICOPATOLÓGICA

Bogani declara que en aquellos pacientes considerados como alcohólicos neuróticos, su historia clínica descubre siempre que antes de convertirse en bebedores, presentaban ya trastornos de personalidad. Los rasgos más constantes pueden agruparse como sigue: inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidades, incapacidad para superar las dificultades y establecer contactos sociales válidos, deseo de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad. Se trata realmente de síntomas conflictivos neuróticos. (11)

2. TEORIA PSICANALITICA

Freud, creyó que el alcoholismo era la consecuencia de intensas fijaciones orales en la infancia. El alcohol produce una alteración del estado de ánimo y una reorientación consecuente de los procesos de pensamiento, lo cual permite que surjan niveles regresivos y que obtenga gratificación de un pensamiento sin relación lógica. El alcohol proporciona una huida de la realidad.

Menninger, propuso el impulso autodestructivo como componente fundamental del alcoholismo, el niño siente una intensa rabia contra sus padres aunque al mismo tiempo teme perderlos. Considera al alcoholismo como una forma de suicidio crónico utilizado inconscientemente para evitar la mayor destrucción de los padres y en el último término de uno mismo.

Knight considera que la familia está formada por un padre inconsecuente y una madre excesivamente indulgente y sobreprotectora que trata de calmar al niño por medio de pautas repetitivas de gratificación oral. Como consecuencia de la hipergratificación el niño no puede desarrollar el autocontrol y reacciona con rabia cuando es frustrado. El conflicto emocional da lugar a una respuesta impulsiva o la frustración, que produce rabia y por tanto culpabilidad, que necesita de una reparación masoquista, la cual se obtiene de los efectos farmacológicos del alcohol que favorece la conducta irresponsable.

Alder atribuyó la causa de la adicción a sentimientos poderosos de inferioridad relacionados con un estado perpetuo de inseguridad y un deseo de huir de la responsabilidad. Incrimina la excesiva indulgencia y el mimo excesivo, que conducen a una incapacidad para enfrentarse con las frustraciones de la edad adulta y al uso subsiguiente del alcohol para oponerse a las exigencias de la sociedad.

Schilder cree que el alcoholismo procede de la inseguridad que desarrolla en el niño el ridículo y la pasividad, las amenazas y los castigos corporales y la degradación. En el adulto el alcohol engendra sentimientos de seguridad y aceptabilidad social. Cuando el estado de ánimo que produce el alcohol desaparece, vuelven los sentimientos originales con vigor renovado, creando así la necesidad de volver a beber.

Otros autores han destacado la importancia de una satisfacción inconsciente de las necesidades de dependencia y de una confusión en la autoimagen.

El alcoholismo nace con el derrumbamiento de la falsa autoimagen y la emergencia de rasgos de dependencia reprimidos. (2)

3. TEORÍA DEL APRENDIZAJE

Dollard y Miller señalan que el alcohol produce una disminución temporal del temor y el conflicto. El intento de adaptarse al temor y al conflicto por medio del alcohol, seguido esto de un estado de catástrofe cuando se deja de tomar se produce el ciclo de la adicción.

Shoben y Skinner creen que la disminución de la ansiedad es el método por el cual actúan los principios del refuerzo en el alcoholismo. Puesto que la disminución de la ansiedad es rápida en contraste con lo que ocurre en otras pautas aprendidas, beber se convierte en algo prominente y con el tiempo perpetúa la ansiedad a la cual era originalmente una respuesta. (2)

4. TEORIAS SOCIOLOGICAS

Horton cree que el alcohol posee la propiedad de disminuir la ansiedad y que su utilización viene determinada por la ansiedad y seguridad sociales básicas. Snyder, en su estudio sistemático de las pautas de ingesta alcohólica judías, y Barnett, en su examen de la población china de Nueva York, descubren el potencial antialcohólico existente en la ritualización de la utilización del alcohol, la execración de la intoxicación y el estatus de una minoría que incita a mantener el control y evitar el escándalo.

Algunas teorías psicológicas son sólo respuestas parciales, puesto que no valoran los efectos fisiológicos y socioculturales del alcohol ni explican porque todas las personas con experiencias vitales y configuraciones emocionales similares no se convierten en alcohólicos. (2)

C. CONSECUENCIAS FISIOLOGICAS

1. SISTEMA DIGESTIVO

A diferencia de algunas otras drogas que pueden fumarse, aspirarse o inyectarse para producir sus efectos, el alcohol debe pasar primero por el proceso de la digestión. Sus efectos comienzan precisamente en el conducto digestivo.

En ocasiones el bebedor cree equivocadamente que el alcohol estimula la digestión. No hay pruebas de que el alcohol lo haga realmente, pero puede aguzar indirectamente nuestro apetito al aliviar la tensión nerviosa. El alcohol tiende a insensibilizar las membranas mucosas de la boca y a hacer que se sienta hinchada la lengua. El resultado de ingerir demasiado alcohol puede ser el adormecimiento y la lengua del sentido del gusto. Las calorías del alcohol pueden ser causa de un menor consumo de alimentos nutritivos, o finalmente, de una obesidad extremadamente malsana.

Con el consumo constante y creciente del alcohol, pueden dañarse las células nerviosas del estómago. Frecuentemente los alcohólicos padecen de una

úlceras sangrantes, y ni están enterados de ello.

Debido a la avería de las células nerviosas, no se puede sentir fácilmente el dolor que acompaña a la inflamación (ulceración).

El estómago de los grandes bebedores pierde también a la larga el tono, y lo más grave es que se hace más lento el movimiento del estómago ya no puede hacer pasar completamente su contenido a los intestinos y retiene siempre una parte de los alimentos. Además, el tiempo de la digestión se alarga anormalmente, se dificulta la desintegración de los alimentos y es común el vómito.

Puesto que el alcohol no tiene valor nutritivo, muchos padecimientos del sistema digestivo (o otros sistemas) relacionados con el problema de la bebida se deben más a deficiencias nutricionales y vitamínicas que al alcohol mismo. Sobrevendrán deficiencias vitamínicas y desnutrición si el alcohol reemplaza a una dieta balanceada ordinaria, y obesidad si el alcohol se bebe añadiendo muchas otras fuentes regulares de calorías.

2. SISTEMA CIRCULATORIO

Pequeñas dosis de alcohol producen un ascenso de la presión sanguínea, junto con un aumento del ritmo cardíaco y de la sangre expelida por el corazón, el alcohol le hace aflojar el paso. Ocurre una dilatación gradual y súbita del músculo cardíaco, de lo cual resulta que se bombea menos sangre al sistema. En casos extremos, hay parálisis de los nervios cardíacos y se ocasiona la muerte instantánea.

En una mujer en cinta el alcohol pasa por la placenta. No se ha determinado científicamente que tan seriamente afecta ésta al feto. Para nuestro asombro, se ha investigado poco sobre los efectos del alcoholismo en los hijos de madres alcohólicas. En la mayoría de los casos, el niño sufre los efectos de las deficiencias nutricionales de la madre, así como de su adicción al alcohol. La tasa de mortalidad en los hijos de madres alcohólicas es ciertamente de las más altas, pero las razones de ello están confusas.

3. SISTEMA NERVIOSO

Al tratar de determinar como afectan a un individuo el alcohol o cualquier otra droga, se concentra la mayor atención en el sistema nervioso. Cualquier droga que llegue hasta el cerebro afectará indudablemente a todo el cuerpo. El alcohol llega al cerebro y a la médula espinal por medio de la sangre.

A medida que van siendo narcotizadas las células cerebrales se van perdiendo el autocontrol y la restricción que forma parte de la socialización. Podría sugerirse que la persona ebria va perdiendo la noción de un mundo exterior a ella misma, de modo que la autosatisfacción puede convertirse en el principal factor en su conducta.

El alcohol ataca los centros motores. Cuando estas áreas quedan deprimidas, los movimientos son menos coordinados y los reflejos más lentos. A medida que aumenta la concentración alcohólica en el torrente sanguíneo, resultan afectadas los centros neurológicos de la parte media del cerebro, que controlan a los músculos del habla, los movimientos y la actividad del ojo. En este punto, los ojos de alguien bastante pasado de licor se ponen vidriosos, con el añadido de una posible visión doble. Una persona a quien se ve salir tambaleante de una reunión o de una taberna ha tomado cuando menos suficiente alcohol para tener afectada esta porción del cerebro.

De aquí en adelante, la intoxicación alcohólica se hace cada vez más peligrosa conforme comienza a afectar las actividades cerebrales inferiores de la respiración y la circulación. Es común un estupor o coma atóxico cuando está afectada esta área del cerebro.

Ocurrirá la muerte si la depresión llega a ser suficientemente fuerte para detener la respiración y el funcionamiento del corazón.

4. LA MÉDULA ESPINAL

Centro de la actividad refleja, puede resultar adversamente afectada por la acción de la droga sobre los centros superiores del cerebro, así co

mo por la estimulación directa de la médula espinal.

Con una mejor comprensión de como la droga alcohol afecta a varias partes del cerebro, podemos ver más claramente sus características depresivas; retarda los procesos mentales y otros del cuerpo. Una persona bajo la influencia de las más comúnmente usada de las drogas depresivas, el alcohol manifiesta típicamente ciertos modelos de conducta. Primero, efectos psicológicos que, en dosis moderadas, dependen más del carácter y las actitudes del consumidor. Poco después de esto, probablemente la encontraremos incapaz de concentrarse en alguna cosa única: su motivación para moverse o hablar estará embotada, conforme disminuyen sus percepciones sensoriales. También tendrá retardada la respiración.

5. SISTEMA MUSCULAR

A los músculos del cuerpo los afecta generalmente el alcohol por mediación del sistema nervioso. El alcohol da lugar a que se haga exagerada la acción de los centros nerviosos controladores del sistema muscular, y a que envíen impulsos distorsionados a los músculos. En los alcohólicos, los estremecimientos de las manos (temblores) son una de las manifestaciones más extremadas de las señales incorrectas que está enviando el cerebro. También son característicos los calambres musculares en las extremidades y ocasionalmente en el estómago.

Los músculos están normalmente en un estado de ligera contracción, de ligera tensión. El alcohol (en exceso) "relaja" los músculos, principalmente por su acción sobre el sistema nervioso; los debilita y los hace menos capaces de funcionar. Durante algún tiempo, se ponen flácidos, tienen menos energía y disminuye su capacidad de crecer. El músculo más importante afectado por el alcohol es el corazón.

6. PIEL

Es general el falso concepto de que el alcohol tiene la facultad de ralentizar el cuerpo. Hay una sensación subjetiva de calor, pero no un aumento de la temperatura del cuerpo. Es responsable de esta sensación un repentino

y temporal agolpamiento de sangre que llega a los vasos sanguíneos. dilata dos, inmediatos de la piel.

La tendencia a tiritar de algunos que se están recuperando de la ebriedad es una señal del efecto refrigerante del alcohol.

El consumo prolongado del alcohol, hasta en pequeñas cantidades diarias puede hacer más lenta la circulación de la sangre por la piel, con lo cual se le proporciona menos nutrición y se provoca su engrosamiento.

7. SISTEMA UROGENITAL

Conforme aumenta la ingestión de alcohol, aumenta la cantidad de orina excretada; el alcohol acelera la producción de orina. En realidad, el alcohol deshidrata al cuerpo; en consecuencia, es seguro presumir que el aumento de la micción se debe más a la absorción de líquidos para remediar la deshidratación que al alcohol mismo; pero este tiene también una acción diurética.

Contrariamente a las imágenes sugeridas por los anuncios de alcoholes, la droga no estimula de ninguna manera la actividad sexual ni sirve de afrodíaco. Puede aflojar los controles, las ansiedades o las inhibiciones, pero la capacidad para cumplir sexualmente decrece al aumentar la ingestión de alcohol. (17)

D. CONSECUENCIAS SOCIALES DEL ALCOHOLISMO

1. ALCOHOLISMO Y CRIMEN

La inestabilidad emocional y otras expresiones de una personalidad mal integrada, caracterizan tanto al criminal que reincide como al adicto al alcohol. La relación entre alcoholismo y crimen es una causa común y no una relación de causa y efecto. No obstante, hay que agregar que su ingestión tiende a liberar impulsos sexuales y agresivos.

2. ALCOHOL Y ACCIDENTES DE TRANSITO

En las sociedades modernas, en las cuales se depende mucho del transporte a alta velocidad, la intoxicación aguda o crónica con alcohol contribuye excesivamente a los accidentes, ya que el ebrio presenta alteraciones en la percepción, el juicio y el tiempo de reaccionar y la calidad de sus respuestas. En un gran número de las personas que mueren en accidentes automovilísticos se han encontrado niveles sanguíneos de alcohol de más del 0.10 por ciento. (13)

3. EL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

Es fácil de entender que, en torno al enfermo alcohólico, el clima familiar se modifica, sufre con él, por él y a causa de él. No se puede conservar un ánimo equilibrado y sereno cuando sobre un hogar gravita la inseguridad, el temor, la inquietud o violencia.

El mal humor es contagioso; del mismo modo que cuando llueve, las gotas pueden alcanzarnos a todos, cuando sobre una familia se derrama la inestabilidad, esto afecta a todos aunque no lo haga de una manera uniforme.

La esposa o mártir o víctima, sufre las consecuencias de la enfermedad de su marido siempre. Ella dependerá de su temple personal, de sus caractersticas psicológicas, pero también de la conducta del cónyuge cuando se embraga. No es lo mismo el paciente que regresa al hogar amenazado y en busca de pelea, que el que se deja acostar para dormir la borrachera. Pero sea de una manera u otra forma, si el padre pierde la dirección y el ascendiente sobre los suyos, si como resultado de sus gastos pro alcohólicos daña la economía doméstica, a la larga nadie saldrá bien liberado de la situación.

La madre trabaja, se ocupa del hogar, de los niños e incluso del marido ebrio. Esta existencia tensa durante años va haciendo mella en su cardeter y en su propia concepción de estar en el mundo.

No es infrecuente el desmoronamiento moral de la esposa cuando, al rehabilitarse el marido, desaparece el estado de continua presión que la mat

tenta en la lucha.

Para los niños la convivencia con un padre alcohólico resulta más grave. Los niños sufren un indescriptible terror, no sólo por la violencia y la penuria que sobre ellos se cierne, sino sobre todo por su imposibilidad de comprender lo que está pasando. El niño es un animal inerte e indefenso como ningún otro de la escala zoológica. Necesita de la madre (a quien ama) y del padre (a quien admira) hasta edad muy avanzada. El cariño y el ejemplo son el sustento espiritual sin el cual no puede medrar, no puede crecer.

El pequeño, hijo de alcohólico, que durante el día convive con una madre insegura y angustiada, espera casi siempre el regreso del padre, asustado y temeroso. Cuando sobre su frágil arquitectura cae la lluvia de los insultos no entiende el porque de aquel castigo y entonces el terror y el desconsuelo se multiplica hasta el infinito. Es incapaz de interpretar el significado de lo que ocurre. Es lógico inferir que su formación, su educación sus afectos quedarán marcados para siempre por estas situaciones de violencia. [11]

4. ALCOHOLISMO EN EL TRABAJO

La calidad profesional se ve mermada al igual que las restantes aptitudes personales. Si unimos a ello el ausentismo laboral, consecutivo a las embriagueces y los riesgos de accidente que para la empresa suponen, no es de extrañar que el enfermo alcohólico cambie con frecuencia de trabajo. Sólo en casos excepcionales, derivados de la actitud humana y comprensiva del empresario, de los muchos años de servicio prestados, o de la dificultad para reemplazarle, el enfermo alcohólico será sometido a tratamiento de deshabituación por cargo del patrón y readmitido posteriormente.

El funcionario o el trabajador alcohólico crónico va descendiendo por los daños en su calidad profesional, llegando incluso a la degradación laboral completa. Recurre entonces para subsistir a trabajos de personajes eventuales. O vive parasitando de la familia, de la caridad pública, o dando sablazos a los amigos y desconocidos. Otra forma frecuente con la que se procura

dinero, es como donante de sangre. En la última instancia la obtención del dinero puede ser delictiva: pequeños hurtos. (11)

E. DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO

El diagnóstico del alcoholismo es fácil cuando se trata de un caso de adicción, es decir, crónico: ingestión de bebidas casi en forma continua, prácticamente todos los días, antecedentes de cirrosis, neuritis, problemas en las relaciones familiares y sociales, arrestos, internamientos previos, etc. Pero, cuando el alcoholismo es mínimo: intoxicaciones ocasionales, hasta cuatro veces al año, no hay problemas sociales, familiares, ocupacionales, de salud o legales; o bien cuando es moderado: intoxicaciones más frecuentes, una o dos, por semana, problemas sociales, ocupacionales o familiares y algunas alteraciones que ponen de manifiesto el daño físico en relación con el alcohol, como temblores, accidentes frecuentes, alteraciones gástricas y pérdida de apetito; el convencer al enfermo de que padece de alcoholismo no es fácil y, sin embargo es indispensable. En estos casos es necesario recurrir a las preguntas que sólo el enfermo puede contestar. Mencionaremos aquí las doce preguntas de Alcohólicos Anónimos:

1. ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber por una semana (o más) sin haber logrado el plazo?
2. ¿Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle de que deje de beber?
3. ¿Ha tratado alguna vez de controlarse cambiando de una clase de bebida a otra?
4. ¿Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año?
5. ¿Envidia usted a las personas que pueden beber sin que esto les ocasione dificultades?
6. ¿Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año?
7. ¿Ha ocasionado su modalidad de beber problemas en su hogar?
8. ¿En reuniones sociales donde la bebida es controlada, trata usted de conseguir tragos extras?
9. ¿A pesar de ser evidente que no puede controlarse, ha continuado

do usted afirmando que puede dejar de beber "por sí solo" cuando quiere hacerlo?

10. ¿Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida?
11. ¿Ha tenido alguna vez "lagunas mentales" a causa de la bebida?
12. ¿Ha pensado alguna vez que podría tener más éxito en la vida si no bebiera?

Alcohólicos Anónimos considera que si se contesta afirmativamente a cuatro o más, la persona ya tiene un serio problema de alcoholismo, o que tendrá en un futuro cercano. (10)

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III diagnostica el alcoholismo en diferentes categorías que a continuación describimos:

-TRASTORNOS MENTALES ORGANISMO PROVOCADOS POR EL ALCOHOL

- 303.00 Intoxicación alcohólica. Pág. 139
- 291.40 Intoxicación alcohólica idiosincrática. Pág. 141
- 291.80 Abstinencia alcohólica. Pág. 142
- 291.00 Delirium por abstinencia alcohólica. Pág. 143
- 291.30 Alucinosis alcohólica. Pág. 144
- 291.2x Demencia asociada a alcoholismo. Pág. 146.

-TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

- 305.0x Abuso del alcohol. Pág. 179
- 303.9x Dependencia de alcohol. Pág. 179.

303.00 INTOXICACION ALCOHOLICA

La sintomatología esencial es la desadaptación conductual debida a una ingesta de alcohol reciente. Puede incluir agresividad, deterioro social o de actividad laboral. Los signos fisiológicos comprenden rubor facial, lenguaje incorrecto, marcha inestable, nistagmus e incoordinación. Los signos

psicológicos característicos comprenden locuacidad, deterioro de la atención, irritabilidad, euforia, depresión y habilidad emocional.

El diagnóstico no deberá hacerse cuando haya pruebas de que la cantidad de alcohol ingerida es insuficiente para producir una intoxicación en la mayor parte de la gente; tal es el caso de la intoxicación alcohólica isiosincrásica.

Criterios para el diagnóstico de la intoxicación alcohólica:

- A. Ingestión reciente de alcohol (sin la existencia de pruebas que sugieran que la cantidad ingerida es insuficiente para provocar una intoxicación en la mayor parte de la gente).
- B. Efectos de desadaptación conductual, por ejemplo, peleas, deterioro de la capacidad de juicio, interferencias con la capacidad social o laboral.
- C. Al menos uno de los siguientes signos fisiológicos:

- 1) Lenguaje farfullante
- 2) Incoordinación
- 3) Marcha inestable
- 4) Nistagmís
- 5) Rubor facial.

D. Al menos uno de los siguientes signos psicológicos:

- 1) Cambio de estado de ánimo
- 2) Irritabilidad
- 3) Locuacidad
- 4) Deterioro de la capacidad de atención.

E. Todos ellos, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

291.40 INTOXICACION ALCOHOLICA IDIOSINCRASICA

El síntoma esencial lo constituye un cambio conductual notable en general con agresividad que es debido a la ingestión de alcohol reciente en una cantidad tal, que es insuficiente para la producción de una intoxicación en la mayoría de las personas. En general, puede haber una amnesia posterior, que abarca el período de intoxicación. La conducta del sujeto es atípica, en el sentido de que no aparece durante la abstinencia; por ejemplo, una persona tímida, retraída y de modales correctos, después de haber bebido durante una semana puede mostrarse beligerante y violenta. Durante el episodio, el sujeto aparenta estar desconectado de los demás. Este trastorno se ha denominado también "intoxicación patológica".

Criterios para el diagnóstico de la intoxicación alcohólica idiosincrásica.

- A. Cambio conductual notable, por ejemplo, conducta agresiva o violenta, debido a la ingestión reciente de alcohol en una cantidad tal que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente.

291.80 ABSTINENCIA ALCOHOLICA

El cuadro clínico está configurado por determinados síntomas característicos, que se presentan después de algunas horas de dejar o de reducir la ingestión alcohólica en un individuo que ha estado bebiendo alcohol durante días, semanas o meses. Estos síntomas son: llamativo temblor de manos, lengua y párpados; náuseas y vómitos, malestar o insomnio, hiperactividad autonómica (como taquicardia, sudoración y elevación de la tensión arterial), ansiedad, estado de ánimo deprimido o irritabilidad, e hipotensión ortostática. El diagnóstico no deberá hacerse si la alteración corresponde al delirium por abstinencia alcohólica.

Curso. Los síntomas de abstinencia empiezan poco después de cesar o reducir la ingestión de alcohol y casi siempre desaparecen a los cinco o siete días, a no ser que se desarrolle un delirium por abstinencia alcohólica.

Criterios para el diagnóstico de la abstinencia alcohólica.

A. Abandono o reducción del hábito prolongado (algunos días o más) de bebidas alcohólicas, al que sigue algunas horas después un grosero temblor de manos, lengua y párpados y, por lo menos, uno de los siguientes síntomas:

- 1) Náuseas y vómitos
- 2) Malestar o cansancio
- 3) Hiperactividad autonómica, por ejemplo: taquicardia sudoración y elevación de la presión arterial
- 4) Ansiedad
- 5) Estado de ánimo deprimido o irritabilidad
- 6) Hipotensión ortostática.

B. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico como el delirium por abstinencia alcohólica.

Curso. Se inicia al segundo o tercer día de haber abandonado o reducido la ingestión de alcohol. En algunas ocasiones puede presentarse antes, siendo excepcional la presentación después de una semana de abstinencia. El síndrome se desarrolla, en general, en dos o tres días, a no ser que se presente una complicación debida a la asociación con otras enfermedades. Las crisis epilépticas, que pueden presentarse como resultado de la abstinencia alcohólica, preceden siempre al desarrollo del delirium.

Criterios para el diagnóstico del delirium por abstinencia alcohólica.

A. El delirium (Pág. 115) se presenta después de una semana de haber abandonado o reducido la ingestión de alcohol.

B. Hiperactividad autonómica, por ejemplo, taquicardia, sudoración, elevación de la presión arterial.

C. Todo, ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

291.30 TRASTORNO AMNÉSICO ALCOHOLICO

La sintomatología esencial es un síndrome amnésico debido a una deficiencia vitamínica, asociada al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. El trastorno amnésico debido a deficiencia de tiamina se conoce también con el nombre de enfermedad de Korsakoff.

Entre los síntomas asociados se encuentran las alteraciones neurológicas, la ataxia cerebelosa, o la miopatía.

Criterios para el diagnóstico de trastorno amnésico alcohólico.

- A. Síndrome amnésico que se presenta después de una prolongada ingestión de alcohol.
- B. No debido a ningún otro trastorno mental o físico.

291.2x DEMENCIA ASOCIADA A ALCOHOLISMO

La sintomatología esencial es una demencia asociada a una ingestión prolongada de alcohol en cantidades elevadas, excluyéndose otras causas de demencia. Con el fin de excluir los efectos pasajeros de la intoxicación y la abstinencia, no deberá hacerse este diagnóstico hasta que no hayan transcurrido tres semanas desde el abandono total del alcohol.

El papel etiológico del alcohol en la demencia asociada al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol es controvertido.

Criterios para el diagnóstico de demencia asociada a alcoholismo.

- A. Presencia de una demencia, después de un hábito prolongado de ingerir grandes cantidades de alcohol.
- B. La demencia persiste al menos tres semanas después de haber abandonado la ingesta de alcohol.

- C. A través de la historia, el examen físico y las pruebas de laboratorio, se excluyen otras causas de demencia no debidas al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol.

305.0x ABUSO DEL ALCOHOL

Criterios para el diagnóstico del abuso de alcohol

- A. Patrón patológico de uso de alcohol: Necesidad diaria de alcohol para el desarrollo de la actividad adecuada; in capacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida durante determinadas horas del día; embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día; l como mínimo dos días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (lagunas, "blackouts"); continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los graves trastornos físicos que padece se exacerban con la ingesta.
- B. Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida de empleo; problemas legales (por ejemplo, detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación), discusiones o dificultades con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.
- C. Duración de la alteración de un mes como mínimo.

El síntoma esencial del abuso de alcohol es un patrón de uso patológico del alcohol de un mes como mínimo, que provoca deterioro de la actividad laboral o social.

303.9x DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Los síntomas esenciales de la dependencia del alcohol son tanto la existencia de una estructura patológica de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al alcohol, como la presencia de tolerancia o abstinencia. La dependencia del alcohol también se denomina alcoholismo.

Curso. Después de cinco años del establecimiento de un hábito de bebida regular, y con frecuencia en el curso del año siguiente, se desarrolla el abuso o dependencia del alcohol. El hábito de bebida de grandes cantidades de alcohol en la adolescencia se acompañará, con toda probabilidad, de problemas en la vida adulta.

Aunque la dependencia y el abuso de alcohol puede continuar hasta la vejez, a veces suele remitir como consecuencia de desarrollo de las complicaciones físicas que le son propias. Algunos sujetos con historia previa de dependencia alcohólica pueden presentar períodos ocasionales de bebidas sin episodios de intoxicación, o en todo caso, episodios de intoxicación excepcionales. Además, un hábito de bebida moderado no debe ser considerado prueba suficiente de la ausencia de dependencia alcohólica en el pasado.

Tres son las principales estructuras de uso patológico y crónico de alcohol. La primera es la ingestión regular y diaria de grandes cantidades de alcohol; la segunda es el hábito regular de grandes ingestas de alcohol limitadas a los fines de semana. Estos dos patrones se incluyen en el subtipo "continuo". El tercer patrón se caracteriza por largos períodos de sobriedad entremezclados con períodos de embriaguez diaria por grandes cantidades de alcohol que duran semanas o meses. Este patrón corresponde al quinto dígito o subtipo "episódico".

ANTECEDENTES FAMILIARES. El abuso y la dependencia del alcohol es más frecuente entre los miembros de una misma familia que entre la población general. El aumento de la prevalencia entre los hijos adoptados a edad muy temprana con padres con este trastorno proporciona una prueba de la existencia de un factor genético.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

A. Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol:

-Patrón patológico de uso de alcohol: la necesidad diaria de alcohol para la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o dejar de beber; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (períodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día).

-Embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día, durante al menos dos días).

-Consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza).

-Períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación ("blackouts"); continuación en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.

Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol; por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales, discusiones o problemas con familiares o amigos debido al excesivo uso del alcohol.

B. Cualquiera de las dos: tolerancia o abstinencia:

TOLERANCIA. Necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol.

ABSTINENCIA. Desarrollo de abstinencia alcohólica (por ejemplo, temblor matutino y malestar aliviado por la bebida) después de abandonar o reducir la bebida.

F. PRONÓSTICO

En el alcohólico crónico, el pronóstico viene mediatizado por diversas circunstancias. En el alcohólico social que pasando por una etapa de ingestión excesiva, acaba insensiblemente cayendo en la dependencia, pero cuya personalidad de origen es normal, por lo que el pronóstico sugiere mayores probabilidades de rehabilitación, ya que, suprimiendo el tóxico, queda un perfil individual con recursos para la abstinencia. En el alcohólico crónico, por el contrario, pese a la superesión etílica, las causas de íntima disarmonía que le hicieran recurrir al alcohol como droga para paliar el desajuste que no alcanzaba a solventar, seguirán persistiendo y por tanto la estabilidad del sujeto, con o sin alcohol, seguirá siendo precaria.

Es valorable pronósticamente el factor de permanencia en la enfermedad. Si bien, para su curación, el alcohólico debe observar una abstinencia absoluta y de por vida, no es lo mismo que dicho hábito y la trascendencia de éste en su biografía y personalidad lleve un año de instauración, que 20 años.

La impregnación tóxica reiterada produce un deterioro irreversible, difícil de percibir.

Cuando una persona lleva muchos años bebiendo, es lógico presumir que el índice de deterioro aumente y en consecuencia disminuye su posibilidad de entender la ayuda profesional que se le pueda brindar.

El pronóstico del alcohólico crónico se ensombrece muy seriamente cuando además existe el precedente de un traumatismo craneal, y tanto más cuando más grave haya sido éste. La tolerancia al alcohol de estos sujetos es francamente baja y sus trastornos de conducta graves.

La colaboración (activa y adecuada) de los miembros no alcohólicos de la familia, serán también elementos determinantes del pronóstico. Los amigos el tipo de profesión, el empleo de los ratos de ocio, es una palabra, el perimundo del alcohólico, serán decisivos para mantener el equilibrio precario siempre de un exalcohólico. Sin extendernos en consideraciones excesivas,

pensemos cuanto más fácil le resultará la sobriedad a un funcionario admi
nistrativo, con horario laboral estricto y una pena de amigos cooperado
res, que a un barman cercano de botellas e invitaciones de su clientela.

La curación dependerá también de la existencia o no, en lugar de resi
dencia del alcohólico, de dispensarios y centros de hospitalización, así
como de su posibilidad de acudir a ellos y sufrir el costo de su tratamien
to. (11)

CAPITULO V

ALCOHOLICOS ANONIMOS

A. INTRODUCCIÓN

Existe una organización que en años recientes ha producido muchas curas temporales e incluso prolongadas de alcoholismo; se trata de Alcohólicos Anónimos, establecida en 1935, en Akron, Ohio, dirigida por personas que fueron alcohólicas, y en 1949 fue reconocido el grupo por la A.P.A. Aunque fue estructurada sin gula psiquiátrica, y aunque su movimiento principalmente se limita a un programa social-religioso, ha sido de gran valor en la reorientación de muchos adictos hacia una vida socialmente adecuada. Este programa, aunque se ha ideado con un optimismo poco realista, ha utilizado de manera constructiva muchos principios de la psicoterapia de grupo.

La organización ofrece al alcohólico declarado la oportunidad de escapar de su aislamiento psicosocial anterior, del sentimiento de que nadie lo entiende se preocupa por él de verdad, y de la idea de que no puede confiar en nadie. En su grupo, el adicto adquiere la sensación de pertenecer a un sistema, de ser entendido y aceptado y de compartir convicciones comunes por lealtad al grupo, el socio desarrolla un fervor religioso, y al responder al llamado de otro alcohólico que necesita ayuda, a pesar de que esto le cause inconvenientes en algunas ocasiones y tenga que renunciar a ventajas propias, su devoción religiosa lo lleva a actuar en forma constructiva en pro del otro miembro de Alcohólicos Anónimos (forma constructiva). Uno de los rasgos más importantes de la asociación es el énfasis en la inspiración y la sugestión de grupo.

Al despertar un deseo profundo de ayudar a otros y crear un sentimiento de responsabilidad de hacerlo, la organización contribuye a la cura del adicto. La oportunidad de hablar de sí mismo en las reuniones de grupo, proporciona al alcohólico una oportunidad de satisfacción narcista, de autoexposición y de otras terapéuticas. El programa de Alcohólicos Anónimos ignora la causa de la adicción al alcohol y enfoca directamente el hecho mismo de beber.

Por desgracia, hay alcohólicos que rehusan unirse a esta organización, por razones que se ignoran. Algunas actúan así porque no reconocen su adi

ción, otros parecen tener lealtades de conflicto, persisten en usar la defensa de la autosuficiencia contra anhelos de dependencia que lo avergonzan, o tienden a desarrollar angustia intolerable cuando se encuentran en grupo.

B. DEFINICION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

Es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es el deseo de dejar de beber para ser miembro de Alcohólicos Anónimos no se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen con sus propias contribuciones. Alcohólicos Anónimos no está afiliada a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Su objetivo primordial es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Los Alcohólicos Anónimos se rigen por doce tradiciones que dicen:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, el restablecimiento personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que fieles servidores, no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es el querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afectan a otros grupos o a los Alcohólicos Anónimos considerados como un todo.

5. Cada grupo tiene un sólo objetivo: llevarle al mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de Alcohólicos Anónimos nunca debe respaldar, financiar o presentar el nombre de Alcohólicos Anónimos a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. Alcohólicos Anónimos como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas de servicio o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. Alcohólicos Anónimos no tienen opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personas.

C. TRATAMIENTO DE ALCOHOLICO ANONIMO

Se lleva a cabo por medio de una dinámica de grupo en la cual se reunen un grupo de alcohólicos todos ellos y cada uno sigue los doce pasos de Alcohólicos Anónimos son los siguientes:

1. Admitir que eran impotentes ante el alcohol y que sus vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegar al convencimiento de que sólo un poder superior a ellos mismos podría devolverles el sano juicio.
3. Decidir poner su voluntad y sus vidas al cuidado de Dios, tal como ellos lo conciben.
4. Sin ningún temor, hacer un inventario moral de ellos mismos.
5. Admitir ante Dios, ante ellos mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de sus faltas.
6. Estar dispuestos a dejar que Dios elimine todos estos efectos de carácter.
7. Humildemente le piden a Dios que los libre de sus defectos.
8. Hacer una lista de todas aquellas personas a quienes hayan ofendido y estén dispuestos a reparar el daño que les causaron.
9. Reparar directamente a cuantos les sea posible el daño que les habían causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.
10. Continuar haciendo su inventario personal y cuando se equivolquen lo admitan inmediatamente.

11. Buscar a través de la oración y la meditación mejorar su con
tacto consciente con Dios tal como lo conciben, pidiéndole
solamente que los deje conocer su voluntad para con ellos y
les de la fortaleza para aceptarla.

12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resulta
do de estos pasos, tratar de llevar este mensaje a los alco
hólicos y de practicar estos principios en todos sus actos.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

INTRODUCCION

En este capítulo intentamos conocer la significancia de los rasgos y características de personalidad presentes del alcohólico crónico, a partir de la aplicación de cuestionarios psicológicos (MMPI y Thurstone) y a través de la valoración e interpretación de ellos, llegar a la elaboración de un perfil general de estas características evaluadas en nuestra muestra que fue integrada por 250 sujetos alcohólicos anónimos.

A. METODOLOGIA

1. PROBLEMA

Investigando en diferentes bibliografía nos encontramos en el conflicto de decidir la incógnita de "si existen o no características de personalidad en común en el alcohólico crónico".

Encontramos que Freedman, Kaplan y Sadack en su libro *Compendio de Psiquiatría*, dice al respecto: "no se encuentra ninguna configuración de la personalidad única en el alcoholismo, ni los alcohólicos siguen un curso predeterminado". No se sabe nada de la proporción de remisiones espontánea, del número de pacientes que llegan a un cierto nivel de trastorno por el alcohol y se estabilizan en él, o de incidencia de pacientes que tienen un comienzo violento y corren hacia un final catastrófico. [2]

A diferencia Norman Cameron en su libro de desarrollo y psicopatología de la personalidad nos dice que como base a la adicción o afición al alcohol, o del alcoholismo crónico, existe un desorden de carácter básico es decir en las primeras etapas de la vida, aunque el cuadro sintomático varíen considerablemente.

Norman Cameron, encontró que gran parte de los alcohólicos examinados eran dependientes, deprimidos, esquizoides, hostiles y sexualmente inmaduros. [3]

2. HIPOTESIS

Debido a las diferencias entre autores como Freedman, Kaplan y Sadack así como Norman Cameron con respecto a las características de personalidad planteamos la siguiente hipótesis:

HIPOTESIS NULA (H0)

En los alcohólicos crónicos no existen una similitud significativa en cuanto características de personalidad y rasgos temperamentales.

HIPOTESIS ALTERNATIVA (H1)

En los alcohólicos crónicos existe una similitud significativa en cuanto a características de personalidad y rasgos temperamentales.

3. LIMITACIONES

Se incluyen los sujetos que manifiestan síntomas de abstinencia, que hayan bebido de manera intensa y prolongada durante un periodo de tres meses o más. Deben pertenecer a la asociación de Alcohólicos Anónimos. Deben ser alcohólicos activos o como máximo que hayan dejado de beber de un año atrás. Deben ser alcohólicos crónicos sin ninguna asociación a otra entidad nosológica psiquiátrica. No debe de presentarse la utilización de alguna otra clase de estimulantes. No deben ser menores de 25 años ni mayores de 55 años para evitar el deterioro neurológico.

4. POBLACIÓN

Sujetos alcohólicos crónicos pertenecientes a la Asociación de Alcohólicos Anónimos en Guadalajara.

5. MUESTRA

Este estudio está sujeto a una muestra de 250 sujetos en total, Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Crónicos, ambos sexos, entre la tercera y sexta década de la vida.

6. VARIABLES

Indep. Alcoholismo

Dep. Temperamento y personalidad.

VARIABLES CONTROLADAS. Edad, bebedor de manera intensa y prolongada durante un periodo de tres meses o más, alcohólico activo o que haya dejado de beber de un año atrás, que no se asocie a ninguna entidad nosológica psiquiátrica, que no se asocie con otro tipo de droga.

VARIABLES NO CONTROLADAS. Sexo, antecedentes delictivos, educación.

B. TEST DE THURSTONE

1. INVENTARIO DE RASGOS TEMPERAMENTALES DE THURSTONE

Su autor: L.L. Thurstone (1949), profesor de psicología, director del Laboratorio psicométrico de la Universidad de Carolina del Norte.

2. FINALIDAD DE ESTE INVENTARIO

El inventario de rasgos temperamentales de Thurstone se limita a hacer una descripción práctica de los más importantes aspectos temperamentales del individuo, sin pretender clasificar el grado de tensión, inseguridad, conflictos, internos o desadaptación al medio, que puede existir en él.

Su propósito es poner de manifiesto los rasgos que son relativamente estables en cada persona excluyendo aquellos que reflejan recientes influencias de índole social, nuevas apariencias perturbadoras, o las que resulten de la influencia que ejerce la propaganda. Se explotan siete áreas temperamentales.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS QUE CUBRE EL INVENTARIO

ACTIVO [A]. Una persona activa se considera la que acostumbra a trabajar y moverse con rapidez, que se inquieta aún en circunstancias en que debería permanecer tranquila. Le gusta siempre estar ocupada en algo y tiene la tendencia a estar de prisa. De ordinario habla, camina, escribe con rapidez, aún cuando estas actividades no lo requieran.

VIGOROSO (V). Esta área pone de manifiesto la actividad física que implica un considerable desgaste de energía y pone en movimiento el sistema muscular.

IMPULSIVO (I). Se considera una persona impulsiva aquella que es des preocupada, temeraria, confiada en su buena suerte, que actúa bajo la pre sión del momento y sin medir las consecuencias de sus actos. Toma decisio nes rápidamente le agrada la competencia y cambia fácilmente sus activida des.

DOMINANTE (D). Una persona dominante es aquella que se considera a sí misma como capaz de tomar la iniciativa y la responsabilidad de actuar co mo líder. Le gusta hablar en público, organizar actos sociales, promover nuevos proyectos y convencer a los demás.

ESTABLE (E). Se considera una persona estable aquella que generalmen te es alegre y tranquila, puede reposar en un medio bullicioso y no pierde la cabeza en situaciones críticas puede concentrarse en medio de muchas dis tracciones, no se molesta si se le interrumpe mientras está meditando y no se irrita a causa de los pequeños contratiempos de la vida cotidiana, no le incomoda dejar una tarea inconclusa o terminarla dentro de un plazo fijado de antemano.

SOCIABLE (S). Son personas que buscan la compañía de los demás, fácil mente tratan amistades y son generalmente simpáticas y agradables en su tra to con la gente; están siempre dispuestas a cooperar y a prestar ayuda, los extraños les confían fácilmente sus problemas personales.

REFLEXIVO (R). Persona que se inclina a la meditación y a la reflexión y encuentran más a su gusto tratar asuntos técnicos que prácticos. Se nali za a sí mismo, es generalmente tranquilo, encuentra placer en el tipo de tr. bajo que requiere precisión y esmero en los detalles, tiende a hacerse car go de más obligaciones de las que puede atender y en general prefiere más bien planear que ejecutar los planes.

4. GENERALIDADES

El inventario en general consta de 140 preguntas que cubren las siete áreas temperamentales ya mencionadas. Su aplicación puede ser de manera individual o colectiva. La calificación es rápida y sencilla puesto que las respuestas correctas se registran automáticamente a medida que el sujeto contesta las preguntas. Las incorrectas no se toman en cuenta. El cambio del puntaje en bruto o percentiles, se hace automáticamente leyendo directamente en el cuadro del perfil. (4)

C. TEST MMPI

1. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI)

Sus autores: Dr. S.R. Hathaway psicólogo y el Dr. J.C. McKinley neuro
siquiatra (1939).

2. FINALIDAD

El propósito de los autores era crear un instrumento multidimensional objetivo, que ayudara a la identificación de rasgos psicopatológicos de los pacientes psiquiátricos, "y como un método para determinar la severidad de sus condiciones".

Sin embargo, el MMPI se ha venido utilizando a través de los años en áreas diferentes de aquellas pretendidas originalmente. Pronto se reconoció que grandes cantidades de personas aparentemente normales alcanzaban puntuaciones altas en escalas clínicas. Por lo que el test no es utilizado única
mente para descubrir rasgos patológicos sino para detectar características de personalidad.

El MMPI está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de al
gunas de las características principales de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

3. DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIO

El MMPT de 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas, que incluyen una gran variedad de temas: actitudes sociales, religiosas, políticas, y sexuales; preguntas sobre educación, ocupación y familia; síntomas psicossomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores; estados obsesivos y compulsivos; ilusiones, alucinaciones, fobias, tendencias sadomasoquistas, etc.

Las frases del inventario están distribuidas en diferentes escalas, que a la vez están divididas en: escalas clínicas y escalas de validez.

ESCALAS DE VALIDEZ

FRASES OMITIDAS (?). Está integrada por frases que el examinado no contesta. La cantidad de frases sin contestación afecta las demás escalas y, cuando es muy alta, invalida las otras.

ESCALA L. Evalúa el grado de franqueza del examinado durante la aplicación. La elevación de esta escala se puede resumir como sigue: intención de causar buena impresión y de negar faltas, ingenuidad psicológica, convencionalismo, rigidez y sobrevaloración de uno mismo. También características neuróticas como exagerado uso de defensas, falta de comprensión de sus propios problemas y somatización.

ESCALA F. Se utiliza como una forma de evaluar la validez total del instrumento. Esta escala ha sido llamada escala de frecuencia, escala de confusión y escala de validez. Las puntuaciones muy bajas se encuentran en personas caracterizadas por su sinceridad, moderación, honradez, que son confíables, calmadas, pacientes, legales, vivaces y modestas. Puntuaciones altas nos habla de personas que son arrogantes, presunidas, oportunistas, inquietas, inestables, constantemente insatisfechas, rebeldes y eternamente iconformes.

ESCALA K. Opera como índice de ciertas actitudes defensivas y exhibi

cionismo psicológico. Alta puntuación son descritas generalmente como emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, energicas, racionales, con mucha iniciativa y versátiles. Baja puntuación sujetos desconfiados, inhibidos, superficiales y sumisos, con personalidad desorganizada y con un concepto muy pobre de sí mismos.

ESCALAS CLINICAS

1. Hs (HIPOCONDRIASIS). La puntuación de esta escala representa una medida del interés anormal del sujeto acerca de sus funciones corporales. Alta puntuación: cansancio, inactividad, letargo, tendencia a sentirse enfermos, insatisfechos, derrotistas, egolistas, narcisistas y pesimistas. Baja puntuación: tienen muy poca o ninguna preocupación somática.

2. D (DEPRESION). Mide el grado, o profundidad del conjunto de síntomas clínicos propios de la depresión. Alta puntuación: personas serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos insatisfechos con el medio y con ellas mismas, se preocupan demasiado, son emotivas, de temperamento nervioso, generosas y sentimentales. Baja puntuación: probablemente lo que revela es ausencia de depresión y tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en sí mismo, actividad, energía, estabilidad, sentido del humor, inquietud impulsividad, comunicación y espontaneidad.

3. Hi (HISTERIA). Ayuda a la identificación de pacientes que usan las defensas neuróticas propias de histeria de conversión. Estos pacientes utilizan los síntomas físicos como un medio de resolver conflictos difíciles o evitar responsabilidades. Los síntomas se refieren generalmente a parálisis contracturas musculares, malestares gastrointestinales o síntomas cardiacos, tensiones, miedos y preocupaciones. Alta puntuación: son idealistas, ingenuos, perseverantes, sociales, comunicativos, afectuosos, sentimentales, individualistas, infantiles, impacientes, inhibidos, entusiastas, accesibles y colaboradoras en actividades sociales. Baja puntuación: son generalmente estables, con intereses estéticos, convencionales, controladas, pacíficas, restringidas, y no les interesa la vida social agitada.

4. Dp (DESVIACION PSICOPÁTICA). Este grupo incluye personas asociadas, con cuadros patológicos en la estructura de la personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentido de malestar. Mensh (1955) incluye dentro de este grupo con personalidad psicopática, las reacciones antisociales, las perversiones sexuales y el alcoholismo; generalmente se considera también dentro de este grupo a personas mentalmente enfermas que se encuentran en des acuerdo con su medio. Puntuaciones altas, rebeldes, clínicos, desobedientes, agresivos con las mujeres, ególicas, entusiastas, francas e individualistas. Puntuaciones bajas: con pocos intereses, sumisas, complacientes, aceptan la autoridad y hacen todo lo que les prescriben; son de buen temperamento, per sistentes y tienen metas adecuadas; son personas agradables, un poco tímidas sinceras y confiables.

5. MF (MASCULINO-FEMENINO). Tienen por objetivo obtener respuestas relacionadas con intereses propios de los hombres o de las mujeres. Puntuaciones altas: en esta escala no proporciona una suficiente evidencia de prá cticas homosexuales. En los hombres implica pasividad y dependencia, en tanto que en las mujeres una puntuación alta se refiere a características dominan tes. Puntuaciones bajas: en las mujeres es índice de modestia, idealismo, sen tido común, aunque a menudo puede representar una pasividad masoquista. En los hombres una puntuación baja denota independencia y masculinidad, implica también conducta atrevida, activa y tosca.

6. Pa (PARANOIA). Evalúa el patrón clínico de la paranoia, cuyos síntomas clásicos son: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, sentimientos o ideas de per secución, delirio de grandeza y percepciones inadecuadas. Puntuaciones altas: son perfeccionistas, difíciles de conocer, tercos, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales y dados a preocuparse de lo que otros pueden pen sar u opinar de ellos, son amables, afectuosos y generosos. Puntuaciones ba jas: son equilibrados, serios, maduros, razonables, confiables e íntegros.

7. Pt (PSICASTENIA). Ayuda a la evaluación del patrón neurótico de la psicastenia o del síndrome obsesivo-compulsivo. Puntuaciones altas: son sentimentales, dependientes, deseosos de agradar con sentimientos de inferio

idad, indecisos, compulsivos, tranquilos y de buen temperamento aunque individualistas e insatisfechos; la mujer con puntuación alta es sensitiva, emotiva, dada a la preocupación excesiva y con una variedad de componentes neuróticos. Cuando esta escala es mayor a las otras, son hostiles con el terapéuta, negativos, preocupados por valores religiosos y morales, y muchos tienen problemas de impulsividad homosexual. Puntuación baja: se observa en sujetos que no tienen tendencia a preocuparse.

8. Es (ESQUIZOFRENIA). El patrón psicótico de la esquizofrenia del que se derivó esta escala es muy heterogéneo y contiene muchos rasgos conductuales contradictorios, pero que ofrecen una alta puntuación en esta escala tienen generalmente patrones sintomáticos complicados. Se puede pensar que todos los adultos con una puntuación elevada en esta escala tienen mentalidad esquizoide. Estas personas son raras, peculiares, aisladas y extrañas. El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es difícil en sus relaciones interpersonales, negativa, apática, extraño, con poco talento social. Puntuaciones bajas: son equilibradas, productivas, sumisas, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

9. Ma (HIPONANIA). El objetivo de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maníaco-depresivo, tipo maniaco. Puntuación alta: el sujeto normal presenta; ser optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodean. Puntuación baja: son modestas, convencionales, aisladas y humildes. La puntuación baja en esta escala es un buen índice para predecir conducta adecuada, principalmente en perfiles de adolescentes.

10. Is (INTROVERSION SOCIAL). El objetivo es el analizar las características de la personalidad relacionadas con la introversión y la extroversión. Puntuación alta: indica tendencia a la inroversión; son apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas, poco originales, indecisas, lentas rígidas, inflexibles, controladas, inhibidas y desconfiadas. Puntuación baja: se relaciona con la extroversión; versatilidad y sociabilidad. La mujer es entusiasta, conversadora, segura de sí misma atrevida. el hombre es colorido, expresivo, efervescente y exhibicionista. En sus relacio

nes son competitivo de gran iniciativa, activos, oportunistas, manipuladores agresivos y hostiles. Generalmente no toleran la frustración y despiertan hostilidad en sus relaciones. (5)

4. GENERALIDADES

La aplicación del inventario puede ser de forma individual o colectiva. Su calificación es un poco complicada, pero trataremos de describirla brevemente.

Primeramente se cuenta las frases que fueron contestadas dos veces o que fueron dejadas sin contestar. Posteriormente se procede a calificar las demás escalas a través de una plantilla de calificación, obteniéndose unas puntuaciones naturales en cada una de las escalas que son convertidas a puntuaciones "T" directamente al ponerlas en las hojas de perfiles. Se traza el perfil uniendo las escalas clínicas y por separado las escalas de validez. Finalmente se procede a la interpretación de los perfiles.

D. METODO ESTADISTICO

Nuestro método estadístico es la verificación de hipótesis, que nos lleve a la toma de decisiones acerca de nuestra población, con base en la información contenida en una muestra de esa población.

El estadístico de prueba se determina teniendo en cuenta el parámetro sobre el que se hace la hipótesis y la naturaleza de la distribución muestral. Como nuestro muestreo se hace en una población normalmente distribuida, con varianza desconocida, el estadístico de prueba que se usa para verificar una hipótesis sobre la media poblacional es:

$$Z_p = \frac{X - M}{\frac{S_x}{\sqrt{n}}}$$

Donde X es igual a la media de una muestra de tamaño "n" "M" es el va

El hipotético de la media poblacional y "Sx" es la desviación típica de la muestra, y "n" es igual al tamaño de la muestra, por lo que:

$$n = 250$$

$$M = 50$$

$$X = \frac{F_i - X_i}{n} \quad Z_p = \frac{X - M}{\frac{S_x}{\sqrt{n}}}$$

$$S_x = \sqrt{\frac{F_i (X_i - X)^2}{n - 1}}$$

La decisión estadística se hace comparando el valor real calculado es estadístico de prueba con el valor crítico de este. Si el valor calculado es ti en la región de rechazo, entonces se rechazará Ho y de suceder lo contra rio, no se rechaza Ho.

Rechazamos Ho si Zc es mayor que Zp.

ACTIVO

H_0 . Los alcohólicos no son personas activas según la escala (A) del Thurstone.

H_1 . Los alcohólicos son personas activas según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i \cdot F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)^2$	$F_i (X_i - X_m)^2$	
90	100	11	95.000	1045.000	49.080	2408.846	26497.310
80	90	27	85.000	2295.000	39.080	1527.246	41235.653
60	80	47	70.000	3290.000	24.080	579.846	27252.781
40	60	52	50.000	2600.000	4.080	16.646	865.613
20	40	53	30.000	1590.000	-15.920	253.446	13432.659
10	20	36	15.000	540.000	-30.920	956.046	34417.670
0	10	24	5.000	120.000	-40.920	1674.446	40186.714

X Media = 45.920

S_x = 27.175

Z_p = -2.374

Se rechaza H_0 .

VIGOROSO

H_0 . Los alcohólicos no son personas vigorosas según la escala (A) del Thurstone.

H_1 . Los alcohólicos son personas vigorosas según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = 1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i \cdot F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
90	100	8	95.000	760.000	48.400	2342.560	18740.480
80	90	32	85.000	2720.000	38.400	1474.560	47185.920
60	80	55	70.000	3850.000	23.400	547.560	30115.800
40	60	44	50.000	2200.000	3.400	11.560	508.640
20	40	43	30.000	1290.000	-16.600	275.560	11849.080
10	20	49	15.000	735.000	-31.600	998.560	48929.440
0	10	19	5.000	95.000	-41.600	1730.560	32880.640

X Media = 46.600

S_x = 27.639

Z_p = -1.945

Se rechaza H_0 .

I M P U L S I V O

H_0 . Los alcohólicos no son personas impulsivas según la escala (A) del Thurstone.

H_1 . Los alcohólicos son personas impulsivas según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	X_i	F_i	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$
90	100	30	95.000	2850.000	45.880	2104.974	63149.232
80	90	28	85.000	2380.000	35.880	1287.374	36046.483
60	80	46	70.000	3220.000	20.880	435.974	20054.822
40	60	43	50.000	2150.000	0.880	0.774	33.299
20	40	31	30.000	930.000	-19.120	365.574	11332.806
10	20	39	15.000	585.000	-34.120	1164.174	45402.802
0	10	33	5.000	165.000	-44.120	1946.574	64236.955

X Media = 49.120

S_x = 31.063

Z_p = -0.448

Se acepta H_0 .

DOMINANTE

H₀. Los alcohólicos no son personas dominantes según la escala (A) del Thurstone.

H₁. Los alcohólicos son personas dominantes según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H₀, si $Z_c > Z_p$
 Nivel de confianza = 90%
 $Z_c = -1,282$

INTERVALOS	FREC.	X _i	X _i F _i	X _i -X _m	(X _i -X _m)	F _i (X _i -X _m)
90-100	20	95,000	1900,000	51,980	2701,920	54038,408
80-90	38	85,000	3230,000	41,980	1762,320	66968,175
60-80	22	70,000	1540,000	26,980	727,920	16014,249
40-60	36	50,000	1800,000	6,980	48,720	1753,934
20-40	51	30,000	1530,000	-13,020	169,520	8645,540
10-20	34	15,000	510,000	-28,020	785,120	26694,094
0-10	49	5,000	245,000	-38,020	1445,520	70830,500

X Media = 43,020
 S_x = 31,364
 Z_p = -3,519

Se rechaza H₀.

ESTABLE

H_0 . Los alcohólicos no son personas estables según la escala (A) del Thurstone.

H_1 . Los alcohólicos son personas estables según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
90	100	26	95.000	2470.000	53.360	2741.570	71280.810
80	90	22	85.000	1870.000	42.360	1794.370	39476.131
60	80	24	70.000	1680.000	27.360	748.570	17965.670
40	60	49	50.000	2450.000	7.360	54.170	2654.310
20	40	43	30.000	1290.000	-12.640	159.770	6870.093
10	20	47	15.000	705.000	-27.640	763.970	35906.571
0	10	39	5.000	195.000	-37.640	1416.770	55254.014

X Media = 42.640

S_x = 30.353

Z_p = -3.834

Se rechaza H_0 .

S O C I A B L E

H_0 . Los alcohólicos no son personas sociables según la escala (A) del Thurstone.

H_1 . Los alcohólicos son personas sociables según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i \cdot F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$
90 - 100	34	95.000	3230.000	42.680	1821.582	61995.802
80 - 90	36	85.000	3060.000	32.680	1067.982	38447.366
60 - 80	43	70.000	3010.000	17.680	312.582	13441.043
40 - 60	43	50.000	2150.000	-2.320	5.382	231.443
20 - 40	30	30.000	900.000	-22.320	498.182	14945.472
10 - 20	41	15.000	615.000	-37.320	1392.782	57104.078
0 - 10	23	5.000	115.000	-47.320	2239.182	51501.195

X Media = 52.320

S_x = 30.891

Z_p = 1.187

Se acepta H_0 .

REFLEXIVO

H_0 . Los alcohólicos no son personas reflexivas según la escala (A) del Thurstone.

H_1 . Los alcohólicos son personas reflexivas según la escala (A) del Thurstone.

Se rechaza H_0 , si $Z_c \geq Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
90	100	16	95.000	1520.000	47.520	2258.150	36130.406
80	90	21	85.000	1785.000	37.520	1407.750	29562.758
60	80	59	70.000	4130.000	22.520	507.150	29921.874
40	60	51	50.000	2550.000	2.520	6.350	323.870
20	40	36	30.000	1080.000	-17.480	305.550	10999.814
10	20	47	15.000	705.000	-32.480	1054.950	49582.669
0	10	20	5.000	100.000	-42.480	1804.550	36091.008

X Media = 47.480

S_x = 27.813

Z_p = -1.433

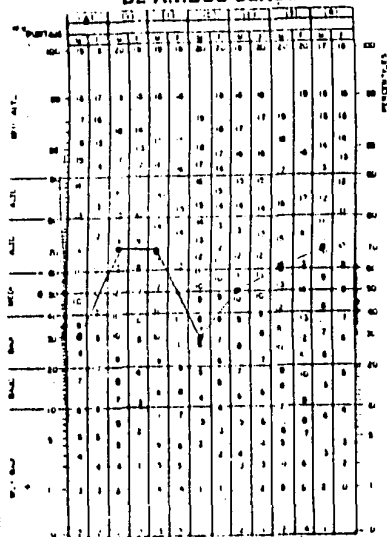
Se rechaza H_0 .

E. DATOS ESTADÍSTICOS

Después de observar todos los datos estadísticos acerca de las escalas del Thurstone resumimos que los alcohólicos crónicos presentan algunos rasgos de manera significativa estadísticamente. Al vaciar estos datos al perfil observamos que los alcohólicos crónicos presentan un nivel medio alto en la escala de reflexivo y vigorosos, un nivel medio en la escala estable y un nivel bajo en las escalas activo y dominante.

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PERFIL PARA ADULTOS DE AMBOS SEXOS



INSTRUCCIONES PARA OBTENER EL PUNTAJE Y ELABORAR EL PERFIL

1. Se cuentan todas las "X" que están dentro de los cuadros en la zona "A" en la parte superior de la página de la derecha. No se cuentan todas las "X" dentro de los cuadros, lo cual indicaría que la respuesta fue anulada. El resultado se anota en la misma página, en la casilla debajo de la letra "A".
2. A continuación se cuentan las "N" dentro de los cuadros en las zonas "B", "C", "D", "E", "S", "K" (siempre omitiendo las "X" anuladas) con el mismo resultado se anota el resultado en la respectiva casilla debajo de cada letra.
3. Para los algoritmos de estadística se recomienda dibujar el perfil con un lápiz en la zona "A" de la página de la izquierda. Los estadísticos de distribución y las personas adultas determinan el perfil para los adultos de ambos sexos.

PERFIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

INTERPRETACION DEL PERFIL DEL THURSTONE

Se elabora un perfil general tomando en cuenta la máxima frecuencia en un determinado intervalo. Quedando interpretado el perfil de la siguiente manera:

Los alcohólicos crónicos son personas que ponen de manifiesto la actividad física que implica un considerable desgaste de energía y pone en movimiento el sistema muscular. Se les considera también como despreocupados, temerarios, confiados en su buena suerte, que actúan bajo la presión del momento y sin medir las consecuencias de sus actos. Así como también, toman decisiones rápidamente, les agrada la competencia y cambian fácilmente sus actividades. A los alcohólicos también se les considera como personas que buscan la compañía de los demás, fácilmente traban amistades y son generalmente simpáticos y agradables en su trato con la gente. Están siempre dispuestos a cooperar y a prestar ayuda, los extraños les confieren sus problemas personales. De acuerdo a este perfil los alcohólicos también son considerados como personas que se inclinan a la meditación y a la reflexión y encuentran más a su gusto tratar asuntos teóricos que prácticos, se analizan a sí mismos, son generalmente tranquilos, encuentran placer en el tipo de trabajo que requiere de precisión y esmero en los detalles, tienden a hacerse cargo de más obligaciones de las que pueden atender y en general prefieren más bien planear que ejecutar los planes.

FRASES OMITIDAS

H_0 . Los alcohólicos no son personas que omitan muchas frases según la escala del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que omiten muchas frases según la escala del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i \cdot F_i$	$X_i - X_m$	$\{X_i - X_m\}$	$F_i \{X_i - X_m\}$
70 - 80	7	75.000	525.000	43.680	1907.942	13355.597
60 - 70	19	65.000	1235.000	33.680	1134.342	21552.506
40 - 60	53	50.000	2650.000	18.680	348.942	18493.947
0 - 40	171	20.000	3420.000	-11.320	128.142	21912.350

X Media = 31.320

S_x = 17.392

Z_p = -16.983

Se rechaza H_0 .

ESCALA "L"

H_0 . Los alcohólicos no son personas francas al momento de contestar la prueba según la escala del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas francas al momento de contestar la prueba según la escala del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_L	$X_L F_L$	$X_L - X_m$	$(X_L - X_m)$	$F_L (X_L - X_m)$	
70	90	8	80.000	640.000	23.056	531.579	4252.639
64	70	34	67.000	2278.000	10.056	101.123	3438.187
56	64	125	60.000	7500.000	3.056	9.339	1167.392
36	56	83	46.000	3818.000	-10.944	119.771	9941.004

X Media = 56.944

S_x = 8.689

Z_p = 12.636

Se acepta H_0 .

E S C A L A " F "

H_0 . Los alcohólicos no son personas que tienen motivaciones especiales para aparecer como inadecuados o incompetentes según la escala del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que tienen motivaciones especiales para aparecer como inadecuados o incompetentes según la escala del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza - 90%

$Z_c = - 1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$
70 - 80	28	75.000	2100.000	17.600	309.760	8673.280
55 - 70	97	62.500	6062.500	5.100	26.010	2522.970
44 - 55	125	49.500	6187.500	- 7.900	62.410	7801.250

X Media = 57.400

S_x = 8.735

Z_p = 13.395

Se acepta H_0 .

E S C A L A " K "

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan una actitud defensiva ante la prueba según la escala del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan una actitud defensiva ante la prueba según la escala del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c \geq Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i \cdot F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
75	83	30	79.000	2370.000	32.040	1026.562	30796.848
60	74	28	67.000	1876.000	20.040	401.602	11244.845
45	59	109	52.000	5668.000	5.040	25.402	2768.774
0	44	83	22.000	1826.000	-24.960	623.002	51709.133

X Media = 46.960

S_x = 19.688

Z_p = -2.441

Se rechaza H_0 .

HIPOCONDRIASIS

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad hipocondríaca según la escala (1) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad hipocondríaca según la escala (1) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c \geq Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i f_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)^2$	$f_i (X_i - X_m)^2$	
85	120	3	102.500	307.500	44.314	1963.731	5891.192
75	84	32	79.500	2544.000	21.314	454.287	14537.171
60	74	63	67.000	4221.000	8.814	77.687	4894.256
50	59	98	54.500	5341.000	-3.686	13.587	1337.486
30	49	54	39.500	2133.000	-18.686	349.167	18854.996

X Media = 58.186

S_x = 13.519

Z_p = 9.574

Se acepta H_0 .

DEPRESION

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad deprimida según la escala (2) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad deprimida según la escala (2) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
80	90	0	85.000	0.000	31.280	978.438	0.000
70	89	8	79.500	636.000	25.780	664.608	5316.867
60	69	48	64.500	3096.000	10.780	116.208	5578.003
45	59	168	52.000	8736.000	-1.720	2.958	497.011
30	44	26	37.000	962.000	-16.720	279.558	7268.518

X Media = 53.720

S_x = 8.657

Z_p = 6.794

Se acepta H_0 .

H I S T E R I A

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad con histeria de conversión según la escala (3) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad con histeria de conversión según la escala (3) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c \geq Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$
75	80	1	77.500	77.500	26.968	727.273
70	74	0	72.000	0.000	21.468	460.875
60	69	19	64.500	1225.500	13.968	195.105
45	59	188	52.000	9776.000	1.468	2.155
30	44	42	37.000	1554.000	-13.532	183.115

X Media = 50.532

S_x = 7.094

Z_p = 1.186

Se acepta H_0 .

DESVIACION PSICOPATICA

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad con desviación de tipo psicopática según la escala (4) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad con desviación de tipo psicopática según la escala (4) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$
70 - 79	19	74.500	1415.500	16.668	277.822	5278.622
60 - 69	120	64.500	7740.000	6.668	44.462	5335.467
46 - 59	81	52.500	4252.500	-5.332	28.430	2302.848
25 - 45	30	35.000	1050.000	-22.832	521.300	15639.007

X Media = 57.832

S_x = 10.709

Z_p = 11.564

Se acepta H_0 .

FEMENINO MASCULINO

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan intereses estereotipados propios a su sexo según la escala (5) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan intereses estereotipados propios a su sexo según la escala (5) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c \geq Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
76	110	20	93.000	1860.000	44.196	1953.286	39065.728
70	78	4	74.000	296.000	25.196	634.838	2539.354
60	69	20	64.500	1290.000	15.696	246.364	4927.288
26	59	206	42.500	8755.000	-6.304	39.740	8186.526

X Media = 48.804

S_x = 14.824

Z_p = -1.276

Se acepta H_0 .

PARANOIA

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad paranoide según la escala (6) del MMPT.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad paranoide según la escala (6) del MMPT.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_L	$X_L FL$	$X_L - X_m$	$(X_L - X_m)$	$FL (X_L - X_m)$	
82	120	3	101.000	303.000	42.642	1818.340	5455.020
70	81	12	75.500	706.000	17.142	293.848	3526.178
62	69	68	65.500	4454.000	7.142	51.008	3468.555
48	61	157	54.500	8556.500	-3.858	14.884	2336.814
27	47	10	37.000	370.000	-21.358	456.164	4561.642

X Media = 58.358

S_x = 8.815

Z_p = 14.992

Se acepta H_0 .

PSICASTENIA

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad psicasténica según la escala (7) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad psicasténica según la escala (7) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = - 1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$
85	115	2	100.000	200.000	45.314	2053.359
75	84	5	79.500	397.500	24.814	615.735
60	74	70	67.000	4690.000	12.314	151.635
45	59	139	52.000	7228.000	- 2.686	7.215
24	44	34	34.000	1156.000	-20.686	427.911

X Media = 54.686

S_x = 11.573

Z_p = 6.402

Se acepta H_0 .

ESQUIZOFRENIA

H₀. Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad esquizoide según la escala (8) del MMPI.

H₁. Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad esquizoide según la escala (8) del MMPI.

Se rechaza H₀, si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X _i	X _i F _i	X _i -X _m	(X _i -X _m)	F _i (X _i -X _m)	
75	120	131	97.500	12772.500	18.616	346.555	45398.765
60	74	78	67.000	5226.000	-11.884	141.229	11015.898
45	59	20	52.000	1040.000	-26.884	722.749	14454.989
21	44	21	32.500	682.500	-46.384	2151.475	45180.985

X Media = 78.884

Sx = 21.589

Z_p = 21.155

Se acepta H₀.

MANTACO DEPRESIVO

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad maníaca según la escala (9) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad maníaca según la escala (9) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
85	108	25	96.500	2412.500	31.946	1020.547	25513.673
70	84	88	77.000	6776.000	12.446	154.903	13631.457
60	69	36	64.500	2322.000	-0.054	0.003	0.105
45	59	69	52.000	3588.000	-12.554	157.603	10874.601
21	44	32	32.500	1040.000	-32.054	1027.459	32878.685

X Media = 64.554

S_x = 18.246

Z_p = 12.612

Se acepta H_0 .

INTROVERSION EXTROVERSION

H_0 . Los alcohólicos no son personas que presentan características de personalidad introvertida según la escala (0) del MMPI.

H_1 . Los alcohólicos son personas que presentan características de personalidad introvertida según la escala (0) del MMPI.

Se rechaza H_0 , si $Z_c > Z_p$

Nivel de confianza = 90%

$Z_c = -1.282$

INTERVALOS	FREC.	X_i	$X_i F_i$	$X_i - X_m$	$(X_i - X_m)$	$F_i (X_i - X_m)$	
70	97	39	83.500	3256.500	25.656	658.230	25670.983
60	69	90	64.500	5805.000	6.656	44.302	3987.210
45	59	70	52.000	3640.000	-5.844	34.152	2390.664
25	44	51	34.500	1759.500	-23.344	544.942	27792.059

X Media = 57.844

S_x = 15.502

Z_p = 8.000

Se acepta H_0 .

E. DATOS ESTADÍSTICOS DEL ANPI

Después de observar todos los datos estadísticos acerca del ANPI resu
mimos que solamente son significativas estadísticamente las escalas de fra
ses omitidas y la escala "K".

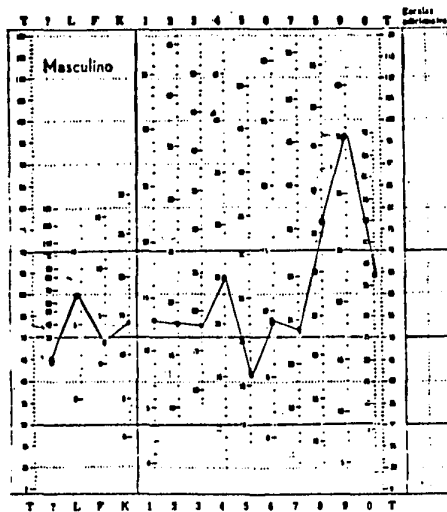
AGREGAR FACTOR K

(.5) _____

(.4) _____

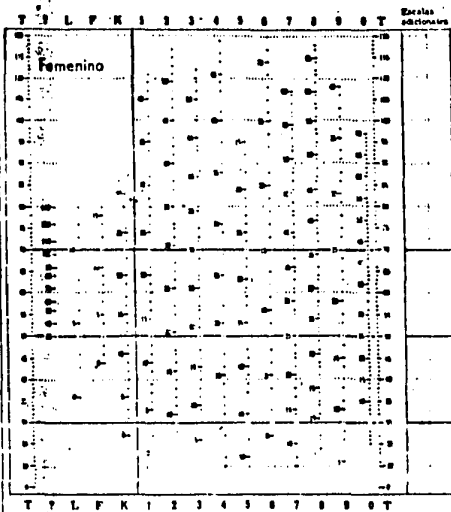
(1) _____ (1) _____ (.2) _____

PUNTAJON CORREGIDA



Pruebas K

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
100	101	102	103	104	105	106	107	108	109
110	111	112	113	114	115	116	117	118	119
120	121	122	123	124	125	126	127	128	129
130	131	132	133	134	135	136	137	138	139
140	141	142	143	144	145	146	147	148	149
150	151	152	153	154	155	156	157	158	159
160	161	162	163	164	165	166	167	168	169
170	171	172	173	174	175	176	177	178	179
180	181	182	183	184	185	186	187	188	189
190	191	192	193	194	195	196	197	198	199
200	201	202	203	204	205	206	207	208	209
210	211	212	213	214	215	216	217	218	219
220	221	222	223	224	225	226	227	228	229
230	231	232	233	234	235	236	237	238	239
240	241	242	243	244	245	246	247	248	249
250	251	252	253	254	255	256	257	258	259
260	261	262	263	264	265	266	267	268	269
270	271	272	273	274	275	276	277	278	279
280	281	282	283	284	285	286	287	288	289
290	291	292	293	294	295	296	297	298	299
300	301	302	303	304	305	306	307	308	309
310	311	312	313	314	315	316	317	318	319
320	321	322	323	324	325	326	327	328	329
330	331	332	333	334	335	336	337	338	339
340	341	342	343	344	345	346	347	348	349
350	351	352	353	354	355	356	357	358	359
360	361	362	363	364	365	366	367	368	369
370	371	372	373	374	375	376	377	378	379
380	381	382	383	384	385	386	387	388	389
390	391	392	393	394	395	396	397	398	399
400	401	402	403	404	405	406	407	408	409
410	411	412	413	414	415	416	417	418	419
420	421	422	423	424	425	426	427	428	429
430	431	432	433	434	435	436	437	438	439
440	441	442	443	444	445	446	447	448	449
450	451	452	453	454	455	456	457	458	459
460	461	462	463	464	465	466	467	468	469
470	471	472	473	474	475	476	477	478	479
480	481	482	483	484	485	486	487	488	489
490	491	492	493	494	495	496	497	498	499
500	501	502	503	504	505	506	507	508	509
510	511	512	513	514	515	516	517	518	519
520	521	522	523	524	525	526	527	528	529
530	531	532	533	534	535	536	537	538	539
540	541	542	543	544	545	546	547	548	549
550	551	552	553	554	555	556	557	558	559
560	561	562	563	564	565	566	567	568	569
570	571	572	573	574	575	576	577	578	579
580	581	582	583	584	585	586	587	588	589
590	591	592	593	594	595	596	597	598	599
600	601	602	603	604	605	606	607	608	609
610	611	612	613	614	615	616	617	618	619
620	621	622	623	624	625	626	627	628	629
630	631	632	633	634	635	636	637	638	639
640	641	642	643	644	645	646	647	648	649
650	651	652	653	654	655	656	657	658	659
660	661	662	663	664	665	666	667	668	669
670	671	672	673	674	675	676	677	678	679
680	681	682	683	684	685	686	687	688	689
690	691	692	693	694	695	696	697	698	699
700	701	702	703	704	705	706	707	708	709
710	711	712	713	714	715	716	717	718	719
720	721	722	723	724	725	726	727	728	729
730	731	732	733	734	735	736	737	738	739
740	741	742	743	744	745	746	747	748	749
750	751	752	753	754	755	756	757	758	759
760	761	762	763	764	765	766	767	768	769
770	771	772	773	774	775	776	777	778	779
780	781	782	783	784	785	786	787	788	789
790	791	792	793	794	795	796	797	798	799
800	801	802	803	804	805	806	807	808	809
810	811	812	813	814	815	816	817	818	819
820	821	822	823	824	825	826	827	828	829
830	831	832	833	834	835	836	837	838	839
840	841	842	843	844	845	846	847	848	849
850	851	852	853	854	855	856	857	858	859
860	861	862	863	864	865	866	867	868	869
870	871	872	873	874	875	876	877	878	879
880	881	882	883	884	885	886	887	888	889
890	891	892	893	894	895	896	897	898	899
900	901	902	903	904	905	906	907	908	909
910	911	912	913	914	915	916	917	918	919
920	921	922	923	924	925	926	927	928	929
930	931	932	933	934	935	936	937	938	939
940	941	942	943	944	945	946	947	948	949
950	951	952	953	954	955	956	957	958	959
960	961	962	963	964	965	966	967	968	969
970	971	972	973	974	975	976	977	978	979
980	981	982	983	984	985	986	987	988	989
990	991	992	993	994	995	996	997	998	999
1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009



PERFIL Y SUMARIO DEL MMPI

NOTAS:

Fecha: _____

Nombre y Firma: _____

INTERPRETACION DEL PERFIL DEL MMPI

COMBINACION 8-9

Gilberstadt (1965) encuentra que este grupo de pacientes que presentan elevación en las escalas 8 y 9 se caracterizan porque, casi uniformemente, prevalecen en ellos una inadecuada relación con los padres. Esta inadecuada relación con los padres existe pero el resentimiento más intenso es en relación con la madre, por su actitud dominante y sobreprotectora. Se observa también que la mayor parte de estos pacientes se presentan frustrados por la falta de éxito en el trabajo y todos aspiran a una vocación diferente de la que tienen, mostrando una identificación inadecuada con su trabajo; se sienten culpables por no haber logrado de él mayor satisfacción.

Ariceti (1959) señala que estos pacientes carecen en su infancia de estímulos que favorecen el desarrollo de confianza en sí mismos o capacidad para actuar por propia voluntad. Los padres o sus sustitutos logran que no actúen estos pacientes de acuerdo con su propia voluntad o que sigan y acaten las decisiones de los padres; luego, el paciente quiere actuar de acuerdo con sus propias posibilidades, encuentra que es incapaz de hacerlo y si lo hace es criticado y se le hace sentir culpable.

CONDUCTA. Manejan su incapacidad de relacionarse o miedo a relacionarse por medio de la distracción, que les impide centrarse en ninguna actividad, ya que al distraerse evitan cualquier trabajo o aún experiencias como la psicoterapia. La mayor parte de estos pacientes muestran mentalidad paranoide y desórdenes del pensamiento. El origen de la enfermedad puede ser agudo presentando probablemente excitación, desorientación y perplejidad así como presencia de autismo bien establecido, o tendencias autistas, alucinaciones y delirios. Regresión, depresión, angustia, aislamiento, hostilidad e irritabilidad son algunas de sus manifestaciones. Algunas veces son desconfiados, fantasiosos, temerosos de involucrarse emocionalmente y de alejamiento de los demás.

CONCLUSIONES

Después de un análisis minucioso de todo el material (tanto teórico como práctico), expuesto en este trabajo, llegamos a concluir que los alcohólicos crónicos aquí estudiados poseen características temperamentales similares según escalas del Thourstone, más no en las escalas personales del MMPI, esto según nuestra muestra y basada en la significancia estadística que se deduce al ser rechazada H_0 .

Al hablar de rasgos temperamentales y según las escalas del Thourstone veremos que los alcohólicos crónicos con reflexivos y vigorosos en un alto nivel, medianamente estables y presentan pocas características en relación a un activo y dominante. Aunque la interpretación del perfil nos dice que los alcohólicos crónicos vigorosos, impulsivos, reflexivos y sociables en un alto nivel, pero sólo tomaremos en cuenta la significación estadística asegurando que los alcohólicos crónicos son impulsivos y sociables ya que los otros dos rasgos (vigoroso y reflexivos) no sopesan la suficiente significancia estadística para ser tomado en cuenta.

Según el perfil MMPI se interpreta que los alcohólicos crónicos poseen una configuración de personalidad que se refiere en este caso a la combinación 8-9, sólo que esto no resulta significativa estadísticamente, puede ser entonces que algunos alcohólicos crónicos poseen características de esta combinación pero no lo podemos afirmar debido a la falta de significancia estadística. Sólo resultan significativas estadísticamente las escalas de validez "7" - "K"; que nos dan como resultado que los sujetos no omitieron suficientes frases que pudieran haber alterado las demás escalas pero que fueron inhibidos, desconfiados superficiales, y sumisos con personalidad desorganizada, y con un concepto muy pobre de sí mismos, al momento de contestar el test.

Al retomar que el temperamento es un factor nato del individuo, podría decirse entonces que el sujeto tiene cierta predisposición innata al alcoholismo. (Esto será una de las inquietudes que debiera ser tomadas en cuenta por futuras generaciones para ahondar en este tema).

Reforzando esto con las recientes investigaciones realizadas por "Amark"

(1951), "Blever" (1955) y "Kaij" (1960) sobre la predisposición hacia el al cohol, en la que se encuentra una notable evidencia de la contribución de factores hereditarios en la predisposición al alcoholismo y una importante sugerencia de que esta contribución es de tipo poligénico, aunque se agrega que la predisposición genética al alcoholismo no muestra por el mismo nin gún tipo o tipos específicos de desviación de la personalidad.

TERMINOLOGIA

CONFIGURACION. (*Gestalt*) Cualquier todo organizado en donde cada miembro influye sobre cada uno de los otros y es a su vez influido por ellos, de modo que la totalidad contiene más que una mera suma de lo que un análisis llamaría sus partes y sus relaciones.

AFERENCIAS. Aferente. Que lleva hacia; que conduce de la periferia a una región más del cuerpo, (aplicado a los nervios que van de los órganos receptores al sistema nervioso central).

CINESTESIA. Masa de impresiones internas indiferenciadas que constituyen la base de la sensación del estado de nuestro cuerpo, por ejemplo sensación de salud, de bienestar, de comodidad, de laxitud, languidez, malestar, etc.

ENURESIS. Micción involuntaria, especialmente en la coma. Puede ser diurna o nocturna.

PERIODO DE LATENCIA. Denominación aplicada por Freud al período de desarrollo psíquico que se extiende del año sexto al doceavo. Empieza el período de latencia con la terminación progresiva y el aquietamiento del desarrollo de los impulsos instintivos con solución del conflicto de edipo y represión de los impulsos genitales al término de la primera fase genital. Termina con la reaparición e incremento del desarrollo instintivo en la pubertad (comienza de la segunda fase genital). Se caracteriza este período por el desarrollo del yo y de las funciones intelectuales y por la diferenciación y estabilización de las relaciones con la realidad y la sociedad.

FORMA REACTIVA. Según la concepción psicoanalítica, se trata de un mecanismo de defensa: a partir de impulsos instintivos insatisfechos, se desarrollan tendencias de conductas opuestas. Las formaciones reactivas representan una adaptación deficiente a las posibilidades reales de satisfacción.

SINTOMAS DE ABSTINENCIA. Agitación o nerviosismo. Confusión, trastornos de memoria, en ocasiones ideas delirantes. Irritabilidad, debilidad, ataxia, calambres musculares, sudación, pupilas dilatadas, taquicardia,

nduseas y/o vómito, pérdida de apetito, diarrea, fiebre, presión arterial elevada, insomnio; el enfermo vive sus sueños, pesadillas tremendas.

FRUSTRACION. Vivencia de fracas, de no consecución de lo que se espera ba, de perjuicio, de injusticia (reales o sentidas como tales por el sujeto).

ANSIEDAD. Actividad emotiva o sentimental concerniente al futuro y ca racterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza.

PERNINENTE. Sublime, superior.

EXECRACION. Acción y efecto de execrar (condenar y maldecir, aborre cer).

HILARIDAD. Expresión plácida de gozo y satisfacción, risa, algarazara.

MASOQUISMO. Perversión sexual en la que solamente puede experimentarse goce sexual cuando se sufre dolor. También se dice, en sentido amplio de la obtención de placer mediante el dolor propio.

PULSION. Término con el que se pueden abarcar todas las tendencias ins tintivas o surgidas a consecuencia de necesidades vitales. Voces análogas: instinto, impulso, apetencia, afán.

INSTINTIVO. Lo referente al instinto.

INSTINTU. Modo de reaccionar organizado y relativamente complejo, carac terístico de una especie determinada y que ha sido adaptado filogenéticamen te a un tipo específico de situación ambiental.

APECTIVO. Adjetivo genérico usado para denotar cualquier variedad de sen timiento, experiencia emotiva o concomitante emotiva.

CONGENITA. Que aparece al tiempo o del nacimiento o poco después como consecuencia de factores hereditarios o ambientales.

MORFOLOGIA. Doctrina de las formas corporales y de las relaciones entre estas y las características psíquicas.

TEMPLE. Condición de ánimo que indica serenidad en trances difíciles.

CATARSIS. Liberación de ideas, pensamientos y materiales reprimidos del inconsciente acompañada de una respuesta emocional afectiva y descarga de la tensión.

BIBLIOGRAFIA

1. *Trastornos de personalidad*
R. Lion
Ed. Salvat 1978
Páginas: 162, 163, 164, 250, 252, 253, 165
2. *Compendio de psiquiatría*
Freedman, Kaplan y Sadock
Ed. Salvat 1981
Páginas: 432, 850, 428, 432, 433, 434
3. *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*
Norman Cameron
Ed. Trillas 1982
Páginas: 653
4. *Inventario de rasgos temperamentales*
L.L. Thurstone
Ed. Pedagógicas Latinoamericanas 1981
5. *Inventario multifásico de la personalidad (manual)*
Dr. S.R. Hathaway y Dr. J.C. McKinley
Ed. Manual Moderno 1981
6. *Psicología de la personalidad*
G.W. Allport
Ed. Herder 1975
Páginas: 41, 42, 65
7. *Psicología médica*
Dr. Salmon Baida Nazif
Páginas: 1, 41
8. *Diccionario de psicología*
Friedrich Duroch
Ed. Heder 1981

9. *Psicología diferencial*
Anne Anastasi
Ed. Aguilar 1979
Páginas: 148, 157, 158

10. *Psiquiatría*
Agustín Caso Munos
Ed. Limusa 1981
Páginas: 418, 62, 414, 411, 431, 432

11. *El alcoholismo enfermedad social*
Emilio Bogami Miguel
Ed. Rotativa 1975
Páginas: 16, 17, 84, 85, 21, 19, 20, 139, 140, 141, 66, 67,
68, 69, 70

12. *Esa enfermedad llamada alcoholismo*
Rafael Velasco Fernández
Ed. Trillas 1981
Páginas: 11, 12, 13, 16, 17

13. *Psiquiatría clínica moderna*
Kolb
Ed. Prensa Médica Mexicana 1981
Páginas: 53, 256, 251, 252, 257, 258

14. *El alcohol y el alcoholismo*
Temas de la década
Publicaciones temas de la década 1980
Páginas: 10, 11

15. *El alcoholismo en el D.F. un enfoque socioecológico*
Roberto Villamil P. Julio Sotomayor G.
Ed. U.N.A.M. 1980
Páginas: 97, 99, 109

16. *Revista psicológica No. 15*
Ambrose Anthony
Ed. *El Manual Moderno* 1977
17. *Alcohol nuestro próximo problema de drogas*
Dr. Joel Fort
Ed. *Extemporáneos México*
Páginas: 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55
18. *Diccionario de psiquiatría tomo 2*
Antoine Pordt
Ed. *Labor, S.A.* 1977
Páginas: 919
19. *Diccionario de psicología*
Ed. 1983
Ed. *Fondo de Cultura Económica*
20. *Diccionario de psicología*
Edilepsa
Páginas: 107
21. *D.S.M. III*
22. *A.A. Llega a la mayoría de edad*
Ed. *A. A.*
23. *Tren charlas a sociedades médicas*
Bill W. Fundador de A.A.
Ed. *A.A.* 1983
24. *Diccionario mayor*
Ed. *Codex, S.A.*
Ed. 1972

25. *Diccionario de psicología*
Ed. Ediplesa
Ed. 1981
26. *Genética de los trastornos mentales*
Eliot Slater/valerie Cowie
Ed. Salvat Ed. 1974
Páginas: 107, 108, 109, 110, 111, 112
27. *Psicología de las diferencias humanas*
Estudios del hombre
Ed. Marova Madrid España 1975
Página 177
28. *Psicología*
Fingermann Gregorio
Ed. El Ateneo Buenos Aires Argentina 1979
Página: 225.