

71
2oj



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE
MEXICO

Facultad de Psicología

EL SUICIDIO EN LOS ALCOHOLICOS

Tesis Profesional
Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta :

CORINA GONZALEZ GONZALEZ

Asesor: Sergio Díaz Ramírez
Presidente: Patricia de Buen Rodríguez

México, D.F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 :

INTRODUCCION

	Pgs.
CAPITULO 1. Definición y clasificación del alcoholismo.....	
a) Definición del alcoholismo.....	7
b) Clasificaciones del alcoholismo.....	14
c) Efectos y sintomatología del alcoholismo.....	22
ch) Los efectos neuropsiquiátricos del alcoholismo..	27
CAPITULO 2. Teorías sobre el alcoholismo.....	
a) Teorías fisiológicas.....	35
b) Teoría del aprendizaje.....	44
c) Teoría psicoanalítica.....	47
ch) Personalidad alcohólica.....	54
CAPITULO 3. Relación suicidio-alcoholismo desde el punto de vista de la sociología positivista.....	56
CAPITULO 4. Relación suicidio-alcoholismo desde el punto de vista psicoanalítico.....	67
CAPITULO 5. Relación suicidio-alcoholismo desde el punto de vista psiquiátrico.....	74
a) Triada alcoholismo-depresión-suicidio.....	76
b) Síntomas depresivos asociados al suicidio.....	82
CAPITULO 6. Metodología.....	88
CAPITULO 7. Resultados y análisis.....	97
CAPITULO 8. Conclusiones.....	103

CAPITULO 9. Limitaciones y sugerencias.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	111

INTRODUCCION

El propósito de esta tesis es realizar un estudio teórico práctico del fenómeno del suicidio en los alcohólicos, planteando como problema la investigación de la relación entre depresión y tendencias suicidas en un grupo de alcohólicos anónimos.

Múltiples investigaciones señalan reiteradamente los índices y tasas de mortalidad o suicidios en esta población, correlacionándola principalmente con variables demográficas, edad, escolaridad, sexo, religión, etc.

El presente trabajo aborda este problema a través del conocimiento de las tendencias suicidas y su relación con la depresión, con el objetivo de aportar elementos de análisis que permitan comprender mejor el que los alcohólicos sean un grupo de alto riesgo al suicidio.

Walter Poldinger (1970) señala que existen determinados grupos especialmente amenazados por el suicidio, por ejemplo grupos definidos por alguna patología: depresión, toxicofilia, alcoholismo.

En el mismo sentido una investigadora mexicana, Rodríguez Salas Gomezgil - (1974) indica que uno de los motivos instigadores del suicidio, que es declarado con mayor frecuencia por los familiares de los suicidas o aquellos que han intentado suicidarse, es el alcoholismo (entre otros motivos también mencionados por la investigadora, tales como enfermedades mentales, - dificultades familiares, enfermedades incurables, disgustos amorosos, etc.)

Otros investigadores suponen que el alcoholismo es en sí mismo una forma de suicidio lento y pasivo (Enrique Rojas, 1984; Llaveró, 1974).

El primer investigador social que aborda la vinculación del suicidio y el alcoholismo es Emilio Durkheim. En su obra "El Suicidio" y a través de su método de las variaciones concomitantes pretende comprobar que las causas - llamadas por él como "extrasociales" tienen una influencia nula o muy res-

tringida en los casos de suicidio. Durkheim señala que las causas "extrasociales" comprenden las disposiciones orgánico-psicológicas y al medio ambiente. Entre las disposiciones orgánico-psicológicas Durkheim ubica al alcoholismo.

Durkheim para establecer si existe alguna relación entre el alcoholismo y el suicidio, realizó un análisis comparativo de las cifras de suicidio y alcoholismo de diversos países europeos. Concluye en su investigación que no existe una correlación entre las variaciones que muestran estos fenómenos. Por ejemplo encontró que en algunos países donde las tasas de suicidio son muy altas, el consumo de alcohol es comparativamente menor, o bien cuando estas tasas coinciden se debe más bien a circunstancias fortuitas.

Múltiples investigaciones en varias ramas de las ciencias sociales han derivado de los estudios de Durkheim, aplicando su ya clásica metodología. Algunos de estos estudios se han propuesto el mismo tema a investigar, el suicidio, y otros menos a vincularlo con el alcoholismo.

Los resultados de varios de dichos estudios han diferido de las conclusiones expuestas por Durkheim, por ejemplo, la antes citada Gomezgil, en su estudio del suicidio en México encuentra que uno de los grupos que acusan una marcada tendencia al suicidio es el de los alcohólicos.

Por otro lado algunos teóricos psicoanalíticos, tales como Chesik, MacCord y Meninger, consideran que la razón del alcoholismo se encuentra en la agresividad introyectada y en las tendencias autodestructivas, constituyendo el alcoholismo una forma de suicidio inconsciente.

Desde la perspectiva psiquiátrica, también se ha estudiado la vinculación entre alcoholismo y suicidio llegando a las siguientes conclusiones:

1. El alcohol puede ser un factor liberador de impulsos contenidos, de manera tal que a través de él se busque un estado especial que facilite llevar a cabo la determinación suicida, es decir, el sujeto consume alcohol

para poder cometer el acto suicida.

2. Otros investigadores (Batchelor, 1954) señalan que entre el alcoholismo y el suicidio late una estructura común: la personalidad psicopática. Sin embargo, Rojas señala que si bien es cierto, que en algunos alcohólicos existe una base psicopática, muchos de ellos no poseen esta anomalía -- constitutiva de la personalidad como germen del alcoholismo. La conclusión de Rojas es que no se puede simplificar de esta forma un problema -- tan complejo como lo es el suicidio en los alcohólicos.
3. Enrique Rojas, indica que existe una forma de suicidio llamado indirecto, crónico o encubierto. El sujeto no se atreve a quitarse la vida directamente y lo va haciendo poco a poco y/o indirectamente. La cronicidad, -- aunque no se exprese claramente en la conciencia del sujeto de manera -- propositiva se convierte en un instrumento de autoagresión, donde el sujeto se va destruyendo dosificadamente tanto física como psicológicamente, hasta llegar a la muerte.
4. Para otros autores (Barcia y Galiana, 1976; Pittts y Winokur, 1966; Alonso Fernández, 1966) los suicidios o intentos de suicidio de los alcohólicos se deben a una enfermedad depresiva de fondo. Rojas explica esta relación de la siguiente manera: el alcohólico mantiene un equilibrio existencial gracias al alcohol, ya que éste no le permite dar rienda suelta a su desesperación. El alcohol actúa en determinados casos "como un encubridor de un cuadro depresivo, que gracias a él, no sale a la superficie, sino que se mantiene latente, ya que el alcohol tiene efectos ansiolíticos y euforizantes".

Muchos autores han hecho estudios en donde plantean la hipótesis de que el suicidio de los alcohólicos es consecuencia de un estado depresivo. Barcia y Galiana confirman esta hipótesis.

Un hecho importante que viene a reforzar la hipótesis de la relevancia de la depresión en los alcohólicos son los resultados de múltiples estudios --

que consignan un alto porcentaje de cuadros depresivos en los pacientes alcohólicos comparándolos con grupos psiquiátricos, y no psiquiátricos, y aún en relación con otros grupos de toxicómanos (Lechin J. y cols. 1968; Schuckit y Winokurt, 1972; Morrison J., 1975; Kenneth y Karasievich, 1975; Donovan D. y cols., 1977; Keglár S. y Roads, 1977; Weisman y Meyers, 1980).

Se revisa en el Capítulo I, las principales definiciones y clasificaciones del alcoholismo, los trastornos que produce su ingestión a nivel fisiológico, neuropsiquiátrico, etc. En el Capítulo 2, se revisan las principales teorías que abordan el problema del alcoholismo (teorías fisiológicas) y -- las distintas concepciones psicológicas. Posteriormente en los capítulos 3, 4 y 5, se hace una revisión y análisis bibliográfico que permita establecer a nivel teórico la vinculación entre suicidio y alcoholismo desde el punto de vista de la sociología positivista, del psicoanálisis y de la visión -- psiquiátrica. Con la visión psiquiátrica se revisa la triada alcoholismo-de presión-suicidio, así como los síntomas depresivos asociados al mismo. En el Capítulo 6 se describe la metodología, en la cual se enuncia el problema, la hipótesis, se definen las variables y se expone el método y procedimiento seguido en la investigación de campo. El Capítulo 7, trata sobre -- los resultados y el análisis de los mismos. En el Capítulo 8, se presentan las conclusiones y en el Capítulo 9 se exponen las limitaciones y sugerencias.

CAPITULO 1 DEFINICION Y CLASIFICACION DEL ALCOHOLISMO

DEFINICION DEL ALCOHOLISMO.

Para el estudio de un fenómeno, de graves repercusiones tanto sociales como individuales, como lo es el alcoholismo, se hace necesario una definición - de éste que permita delimitar sus principales componentes, así como la evolución, frecuencia e intensidad del mismo.

Múltiples han sido los intentos de definir el alcoholismo, y más aún al alcohólico, es decir, diferenciar entre quien es un alcohólico y quien no lo es; sin embargo, dichas definiciones enfrentan la incapacidad de abarcar todos y cada uno de los aspectos implicados en dicho problema, y dependiendo del punto de vista teórico de los diversos autores que se han avocado a la definición del alcoholismo, se enfatizan u omiten ciertos factores.

Algunas de estas definiciones enfatizan las cuestiones causales que originan el alcoholismo, otras centran su atención en los efectos del mismo; así mismo existen definiciones "fenomenológicas-descriptivas del acto mismo, sin tomar en cuenta los factores etiológicos que producen tal conducta, así como el origen de los mismos respecto de la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas o metabólicas adquiridas"(1).

A continuación se realizará una breve revisión de algunas de estas definiciones.

El sistema de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana APA -- (1963) clasifica al alcoholismo dentro de los desórdenes de la personalidad, y en forma más general, lo señala como desórdenes mentales no psicóticos.

Esta clasificación asume que el uso excesivo del alcohol y de otras drogas constituye una manifestación de las perturbaciones fundamentales de la personalidad. El alcoholismo se divide en varias subcategorías. El SDE-II considera a quien se embriaga con una frecuencia de cuatro veces por año - como un bebedor episódico. Doce o más intoxicaciones al año, caracterizan al bebedor habitual. Si alguien no puede pasar más de un día sin beber o

bebió exageradamente y continuamente al menos durante tres meses, se le considerará adicto al alcohol. Esta definición de alcoholismo si es tomada al pie de la letra, decenas de millones de personas sería alcohólicas (2)

La organización mundial de la salud inicialmente adoptó la anterior clasificación, excluyendo dos de las tres subcategorías que se mencionan, tomando sólo en cuenta a aquellas diagnosticadas como adictas al alcohol, definiendo el alcoholismo como:

"...Bebedores inmoderados cuya dependencia al alcohol llegó a un grado tal que manifiesta una visible alteración mental o interferencia en su salud física y mental y su buen funcionamiento socioeconómico; o que presentan los primeros síntomas de este proceso. Es por esto en tonces, que tales personas requieren tratamiento", (3)

El acento en esta definición se centra en "la pérdida de control sobre la ingestión de la bebida y las resultantes consecuencias en la vida del individuo". (4)

Posteriormente la OMS (Organización Mundial de la Salud) desarrolla el concepto del síndrome de dependencia al alcohol (SDA), el cual connota un cierto número de fenómenos clínicos que se relacionan entre sí con cierta frecuencia. La definición de dicho síndrome contempla diversos cambios en el individuo, de la conducta, subjetivos y psicobiológicos que se caracterizan principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia, así:

"Las alteraciones de la conducta se centran en el patrón de consumo del individuo, que se vuelve más susceptible a las presiones sociales y las consecuencias negativas de sus acciones y progresivamente se torna más inflexible y estereotipado en su repertorio. Los cambios subjetivos consisten en la toma de conciencia del individuo sobre su propia pérdida de control en sus hábitos de consumo, y su elevada preocupación y ansiedad respecto al alcohol.

Las alteraciones en la esfera psicobiológica incluyen los signos y síntomas de la cesación: beber para aliviar los síntomas de la abstinencia y alto grado de tolerancia al alcohol". (5)

Las definiciones derivadas de la anterior concepción usan la frase incapacidad relacionada con el consumo de alcohol para connotar cualquier trastorno en el funcionamiento físico, mental o social del individuo, que permita concluir, que el alcohol jugó un papel principal en la producción de dicho trastorno. Madden (1986) señala que con frecuencia resulta difícil o carece de valor intentar diferenciar con precisión el papel que desempeña el alcohol en la producción de una incapacidad específica (por ejemplo en caso de accidentes o suicidio). Añade que el alcohol puede contribuir a una incapacidad en ausencia de dependencia al mismo es decir, que algunas de las incapacidades que el alcohol produce no necesariamente se relacionan con la dependencia al mismo.

Diversos autores, basándose en los criterios anteriores han publicado numerosas definiciones sobre el alcoholismo, esto es, enfocándose a las consecuencias que el mismo acarrea. Por ejemplo "El alcoholismo es una enfermedad crónica que se manifiesta por el hábito de beber repetidamente en tal forma que se deduce que el bebedor perjudica su salud y su funcionamiento social y económico" (6). O bien "el alcoholismo consiste en una ingestión intermitente o continua del alcohol que lleva a la dependencia y produce consecuencias nocivas" (7)

Por otro lado, existen definiciones que realzan los factores psicológicos implicados en el problema. Un ejemplo de ello, es la siguiente definición:

"El alcoholismo es una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en forma repetitiva, para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad y progresivamente éste se vuelve un sustituto de otras formas más realistas y socialmente integradas de satisfacer estas necesidades" (8)

Tomando en cuenta las causas psicodinámicas que originan dicho fenómeno Ampudia Rueda señala que:

"el alcoholismo no es un estado psicopatológico primario, sino un elemento de organización de la personalidad -instinto/afectiva-que conduce a la persona a sentir aumento de placer o disminución del dolor por medio del uso del alcohol logrando con esto satisfacciones profundas, regresivas y neuróticas y por tanto se es un sujeto inmaduro"(9)

Algunos otros autores sostienen que el alcoholismo puede ser un síntoma de algunas enfermedades psiquiátricas, por ejemplo de las neurosis de angustia, o las psicosis maniaco depresivas. En dichas concepciones, el alcoholismo es considerado como un desorden secundario, resultante de otras causas, que varían de acuerdo a la personalidad del sujeto.

Ampudio Rueda (1977) menciona la definición adoptada por el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo en donde proponen que el alcohólico es aquella persona que presenta un transtorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol y que es expresado a través de dos síntomas fundamentales:

- a) La incapacidad para detener la ingestión de alcohol una vez iniciada.
- b) La incapacidad de abstenerse del alcohol.

"Un tanto relacionada a esta última definición Hayman dice: el alcoholismo es la pérdida del poder de selección. Hay en el sujeto alcohólico una incapacidad de parar de beber, aunque existe el deseo conciente de hacerlo"(10).

Hoff (citado por Ampudio Rueda) sostiene que sólo es válido caracterizar a alguien como alcohólico si cumple las siguientes condiciones:

- 1.- Pérdida del control al ingerir alcohol.
- 2.- La existencia de un daño funcional o estructural. Este daño puede ser fisiológico, psicológico, familiar, económico, social o bien frecuente

mente combinación de varios de éstos.

- 3) Que al sujeto alcohólico utilice la bebida para tratar de satisfacer necesidades anormales

Como podemos observar gran parte de estas definiciones destacan la correlación entre el alcohol y diversas patologías, tanto físicas como mentales.

Aquí la pregunta que se plantea es la siguiente: ¿Es el alcohólico un enfermo? Robinson (1972) resume las objeciones a considerar el alcoholismo como una enfermedad, señalando que esta asociación (alcoholismo-enfermedad) - conlleva o induce a negar a los alcohólicos todo sentido de responsabilidad personal sobre su estado.

Herson (1973) no considera que el patrón aprendido de beber en exceso constituya una enfermedad, incluso cuando el alcohólico haya aprendido a beber a fin de aliviarse de los síntomas de disminución o abstinencia que resultan de la dependencia física al alcohol. Pattison (1969) afirma que la etiqueta de enfermedad que se les ha aplicado a los alcohólicos ha sido con el propósito de atraer consideración, cuidado y otros recursos a dichos sujetos, objetivos que no van con los requerimientos de la nosología.

Madden (1986) afirma que existen dos tipos de definiciones, a saber:

- Las definiciones nominalistas.
- Las definiciones esencialistas.

Las definiciones esencialistas pretenden abordar la naturaleza fundamental de la situación definida, que caracteriza y hace único al fenómeno. La definición nominalista pretende proporcionar una etiqueta funcional para -- abarcar un grupo designado de fenómenos. El problema teórico-metodológico de la definición esencialista estriba en que sus afirmaciones acerca de la esencia de las cosas no son susceptibles de abordarse a través de procedimientos científicos, es decir, no es posible construir hipótesis que puedan ser comprobadas por al ciencia. Por ello, no es posible comprobar una afirmación sobre la naturaleza esencial de la dependencia alcohólica : so-

bre el concepto de enfermedad de ésta (de la definición esencialista). La definición nominalista no requiere de comprobaciones, ya que su único papel es ofrecer una etiqueta a un grupo de características. Recurriendo a la definición nominalista, la dependencia alcohólica puede definirse como una enfermedad, dado que posee características en común con otros trastornos catalogados como enfermedades, es decir, trastornos físicos y mentales tanto como debilitamiento del control sobre algunos aspectos de la conducta, alteraciones estructurales del organismo y disminución de la esperanza de vida.

Sin embargo, continúa Madden, todas estas alteraciones médicas se agrupan -- con otras características no médicas, por ello lo mejor es no hacer afirmaciones respecto a si el alcoholismo es o no una enfermedad, ya que las características e implicaciones de la dependencia alcohólica trascienden al modelo clínico-patológico.

Por otro lado, también existen definiciones del alcoholismo que realzan el aspecto social de éste. Por ejemplo Schuchit (1972) define al alcoholismo como "...el beber en un modo tal que interfiera en la vida de uno, evidenciado por la presencia de cualquiera de los siguientes aspectos:

- Pérdida del trabajo
- Dos o más arrestos por manejar ebrio
- Separación marital o divorcio
- Una hospitalización relacionada al beber" (11)

Los estudios sobre el alcoholismo como una desviación del estado de salud, parten desde 1812, pero es a partir de los estudios del Dr. Jellinek que se reconoció que la ingestión de grandes cantidades de alcohol ocasionan pérdidas de control y dependencia provocados por procesos fisiopatológicos y se constituye por tanto en una afección objeto de estudio de la psiquiatría.

Una de las contribuciones del Dr. Jellinek es el haber realizado un análisis sistemático del alcoholismo, partiendo de los resultados que obtuvo a través del análisis de dos mil alcohólicos recuperados. Delimito la evolución del alcoholismo, considerándolo como una enfermedad, construyendo térmi

nos nosológicos más precisos y elaborando un esquema clasificatorio de las fases del alcoholismo.

"El Dr. Jellinek partió de la noción básica de daño o lesión provocada por el uso de etanol y afirma que con respecto a la hipótesis patogénica-fisiopatológica 'el hecho de que si una lesión orgánica o una anomalía fisiológica puede inducir una forma anómala de ingestión de alcohol, esta última debe ser considerada como un proceso patológico'"(12)

La hipótesis arriba mencionada (el alcoholismo como un proceso patológico) la sustenta el Doctor Jellinek en los siguientes puntos:

- 1.- En el alcohólico se produce una tolerancia tisular aumentada adquirida hacia el alcohol.
- 2.- A pesar de las variaciones, la naturaleza de los síntomas de privación, es la misma en el alcoholismo que en la adicción a las drogas (los síntomas de la abstinencia indican una verdera demanda física del alcohol)
- 3.- Existe un deseo impetuoso o dependencia hacia el alcohol.
- 4.- Existe la pérdida de control o incapacidad para abstenerse de ingerirlo". (13)

Se podría seguir citando una infinidad de definiciones, que como ya se dijo realzan o marginan uno u otro aspecto de las dimensiones del alcoholismo, ello daría cuenta de la gran heterogeneidad de aquellas, sin embargo, hay tres elementos fundamentales comunes a todas estas definiciones, independientemente que se acentúe uno u otro de estos: los factores fisiológicos, los factores psicológicos y los sociales, que se conjugan en diferentes niveles de interacción. Es decir, no existe una definición única e integradora del alcoholismo, sino que dependiendo del objeto de interés del investigador depende la preponderancia de uno u otro elemento. Por el momento, hasta aquí se dejará la revisión de este tópico, retomándolo más adelante.

CLASIFICACIONES DEL ALCOHOLISMO.

Para lograr la caracterización del alcoholismo es necesario hacer una descripción de las diversas clasificaciones, de los tipos y fases de este fenómeno propuestas por diversos investigadores.

Jellinek (1960) propone una clasificación en cuatro fases de la evolución del alcoholismo, la cual fue adoptada en el Seminario Latinoamericano sobre el Alcoholismo, llevado a cabo en Chile en 1960. La clasificación del alcoholismo en sus cuatro fases es la siguiente:

A) Abstinencia del Alcohol.

Aquí no existe consumo de alcohol o bien se da una ingestión moderada de bebidas embriagantes única y solamente en situaciones excepcionales. Cuantitativamente hablando, Jellinek señala que se da una ingestión de no más de cinco veces al año y sin llegar a presentar síntomas de embriaguez.

B) Consumo Moderado de Alcohol.

Tipifica esta clasificación a aquellos que consumen habitualmente menos de cien mililitros de alcohol absoluto por día y/o la presencia de menos de 12 estados de embriaguez al año.

C) Consumo Excesivo de Alcohol.

Aquí existe ya una dependencia psicopatológica y/o sociocultural. Se consumen más de cien ml. de alcohol absoluto al día y/o más de 12 estados de embriaguez al año.

D) Alcoholismo

Aquí existe una franca dependencia patológica al alcohol, y una falta de control para detenerse o abstenerse de ingerirlo.

Jellinek señala la diferencia entre embriaguez y el beber excesivamente durante un largo período. El sujeto verdaderamente alcohólico presenta cier-

rasgos: tiene un largo periodo bebiendo, tiene frecuentemente problemas en su vida causados por la embriaguez o en conexión a ella y no tiene control para dejar de beber, aunque quiera y lo intente.

Jellinek (1960) propone una clasificación de los tipos de alcohólicos:

a) Alcoholismo alfa

En el alcoholismo alfa existe una dependencia más que nada de tipo psicológico. El sujeto bebe para aliviar el dolor físico o emocional, por lo que depende basicamente de las circunstancias sociales y de las características de personalidad. No existe en este caso, ni la pérdida de control, ni incapacidad para detenerse. Jellinek sostiene que no se considera aquí el alcoholismo como una enfermedad, sino como una forma neurótica de beber. Afecta a aquellos que presentan problemas de carácter, ansiedad, frustración, y utilizan el alcohol como un tranquilizante.

b) Alcoholismo Beta.

En esta clasificación se coloca a los sujetos que muestran un abuso regular de la bebida alcohólica. Se caracteriza por presentar complicaciones orgánicas producidas por la ingestión excesiva y prolongada de las bebidas alcohólicas, tales como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. No se presentan síntomas de dependencia física más, si existe una dependencia de tipo psicológico.

c) Alcoholismo Gama

Aquí se presente una tolerancia mayor al alcohol, acompañado de dependencia física y psicológica. El sujeto ha perdido el control sobre su forma de beber. Existe un abuso regular de las bebidas Alcohólicas.

d) Alcoholismo Delta.

Presenta los mismos síntomas que el alcoholismo gama. pero aquí el sujeto no sólo ha perdido el control sobre su forma de beber sino que ya no le es posible abstenerse de hacerlo sin presentar el síntoma de abstinencia.

3) Alcoholismo Epsilon.

También llamado dipsomanía. Aquí el sujeto alterna periodo de total abstinencia con temporadas de afición desmesurada, total embriaguez y pérdida de control sobre su forma de beber.

Al respecto de la clasificación de Jellinek, Madden comenta: "Muchos etnólogos consideran que la definición de alcoholismo de Jellinek es demasiado amplia en su ámbito de aplicación, pero debe notarse que éste autor sólo colocó la etiqueta de enfermedad a los patrones gama y delta en los que ocurre la dependencia física a la sustancia" (14)

Por otra parte, otro punto importante a dilucidar es el siguiente: ¿Qué es lo que diferencia al bebedor social del bebedor problema o alcohólico?

Jellinek a través de sus investigaciones y el Comité del Consejo Nacional sobre Alcoholismo sostienen que hay una progresión gradual en los síntomas del alcoholismo y aunque varía en función de las características individuales de los sujetos, estos siguen, en menor o mayor grado, el siguiente esquema:

1) Fase Prealcohólica o Sintomática

En esta categoría se clasifican a los bebedores sociales. El bebedor encuentra en el alcohol un alivio a la angustia y en síntesis las principales características de esta fase son:

- alivio ocasional por medio de la bebida.
- alivio constante en las tensiones a través del alcohol
- aumento de la tolerancia al alcohol

El alcohólico tiene una sensación de que el alcohol le procura un alivio a sus tensiones.

La bebida le alivia sus problemas personales buscando ocasión de beber. En esta fase, el alcohólico piensa que la mayoría de sus trastornos se deben al ambiente en el que bebe y no al alcohol, que es el causante de esta ficticia mejoría. "El beber se hace más frecuente ya que aumenta la tolerancia hacia el alcohol y necesita mitigar su angustia y sentir

el alivio deseado" (15) Resumiendo: el sujeto bebe cada vez más frecuentemente, aumenta progresivamente su tolerancia al alcohol y se observan significativos cambios desde el punto de vista físico y psicológico.

ii) Fase prodrómica o primaria.

Los principales síntomas de esta fase son los siguientes:

- 1.- Palimpsestos o amnesia alcohólica.
- 2.- Preocupación por el alcohol.
- 3.- Consumo subrepticio y ávido.
- 4.- Sentimientos de culpa.

En esta etapa el sujeto puede actuar automáticamente, es decir, sostener conversaciones razonables, ejecutar actos complicados, pero olvidarlos posteriormente, algunas veces puede recordar algunos pero otras no conservar el más mínimo recuerdo de lo acontecido durante su estado de alcoholización; ello se debe a una deficiente utilización del oxígeno causado por la acción del tóxico. Aquí la embriaguez no es de una cantidad desmesurada pero sí lo suficiente para causar el trastorno anteriormente descrito.

Asimismo, el sujeto comienza a mostrar una creciente preocupación por el alcohol, por un lado trata de ocultar su incipiente dependencia ante los demás, lo cual lo lleva a beber subrepticamente; junto con esta toma de conciencia de su necesidad de alcohol aparecen sentimientos de culpa, -- ante los cuales elabora toda una serie de racionalizaciones para justificar su conducta.

El Dr. Jellinek sostiene que este período varía de individuo a individuo pues depende de las diferencias físicas, psicológicas y sociales de cada uno de ellos, para el cariz que tome dicha fase. Para la recuperación de este tipo de alcohólicos es necesario una total abstinencia de la bebida, de no suceder esto, el sujeto perderá el control sobre la bebida.

iii) Fase Crítica o Básica.

Aquí el sujeto pierde el control sobre la cantidad que de alcohol ingiere, generalmente inicia pensando que sólo ingerirá una o dos copas pero lo cierto es que una vez que a tomado el primer trago, le es imposible parar de beber, hasta llegar a la total intoxicación.

Se presenta una racionalización hacia la bebida, considera que todavía puede dejar de beber y se torna más insistente en su resolución por dejar el alcohol. Alterna los períodos de alcoholización con períodos de abstinencia total en un esfuerzo por alejarse del alcohol.

Aquí existe ya una dependencia física al alcohol. Se siente impelido a beber cada vez más y comienza a presentarse una desorganización física y psíquica. El sujeto todavía realiza esfuerzos por mantener su prestigio social, cumpliendo medianamente con su trabajo o realizando intentos frustrados de mantener la integración familiar.

Esta etapa puede llegar a durar años, en esta fase ocurren los principales daños sociales, familiares e interpersonales del sujeto alcohólico. Este cae cada vez más en un proceso de creciente decadencia, hasta entrar a la siguiente etapa. Al final el sujeto bebe desde la mañana hasta la noche sin preocuparse de alimentarse. Esta conducta marca el límite entre ésta y la siguiente etapa.

iv) Fase Crónica.

Aquí el sujeto permanece en estado de embriaguez todos los días. Muestra incapacidad tanto de abstenerse como controlar la ingestión de alcohol. La necesidad de tomar se convierte en una obsesión compulsiva. Se es capaz de cualquier cosa con tal de beber, sin importar el tipo de bebida.

La sociedad empieza o muestra su rechazo a dichos sujetos, considerados como incompetentes o indeseables. El sujeto muestra una desintegración de su personalidad, no asume sus responsabilidades y enfrenta graves -- problemas en su trabajo, en su familia y en todas las dimensiones de su

vida.

"Se observa un monoscabo de las facultades mentales, no exenta de una perturbación de la ideación, el pensamiento y una endeble estructura emocional" (16).

Se presenta una disminución en la tolerancia a el alcohol, así cualquier cantidad puede ser suficiente para llevarlo a un estado de estupor. En los cortos periodos de abstinencia muestra palidez y nerviosismo, o bien presenta los síntomas del síndrome de abstinencia.

Cuando el sujeto ha llegado a esta fase, su recuperación exige un largo y difícil proceso de desintoxicación y atención psicológica.

Es necesario enfatizar que la dependencia al alcohol es reversible, sobre todo en su primeras fases, aunque en las etapas finales existe la tendencia a la irreversibilidad, es por esto que la abstinencia completa resulta necesario para lograr la remisión y detenimiento de los casos moderados y graves del alcoholismo.

Existen otros sistemas de clasificación del alcoholismo, sin embargo, es de señalar el hecho que es el sistema de Jellinek el que guía la mayor parte de las investigaciones sobre este problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) basa su sistema de clasificación en dos de los síntomas fundamentales del alcoholismo:

a) Alcoholismo intermitente.

Se caracteriza porque el sujeto no puede parar de beber una vez que ha ingerido la primera copa, pero puede pasar algunas temporadas sin beber.

b) Alcoholismo inveterado o continuo.

Existe una incapacidad para dejar de beber y la ingestión es continua a lo largo del tiempo. El sujeto presenta el cuadro del síndrome de abstinencia si deja de beber.

Ampudio Rueda (1977) señala a algunos autores tales como Simmel, Chafetz y Lemone, que partiendo de una concepción psicoanalítica clasifican a los alcohólicos en dos categorías: alcohólicos esenciales y alcohólicos reactivos.

1.- Alcohólicos esenciales.

Los alcohólicos esenciales presentan como principales características - las siguientes:

- a) Comienzan a beber a una edad relativamente temprana.
- b) Toman por largos períodos.
- c) Son personas con carácter de tipo oral, muestran pasividad y dependencia emocional, impulsividad, rasgos demandantes, egocentrismo e irresponsabilidad e incapacidad de establecer relaciones interpersonales a largo plazo.
- d) Generalmente provienen de estratos sociales bajos.

2.- Alcohólicos reactivos.

Las características que presentan son las siguientes:

- a) Comienzan a beber relativamente tarde en su vida.
- b) Usar el alcohol "socialmente".
- c) Su desarrollo psicosexual alcanza mayor asimilación de los patrones culturales, asimismo los rasgos obsesivos que poseen les permite lograr cierta independencia y responsabilidad.
- d) Pertenecen generalmente a las clases medias.

Algunos otros autores basan sus sistemas de clasificación sobre bases meramente cuantitativas de la conducta de beber, por ejemplo.

George Vaillant, citado por Granillo Ramírez (1983) señala siete niveles de uso del alcohol:

- 1.- Poco uso: abstinencia o menor de dos tragos de consumo de alcohol por semana.
- 2,3,4, Bebedor social: niveles incrementados desde tres hasta veintiún tragos por semana.

- 5.- Bebedor social fuerte: equivalente a una ingestión de cinco a ocho onzas de licor fuerte, diariamente por tres años o más, con problemas de control o claro daño de las relaciones sociales.
- 6.- Abuso: promedia más de ocho onzas de licor fuerte diariamente por tres años o más con problemas de control o claro daño a las relaciones sociales.
- 7.- Beber problemático por más de cinco años.

Los comentarios sobre estos otros sistemas clasificatorios del alcoholismo se centran en lo siguiente:

Estas clasificaciones dejan de lado todos los demás factores que se presentan en la conducta de beber, y lo que define a un alcohólico no solo es la cantidad, sino la constelación de signos y síntomas problemáticos que acompañan a su conducta.

EFFECTOS Y SINTOMATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

El uso y abuso del alcohol produce diversos efectos en el bebedor, el cuadro clínico que presente el sujeto dependerá, tanto del tipo de bebida, como de los centímetros cúbicos ingeridos, el sexo, el peso de las personas, así como del porcentaje de alcohol en la sangre. Martínez Pope (1983) señala los efectos que produce el alcohol en el organismo:

- 1.- Cuando es mínimo hay sobriedad, no hay influencia aparente, pequeños - cambios solo detectables con pruebas especiales. A medida que aumenta el porcentaje de alcohol se dan los siguientes estados:
- 2.- Euforia, verborrea, sociabilidad, disminución de la atención y juicio.
- 3.- Excitación, inestabilidad emocional, desinhibición, pérdida del juicio crítico, disminución de las respuestas sensoriales.
- 4.- Confusión, desorientación, confusión mental, mareo, estados emocionales exagerados (alegría, agresividad, etc.) disminución de la sensibilidad al dolor, incoordinación muscular.
- 5.- Estupor, apatía, inercia generalizada, marcada disminución a los estímulos, incoordinación muscular, vómitos, sueños.
- 6.- Coma: incoscienza completa, reflejos disminuidos o abolidos, hipotermia, incontinencia urinaria y fecal.
- 7.- Muerte por parálisis respiratoria.

Estos efectos que se presentan, conforme la intoxicación etílica avanza, Martínez Pope los divide en cuatro fases:

- a) Fase prodrómica.
- b) Fase de excitación.
- c) Fase de incoordinación.
- d) Fase comatosa.

a) Fase Prodrómica.

Con un nivel de alcohol en la sangre de 0.25 gr/l todavía antes de que el sujeto perciba los más ligeros cambios de su estado mental o físico, ciertos tests o exámenes psicomotores pueden revelar alguna alteración como:

- alteraciones en la agudeza visual.
- disminución del sentido esteroescópico y del campo visual periférico.
- lentificación e irregularidad en los reflejos.
- Efectos sobre las funciones del sistema nervioso periférico como es la reducción del sentido del olfato, del tacto, del calor, del dolor, alteraciones del sentido cinestésico y del control del equilibrio.
- disminución del sentido de alerta.
- Lentificación en la ejecución de los tests psicotécnicos.

Con un nivel de alcohol en la sangre de 0.3 gr/l, la mayoría de las personas presentan alteraciones electroencefalográficas.

b) Fase de excitación.

A partir de los 0.5 gr/l, hay una inhibición de los procesos mentales - primitivos, con pérdida progresiva de autocontrol y autocrítica, acompañado con parálisis progresiva de los procesos mentales superiores. Este estado de euforia o de agresividad puede inducir a creerse más inteligente, sin embargo, es, de hecho, la primera etapa de abatimiento de la personalidad.

c) Fase de Incoordinación.

Aparece de 1.5 a 3 gr/l, se caracteriza por:

- alteraciones de la marcha.
- incoordinación motora.
- temblor.
- alteraciones digestivas.
- confusión mental.
- reducción de la sensibilidad de los estímulos.

Es la clásica borrachera, puede producir sueño profundo o insomnio.

d) Fase Comatosa.

Desde 3.4 gr/l, hay borrachera total, la persona esta como muerta, insensible a los estímulos externos. Los reflejos están abolidos, la piel -- fría y la temperatura corporal desciende. Los niveles superiores a los 4 gr/l pueden ser mortales.

Por otro lado el doctor González Gutiérrez, en un artículo contenido en el libro El alcoholismo en México también presenta un cuadro de los síntomas y signos que causa el abuso del alcohol, aclarando que este uso y abuso de las bebidas alcohólicas interactúa en el hombre desde sus primeras copas hasta que llega el momento del síndrome de dependencia al alcohol o "alcoholismo" y sus consecuencias.

González Gutiérrez dice que son tres los estados por los que atraviesa el alcohólico, describiendo los síntomas clínicos más relevantes:

- 1.- La intoxicación aguda, incluyendo el como a alcohólico.
- 2.- La ingesta crónica hasta el alcoholismo verdadero.
- 3.- El síndrome de abstinencia.

1.- INTOXICACION AGUDA.

Aquí aparecen los primeros síntomas en los sujetos que han tomado bebidas - alcohólicas por un corto tiempo. En las dos primeras horas de ingesta se presentan:

a) Intoxicación aguda:

Excitación

Reducción de la capacidad psicológica

Falta de dominio de la musculatura

Disminución de la atención

Percepción sensorial embotada

Lentitud del pensamiento

Juicio reducido

Movimientos oculares perturbados

Alteraciones en habla y escritura

Si se continúa tomando en las horas subsecuentes se presentan:

Asociaciones superficiales
Considerable distracción
Retención de dígitos disminuída
Memoria incompleta para sucesos remotos
Capacidad de juicio más alterada
Cambio del estado afectivo
Taquipsiquia (incoherencias)
Irresponsabilidad moral e intelectual
Amigabilidad
Trastornos en la marcha
Lenguaje disártrico
Atasia general
Temblores generalizados
Vértigos
Vómitos
Irritabilidad
Ataques de cólera y violencia

Y si la ingesta provoca niveles en la sangre de 380 a 450 mgr/100 ml, puede presentarse el coma alcohólico.

b) Coma alcohólico:

Temperatura baja
Respiración lenta estertorosa
Pulso débil
Pupilas dilatadas o contraídas
Hiporreflexia
Piel pálida o cianótica
Hipotermia
Incontinencia urinaria
Olor a la bebida

2.- ALCOHOLISMO CRONICO

En esta categoría, el autor más que presentar los síntomas clínicos, realiza una breve descripción de las fases por las que atraviesa el alcoholico ya -- descritas por Jellinek y que en páginas anteriores se reseñaron.

3.- SINDROME DE ABSTINENCIA.

El síndrome de abstinencia engloba a aquellos síntomas y signos que se presentan en muchos tomadores cuando en forma abrupta y sin control médico suspenden en forma total la ingesta de bebidas alcohólicas. Estos síntomas son los siguientes:

Agitación, nerviosismo, confusión
trastornos de memoria
Ideas delirantes
Irritabilidad
Marcha atáxica, debilidad muscular, calambres

Sudoración profusa
Taquicardia, fiebre
Midriasis
Mareo y vómito
Insomnio y pesadillas

Davison y Neale (1985) señalan que al detener bruscamente la ingestión de alcohol se pueden causar efectos dramáticos en un alcohólico crónico, ya que su cuerpo esta profundamente acostumbrado a la droga. Subjetivamente el individuo se siente a menudo atemorizado, deprimido, débil, agitado e incapaz de conciliar el sueño. Pueden observarse temblores en los músculos, sobre todo los de la fina musculatura de los dedos, rostro, labios y lengua, lo mismo que un aumento en sus pulsaciones y presión sanguínea. Después de beber durante algunos años, un alcohólico puede también sufrir el delirium tremens al bajar subitamente el nivel de alcohol existente en la sangre, ya que es una reacción fisiológica ante la abstinencia. Este trastorno será revisado a detalle en el apartado de los efectos neuropsiquiátricos del alcoholismo.

LOS EFECTOS NEUROPSIQUIIATRICOS DEL ALCOHOLISMO

El alcohol es la droga psicoactiva de mayor uso que produce graves efectos tóxicos sobre el sistema nervioso central. Los trastornos que con mayor frecuencia se encuentran a nivel neuropsiquiátrico son causados por el alcoholismo crónico.

Entre los trastornos neuropsiquiátricos que acompañan al alcoholismo, Vallejo Nájera (1986) y James Page D. (1982) señalan los siguientes.

- 1.- intoxicación
- 2.- embriaguez patológica
- 3.- epilepsia alcohólica
- 4.- dipsomanía
- 5.- alucinosis alcohólica
- 6.- delirium tremens
- 7.- síndrome de Korsakoff
- 8.- síndrome de Wernicke
- 9.- paranoia alcohólica o delirio celotípico alcohólico.

1.- Intoxicación o Psicosis alcohólica aguda.

Los signos conductuales de la intoxicación se deben al efecto depresor del alcohol sobre el sistema nervioso; el alcohol actúa como anestésico general. Como la concentración de alcohol en la sangre aumenta, se produce un desajuste o reducción progresiva de las reacciones normales del cerebro. Una importante función de la corteza cerebral es inhibir la actividad impulsiva y la inestabilidad emocional.

El desajuste de esta función cortical explica el incremento en la excitación y la relativa pérdida de limitación que se advierte por lo común en los estados moderados de intoxicación. Los trastornos en la sensación, la percepción, coordinación motriz, memoria y juicio reflejan en forma más directa el efecto anestésico del alcohol sobre el sistema nervioso. Cuando la ingestión es espaciada, el mareo inducido tiende a limitar el beber excesivo.

La intoxicación etílica aguda, puede sobrevenir, no solo en el transcurso de un alcoholismo crónico, sino en un individuo que por primera vez ingiere bebidas alcohólicas o lo hace ocasionalmente. La intoxicación etílica tiene diversos grados de intensidad, dependiendo no sólo de la cantidad de alcohol ingerido sino de la alcoholemia (relación entre, cantidad de alcohol ingerido, peso del sujeto, estado del aparato digestivo, ingerido en ayunas o durante una comida y el estado de la función hepática).

Las grandes cantidades consumidas durante un breve período pueden dar por resultado el coma o la muerte.

2.- Embriaguez Patológica o Borracheras Patológicas.

Se denomina "embriaguez patológica" a diversos estados de intoxicación etílica aguda, caracterizado por la cantidad mínima de alcohol necesaria para -- provocarlos, la desproporcionada intensidad o duración del consumo y las características anómalas del episodio de embriaguez. Aquí se encuentran dos -- tipos de trastornos:

- a) La intolerancia alcohólica. Consiste en episodios de embriaguez del tipo común, pero desencadenados por cantidades mínimas de alcohol, perfectamente tolerados por individuos normales. Puede ser primitiva o adquirida en el curso de un alcoholismo crónico. En este último caso suele ser producida por la insuficiencia hepática causada por el alcohol.
- b) La embriaguez patológica cualitativa. Tiene síntomas distintos a los de la embriaguez aguda normal. Se caracteriza por alteraciones muy intensas del estado de ánimo, con crisis terribles de irritabilidad y agresión, agitación sicomotriz y una cierta obnubilación. Se trata de verdaderos - estados crepusculares alcohólicos y se dan casi exclusivamente en epilépticos.

3.- Epilepsia Alcohólica.

La relación entre alcoholismo y epilepsia se reconoce bajo dos aspectos:

- a) Entre los alcohólicos es frecuente la presentación de crisis epilépticas de todo tipo y aproximadamente un 15% de todos los alcohólicos tienen

crisis del gran mal.

b) El alcohol es un tóxico epileptógeno. Los epiléoticos no pueden tomar alcohol bajo ninguna de sus formas, pues les aumenta notoriamente la frecuencia de sus crisis. Probablemente muchos de los casos supuestos de "epilepsia alcohólica" son individuos con una epilepsia latente, con umbral convulsivógeno anormalmente bajo, pero sin manifestaciones clínicas, hasta hacerse bebedores de alcohol por la potenciación de los ritmos eléctricos neuronales, hace que alcancen dichos ritmos el umbral y aparezca la crisis. Además de esta epilepsia latente o subclínica, que antes del hábito alcohólico no presentaba el sujeto, existen multitud de posibilidades de presentarse la llamada epilepsia focal alcohólica, provocada por las lesiones neuronales derivadas de los traumatismos craneales durante los episodios de embriaguez, accidentes vasculares cerebrales, esclerosis cerebral difusa, la meningitis crónica de los bebedores, etc.

4.- Dipsomania.

Es un síndrome complejo en que se destacan episodios accesionales de ingestión de alcohol en individuos que son alcohólicos de una manera diferente a los demás. Las características más típicas son las siguientes: se trata de sujetos aparentemente normales, muchos de ellos con una profesión intelectual. Pueden haber bebido en su juventud y haberse embriagado de vez en cuando, sin haber tenido un auténtico alcoholismo, sin embargo el sujeto se ve atacado por graves periodos de embriaguez. En su fase de abstinencia su conducta es normal.

La dipsomanía tiene dos rasgos característicos: la disforia, que precede a cada episodio; y su carácter accesimal, repentino, no justificado por los estímulos ambientales. Por su aparición repentina, accesimal "como un ataque" a llevado a pensar que su carácter es un "equivalente epiléptico", sin embargo no se ha encontrado a nivel neurológico rasgos epilepticos en los dipsómanos, ni a través de pruebas con electroencefalogramas ni test proyectivos, etc.

Por otro lado debido al carácter disfórico de la dipsomanía, hace suponer una vinculación con las psicosis maniaco depresivas o al círculo tímopático, sin embargo no existen pruebas suficientes que justifiquen su relación; su etiología y naturaleza íntima se desconocen. Pese a ello se han encontrado muy buenos resultados terapéuticos con medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y psicoterapia. (18)

5.- Alucinosis alcohólica aguda.

La alucinosis aguda se observa sobre todo en individuos con rasgos esquizoides. Aparentemente, el prolongado uso del alcohol sirve para liberar tendencias esquizofrénicas latentes. El síntoma más persistente son las alucinaciones auditivas. Con frecuencia las voces acusan a la persona de mala conducta. Los sentimientos depresivos son frecuentes en esta cuadro. Las alucinaciones tiene carácter más auditivo que visual. La alucinosis alcohólica aguda difiere del delirium tremens en varios aspectos: las personas que sufren algún episodio de delirium tremens tienden a estar confusas, desorientadas, fuera de contacto con su ambiente. En cambio, las personas que tienen alucinaciones agudas están por lo general bien orientadas y no experimentan distorsiones de percepción.

Algunas personas con alucinosis aguda responden favorablemente a los tranquilizantes y a los antidepresivos; otras van más allá y manifiestan reacciones esquizofrénicas típicas, que pueden persistir durante varios meses.

6.- Delirium Tremens.

Constituye el cuadro más agudo debido a la intoxicación alcohólica. Hasta hace unos años la frecuencia de mortalidad para los pacientes que mostraban este cuadro era del 30%. En la actualidad cuenta con un pronóstico más favorable, ya que con los métodos actuales de tratamiento psiquiátrico, se puede evitar o curar en un plazo no mayor de 48 hrs.

El delirium tremens se presenta generalmente en alcohólicos con más de diez años de evolución del alcoholismo con síntomas de insuficiencia hepática. Sucede a ciertos factores desencadenantes, como una enfermedad infecciosa un traumatismo y muy frecuentemente a un periodo de total abstinencia.

Si el alcohólico que ha sufrido un episodio de este tipo continúa tomando alcohol suscitará la posibilidad de repetición del delirium tremens y con el tiempo desarrollar otro síndrome que fue descrito desde el siglo pasado (1895) por el psiquiatra ruso Korsakoff..

7.- Síndrome de Korsakoff.

Se presenta en alcohólicos crónicos, generalmente como una secuela de un delirium tremens o de una alucinosis alcohólica. Se debe a hemorragias, necrosis y a una intensa reacción glial de los cuerpos mamilares. Las lesiones en que se basa esta alteración se ubican en la estructura de la base del cerebro, principalmente en el lóbulo límbico y la circunvolución del hipocampo. Ahí se encuentra el sustrato anatómico de la deficiencia de memoria y confabulación que presentan quienes padecen dicho síndrome.

Síntomas psíquicos.

El fundamental es la amnesia de fijación. El sujeto recuerda bien los acontecimientos ocurridos antes de comenzar un síndrome amnésico, pero es incapaz de retener en la memoria los acontecimientos recientes más de unos minutos.

Para suplir los lapsos de memoria perdida, el individuo puede reportar recuerdos ficticios pero coherentes, aunque generalmente estas personas no tienen, aparentemente, conciencia de su confabulación.

Otro de los síntomas de esta perturbación es que, generalmente se encuentra el sujeto, desubicado tanto en el espacio como (y muy especialmente) en el tiempo.

El pronóstico de este síndrome es variable. Si las lesiones no son muy intensas el individuo puede recuperarse si no vuelve a incurrir en el abuso del alcohol; pero con gran frecuencia, debido a la intensidad de las lesiones, este síndrome resulta irreversible.

El cuadro del delirium tremens es el siguiente:

Período prodrómico: insomnio, inquietud psicomotora, ráfagas de angustia, aumento de temblor, parestesias e incoordinación motora habituales en el alcohólico crónico. Las pesadillas tan típicas de esta fase del alcoholismo se hacen más vivas y angustiantes y el sujeto empieza a confundir los contenidos oníricos con la realidad.

Período de estado. Se pasa por transición gradual desde el periodo prodrómico, cuyos síntomas se van acentuando. La inquietud se convierte en agitación sicomotriz, sumamente intensa, con estado de ánimo ansioso. La agitación se influye por el ambiente y aumenta peligrosamente si se deja al paciente solo o en contención forzosa. Los ensueños desagradables y las vivencias oníricas se convierten en ilusiones y alucinaciones. Las alucinaciones del delirium tremens tienen un contenido muy similar al de los ensueños de los alcohólicos crónicos: son escenográficas, vivamente coloreadas, es muy típico el carácter zoópico y micrópico (ven gran cantidad de animales o personas de tamaño diminuto) de dichas alucinaciones. Estas son casi exclusivamente visuales y táctiles. Los sujetos presentan un alto grado de sugestibilidad. Otro signo característico es el "delirio ocupacional", en el que el sujeto realiza las obras de su ocupación como si estuviese maniobrando con herramientas invisibles. Existe desorientación alopsíquica, conservándose la orientación autopsíquica. La desorientación es de tipo alucinatorio delirante. Se presenta un cierto grado de obnubilación.

Síntomas somáticos. El temblor que da el nombre al síndrome es de tipo de grandes oscilaciones, acompañado de un temblor muscular perceptible por palpación. Disminución de la fuerza muscular. Oliguria o incluso anuria, fiebre elevada, cuya persistencia es de mal pronóstico. Anorexia, lengua saburral, halitosis, sudores, insomnio (cuando llega el sueño se marca un signo favorable hacia la recuperación). En las formas mortales la fiebre sigue aumentando, empeora todo el estado general, el pulso se hace débil y rápido, se presenta adinamia y abolición de los reflejos (antes exaltados). Aparece el coma hipertérmico, con muerte a la hora o dos horas, por síncope, en el curso de una crisis convulsiva.

8.- Síndrome de Wernicke.

En este síndrome los síntomas psíquicos son los mismos que los del síndrome de Korsakoff, difiere de éste por la localización en el sistema nervioso de la lesión que lo produce. En este síndrome el proceso degenerativo o lesiones se localizan en el tallo cerebral. Se sabe que esta alteración se debe a la deficiencia de vitamina B-1 o tiamina y el cuadro del síndrome de Wernicke se corrige administrando altas dosis de dicha vitamina.

9.- Paranoia Alcohólica o delirio Celotípico Alcohólico.

Es un síndrome delirante crónico. Se desarrolla un cuadro de delirio de celos, vinculado a alteraciones tóxicas producidas por el alcohol. Generalmente estos celos se presentan a partir de ciertos hechos frecuentes en el alcoholismo crónico: disminución del atractivo y potencia sexual. La celopatía alcohólica puede llegar a una situación de alto riesgo, ya que el individuo, preso por dicho delirio podría cometer asesinato. En la actualidad, con oportuna intervención terapéutica se puede alcanzar un pronóstico favorable, suprimiendo la ingestión de alcohol y suministrando drogas psicotrópicas y/o un adecuado apoyo psicoterapéutico.

Habiéndose expuesto en este apartado las principales alteraciones neuropsiquiátricas que pueden llegar a presentarse en un sujeto alcohólico, se hace necesario hacer hincapié en que independientemente de que el sujeto llegase o no a presentar dichos trastornos mentales en el transcurso del desarrollo de su alcoholismo, éste presenta alteraciones caracterológicas que dificultan las relaciones interpersonales, familiares y el rendimiento en el trabajo.

NOTAS:

- (1) Ampudia Rueda, Josefina. Consideraciones Psicológicas Observadas en Mujeres Alcohólicas. México: Tesis Profesional UNAM, 1977, p. 16.
- (2) Davison G., General; Psicología de la Conducta Anormal México: Editorial Limusa, 1980. p. 278.
- (3) Madden, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia. México: Editorial El Manual Moderno, 1986, p. 57
- (4) Ibidem, p. 57.
- (5) Ibidem, p. 56.
- (6) Keller, en Madden op, cit. p. 57.
- (7) Davis, en Madden op. cit. p. 57.
- (8) Ampudia Rueda, op. cit., p. 18.
- (9) Ampudia Rueda, op. cit., p. 18.
- (10) Rayman, en Ampudia Rueda op. cit., p. 19.
- (11) Shuckit, en Granillo Ramírez, Elías. La Relación Alcoholismo Depresión en Función de su Tiempo de Permanencia en A.A. México: Tesis Profesional UNAM, 1984, p. 27.
- (12) Aranda Carbajal, Alicia. Investigación en la Escala de Alcoholismo en el MMPI. México: Tesis Profesional UNAM, 1974 p. 22.
- (13) Ampudia Rueda, op. cit., p. 21.
- (14) Ibidem, p. 30.
- (15) Somarriba Rocha, Laura. Estudio Comparativo de Rasgos de Personalidad Entre dos Grupos de Pacientes Alcohólicos. México: Tesis Profesional UNAM, 1978, p. 16.
- (16) Ampudia Rueda, op. cit., p. 34.
- (17) Martínez Pope, en Molina Piñeiro, valentín, etc. al El Alcoholismo en México. México: Editado por Sociedad Mexicana de Geografía y Fundación de Investigación Sociales, A.C., 1983. p. 183.
- (18) González Gutiérrez, en Molina Piñeiro, op. cit. p. 211.
- (19) Vallejo Nájera, Juan Antonio. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1981, p. 329.

CAPITULO 2

TEORIAS SOBRE EL ALCOHOLISMO

TEORIAS FISIOLÓGICAS

Este punto de vista teórico sostiene fundamentalmente que existe una predisposición fisiológica (predisposición provocada por diferentes causas, a saber: desórdenes glandulares, deficiencias nutritivas, alteraciones metabólicas, factores hereditarios, etc). que conmina al sujeto a ingerir grandes dosis de alcohol.

Todas estas conceptualizaciones sobre el alcoholismo estarían formando el "abanico biológico" (o biologizado tal vez sería mejor decir) de la explicación del alcoholismo. A continuación se pasará a la revisión de las diversas hipótesis fisiológicas que apuntan hacia uno u otro ángulo del "abanico biológico".

Hipótesis genotrópica.

Teoría postulada por Williams en 1947. Señala que el alcoholismo es resultado de una condición patológica del metabolismo. Sostiene que hay una deficiencia genética que conduce a defectos metabólicos, puesto que hay una inadecuada utilización del alimento, y el alcohol es deseado para sustituir esas deficiencias dietéticas.

El sujeto alcohólico, según este punto de vista, se encuentra afectado mucho antes de haber empezado a beber. Williams sostiene la existencia de una "personalidad prealcohólica metabólica congénita", que predispone al sujeto al alcohol.

Ampudia Rueda (1977) resume la teoría genotrópica en los siguientes puntos:

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

d) Posee un patrón metabólico específico que lo predispone al alcoholismo.

Para apoyar su hipótesis Williams recurre a demostrar que, primeramente existe la individualidad bioquímica o metabólica, por ejemplo:

1.- La existencia de diferentes grupos sanguíneos confirma la universidad de la individualidad bioquímica.

2.- Sostiene la existencia de diferencias individuales en la perspiración --corporal, que se evidencia por las distinciones que son capaces de hacer los perros de caza.

3.- El alto grado de diferenciación entre los individuos respecto a la cantidad de alcohol que produce intoxicación, también es presentada como una evidencia de las divergencias individuales en las reacciones al alcohol.

4.- La notable variación entre los individuos en cuanto a la rapidez con que el alcohol desaparece en la sangre.

Ampudia Rueda nos sigue comentando: y en esta individualidad bioquímica se basa Williams, para señalar que las deficiencias nutricionales causadas por una falla metabólica al utilizar los nutrientes, puede provocar el deseo por el alcohol, en la misma forma que un diabético desea el azúcar.

Se han llevado a cabo una serie de experimentos con el fin de constrastar esta hipótesis. Así por ejemplo Fletwood ha encontrado diferencias químicas entre los alcohólicos y grupos de control no alcohólicos. Los sujetos del grupo de alcohólicos tienen una mayor cantidad de una sustancia química en su sangre, a esta sustancia le llamó "sustancia del resentimiento", y ob-servó que disminuía con el consumo del alcohol y que esto a su vez, probablemente, reduce el grado de hostilidad y resentimiento en el paciente alcohólico.

En otro experimento, unos investigadores criaron una camada de ratas que nos

traban un significativo deseo de alcohol. Dichos animales fueron criados durante siete generaciones con una dieta deficiente en vitamina B. El consumo de alcohol por parte de las ratas iba en aumento, con lo que, según ellos, demostraban una correlación positiva, entre la individualidad bioquímica heredada (deficiencia vitamínica) y el consumo de alcohol.

Sin embargo otro experimento demostró, que el deseo por el alcohol podía ser alterado, con otra alternativa, ofreciéndoles una solución de azúcar. Por lo que concluyeron que la preferencia observada por el alcohol, no era en realidad una urgencia y por lo tanto no debía ser vista como reflejo exacto del deseo del alcohol que se observa en los pacientes alcohólicos.

Asimismo señala Rueda (1977) que los resultados obtenidos en terapias basadas en vitaminas, no resisten el exámen científico, aportando poco refuerzo a la teoría genotrópica. Es por demás sabido que hay que recurrir a las vitaminas en el tratamiento del alcoholismo crónico, pero ésto se debe a las deficiencias provocadas por una dieta inadecuada y probablemente al aumento de las requeridas, por la deficiencia vitamínica producida por el alcohol metabolizado. Además es discutible que esta deficiencia sea más específica, que otras deficiencias debidas a una dieta incompleta: falta de aminoácidos y ácidos grasos esenciales.

Un último comentario al respecto de la teoría de Williams; "la teoría no ha sido comprobada, y su fundamento no ha encontrado aplicación en los seres humanos; ni como explicación causal, ni como tratamiento del alcoholismo (Jackson y col. 1951). En realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los alcohólicos crónicos, se explican mejor como consecuencia y no como causas de la enfermedad" (1)

Hipótesis Genética.

Los simpatizantes de esta hipótesis señalan que existe una relación causal - directa entre factores hereditarios y alcoholismo. Hotten por ejemplo, dice que al alcoholismo se le debe considerar como un resultado de la debilidad biológica del organismo.

Son muchas las investigaciones que han encontrado una correlación positiva entre grupos genéticamente relacionados y una alta incidencia de alcoholismo. Por ejemplo, Jellinek en un estudio con 4,372 alcohólicos, estimó que el 52% de ellos habían sido hijos de padres alcohólicos, y el 35% no procedían de padres alcohólicos, pero sí criminales o psicóticos. Aquí es conveniente señalar, tal como lo hace notar Ampudio Rueda, que el doctor Jellinek se mostró prudente y se rehusó a afirmar que existía una relación causal directa, entre factores hereditarios y alcoholismo.

Otro investigador, Bleuler, analizando 50 alcohólicos en Nueva York, encontró que un alto porcentaje de los mismos tenían ascendientes alcohólicos, o sufrían de alguna otra patología.

Hasta el momento, todavía no ha sido posible determinar si esta alta incidencia de alcohólicos con antecesores que padecen de este mismo problema, se debe a factores genéticos, ambientales o ambos, ya que los sujetos alcohólicos estudiados, han sido educados en un ambiente patológico.

En este sentido se han realizado estudios que pretenden tener bajo control el factor ambiental. Por ejemplo Roe ha llegado a las siguientes conclusiones al respecto de la relación herencia y alcoholismo. Estudio a hijos de padres adoptivos no alcohólicos. Encontrando que "los hijos de padres alcohólicos no son alcohólicos y solo tres de ellos usan bebidas en forma regular. Así la alta incidencia de alcoholismo en los hijos de alcohólicos no puede explicarse necesariamente, en base a algún factor hereditario."(2)

Hipótesis Glandular.

Al respecto Ampudio Rueda señala lo siguiente:

Tintera y Labell sugieren que más que una disfunción metabólica (la teoría adoptada por Williams) el alcoholismo se origina por una disfunción endócrina. Basada en esto, dichos investigadores han usado sustancias hormonales

en el tratamiento del alcoholismo aunque sin mucho éxito.

Otros científicos han encontrado una mayor incidencia de desórdenes glandulares en la población alcohólica que en la población no alcohólica.

Finalmente, comenta Ampudio: la hipótesis glandular fue contrastada por Mc. Cord y Gudeman. Dichos investigadores encontraron que las evidencias obtenidas por ellos, contradecían la hipótesis glandular. Por ejemplo, en un experimento: "ninguno de los 21 muchachos con perturbaciones glandulares se convirtió en alcohólico, en cambio de 66 que no tenían defectos glandulares un 17% resultaron alcohólicos. De manera que sus resultados indican que la hipótesis glandular es bastante inadecuada y frecuentemente contradictoria". (3)

Hipótesis alérgica.

Siguiendo la exposición de Ampudia Rueda, anota que dicha hipótesis se popularizó en 1939 por Strecker y Chambers. Haciendo un extrapolación de lo que sucede en otras enfermedades, dichos investigadores consideraron que: los individuos varían en sus reacciones hacia el alcohol, tal como los individuos se diferencian en su susceptibilidad hacia alergias comunes, alimentos, drogas, etc.

Esta hipótesis se hizo muy popular entre los Alcohólicos Anónimos y es ampliamente usada por estos grupos y por algunos doctores para explicar la reacción anormal de ciertos individuos al alcohol.

"Los alcohólicos anónimos consideran que uno no se vuelve alcohólico, se nace alcohólico, pero este hecho congénito, no tiene nada que ver con un vicio hereditario, ya que muchos intoxicados han nacido de padres sobrios, ni tampoco se debe a una tara que afecte alguna función importante del cuerpo, ya que muchos han empezado a beber en plena salud física y normal". (4)

Retomando entonces la explicación del alcoholismo con base en la hipótesis alérgica, ésta plantea que la causa del alcoholismo es una predisposición

procedente de una intolerancia orgánica, de una alergia, Así como hay personas a las que ciertos alimentos, ciertas medicinas e incluso ciertos olores les producen trastornos que van desde leves a intensos, lo mismo sucede con la alergia al alcohol. Tal como el diabético, gracias al régimen y tratamiento médico que sigue tiene una vida y actividad normales, pero nunca esta curado, a los alcohólicos les sucede lo mismo.

Para ellos el estado alcohólico no se mide por la cantidad absorbida, sino por la manera como el organismo lo soporta. "Si pese a dos Whiskys por día uno llega a dominar o administrar su vida, no se es alcohólico; pero si después de un vaso, la alergia al alcohol le hace olvidar todo lo que hay en el mundo y le conduce cada vez más bajo, entonces se es un alcohólico." (5)

Como se empezaba a apuntar en párrafos anteriores, no existen suficientes -- pruebas que apoyen dichas hipótesis. "Howard W. Haggard reportó resultados negativos en sus investigaciones, tanto en animales, como en el hombre, y -- junto a él otros autores han llegado a conclusiones sumejantes..."(6)

Hipótesis toxicofílica.

Investigadores alemanes reportan que existe una predisposición alcohólica - constitucional o toxicofilia primaria. Esto es, que existe una tendencia genéticamente determinada hacia la ingestión alcohólica.

Ya E. Joel, como lo consigna Aranda (1974) en 1928 había publicado que la toxicofilia tenía raíces dadas filogenéticamente, las cuales se manifiestan por la tendencia a la embriaguez.

Las investigaciones realizadas, reportan que no hay evidencias que certifiquen que esta hipótesis pueda ser válida.

Para finalizar la revisión de las conceptualizaciones biológicas del alcoholismo se mencionarán las siete hipótesis fisiológicas que la American Medical Association publica en el Manual del Alcoholismo:

- a) Una alteración metabólica indefinida, que causa una necesidad primaria de ingerir alcohol.
- b) Un metabolismo anormal de azúcar.
- c) Una deficiencia endócrina, como puede ser el hipotiroidismo, hipopitarismo, hipoadranalismo, hipogonadismo.
- d) Deficiencias dietéticas o metabólicas de vitaminas, zinc, magnesio, sodio y otras sustancias.
- e) Un mal funcionamiento glandular, como por ejemplo una deficiencia hepática e hiperinsulinismo o una desincronización de las glándulas endocrinas.
- f) Una sensibilidad no determinada a un producto alimenticio básico, cuyos síntomas sólo son aliviados por el alcohol.
- g) Una función defectuosa del hipotálamo, que causa una necesidad incontrolable de ingerir alcohol" (7).

Ahora bien, la controversia alrededor de este tema, el factor genético determinante en el desarrollo del alcoholismo, sigue en pie.

por ejemplo:

1.- Se ha comprobado que "la ingestión continuada de alcohol estimula la producción de las enzimas necesarias para metabolizarlo... Sin embargo y a pesar de lo interesante de estos hallazgos, con frecuencia resulta difícil comprobar si lo que parecen respuestas metabólicas y fisiológicas específicas del alcohólico, no son en realidad los efectos en vez de las causas de la ingestión excesiva del alcohol" (8).

2.- Madden (1986) dice que en un sentido general debe por supuesto existir un elemento genético, dado que el patrón de consumo que un individuo establece implica una interacción entre sustancias psicotrópicas y estructuras somáticas, y son los genes los que forman las estructuras del organismo.

Se han realizado en Japón una serie de investigaciones que han arrojado los resultados siguientes: los japoneses poseen una isoenzima variante de la deshidrogenasa del alcohol (enzima que convierte el alcohol en acetaldehído) y carecen de una isoenzima variante de la deshidrogenasa del acetaldehído, que se encuentra en los occidentales y que con gran rapidez oxida el acetaldehído. Por estos hechos se puede deducir que las personas que poseen la deshidrogenasa del alcohol, que favorece la acumulación del acetaldehído son los que desarrollan los rubores y demás malestares cuando beben alcohol y, por tanto, por razones genéticas son menos propensos a habituarse a la bebida, ya que tales síntomas los protegen contra esta adicción.

según Madden los resultados de estos estudios japoneses, de confirmarse respaldarían la hipótesis de que la dependencia del alcohol tiene un factor genético determinante; pero también llevan a otra conclusión, dado que los índices de consumo de alcohol son muy altos en Japón, la importancia superior de los factores socioculturales en la determinación de los patrones generales de bebida.

Para terminar el mismo Madden señala que los estudios sobre la relación entre herencia y la dependencia al alcohol son sugestivos, pero no concluyentes. Así su propia afirmación de que la importancia de los factores socioculturales es superior a los factores genéticos, resulta también sugestiva, más no concluyente. La razón principal de esto se debe a toda la serie de problemas metodológicos y teóricos a los que se enfrenta la ciencia actual para poder evaluar el paso de cada uno de estos factores representa en la determinación de la adicción alcohólica.

NOTAS:

- (1) Ampudia Rueda, Josefina. Consideraciones Psicológicas Observadas en Mujeres Alcohólicas. México: Tesis Profesional UNAM, 1977, p. 85.
- (2) Roe, en Madden, op. cit. p. 20.
- (3) Ampudia Rueda, op. cit., p. 46.
- (4) Ibidem, p. 48.
- (5) Ibidem, p. 49.
- (6) Ibidem, p. 49.
- (7) Iciar Lozano, M. Documento sobre Alcoholismo. Facultad de Psicología UNAM, p. 7.
- (8) Patiño, Alberto. Los Valores que estan Implícitos en la Ingestión de Alcoholismo. Psicología ENEP Zaragoza UNAM, 1982, p. 20.

TEORIA DEL APRENDIZAJE

Basados en los principios del condicionamiento operante se ha establecido -- una explicación que daría cuenta de la adicción al alcohol.

Se dice que el beber alcohol constituye una respuesta aprendida, que se adquiere y mantiene por su efecto de aliviar la tensión (Davison, 1980) Pero el alcohol tiene efecto a largo plazo, independientemente del inmediato, de aliviar la tensión. Aquí la pregunta a formular es la siguiente:

¿Estos efectos negativos a largo plazo no pesan más que el alivio momentáneo de tensión, que se experimenta al consumir alcohol?

En 1950 Dollard y Miller proponen una respuesta a esto. Dilación del gradiente reforzador es un concepto que explica que, la efectividad tanto de las recompensas, como de los castigos, tiende a disminuir a medida que se dejan en el tiempo de la respuesta emitida, todo esto en función de su impacto sobre una conducta particular. Así una recompensa pequeña, pero inmediata, puede ejercer un efecto más poderoso que una recompensa mayor, que no sigue inmediatamente a la respuesta. Asimismo, un castigo inmediato, es más efectivo, que un castigo impuesto tiempo después de que se presenta la conducta.

En este sentido, la reducción a corto plazo de la angustia, mediante la ingestión de alcohol, tiene efectos reforzadores inmediatos. Y los efectos negativos a largo plazo, son relativamente ineficaces para reducir su ingestión, debido a que estos efectos tardan cierto tiempo en presentarse.

Diversas investigaciones han dejado en entredicho esta teoría sobre el alcoholismo. Aducen los investigadores que tal hipótesis pueda servir tal vez, para aclarar por qué comienzan a beber algunas personas, pero no explica la persistencia de esta conducta de beber, ya que si bien los sujetos (en la investigación) reportan que beben para aliviar su estado de ansiedad y depresión; una evaluación de sus estados de ánimo, indicó que se encuentran más ansiosos y deprimidos después de beber.

Por otro lado, y basados en los principios del condicionamiento clásico, los estímulos neutros (con respecto al alcohol) pueden llegar a desencadenar el acto de beber. Los estímulos de la bebida son de una amplia gama, que incluyen: la vista o el olor de las bebidas alcohólicas, los lugares donde se bebe, las circunstancias agradables o desagradables que han precedido a la ingestión de alcohol en el pasado, etc.

Asimismo el proceso de generalización, puede dar cuenta de la conducta alcohólica, Por ejemplo, cuando un sujeto bebe alcohol como alivio a una situación particular de tensión, el consumo de esta sustancia tenderá a repetirse, cuando se presenten otras situaciones tensas diferentes.

Por otra parte, las terapias conductuales que se utilizan en el tratamiento de alcoholismo son en su mayoría, aversivas basadas en los principios del condicionamiento clásico:

Si una copa de licor (estímulo condicionado), precede regularmente a un estímulo aversivo (estímulo incondicionado), como una droga que produzca náuseas, el alcohol terminará por provocar en parte la respuesta incondicionada; en este caso vomitar. Una vez que la respuesta desagradable ha sido condicionada con respecto al alcohol, el hábito de evitar esta sustancia se establecerá por condicionamiento operante. Por ejemplo, el sujeto aprenderá que la abstención produce reducción de la náusea condicionada. La respuesta de abstenerse de consumir alcohol llega a fortalecerse porque reduce la sensación desagradable aprendida (la náusea).

En otro sentido, se puede señalar, como lo hace Madden (1986) que son muchas las características de nuestras sociedades que promueven, fomentan, mantienen e incrementan, el aprendizaje del consumo de alcohol. Los hábitos y actitudes de los padres hacia el alcohol, por ejemplo, tienden a repetirse en los hijos. El individuo tiende a aprender, por imitación la conducta relacionada a la ingestión del alcohol, sobre todo entre sus compañeros. Las respuestas de reaccionar a estímulos emocionales aversivos, buscando el alivio del alcohol, es bastante fácil de aprender, sobre todo, cuando esa respuesta es aprobada por la cultura o subcultura, con la que el individuo intenta identificarse. (2)

NOTAS:

- 1) Davison, op. cit., p. 287.
- 2) Ampudia Rueda, op. cit., p. 74.

TEORIA PSICOANALITICA

El enfoque clásico psicodinámico considera que el alcoholismo tiene como causa precipitante una fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual del individuo (1) esto es, que el alcohólico tiene una "personalidad oral" por que en esta etapa de maduración se le presentaron frustraciones y conflictos por ausencia o exceso de gratificaciones; formándose entonces "fijaciones" y manifestándose éstas como "necesidades orales importantes" (esto es, se tienen grandes demandas de afecto, se encuentra imposibilitado de obtenerlo, se buscan mecanismo sustitutivos, como es el alcohol, y nunca se llena esa sensación de vaciedad que tanto angustia)

La tendencia a la oralidad es retomada para explicar el origen del alcoholismo, entre otras adicciones, por varios autores psicoanalistas (Bergler, Fenichel).

El psicoanálisis clásico concibe que hay un aparato psíquico, cuyos componentes son: el yo, el ello y el super yo. Hay una energía psíquica que opera en las tres instancias. La energía que usamos proviene de los instintos. El instinto es un estado urgente de tensión producido químicamente y manifestado a través de un estímulo sensorial. El instinto se expresa como una necesidad la cual hay que satisfacer. La eliminación de la necesidad de lugar al relajamiento, al placer.

Hay dos grupos principales de instintos: el agresivo y el libidinal, pero están fusionados en diferentes combinaciones.

El asiento de los instintos esta en el ello, instancia psíquica en donde se localizan los impulsos inconcientes, ideas, fantasías, etc. En una personalidad normal la distribución de energía se realiza en tal forma que permite al Yo realizar una labor de síntesis y mantener una situación de equilibrio, sin caer en una personalidad impulsiva (predominio del ello) ni en una inhibida (predominio del superyo).

Al alcohólico, para poder entenderlo desde la óptica psicodinámica hay que estudiarlo en sus tendencias inconscientes, sus rasgos de personalidad y la relación de fuerzas que se establece entre las tres instancias psíquicas.

El ser humano pasa a través de varias etapas de desarrollo psicológico. En cada una de ellas, tiene que resolver ciertos problemas que faciliten su paso a un estado superior de desenvolvimiento. Esto es que en cada etapa tiene que hacer uso de nuevos métodos para enfrentarse a su entorno, y resolver los problemas que se le presentan.

Si la personalidad en desarrollo en su paso de una etapa a otra es sometida a una presión demasiado fuerte, ya sea por un trauma emocional o si las demandas de su ambiente fueron excesivas, o si sus padres fueron demasiado protectores u hostiles, o sufrió alguna enfermedad física, etc., puede quedar fijada en una etapa de desarrollo y tener dificultades para que su desenvolvimiento psicológico sea adecuado, es decir, que el tránsito de una etapa a la siguiente evolucione normalmente.

Ciertos rasgos de personalidad, defensas y formas de manejar los problemas se desarrollan de acuerdo a la etapa por la que el individuo tuvo dificultades y pueden volverse tan fijas y rígidas que persisten a lo largo de toda la vida, a pesar de que su efecto sea nocivo para el individuo, como la conducta de beber.

Esto es lo que sucede con el alcohólico, dichas defensas que en su tiempo -- cumplieron una función necesaria, más adelante se usarán automáticamente, en situaciones que ya no son adecuadas. El alcoholismo es entonces, el resultado de perturbaciones y carencias emocionales tempranas, con la consecuente inmadurez emocional.

Para el alcohólico los objetos no son más que proveedores de suministros, la zona oral se convierte en zona dominante y su autoestima y su existencia misma depende de la consecución de alimentos y calor. El alcohol es concebido como alimento y calor.

El mayor placer del niño deriva de su nutrición. Entonces por asociación se establece un reflejo entre el placer de succionar y los movimientos de succión, convirtiéndose los labios en zona erógena. Algunos pacientes inhibidos en su satisfacción sexual, pueden regresar a la forma primitiva de obtener -- placer, por la succión del pulgar o por fuertes impulsos de comer o beber, como sustitutos sexuales.

Otro aspecto que hay que hacer resaltar es el sentimiento de omnipotencia. La etapa infantil se caracteriza por una sensación de omnipotencia. En el alcohólico esta sensación de omnipotencia, es esencial en todas las actividades de su vida. Deben controlar su ambiente a toda costa y no pueden aceptar el pensamiento de su propia debilidad interna y, ya que en cualquier momento algo puede ocurrir que contrarie su omnipotencia, frecuentemente se siente herido, débil o abrumado, hasta que reconstruya su fantasía de omnipotencia.

Los alcohólicos reaccionan en forma muy peculiar ante todo lo que represente peligro a este sentimiento de omnipotencia, pues no toleran la tensión, el dolor, la frustración, la situación de espera, aprovechan cualquier oportunidad para escapar con mayor rapidez y sienten el efecto de la bebida como un gran placer ya que el alcohol les produce esta sensación de omnipotencia. Por eso se afirma que en el alcoholismo predomina el principio de placer; la poca tolerancia a la frustración y por consiguiente una debilidad del yo, que no permite el control, ni la postergación de las urgencias impulsivas.

Frecuentemente la actitud omnipotente es inconsciente y sólo se puede observar en la superficie de una actitud de autocrítica, que es lo contrario de su auténtico sentimiento de omnipotencia.

Muchos se engañan e impresionan por los profundos sentimientos de inferioridad de los que hace alarde el alcohólico, pero en realidad, son enmascarados sentimientos de omnipotencia.

Por otro lado, si hay demasiado frustración en la satisfacción de las necesidades infantiles o si estas se gratifican rápidamente, el recibir es sobreen

fatizado a veces, a costa del dar. El recibir alimento en esta etapa, se amplía en la vida adulta (poseer riquezas de todo tipo). Para el alcohólico el recibir se convierte en un modo primario de reaccionar. El niño en la -- primaria etapa cree tener la facultad de obligar a sus objetos a dar. La sensación de omnipotencia y el principio de placer van unidos.

Este sentimiento de omnipotencia va desapareciendo poco a poco, al presentar se en escena, el principio de realidad y a la frustración que experimenta - cuando sus deseos no son cumplidos y tiene que aprender a posponerlos.

Si la gratificación no es inmediata, en el niño el resultado puede ser un - acceso de cólera o su equivalente, y en el alcohólico, el equivalente es un método para recurrir a otras formas de gratificación; la falla en las for- mas de gratificación lleva a la depresión y ésta puede ser inconsciente a - causa de la represión; pero en el alcohólico lleva a un círculo vicioso, desengaño, pérdida y alcohol.

El sufrimiento que impulsa a beber siempre esta al acecho y cuando concluye la borrachera se ve agravada por el estado tóxico del paciente y por el re- cuerdo del alivio y la euforia originada por el alcohol. Después de la elac- ción, el dolor a la frustración se hace más intolerable, dando lugar a un uso más intenso del alcohol.

Por otro lado, el niño también tiene necesidad de tomar y quienes pueden sa- tisfacer esta necesidad son los seres más cercanos a él, la madre fundamen- talmente. Si la madre "no da", las necesidades del niño se harán más urgen- tes y pueden llevarlo al desarrollo de ciertas características femeninas a través de una identificación con la madre.

Siguiendo a Ampudio Rueda, se tiene que con estos elementos se establece una homosexualidad latente, ya que el adulto a veces se defiende contra su femi- nidad enmascarándola con una exagerada masculinidad. Pero el alcohol le per- mite abandonar sus defensas y se vuelve femenino y pasivo y deja a un lado el deseo de manejar su ambiente.

La omnipotencia es sustituida por su contraparte, una impotencia, acorde con la actitud infantil de todo o nada. Así, el psicoanálisis considera que esta es la razón por la que el alcohólico, no puede tomar moderadamente, pues esta regido por la ley del todo o nada.

Para redondear esta idea de la homosexualidad latente, se echara mano de lo que Freud consideraba al respecto de las perversiones. Decía que las perversiones son regresiones que tienen sus raíces en fijaciones emocionales de la primera infancia, cuando el placer se derivaba de sensaciones orales y anales. Así las perversiones se desarrollan por frustraciones que activan las fases primarias del desarrollo sexual del niño o transforman manifestaciones inhibidas de los instintos, desviándolos. Por lo que si el desarrollo psico sexual del niño se viene interfiriendo, puede dar lugar a tendencias homosexual en los niños en general.

Por otro lado hay otros autores psicoanalistas, por ejemplo Knight y Radó -- que enfatiza el ambiente familiar difícil que crea frustraciones orales concretas en la infancia, lo cual lleva a fijaciones orales. Así la falta de -- objetos duraderos en la primera infancia o una fijación oral aunada a experiencias traumáticas son consideradas como factores básicos del alcoholismo.

Estos autores hacen hincapié en la incapacidad que hay en el alcohólico para enfrentar las frustraciones así como su necesidad de recuperar el sentimiento de omnipotencia. Así con el alcohol encuentran una salida a estos conflictos, ya que les permite que las inhibiciones y las consideraciones sobre la realidad que refrenan al individuo desaparezcan de la conciencia antes que los impulsos instintivos, de tal manera que la persona que no tiene el atrevimiento de realizar actos instintivos, consigue con la ayuda de la bebida, satisfacción y alivio. Con el alcohol los obstáculos se vuelven pequeños y la satisfacción más al alcance de la mano; en unos por la disminución de las inhibiciones y en otros por el abandono de la realidad y su sustitución por placenteros sueños diurnos. Posteriormente prevalecen más y más las depresiones de la mañana siguiente y el alcohólico se ve obligado a recurrir a cantidades más elevadas a intervalos más cortos. En las etapas finales de su enfermedad, los alcohólicos viven en estados ya carentes de objeto, en que alternan la elación y la depresión de la mañana siguiente.

lo que en última instancia, corresponde a la alternación de hambre y saciedad en el bebé, psíquicamente aún indiferenciado.

III. Otro grupo de autores señalan que la raíz y la razón del alcoholismo se encuentran en la agresividad y las tendencias autodestructivas, ya que para dichos autores, el alcoholismo es un suicidio inconsciente.

Así, reseña Ampudio Rueda, Mc Cord realizó un estudio longitudinal con un grupo de prealcohólicos y otro de personas no alcohólicas, con el objetivo de valorar tendencias autodestructivas. Concluye que la etiología basada en la autodestrucción en el alcoholismo es aceptada por la elevada incidencia de intentos y tendencias suicidas en el grupo prealcohólico.

Otro investigador encontró que la mayoría de las relaciones, esfuerzos y mecánicas de los alcohólicos son esencialmente autodestructivas. "no es que el alcohol conlleve específicamente al intento de suicidio, sino que el alcohólico acciona actitudes autodestructivas y los patrones de agresión y hostilidad los dirigen hacia su interior"(2)

Desde este punto de vista se piensa que las necesidades de autodestrucción -proviene de la creencia, por parte del sujeto alcohólicos, de que fué frustrado o traicionado por sus padres. Los deseos resultantes de destruir a -- los padres, concomitantes con los intensos temores del niño de perderlos y su gran necesidad de obtener gratificación y satisfacción de ellos, lo obligan a redirigir la ira hacia sus padres, conduciéndola ahora a sí mismo. Esto lleva al desarrollo de sentimientos de culpabilidad e inutilidad, lleva también a una necesidad de autocastigo y finalmente a la búsqueda de autodestrucción. Esta psicodinámica dispone el escenario de los patrones conductuales exhibidos por el alcohólico.

Se observa entonces que desde la perspectiva psicoanalítica existen explicaciones diversas sobre el origen del alcoholismo, basadas todas ellas en los trastornos ocurridos en el desarrollo psicogénico del individuo, que alteran la evolución de las funciones de los componentes del aparato psíquico.

lo que en última instancia, corresponde a la alternación de hambre y saciedad en el bebé, psíquicamente aún indeferenciado.

III. Otro grupo de autores señalan que la raíz y la razón del alcoholismo se encuentran en la agresividad y las tendencias autodestructivas, ya que para dichos autores, el alcoholismo es un suicidio inconsciente.

Así, reseña Ampudio Rueda, Mc Cord realizó un estudio longitudinal con un grupo de prealcohólicos y otro de personas no alcohólicas, con el objetivo de valorar tendencias autodestructivas. Concluye que la etiología basada en la autodestrucción en el alcoholismo es aceptada por la elevada incidencia de intentos y tendencias suicidas en el grupo prealcohólico.

Otro investigador encontró que la mayoría de las relaciones, esfuerzos y meras de los alcohólicos son esencialmente autodestructivas. "no es que el alcohol conlleve específicamente al intento de suicidio, sino que el alcohólico acciona actitudes autodestructivas y los patrones de agresión y hostilidad los dirigen hacia su interior"(2)

Desde este punto de vista se piensa que las necesidades de autodestrucción - provienen de la creencia, por parte del sujeto alcohólicos. de que fué frustrado o traicionado por sus padres. Los deseos resultantes de destruir a -- los padres, concomitantes con los intensos temores del niño de perderlos y su gran necesidad de obtener gratificación y satisfacción de ellos, lo obligan a redirigir la ira hacia sus padres, conduciéndola ahora a sí mismo. Esto lleva al desarrollo de sentimientos de culpabilidad e inutilidad, lleva también a una necesidad de autocastigo y finalmente a la búsqueda de autodestrucción. Esta psicodinámica dispone el escenario de los patrones conductuales exhibidos por el alcohólico.

Se observa entonces que desde la perspectiva psicoanalítica existen explicaciones diversas sobre el origen del alcoholismo, basadas todas ellas en los trastornos ocurridos en el desarrollo psicogénico del individuo, que alteran la evolución de las funciones de los componentes del aparato psíquico.

NOTAS:

- (1) Ampudia Rueda, op. cit. p. 16.
- (2) Davison G., op. cit., p. 278.

PERSONALIDAD ALCOHOLICA

Hablar de una "personalidad alcohólica o prealcohólica" o de la "la psicología del alcohólico" es un concepto que llama poderosamente la atención por el significado que representa para el dilucidamiento del problema del alcoholismo, desde muy variados aspectos por ejemplo, en la prevención del mismo. Sin embargo hasta el momento los intentos por validar este concepto han sido infructuosos, dado que, como lo señala Madden:

"Aunque los estudios prospectivos con niños de sexo masculino, algunos de los cuales con el tiempo se volvieron alcohólicos...indicanon tendencias antisociales y una apariencia patente de dureza masculina entre los prealcohólicos; debe hacerse notar que en los alcohólicos consuetudinarios crónicos no puede detectarse nada que merezca ser calificado como la 'personalidad alcohólica típica', Los bebedores dependientes, tienden a mostrar claramente depresión y ansiedad, pero muestran todos una amplia gama de temperamentos que van desde la normalidad hasta los extremos de la neurosis y la sociopatía." (1)

Somarriba Rocha, opina en el mismo sentido:

"Muchas investigaciones se han llevado a cabo acerca de las características de personalidad de los pacientes alcohólicos, en las cuales se ha llegado a la conclusión de que los alcohólicos no comprenden un solo o único tipo de personalidad". (2)

Así entonces, si bien no es posible establecer, una personalidad, que caracterize a los sujetos alcohólicos, si se han logrado discriminar algunos rasgos o características que acompañan al alcohólico.

Entre los que se pueden discriminar los siguientes:

- ansiedad
- depresión
- emocionalmente inmaduros
- dependientes
- baja tolerancia a la frustración

Madden señala que el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) se ha aplicado tanto a bebedores problema, como a usuarios de drogas. Aunque las diferencias entre los individuos alcohólicos son extensas; como grupo tienden a marcar alta puntuación en las escalas de depresión y psicopática.

Reforzando esta postura los investigadores William Black y Andrew Heald llevaron a cabo un estudio con el MMPI con el fin de comparar las características de personalidad entre un grupo de alcohólicos y un grupo de drogadictos. Los datos proporcionados por investigaciones previas con estos pacientes, refieren gran similitud en sus perfiles, encontrándose elevación en la escala PD, en los dos grupos; siendo esta la característica típica de ambos. Encontraron asimismo, que la configuración de los perfiles de los alcohólicos, presentan una relativa elevación en la escala de depresión.

Estos datos, por supuesto, no dejan cerrada la discusión sobre este problema, ya que por un lado, hay otras investigaciones que se contraponen a las conclusiones expuestas anteriormente, sobre la imposibilidad de establecer una "personalidad prealcohólica o alcohólica", y que además enfatizan, junto con algunas variables consideradas líneas arriba, otras características como son la rebeldía, la impulsividad incontrolada, etc. Y por otro lado habría todavía que descubrir la importancia que tiene o el papel que juegan cada una de las diversas variables consideradas o más o menos discriminadas en la conformación de la personalidad alcohólica.

NOTAS:

- (1) Madden, op. cit., p. 30.
- (2) Somarriba, op. cit. p. 22.

CAPITULO 3

La relación Suicidio Alcoholismo desde el punto de vista de la Sociología Positivista.

La sociología positivista tiene como a uno de sus principales representantes a Emilio Durkheim, quién en el año de 1895 publicó su obra Las Reglas del Método, dos años más tarde publica otro de sus libros El Suicidio donde pretenden aplicar al estudio de este fenómeno la metodología expues en su primera obra.

Para Durkheim, el suicidio puede ser abordado como un hecho social, sujeto a toda una serie de condicionamientos sociales que engloban elementos de tipo familiar, cultural y religioso. Para Durkheim, como señala Stengel (1985) los hechos sociales deben ser estudiados como realidades externas al individuo. Si bien el suicidio parece constituir un hecho altamente personal es sólo explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo pertenece. Cada sociedad tiene una inclinación colectiva al suicidio, expresada en la tasa de suicidios que tiende a permanecer constante en tanto el carácter de la sociedad no cambie.

Durkheim indica que la investigación científica en sociología para cumplir su fin necesita fundamentarse sobre hechos comparables, y para ello el científico social debe proceder a un análisis metódico que permita construir clasificaciones que agrupen en un determinado concepto a los fenómenos que pretenden estudiar con el objetivo de darle homogeneidad y el valor específico que requieren para ser tratados científicamente, evitando agrupar en una misma categoría fenómenos diferentes o excluir hechos del mismo carácter. Atendiendo a la anterior regla Durkheim se avoca a la definición del concepto suicidio. "Suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo de ella que debía producir este resultado" (1)

A la anterior definición Durkheim hace los siguientes señalamientos:

- 1.- Poco importa la naturaleza intrínseca de los actos que producen este resultado; así la muerte puede resultar de una acción violenta y activa, de una actitud puramente negativa o de una simple abstención.
- 2.- La relación de causalidad puede ser directa o indirecta, es decir no ser la muerte el resultado directo del acto, sino la consecuencia. Por ejemplo aquél que comete una acción que sabe que es penada con la muerte, sabiendo las consecuencias de su acto es autor de su propia muerte.
- 3.- Un acto para ser llamado suicidio, tiene como condición necesaria ser realizado con conocimiento de causa, sin atenerse a la finalidad o motivación del suicida, ya sea que la muerte sea buscada como fin en sí misma o aceptada como una condición inevitable del fin que se persiga.

A esta condición, Peña Alfaro (1986) realiza la siguiente crítica:

Durkheim exige sistemática y rigor en su metodología, pero su definición adolece de ello, ya que cómo acon base en qué, el sociólogo puede determinar que un individuo tuvo conciencia o no de su acto a posteriori.

A Durkheim como ya se mencionó, no le interesa el suicidio como un hecho individual, objeto de estudio de la psicología, según declara. No aborda los suicidios como hechos aislados, separados unos de otros, que deban ser analizados uno por uno. Considera al conjunto de suicidios cometidos en una so ciedad dada, durante una unidad de tiempo determinada:"(2)

Llegando a comprobar que el total obtenido no es una simple adición de unidades independientes o una colección, sino que constituyen por sí mismo un hecho nuevo, que tienen su unidad y su individualidad como consecuencia de su naturaleza propia y además de que esta naturaleza es eminentemente social.

Para Durkheim la inclinación ó aptitud definida al suicidio que tiene cada sociedad varía de acuerdo a su historia. "se mide la intensidad relativa a esta aptitud comparando la cifra global de las muertes voluntarias a la población de toda edad y sexo, llamando a este dato numérico, tasa de mortalidad suicidio propia de la sociedad en cuestión". (3)

Conforme a los procedimientos expuestos en su primera obra, Durkheim pretende comprobar que las llamadas causas extrasociales tienen una influencia nula o muy restringida en las tasas de suicidio.

El método de Durkheim, llamado "comparativo" o "de las variaciones concomitantes", consiste en realizar un análisis comparativo dentro de una misma sociedad y de varias sociedades distintas, investigando si el porcentaje de suicidios varía de acuerdo o a la par que la causa o fenómeno considerado en relación.

Son dos los factores extrasociales que Durkheim realiza en relación al suicidio:

1.- Las disposiciones orgánico-psicológicas.

2.- La naturaleza del medio físico.

Dentro de las primeras se engloban los estados psicopáticos, la raza y la herencia, y en las segundas se incluyen los fenómenos cósmicos. tales como las estaciones del año, temperatura ambiental, etc.

Durkheim considera que el alcoholismo es un estado psicopático al que se le ha imputado ser la causa, de entre otros males, del suicidio. Sin embargo al comparar la variaciones que presentan las cifras de suicidio en relación con las cifras de alcoholismo en varios países de Europa, concluye que no existe relación entre ambos fenómenos y que el suicidarse o no depende de otros factores:

"...Si en efecto se les clasifica desde el doble punto de vista del suicidio y de la consumación alcohólica, se comprueba que el grupo en que el suicidio es mayor... es el de aquellos en que se consumen menos alcohol. En el exámen de detalle se encuentran verdaderos contrastes; la provincia de Posen es de todas las del Imperio, la menos diezmada por el suicidio... y (es-a la vez) aquella en que se bebe más alcohol. En Sajonia en que hay cuatro veces más suicidios, se bebe dos veces menos". (4)

En los países en que Durkheim encuentra que el consumo de alcohol y el suicidio tienen una misma correlación, es decir, se presentan pocos suicidios y poca ingestión, arguye que esto obedece a causalidades distintas: Si en ellos se suicidan menos que el resto, es porque la población es católica o la integra una fuerte minoría católica". (5)

El autor concluye de esto, que el que una sociedad contenga más o menos alcohólicos, no existirán en ella más o menos suicidas:

"Aunque la degeneración, bajo sus diferentes formas constituya un terreno psicológico fácil a la acción de las causas que puedan determinar al hombre a matarse, no son en si misma, una de estas -- causas. Se puede admitir que en circunstancias idénticas, el degenerado se mate más fácilmente que el sujeto sano: pero no se mata necesariamente en virtud de su estado. La potencialidad que existe en él no puede traducirse en actos, más que bajo la acción de otros factores, que es preciso investigar".(6)

Después de descartar los llamados factores extrasociales, y el alcoholismo entre ellos, como causas del suicidio, el autor realiza la siguiente clasificación de los tipos sociales del suicidio, ordenándolos a partir de las causas que los producen:

- a) El suicidio egoísta.
- b) El suicidio altruista.
- c) El suicidio anómico.

a) El Suicidio egoísta.

Durkheim parte del exámen del grado de integración del individuo a sus grupos sociales que imponen las diversas religiones, la familia y algunas condiciones políticas, en relación con las tasas de suicidio. De ello concluye la existencia del suicidio egoísta.

El autor observa que aquellas religiones que ofrecen patrones de creencias y de comportamientos fuertemente consolidadas, presentan una tasa menor de suicidio, que aquellas en que dan una mayor libertad individual, es decir, que tienen menos creencias y prácticas comunes.

Durkheim observa que las primeras, se constituyen en grupos altamente integrados con una mayor organización. De estos datos el autor postula que "El hombre se suicida a consecuencia del debilitamiento de la cohesión social." (7). Y así, mientras un grupo ofrezca mayor integración a los individuos, los preservará aún más del suicidio. "La religión, por tanto, no preserva a sus miembros de este comportamiento autodestructivo por su naturaleza intrínseca, sino por constituir una sociedad altamente consolidada". (8)

En relación a la familia, Durkheim encuentra que entre más densa sea ésta, es decir, cuando existe un mayor número de miembros que convivan y conformen la sociedad doméstica, sus integrantes tenderán a tener menores índices de suicidio. Ello se debe, según el autor, a que la sociedad doméstica, al igual que la religiosa puede ser un poderoso medio de integración del individuo a su grupo, que al igual lo preserva del suicidio egoísta.

Asimismo Durkheim observa que durante algunas situaciones políticas, como por ejemplo durante las guerras, se produce una disminución de las tasas de suicidio, ello se debe a que estas condiciones exaltan ciertos sentimientos colectivos, que imponen un mayor grado de cohesión social:

a) El Suicidio egoísta.

Durkheim parte del exámen del grado de integración del individuo a sus grupos sociales que imponen las diversas religiones, la familia y algunas condiciones políticas, en relación con las tasas de suicidio. De ello concluye la existencia del suicidio egoísta.

El autor observa que aquellas religiones que ofrecen patrones de creencias y de comportamientos fuertemente consolidadas, presentan una tasa menor de suicidio, que aquellas en que dan una mayor libertad individual, es decir, que tienen menos creencias y prácticas comunes.

Durkheim observa que las primeras, se constituyen en grupos altamente integrados con una mayor organización. De estos datos el autor postula que "El hombre se suicida a consecuencia del debilitamiento de la cohesión social." (7). Y así, mientras un grupo ofrezca mayor integración a los individuos, los preservará aún más del suicidio. "La religión, por tanto, no preserva a sus miembros de este comportamiento autodestructivo por su naturaleza intrínseca, sino por constituir una sociedad altamente consolidada". (8)

En relación a la familia, Durkheim encuentra que entre más densa sea ésta, es decir, cuando existe un mayor número de miembros que convivan y conformen la sociedad doméstica, sus integrantes tenderán a tener menores índices de suicidio. Ello se debe, según el autor, a que la sociedad doméstica, al igual que la religiosa puede ser un poderoso medio de integración del individuo a su grupo, que al igual lo preserva del suicidio egoísta.

Asimismo Durkheim observa que durante algunas situaciones políticas, como por ejemplo durante las guerras, se produce una disminución de las tasas de suicidio, ello se debe a que estas condiciones exaltan ciertos sentimientos colectivos, que imponen un mayor grado de cohesión social:

"Se puede concluir, en base al análisis de estos 3 factores sociales, que el suicidio varía en razón directa al grado de la desintegración de la sociedad: religiosa, doméstica y política. Cuando el individuo pertenece a grupos débilmente integrados, recurrirá, más que a las normales, a sus propias reglas de conducta... Si se acepta llamar egoísmo a aquel estado de conducta en que el yo individual se afirma en mayor medida que el yo social, y a expensas de este último, puede denominarse suicidio egoísta, al que resulta de una individualización excesiva producto de una pobre integración social". (9)

b) El suicidio altruista.

La gente sobre la que la sociedad tiene una influencia demasiado estricta, puede también impulsar a la autodestrucción, por excesivo altruismo y sentido del deber. Así como una individualización produce el mismo resultado.

Algunas sociedades que valoran muy poco la personalidad individual, donde el sujeto ocupa un lugar sin importancia dentro de la vida colectiva, y se encuentra totalmente por el grupo y no le es permitida ninguna manifestación divergente de aquellas que predominan en la colectividad, puede obligar al individuo a suicidarse, como consecuencia de la presión que ejerce la sociedad. Estos individuos pueden autodestruirse para evitar penas religiosas o evitar el deshonor. A este tipo de suicidio se le denomina suicidio altruista, en contraposición al suicidio egoísta.

c) El suicidio anómico.

Para Durkheim, como señala Peña Alfaró (1985), la sociedad no es solamente un objeto que atraiga con intensidad desigual los sentimientos y la actividad de los individuos, es también un poder que los regula. Existe una relación entre la manera que ejerce esta acción reguladora y el porcentaje social de los suicidios. El suicidio anómico tiene como origen una ruptura en el equilibrio de la sociedad, provocada por cambios demasiado bruscos; súbitas crisis económicas o repentina prosperidad de un país.

Durkheim señala que el límite a las pasiones del hombre no está dado por el condicionamiento biológico sino por el poder moral que la sociedad impone,

sin embargo, cuando la sociedad se encuentra trastornada por cambios demasiado abruptos -estado de anomia- pierde esta capacidad reguladora, lo que provoca una ascensión en la curva de suicidios. Así la falta de regulación de la sociedad favorece el suicidio. (10)

En resumen, para Durkheim, como señala Peña Alfaro, el suicidio es un fenómeno que obedece a causas sociales. Así la tendencia de cada grupo social por el suicidio, es fruto de las corrientes de egoísmo, altruismo y anomia que fluyen dentro de una sociedad y se concretizan, a nivel individual, en manifestaciones de melancolía, renunciamientos colectivos o fatiga exasperada. El elemento medular del análisis durkheimiano del suicidio, es el estudio del grado de integración social del individuo al grupo, el que, a su vez, depende de la estructura de la sociedad en se encuentre.

Múltiples han sido las críticas que han hecho a la sociología durkheimiana. El blanco principal de estas críticas, ha sido tanto a su concepción teórica de la sociedad, y su concepto de evolución; como a sus criterios de objetividad y científicidad.

Ella no deja de lado la importancia que Durkheim ha tenido en el campo de la sociología en general y en el estudio del suicidio en particular. Además numerosas investigaciones en todo el mundo, se han desarrollado a partir de sus planteamientos teóricos y de su metodología.

Con respecto a la relación entre suicidio-alcoholismo, que como ya se anotó, Durkheim concluye que no existe correlación entre ambos fenómenos. Sin embargo algunos autores han encontrado datos que difieren de esta hipótesis.

Por ejemplo, Erwin Stengel (1985) arguye que un grupo de personalidades anormales, con una desmedida inclinación al suicidio, está constituida por los alcohólicos. El abuso habitual del alcohol (prosigue Stengel) y otras aficiones han sido consideradas como formas de suicidio crónico. Sin embargo, si el alcoholismo fuera en sí mismo, solo un acto sustituto del suicidio, estos últimos deberían ser infrecuentes entre los adictos. No es así, para Stengel ocurre lo contrario. Existe una correlación positiva entre el aumento del alcohol consumido en una comunidad y su tasa de suicidio.

Por otro lado, Rodríguez Salas de Gomezgil (1974) realizó un estudio del suicidio en México, partiendo del empleo de técnicas estadísticas. Gomezgil encontró que del total de 292 hombres que se suicidaron en los años 1955 a 1959, 84 se encontraban enfermos, o sea un 29% del total. Para este mismo periodo de 283 mujeres que intentaron o realizaron un suicidio el 13% o sea 37 casos presentaron padecimientos.

La patología de estos grupos se distribuyó de la siguiente manera:

Enfermedades:	HOMBRES abs %	MUJERES abs %	TOTAL abs %
1) Incurables	28-33.33	17-45.95	45-37.20
2) Nerviosas	26-30.96	18-48.65	44-36.36
3) Alcoholismo	21-25.00	2-5.4	25-19.00
4) Del corazón	4-4.76	---	4-3.31
5) Infecciosas	3-3.57	---	3-2.45
6) Ceguera	2-2.38	---	2-1.65
TOTAL:	84-100	37-100	

En el caso de este estudio, según la autora, los casos agrupados bajo enfermedades nerviosas (44 casos) correspondió sobre todo a estados depresivos.

El alcoholismo, considerado como un estado patológico según Gomezgil, conduce con facilidad al suicidio o al menos al intento de autodestrucción. La facilidad por las interpretaciones delirantes hace que estos enfermos sean desconfiados y se hallen siempre bajo el peso de cierta angustia. Son frecuentes los intentos de suicidios, llegándose a consumir en raros casos. (11).

En el estudio de Gomezgil se presentaron un total de 23 casos de alcoholismo. De este total, solo hubo dos casos de mujeres. Los hombres alcohólicos fueron 21, los cuales consumaron el suicidio en la mayor parte de ellos, 18 casos, frente a tres que lo intentaron; se desmiente aquí la afirmación de Lemkau, quien dice que entre los alcohólicos son muy frecuentes los intentos - pero raro la consumación del suicidio. Se observa por el contrario que la - realización de éste es lo más frecuente. En esta correlación quizás interviene el sexo, así como la edad, que fluctúa en término medio, alrededor de los 30 años.

Asimismo Gomezgil encuentra que para los intentos o suicidios consumados entre los años de 1960 y 1969 en México, tuvieron la siguiente distribución, - según los motivos aparentes:

MOTIVOS	SUICIDIOS		INTENTOS	
	abs	%	abs	%
1) Enf. grave o incurable	524	22.26	151	13.20
2) Dificultades familiares	480	20.39	492	43.01
3) Disgustos amorosos	404	17.16	228	19.93
4) Enfermedad mental	385	16.36	63	7.25
5) Alcoholismo	319	13.55	79	6.11
6) Dificultades económicas	242	10.28	111	9.70
TOTAL	2 354	100	1 144	100

Como se observa en la tabla presentada por la citada investigadora, el alcoholismo ocupa un lugar importante entre los motivos que pueden conducir al suicidio, y además es más frecuente (319 casos) cuando el suicidio es consumado, que cuando tan solo se intenta (79 casos).

La autora también realiza un exámen del comportamiento de las tasas de suicidio según sus motivaciones, de acuerdo a una división por zonas del país. - Encontrando que, sin importar la zona de que se trate ni el grado de desarrollo socio-económico de las entidades, en todas ellas los motivos aparentes se comportan de igual forma. La única causa aparente que difiere, es el hecho de que en la zona central del país (Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) el alcoholismo -sin duda bastante extendido- constituye el motivo definitivo para llevar a cabo el suicidio.

Como se observa, estos datos difieren de las conclusiones dadas por Durkheim a las causas del suicidio aún cuando estas investigaciones utilicen las mismas bases teóricas y metodológicas.

Algunos de estos autores han añadido o han complementado sus investigaciones con intentos de explicación al comportamiento de las tasas de suicidio en relación al alcoholismo. Sin embargo, algunas de las principales críticas que se hace a la investigación sociológica positivista del suicidio, es que sus explicaciones caen en un mero reduccionismo, según manifiesta Joan Estruch (1982) al privilegiar unos factores en detrimento de otros. Negar la intervención del influjo de los factores sociales en el fenómeno del suicidio es

imposible. El hombre construye su identidad, a partir de un largo proceso de socialización, y la sociedad en cuanto esta presente en todo comportamiento humano forzosamente ha de intervenir en todo proceso que arranque del individuo, como es toda idea del suicidio o consumación de éste. Sin embargo se cae en un mero reduccionismo si se considera al suicidio a partir exclusivamente de estos factores aislados de sus manifestaciones individuales o cayendo en meras explicaciones mono-causales. Por ejemplo Durkheim, que explica el suicidio solo y a través del grado de integración del individuo a su grupo social.

NOTAS:

- (1) Durkheim, Emilio. El Suicidio. México: Premiã Editores, 1986, p. 14.
- (2) Ibidem, p., 17.
- (3) Ibidem, p. 17.
- (4) Ibidem, p. 50.
- (5) Ibidem, p. 50.
- (6) Ibidem, p. 50.
- (7) Peña Alfaro González, Graciela. El Suicidio: Análisis Comparativo de los Enfoques Psicoanalítico, Psiquiátrico y Sociológico. México: Tesis Profesional UNAM, 1986, p. 26.
- (8) Ibidem, p. 26.
- (9) Ibidem, p. 28.
- (10) Ibidem, 32.
- (11) Lenkau, en Rodríguez Salas de Gomezgil, María Luisa. Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana. México: UNAM, 1974, p.65.

CAPITULO 4

LA RELACION SUICIDA-ALCOHOLISMO DESE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO.

En el capítulo 2 se exponen algunas de las principales tesis psicoanalíticas que tratan de explicar el alcoholismo, de las cuales se destacan las siguientes:

- 1.- Aquellas que señalan que la causa del alcoholismo se encuentra en una fijación oral del individuo.
- 2.- Las que conciben al alcoholismo como una forma de manifestación de una homosexualidad latente.
- 3.- Las hipótesis que sostienen que la raíz del alcoholismo se encuentra en la agresividad y las tentencias autodestructivas, constituyéndose en un instrumento de suicidio inconsciente.

Como se puede observar esta última tesis correlaciona directamente el alcoholismo con el suicidio. Aquí cabe preguntarse ¿de dónde surge dicha agresión suicida?.

El psicoanálisis ha elaborado múltiples hipótesis en respuesta a esta pregunta pero casi todas ellas se basan en las formulaciones teóricas propuestas por Freud.

Freud no estudió directamente el fenómeno del suicidio; la única obra que -- escribió abordando de frente el problema fue su ensayo Contribuciones al Simposio sobre el Suicidio.

En este ensayo Freud solo esboza el camino a seguir en el estudio de este fenómeno. Sin embargo dentro del campo psicoanalítico se ha generado una gran cantidad de formulaciones teóricas acerca del suicidio con base en dos de sus obras, Duelo y Melancolía (1917) y Mas allá del principio del placer (1920).

En su primera obra Duelo y Melancolía, Freud sostiene que cuando un sujeto enfrenta una pérdida (a un ser querido, la patria, la libertad, etc.)

éste pierde interés en el mundo exterior, se retrae en sí mismo, sumiéndose en un estado doloroso. Este fenómeno es la expresión de que el sujeto se encuentra inmerso en la labor de duelo, el cual es un proceso en el que el sujeto va abandonando lenta y paulatinamente los lazos libidinales que lo unían al objeto amado. Cuando esta labor concluye se devuelve al "yo" la libertad de su libido disligándola del objeto pérdida. De la misma manera, la melancolía también puede estar respondiendo a la pérdida de un objeto amado. Sin embargo, esto no siempre se observa con claridad, ni aún para el mismo sujeto. Por ello, Freud sostenía, que la melancolía es la respuesta a una pérdida que ocurre a nivel inconciente.

Otra característica que diferencia a la labor del duelo de la melancolía, es que en esta última se presenta una notable disminución del amor propio, un insomnio y empobrecimiento del "yo" acompañado de insomnios y anorexia, es decir, por una disminución del instinto vital.

"Esta característica pone de manifiesto que la pérdida del sujeto ha tenido lugar en su propio yo. Esto es, una parte del yo -la conciencia moral- enfrentándose a la otra y tomándola como objeto, ejerce sobre ésta una crítica despiadada, dejándola empujada y atormentada" (1).

Freud advierte que muchas de las acusaciones que el melancólico se hace a sí mismo, están realmente dirigidas a otra persona a la que el sujeto ama o ha amado pero que se han volcado contra el propio yo. Sus lamentos con en realidad quejas.

Peña Alfaro menciona que este proceso puede concebirse entonces en los siguientes términos.

- a) Relación ambivalente con un objeto.
- b) Pérdida o cualquier forma de obligada renuncia a esa relación.
- c) Introyección en el yo de ese objeto ambivalente amado y odiado.
- d) Descarga de la agresión en contra de este objeto ya internalizado en el yo.

Así, señala Heberto Hendin (1940), el odio dirigido contra uno mismo, manifestado en la depresión, procede de una hostilidad contra un objeto de amor, tornada por el individuo contra sí mismo. Para Freud, cita Hendin, "el suicidio era la forma final de este fenómeno, y ponía en duda que hubiese suicidio que no fuese precedido de un deseo interior de matar a otra persona"(2)

Asimismo, Graciela Peña Alfaro sostiene, que para Freud, el suicida constituiría, en la fantasía inconsciente del sujeto, la descarga de su mortífera agresión contra un objeto internalizado, un ser que pertenece a su mundo interno. El suicidio, por tanto, encubriría y disimularía un homicidio.

El suicidio por ello, es interpretado como un acto de masoquismo extremo, vuelto contra sí mismo. Su sentido sería el de evitar un mal mayor (vivencias altamente frustrantes y/o persecutorias) a través de aceptar un mal menor (conducta autodestructiva), claro que todo esto ocurre en la fantasía inconsciente del sujeto.

Tres años más tarde Freud, transforma radicalmente su teoría al introducir el concepto de instinto de muerte, a través de su obra Mas allá del principio del Placer (1920).

Freud construye el concepto de instinto de muerte en oposición al del instinto de vida. Apunta Peña Alfaro (3) que en la obra freudiana el concepto "instinto" no hace referencia a un patrón de comportamiento determinado de forma hereditaria; por el contrario, constituye un proceso dinámico consistente en un "empuje" (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin.

En su obra Más allá del Principio del placer Freud abandona su tesis de que el principio del placer tiene un total dominio sobre el curso de los procesos psíquicos, ya que si ello fuera así todos los procesos psíquicos tendrían un carácter placentero. En respuesta a esto, Freud postula que existe un instinto más primitivo y elemental que el principio del placer. Según esta nueva teoría, todos los instintos tienden a

estados anteriores, estados que tuvieron que ser abandonados por determinadas fuerzas externas perturbadoras, por ellos los instintos se repiten con tenacidad, como si tendieran a reconstruir algo. Así es el curso de la evolución en la materia inanimada, como consecuencia de ciertas fuerzas aparecen las cualidades de lo viviente. La tensión generada en este fenómeno, intenta equilibrarse y de esta forma surge el primer instinto: volver a lo inanimado.

Freud (citado por Rojas) escribe:

"Dicho fin -el de los instintos- tiene más bien que ser un estado antiguo, un punto de partida, que lo animado abandonó alguna vez y hacia lo que tiende por todos los rodeos de la evolución. Si tenemos que aceptar que todo lo viviente muere por fundamentos lo inanimado era antes de lo animado". (4)

De esta manera, el instinto de muerte es anterior al instinto sexual, es decir, al principio del placer.

En esta segunda teoría, la función de la libido sería la de neutralizar el instinto de muerte, desviándolo hacia el exterior. Siendo el sadismo la expresión sexual de este instinto y el masoquismo primario sería, la porción del instinto de muerte que no participa en esta transposición hacia el exterior. Cuando el instinto de muerte se proyecta hacia el exterior actúa como agresividad, sin embargo, cuando esta fuerza tropieza con obstáculos que impiden su paso, vuelve a dirigirse hacia adentro y se manifiesta como una forma de masoquismo secundario. El suicidio, según esta teoría constituiría el producto de los instintos tanáticos no adecuadamente elaborados, no dirigidos hacia afuera o no amalgamados convenientemente con los instintos de vida.

La postulación del instinto de muerte suscitó fuertes críticas en los círculos psicoanalíticos, llegándose a sostener que dicha teoría adolece de una

gran fragilidad.

Peña Alfaro resume las principales críticas a esta teoría, a saber:

- 1.- La teoría del instinto de la autodestrucción lleva al terapeuta a una fatalidad que no puede asumir, a menos que renuncia totalmente a curar.
- 2.- La equivalencia que establece Freud entre la tendencia del organismo a volver a su estado original y la del instinto de destrucción no es equi parabel. No es lo mismo la tendencia de la materia viva hacia la muerte, del impulso activo a destruir.
- 3.- Otra dificultad estriba en el hecho de que el concepto de instinto de muerte no concuerda con la teoría general de los instintos. Carece de zona específica en donde se origine, considerándose como una fuerza biológica propia de toda sustancia viva.
- 4.- Dicha teoría invalida cualquier esfuerzo de correlacionar la conducta destructiva con los factores medio ambientales o socioculturales. Si adoptamos la tesis del instinto de muerte quedaría a salvo de la influencia del medio ambiente." (5)

Pese a las críticas recibidas, gran cantidad de psicoanalistas han adoptado y/o desarrollado a partir de estos conceptos sus propias teorizaciones acerca del suicidio.

Así por ejemplo Karl Menninger (1938), psiquiatra norteamericano, en su obra 'Man against himself' interpretó al suicidio como una manifestación del instinto de muerte dirigido contra el yo. Para este autor, como indica Peñaalfaro, toda clase de conducta hostil a la salud y a la vida constituye la expresión del instinto de muerte. Todo acto suicida conlleva tres elementos:

- a) Deseo de matar
- b) Deseo de ser matado
- c) Deseo de estar muerto

A partir de esto, Menninger sustenta la tesis de que el alcoholismo crónico, las automutilaciones y algunas enfermedades crónicas son lo que se podría -- considerar suicidios mentales o suicidios lentos, donde el sujeto se va aniquilando de una manera lenta o enexorable.

Otros autores psicoanalistas apoyándose en el llamado instinto de muerte, -- realzan otros factores en sus teorías, por ejemplo, León Grinberg (citado - por Peña alfaró) hace resaltar que lo básico en el suicidio es la culpa persecutoria. Dicha culpa actúa en función del instinto de muerte, incrementándose en los períodos cuando el instinto de muerte es más intenso. Generalmente la intención final de los suicidios aquí, es la de proyectar esta culpa - en los objetos.

"Conforme a este autor, el suicidio constituye un cuadro regresivo de naturaleza psicótica asociado a una importante falla yoica, incapaz de controlar los impulsos peligrosos. Menciona que existen - una serie de factores desencadenantes el suicidio que debilitan -- las fuerzas del yo y hacen aflorar tendencias instintivas de destrucción. Ejemplo de dichos factores son: la pérdida de un objeto amado, sobre todo si se trata de relaciones de tipo simbiótico; - heridas narcisistas a las defensas yoicas y a sus funciones integrativas por drogas, alcohol (subrayado mío) o barbitúricos: sentimientos avasalladores de culpa, rabia y angustia; disociaciones extremas del Yo basadas en la identificación con una persona que se ha suicidado en el pasado" (6).

Como se puede observar en esta teoría a diferencia de la anterior (Menninger), donde el alcoholismo ocupa el lugar de un instrumento de -- suicidio (lento), en esta teoría de Grinberg, el alcohol puede ser un factor desencadenante del acto suicida.

NOTAS:

- (1) Peña Alfaro, op. cit., p. 63.
- (2) Hendin, Herbert. El Suicidio en Escandinava. Barcelona: Editorial Ariel, 1964, p. 30.
- (3) Peña Alfaro, op. cit., p. 66.
- (4) Freud, en Rojas, Enrique. Estudios sobre el Suicidio. Barcelona: Salvat Editores, 1984, p. 49.
- (5) Peña Alfaro, op. cit., p. 71.
- (6) Ibidem, p. 75.

CAPITULO 5

LA RELACION ALCOHOLISMO-SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUIATRICO.

Para el estudio del suicidio, la Psiquiatría parte de relacionar esta variable con las diversas entidades nosológicas propias de dicha disciplina; para así poder descubrir que tipo de sujetos intentan el suicidio con mayor frecuencia (y lo consuman otros, por supuesto). De esta manera diversos autores han encontrado una relación muy marcada entre los sujetos alcohólicos y el suicidio y/o intentos de suicidio.

Así entonces, la relación alcoholismo-suicidio ha sido enfatizada de manera muy significativa en Psiquiatría. Múltiples investigadores han abordado el estudio de estos dos fenómenos, no en su relación, sino como entidades separadas. Escasos son los trabajos que se avocan al estudio de esta relación, aunque la mayoría coincide en reconocerla.

Rojas (1978) consigna que los porcentajes, según distintas investigaciones, que dan cuenta de la relación entre alcoholismo y suicidio varía entre el 7 y el 54% (sic) y del 12 al 78% para la relación entre el intento de suicidio y el alcoholismo.

Poldinger (1969) informa que en al investigación del suicidio se ha encontrado que los alcohólicos son un grupo especialmente amenazado por aquel. Este mismo autor realizó una investigación con pacientes psiquiátricos hospitalizados, después de una tentativa de suicidio. Encontrando que aquellos que presentan, sobretodo tentativas de suicidio repetidas, se da principalmente entre los grupos de alcohólicos, toxicómanos y personalidades psicopáticas. En esta investigación, de los 440 pacientes que fueron hospitalizados tras haber intentado quitarse la vida, 38 tenían como diagnóstico principal el alcoholismo (el 9%). A ello se añaden otros 51 pacientes con diagnóstico secundario de alcoholismo, lo cual constituye un total de 89 pacientes, es decir, un 20%.

Este estudio confirma los hallazgos de Kielholz y Battegay, de que los toxicómanos y en especial los alcohólicos, son un grupo que corre especial -- riesgo de suicidio (1).

La Psiquiatría también ha intentado dar respuesta al por qué de la relación entre alcoholismo y suicidio. Llegando, fundamentalmente, a las siguientes conclusiones (reseñadas por Enrique Rojas), que a juicio de quien elabora este trabajo de tesis, son las más importantes:

1.- El alcohol puede ser un factor liberador de impulsos contenidos, de manera tal, que a través de él se busque un estado especial que facilite llevar a cabo la determinación suicida, es decir, el sujeto consume alcohol para poder cometer el acto suicida; puesto que, según explicaciones psiquiátricas, el alcohol produce un efecto ansiolítico y euforizante, potencializando los impulsos agresivos, produciendo posteriormente, junto con las evidentes desinhibiciones, un estado crepuscular, mediante el cual pierde claridad la conciencia y se ve envuelto, el sujeto alcoholizado, en un estado muy peligroso, ya que puede interpretar la realidad de forma autorreferente y perjudicial, pudiendo cometer actos agresivos en contra de los demás y de sí mismo.

2.- Otros investigadores, tales como Batchelor (1954), señalan que en el alcoholismo y el suicidio late una estructura común: la personalidad psicopática. Sin embargo, Rojas indica al respecto, que si bien es cierto, que en algunos alcohólicos existe una base psicopática, muchos de ellos no poseen esta anomalía constitutiva de la personalidad, como germen del alcoholismo. La conclusión de Rojas, es que no se puede simplificar de esta forma, un problema tan complejo, como es el suicidio en los alcohólicos.

3.- Para otros autores (Barcia y Galiana -1976-, Pitts y Winokur -1966-, Robbins -1959-, Alonso Fernández -1966-, etc) los suicidios o intentos de suicidio de los alcohólicos crónicos se deben a una enfermedad depresiva de fondo.

Este último punto será analizado en el siguiente apartado.

TRIADA ALCOHOLISMO-DEPRESION--SUICIDIO.

Page D. James (1971) comenta que para el bebedor habitual, el alcoholismo puede servir para una gran variedad de propósitos, según sus necesidades, de este modo, el alcohol puede constituir una forma de automedicación para los sentimientos moderados de depresión, para reducir la ansiedad y para neutralizar el resentimiento. El alcohol puede proporcionar la huida de la vacuidad y futilidad de la propia existencia y servir como un medio para expresar tendencias autodestructivas.

Diversos estudios clínicos han encontrado un alto índice de síntomas depresivos en los alcohólicos. Granillo Rmírez (1983) cita las siguientes investigaciones que confirman lo anteriormente dicho:

Lechin J. y colaboradores (1968), aplicaron la escala de Zung en 73 alcohólicos --cos, de los cuales 53 exhibieron puntajes arriba del rango normal establecido por Zung en 1965.

En el estudio de Winokur (1970), se encontró que el desorden afectivo, depresión, presentado en las mujeres alcohólicas estudiadas alcanzó una cifra de un 27%.

Schuchit y Winokur (1972) estudiaron a 103 mujeres alcohólicas, admitidas en dos hospitales, uno estatal y el otro privado. De esta muestra, al 55% se le encontró un diagnóstico de desorden afectivo, evidenciado como depresión. Un 52% tenía un historial de intentos de suicidio, el cual se relaciona frecuentemente con los estados depresivos.

Mayfield y Coleman (1968) reportaron un excesivo beber en un 20% de 59 pacientes con desórdenes afectivos clínicos, relacionando particularmente el beber con episodios maníacos.

Kennet y Karasievich (1975), con una muestra de 207 varones alcohólicos admitidos en tres hospitales, encontraron que el 80% de ellos mostraron una elevación significativa en la escala de depresión del MMPI.

Shaw J. (1975) con una muestra de 58 pacientes masculinos alcohólicos encontró que un 80% calificó dos desviaciones estándar arriba de la escala media de la depresión del MMPI; el 40% calificó tres desviaciones estándar arriba de la misma media; indicando ambas medidas un grado significativo de depresión. Con el inventario de Beck, el 76% de esta misma población fueron clasificados medianamente depresivos y el 15% fueron severamente depresivos. Un 84% de esta muestra fue clasificada clínicamente depresiva de acuerdo a la escala de Zung.

Equi P. (1976) y Jabara (1976) estudiaron de 58 pacientes masculinos admitidos a una sección de tratamiento de alcohol en un hospital. De acuerdo a la escala de depresión del MMPI 31 pacientes exhibieron puntajes elevados de 72 hasta 118.

Keglar S. y Roads (1977) estudiaron 21 pacientes diagnosticados como severos bebedores de alcohol y a otros 21 con abuso de otras drogas. 90% de los alcohólicos fueron calificados como depresivos en la escala de Zung, en comparación con un 54% de los que abusaban de otras drogas.

Donovan y colaboradores (1977) encontraron una diferencia significativa entre un grupo de 39 alcohólicos y 39 no alcohólicos. Siendo los primeros más depresivos, de acuerdo al inventario de depresión de Beck.

Como se aprecia, los resultados de estas investigaciones hablan de una estrecha relación, a nivel empírico, entre la depresión y el alcoholismo, sin embargo esto no lleva a afirmar que la causalidad o raíz del alcoholismo se encuentra determinado por un desorden depresivo del alcohólico (determinado únicamente). El alcoholismo es un fenómeno multicausal, suscitado por factores biológicos, sociales y psicológicos, encontrándose entre estos últimos, que la depresión ocupa un lugar muy importante en el problema del alcoholismo.

En efecto, algunos autores señalan que el elemento depresivo puede cumplir un papel fundamental en el suicidio del alcohólico. Las cifras de suicidio en los depresivos son impresionantes, ya que de todos los enfermos mentales

que se suicidan, según datos aportados por Deshaies G. (1949) los depresivos constituyen el 35%. Otros investigadores hablan de un porcentaje del 16.5% (Oltman y Friedman citados por Enrique Rojas).

Por otro lado, la Psiquiatría no solo se ha avocado a establecer la correlación empírica entre alcoholismo- depresión-suicidio, sino que ha intentado dar explicaciones al por qué de este fenómeno.

Dichas explicaciones giran alrededor de las conclusiones del punto tres de la página 75 en donde se enfatiza que una de las hipótesis más extendidas, corresponde a la que alude al hecho de que el suicidio o el intento de suicidio que cometen los alcohólicos, es provocado por una enfermedad depresiva de fondo, que originalmente había iniciado el cuadro tóxico.

Rojas sostiene que "el alcohol actúa en algunos casos como un encubridor de un cuadro depresivo que, gracias a él no sale a la superficie, sino que se mantiene latente. La experiencia clínica observa que algunos alcohólicos sometidos a una cura preventiva de ingestión de alcohol, mostraron una distimia depresiva o una depresión latente de gran intensidad y con fuertes impulsos suicidas al suprimirlas dicha bebida. Por eso pretenden el alcohol, porque les ayuda a combatir su estado de ánimo, además de que esconde y disuelve situaciones conflictivas. Muchas estructuras psicopáticas están montadas sobre una depresión, por eso, a veces sucede que personalidades etiquetadas de psicópatas en el que el abuso del alcohol se añadía como un elemento más de su personalidad constitutiva (o del desarrollo anormal de su personalidad), al efectuar en ellos una cura de deshabitación se presentan como depresivos típicos, con limpias y perfiladas ideas de suicidio. El alcohol parece como si desempeñara un papel pseudocompensador de su disarmonía caracterial." (2)

Alfonso Fernández indica que este fenómeno puede estar ligado especialmente a dos fenómenos: a la autodestrucción y a la desesperanza. La autodestrucción generalmente puede estar montada sobre sentimientos de culpa o reacciones de desesperación vinculadas de manera inmediata a conflictos situacionales (familiares, sociales, desempleo, etc.). La desesperanza puede presentarse como un elemento autónomo sin ligarse a factores situacionales. La au -

sencia de esperanza se manifiesta principalmente por una pasividad en la realización del proyecto personal, el cual se diluye y pierde cuerpo, quedando envuelto por una neblina de aburrimiento, tedio, apatía, desgano e indiferencia.

Por otro lado Barcia y Galiana (1976) señalan que el suicidio puede ocurrir bajo las siguientes tres situaciones:

- 1.- Los casos de suicidio que ocurren durante el delirium tremens, o cuadros parecidos.
- 2.- Los suicidios que ocurren bajo los efectos del alcohol, esto es, que el sujeto toma alcohol para llevar a cabo acto suicida (no necesariamente el sujeto es alcohólico)
- 3.- Los sujetos alcohólicos crónicos que llevan a cabo suicidio, tratándose de un propósito que ha sido meditado por largo tiempo y que un día por una depresión llevan a cabo esta determinación.

Rojas Enrique, hace mención de un tipo más de suicidio el llamado suicidio indirecto, crónico o encubierto. El sujeto no se atreve a quitarse la vida directamente y lo va haciendo poco a poco y/o indirectamente. La cronocidad de esta situación lo lleva lentamente a la muerte. A continuación algunos de los casos que llevan el sello de este tipo de suicidio, según Rojas.

- a) Enfermos crónicos que no siguen sus dietas o tratamientos médicos.
- b) Anorexias.
- c) Toxicomanías.
- d) Conductas antisociales. Estas conductas estan representadas por las personalidades psicopáticas fundamentalmente, aunque no sea privativo de ellas. Para Rojas, este comportamiento antisocial enmascara intenciones suicidas o simplemente autoagresivas.
- e) Conductas riesgosas. Conductas que tienden a buscar y desafiar peligros, como si se tratara de un juego, por ejemplo, en la guerra los sujetos que prefieren puestos más avanzados en los campos de combate.
- f) Alcoholismo crónico.

En este último, el alcoholismo, aunque no se exprese claramente en la conciencia del sujeto de manera propositiva, se convierte en un instrumento de autogresión donde el sujeto se va destruyendo dosificadamente, tanto física como psicológicamente, hasta llegar a la Muerte. Oficialmente la muerte de este individuo se registra como resultado de enfermedades ocasionadas por el alcohol o bien por la ingestión del mismo, pero no son consignadas como muerte por suicidio. Obvio es decir, que esto también se presenta en las otras situaciones señaladas como casos de suicidio indirecto, esto es, anorexias, toxicomanías, etc.

Abundando sobre el caso del alcoholismo crónico, tipificado como suicidio indirecto, es preciso hacer las siguientes aclaraciones, Este caso hace referencia a cuando la ingestión de alcohol tiene un carácter crónico y no a -- aquellos casos de crisis aguda de intoxicación alcohólica, que puede estar o no seguida de intentos suicidas. En los casos de suicidio indirecto por medio del alcohol, el sujeto no actúa propositivamente orientándose hacia la muerte, generalmente el individuo justifica su alcoholismo aludiendo a situaciones conflictivas o a problemas que lo aquejan.

Por otro lado, gran parte de las interpretaciones psiquiátricas que se dan a éste fenómeno del alcoholismo y el suicidio, se apoyan en las explicaciones psicoanalíticas que plantean una motivación autoagresiva como sustrato fundamental del alcoholismo y el suicidio, explicaciones que ya fueron abordadas en el presente trabajo.

Ha sido considerado en el trabajo que para la Psiquiatría, en la conducta alcohólica, así como los intentos o consumaciones suicidas de los sujetos alcohólicos, subyace una depresión de fondo, por ello se hace necesario hacer una revisión de lo que es la depresión y su relación con el suicidio. Tema que se aborde a continuación.

LA DEPRESION

La depresión ha sido estudiada desde diversos puntos de vista:

Los psicólogos de la conducta centran su atención en los movimientos del paciente, así como en su nivel de actividad

Las teorías cognoscitivistas, en los posibles procesos del pensamiento de la persona deprimida.

Los teóricos de la fisiología se centran en las actividades del cuerpo a nivel neuroquímico.

Sin embargo todas ellas mantienen un cierto acuerdo sobre los síntomas más comunes de la depresión. Beck (1967) enumera cinco de ellos:

- 1.- Estado de ánimo triste, apático.
- 2.- Opinión negativa de uno mismo (autoreproches, represión de uno mismo etc.).
- 3.- ~~deseo~~ de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás.
- 4.- Pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual.
- 5.- Cambios en el nivel de la actividad, volviéndose el paciente letárgico o agitado.

Nealse y Davison (1980) señalan que un deprimido puede también descuidar su higiene personal y su apariencia, emitir numerosas quejas hipocondriacas de malestares y dolores que al parecer no tienen ninguna base de tipo físico. Se siente rechazado e inútil, y puede volverse aprensivo, ansioso y estar abatido gran parte del tiempo, incluso llegar a un estado tal de impotencia que piense en suicidarse o lo intente.

Rara vez un solo sujeto presenta todos estos síntomas, pero el diagnóstico puede basarse cuando presenta algunos de ellos; sobre todo si exhibe una profunda tristeza incongruente con la situación vital de la persona.

SINTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS AL SUICIDIO.

Como ya se señaló anteriormente, diversos estudios clínicos han demostrado - que existe un alto índice de síntomas depresivos en los alcohólicos; mientras otras investigaciones demuestran que el suicidio es muy frecuente: tanto en los sujetos alcohólicos, como en aquellos que exhiben cuadros depresivos.

Lo anterior revela la importancia que tiene el estudio del suicidio dentro de los cuadros depresivos, ya que quizás esta situación podría arrojar luz sobre el problema de por qué los alcohólicos se suicidan.

La depresión es un trastorno que aglutina a su alrededor diversos síntomas. Las diversas escuelas psiquiátricas han enfatizado algunos o otros síntomas para explicar la presencia de pensamiento y/o intentos suicidas en el depresivo. Así Enrique Rojas, por ejemplo, sostiene que los síntomas que se correlacionan directamente con el suicidio son principalmente:

- A. La tristeza vital.
- B. La inhibición.
- C. Las vivencias delirantes depresivas.

A. La tristeza vital.

Esta se distingue por tener en el depresivo un origen reactivo, es decir, - no tiene motivación real. Generalmente la tristeza en el depresivo se encuentra corporizada de dos formas:

- a) Difusa, como un malestar vago e impreciso
- b) Localizada, percibiéndola como si recorriera distintas zonas corporales. La localización más frecuente es: toráxica, abdominal y cefálica.

Esta tristeza por lo común es percibida por el enfermo como una sensación de "desierto emocional", como falta de "resonancia afectiva". El sujeto no habla propiamente de tristeza, sino de un vacío, que lo aísla y lo hace imperturbable a los acontecimientos externos.

El sujeto se encuentra de pronto con un enfriamiento sentimental que lo impo-
sibilita de un intercambio emocional con el mundo, apareciéndosele éste como
extraño y falto de realidad, careciendo de sentido.

Esta desolación puede resultar tan insoportable para el sujeto, que puede
buscar el suicidio, como una forma de terminar con esta carga. Este fenóme-
no se ve agravado por el extrañamiento del mundo que el sujeto sufre, ya que
ello aísla e incapacita al depresivo de recibir ayuda externa, al no poder
sostener un intercambio emocional con sus congéneres.

Este vacío vital, se entremezcla con la apatía, la desgana y la inhibición
en general, lo cual desemboca en la pérdida de esperanza en el futuro, en un
¿Para qué vivir? lo cual reafirma las tendencias suicidas.

Así el trastorno existencial de la depresión sienta sus bases en la altera-
ción de la afectividad. El suicidio no es buscado por sí mismo, sino como
una forma de salir de la existencia que pesa como un gran lastre.

B. Inhibición psicomotora.

La inhibición sicomotora señala la experiencia subjetiva de la lentitud de
la acción del pensamiento y del comprometimiento psicomotor. La inhibición
emerge cuando el sujeto se percibe incapaz de realizar cualquier acción.
Esta incapacidad no se sitúa en el plano psicomotor como tal, sino en la
intencionalidad. La intencionalidad es quien determina la relación entre
el yo y los objetos, es decir, entre el sujeto y el mundo externo. El de-
presivo ha roto sus relaciones con el mundo externo, esta ruptura cultiva
en él la apatía y el desinterés por los acontecimientos exteriores. Se
limita a meterse en sí mismo, de una forma patológica e improductiva, pa-
sando y repasando sus errores pasados. El sujeto comienza por rechazar
los objetos, -las personas, circunstancias, y las cosas mismas de su alrede-
dro- para ir poco a poco entrándose él mismo como objeto, produciendo un
repliegue que refuerza la imposibilidad de salir de sí mismo.

Rojas señala que el suicidio aquí va a significar el rechazo de todo y ca-

da uno de los posibles objetos que se le ofrecen provenientes de su mundo, el siguiente paso es acabar consigo mismo.

La aparición de síntomas de angustia y/o ansiedad cobra importancia al conjungarse con la inhibición para determinar el rumbo que las ideas suicidas tomen.

Si existe una angustia considerable, la inhibición se vive con mayor desesperación e impotencia; si hay ansiedad ésta puede impulsar al enfermo a salir del estado de postración en que se encuentra, mediante la realización de cualquier actividad.

Paradójicamente, la inhibición puede cumplir al mismo tiempo un papel protector frente al suicidio:

"En este momento si el sujeto no estuviera inhibido sería muy probable que se suicidará, dominado por unos fuertes impulsos autoagresivos mal manipulados y que gracias a la inhibición están contenidos ...Por eso, los momentos más difíciles y peligrosos de la depresión al principio de la fase y al final...cuando comienza a ceder la inhibición y el sujeto tiene disponibilidad para movilizar sus propios impulsos. Al principio de la fase depresiva aún no está sometido totalmente a la inhibición aún es capaz de reaccionar.

Al final cuando empieza a salir de su estado de ánimo y vuelve a cierto grado de actividad puede ser cuando haga su intento suicida. En plena depresión ese peligro decrece gracias a la fuerte inhibición que domina al sujeto enfermo. Solo se puede tener inmediatez de la depresión y en toda su profundidad, si tiene lugar la aparición de ansiedad; entonces se puede movilizar energías para que el sujeto decida suicidarse". (3)

Por otro lado también es necesario hacer notar, que en los enfermos afectados de una depresión ansiosa, si cesa bruscamente la ansiedad, sin motivación evidente que lo justifique, quizás se deba a que el individuo está empezando a concretar la idea suicida en su mente, proyectándola, configu--

rándola y planeándola paso a paso, minuciosamente. Esto tranquiliza temporalmente al enfermo. El suicidio en el depresivo por lo general se caracteriza por tener una larga y bien programada elaboración.

C. VIVENCIAS DELIRANTES DEPRESIVAS.

Hay un cierto tipo de depresivos en que no se presenta la tristeza vital como síntoma preponderante, sino que son las vivencias delirantes depresivas las que adoptan este papel. Generalmente estas vivencias delirantes se aparecen bajo tres temáticas: la culpa, la ruina y la hipocondría. Cuando el sujeto se siente atenazado por cualquiera de estos tres delirios puede buscar el suicidio como un escape a ello.

ETAPAS DE ELABORACION DEL SUICIDIO EN EL DEPRESIVO

Kielholz habla de que existen tres estadios de elaboración del acto suicida de los sujetos depresivos:

- 1) Estadio de la consideración de la posibilidad.
- 2) De ambivalencia.
- 3) De decisión.

Dentro del primer estadio la idea suicida surge como una posibilidad entre muchas. El estado anímico y la racionalización de las vivencias depresivas lleva al sujeto a buscar, tanto los por qués de su estado, como posibles soluciones a su situación. Cuando el sujeto se encuentra en la búsqueda de estas posibles soluciones, la idea del suicidio puede aparecer como una posibilidad de terminar con sus problemas. Muchas veces esta idea no pasa de ser eso, una mera idea que ronda por algún tiempo y después se aleja; otras veces cobra fuerza. (4)

En el segundo estadio, el sujeto se encuentra indeciso. Aquí es cuando comienza a emitir señales de aviso. Una idea muy extendida en diversos ámbitos, según Rojas Enrique, es que aquellos sujetos que avisan no se suicidan y solamente están tratando de llamar la atención o ejercer chantaje sobre quienes los rodean. Sin embargo, indica el autor, tal idea es falsa (no

es falso que quieran llamar la atención, lo falso es que los que avisan no se suicidan); y es necesario tomar seriamente cualquier aviso de suicidio, venga de quien venga, ya que ¿cuántos han muerto en su intento de "llamar la atención"? Si bien quizás esos sujetos no estaban buscando la muerte en sí misma, han muerto al utilizar un recurso peligroso que buscaba otros fines.

La tercera etapa. Aquí el sujeto presta una especial actitud para captar todos aquellos acontecimientos que de alguna manera tengan que ver con el suicidio, las autoagresiones, etc., como si necesitara confirmación exterior a su decisión. Cualquier noticia suicida puede tener una honda repercusión en el sujeto. En esta etapa tiene lugar la fijación de la idea del suicidio; anteriormente el sujeto hablaba de la muerte en forma general ahora, toda alusión a ella tiene un tinte personal.

En la última fase de la decisión el sujeto ha terminado por admitir con plenitud la idea del suicidio, que ha pasado a ser un proyecto activo. Paradójicamente, en el depresivo puede aparecer una mejoría, pareciera como si el sujeto renaciera, ha encontrado la solución a sus problemas.

La preparación del acto, por parte del depresivo, generalmente es muy detallada, lo hace todo planeadamente, de manera concienzuda, sin dejar nada al aire, por ello en la mayoría de los casos, el suicidio es consumado o el intento es muy grave, señala Rojas.

Estas etapas por las que cruzan los sujetos con ideas suicidas, no son de manera alguna un esquema rígido; el carácter particular que presentan para cada caso, depende las características del sujeto y de las situaciones ambientales que lo rodean.

NOTAS:

- (1) Poldinger, Walter. La Tendencia al Suicidio. Madrid: Editorial Morata, 1969; pp. 42, 348.
- (2) Rojas, op. cit. p. 268.
- (3) Ibidem, p. 238.
- (4) Kielholz, en Rojas, op. cit. p. 249.

CAPITULO 6

METODOLOGIA

En diversos estudios se ha encontrado que existe un alto porcentaje de alcohólicos que presentan cuadros depresivos. Asimismo se ha encontrado que los alcohólicos son un grupo de alto riesgo al suicidio, es decir, que en ellos existe una alta tasa de intentos suicidas o consumación del mismo.

El problema a investigar es entoces el siguiente:

Problema:

¿Existe una relación estadísticamente significativa, con base en el MMPI, entre la depresión y las tendencias suicidas de los alcohólicos anónimos de los grupos Paraná y San Martín?.

Hipótesis Nula:

No hay diferencia estadísticamente significativa, con base en el MMPI, entre la depresión y las tendencias suicidas de los alcohólicos anónimos de los grupos Paraná y San Martín.

Hipótesis Alternativa:

Si existe una relación estadísticamente significativa, con base en el MMPI, entre la depresión y las tendencias suicidas de los alcohólicos anónimos de los grupos Paraná y San Martín.

Variabes:

VI: Depresión

VD: Tendencias Suicidas

Definición de Variables:

Depresión. Por depresión se entiende, según el MMPI, a "la insatisfacción con el estado general de las cosas o de la vida, falta de esperanza en el futuro y decaimiento de ánimo" (5). La depresión será medida con la escala 2 del MMPI.

Tendencias Suicidas. Manifestación de ideación suicida y/o intentos de suicidio. La variable de tendencias suicidas será medida con la escala 7 del MMPI.

Método:

Sujetos. Los sujetos participantes en esta investigación son once. Pertenecen al sexo masculino. Su edad fluctúa entre los 22 y los 58 años. Tiene el menos dos años de participar en la agrupación de Alcohólicos Anónimos.

Muestreo. El muestreo fué no probabilístico de tipo accidental. Se utilizó este tipo de muestreo porque un médico que trabaja con los grupos de AA de Paraná y San Martín pidió a la autora de la presente tesis una investigación al respecto de las tendencias suicidas que presentan los sujetos de dichos grupos.

Aunque hubiese sido deseable obtener una muestra probabilística las características del tópicó en estudio podrían dificultar la participación de aquellos sujetos que hubiesen sido seleccionados aleatoriamente. Entonces para garantizar la colaboración de los alcohólicos, se les pidió su cooperación voluntaria.

Además hay que tomar en cuenta que el propósito de la investigación no está orientado hacia la generalización de resultados, sino a obtener información sobre la relación entre la depresión y las tendencias suicidas en los alcohólicos, lo que permitirá tener un punto de partida para investigaciones futuras sobre el alcoholismo, la depresión y el suicidio.

Así entonces los sujetos se autoseleccionaron, lo que explica el hecho de que no hubiese mujeres en la muestra. Evidentemente esto puede ser una limitante, la cual será abordada en el capítulo de limitaciones y sugerencias.

Tipo de investigación y diseño. El tipo de investigación es estudio de campo con un diseño ex-post-facto.

INSTRUMENTO.

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMPI, define las áreas clínicas más importantes de la personalidad considerando tanto los síntomas como la estructura de la misma. Construido por el psicólogo Hathaway y el neuropsiquiatra J.C. Mc. Kinley en la década de los 40' con el objeto de analizar aquellos rasgos característicos de la psicopatología.

Para Rivera Jiménez (1987) el MMPI es uno de los instrumentos más utilizados en el campo psicológico y psiquiátrico; la razón de esto parece ser "que por una parte el MMPI cuenta con una base matemática-estadística sólida, que permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y que, por otra parte, constituye un documento mediante el cual, a través de 566 reactivos, un individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo (bajo control). Se le considera en este sentido una técnica de inventario con excelentes bases psicométricas" (1).

De esta manera el MMPI se convierte en una técnica valiosa, cuya interpretación se puede ajustar a la utilización que el psicólogo quiere hacer de ella, en relación a las metas hacia las que se desean enfocar los resultados, desde aspectos totalmente cuantitativos, hasta algunos rasgos finos de la organización psicodinámica de la personalidad (2).

En la interpretación del MMPI inciden dos aspectos fundamentales: lo cualitativo y lo cuantitativo.

Cuantitativamente produce información sobre la severidad con que un rasgo se enfatiza en la personalidad (por la elevación de cada escala), como de la comparación de las características de un sujeto con otros de un mismo grupo o de otros grupos sociales. Así, continúa comentando Rivera Jiménez, las escalas más elevadas que aparecen como picos, pueden ser tomadas como los puntos más conflictivos o los elementos más frágiles de la personalidad. Las escalas que aparecen a un nivel intermedio pueden con frecuencia, ser tomadas como los elementos que explican la elevación de las escalas pico.

El inventario permite comparar las respuestas de cada individuo con patrones clínicos previamente identificados. Se basa en el supuesto de que los sujetos con determinados rasgos responden en forma semejante a los reactivos de la prueba (3)

Los reactivos del MMPI fueron seleccionados por la comparación de 800 casos psiquiátricos y 724 normales. La normalidad de este segundo grupo fue confirmada en 1956 por Goodstein y Dahlstrom. Los grupos de pacientes psiquiátricos fueron clasificados de acuerdo con entidades nosológicas: hipocondriasis, depresión, histeria, sociopatía, paranoia, obsesión-compulsión, esquizofrenia e hipomanía.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

Validez. Señala Gamboa (1978) que el criterio para la obtención de las escalas fue la predicción válida de los casos clínicos por medio del instrumento, comparada con los diagnósticos hechos por el personal neuropsiquiátrico del hospital de Minnesota. El alto puntaje en una escala ha permitido la predicción positiva en un 60% de los casos, utilizando como control la comprobación clínica. (3)

Además, sigue apuntando Gamboa, aún en los casos en que el puntaje alto en una escala no coincidió con el diagnóstico clínico, de todas formas se pudo comprobar la presencia anormal del rasgo correspondiente en la personalidad del sujeto estudiado.

La validez del MMPI también ha sido probada en la interpretación de las interrelaciones entre las escalas. Se pueden lograr constelaciones de rasgos, que coinciden con las de diferentes cuadros clínicos, lo que ha permitido construir guías de interpretación y atlas que sirven a apoyo al profesional.

Confiabilidad. La confiabilidad de la prueba se ha convertido en un proceso continuo dado el gran uso que se ha hecho de ella en múltiples culturas.

El MMPI ha sido traducido y adaptado a América Latina por el Dr. Rafael

Núñez. El Dr. Núñez llevó a cabo un proceso de normalización del instrumento en México (1987).

Como ya se dijo, el instrumento consta de 566 reactivos, organizados en 10 escalas clínicas:

- 1 Hipocondriasis
- 2 Depresión
- 3 Histeria
- 4 Sociopatía
- 5 Masculinidad-femenidad
- 6 Paranoia
- 7 Obsesión-compulsión
- 8 Esquizofrenia
- 9 Hipoclanía
- 10 Introversión-extroversión

Y de 4 escalas de validez que se utilizan como un control sobre la falta de cuidado o la mala interpretación del sujeto al tomar la prueba, mide también los intentos deliberados del examinado para causar una impresión negativa o positiva, así como también la necesidad de ayuda que solicita el sujeto.

Las escalas de validez son:

- ¿ No respuesta
- L Escala mentira
- F Escala validez
- K Escala que se utiliza como factor de corrección y como índice de ciertas características de la personalidad tales como actitud defensiva o exhibicionismo psicológico.

PROCEDIMIENTO

Para reunir la información se acudió a dos grupos de Alcohólicos Anónimos - (AA) grupo San Martín y Paraná, ubicados al noroeste del D.F. solicitando su cooperación en una junta de cada uno de los grupos, informándoles que la tesis consistía en un estudio sobre el alcoholismo y sus características. Al finalizar la junta se quedaron los sujetos que decidieron participar.

Posteriormente se les explicó que su colaboración estribaba en contestar -- una prueba psicológica que medía diferentes aspectos de la personalidad. - Subsiguientemente se les interrogó sobre si alguna vez habían pensado en el suicidio y sus intentos de quitarse la vida.

Una vez calificado el MMPI se correlacionaron la escala de depresión con la escala 7. Esto se hizo así ya que diversos investigadores (Simon y Hales, - 1949; Farberow, 1950; Rosen, Kalwa y Gorman, 1952) han encontrado una prominencia en dichas escalas en sujetos con tendencias suicidas.

Tratamiento Estadístico.

El nivel de medición obtenido en la investigación fué un nivel ordinal. Los datos se analizaron utilizando la estadística no paramétrica debido tanto - al tamaño de la muestra como el nivel de medición alcanzado.

La prueba estadística empleada indica el grado de correlación entre dos conjuntos de puntajes de un grupo dado de sujetos y que se expresa por un coeficiente de correlación. Esta prueba fué el coeficiente de correlación de - Spearman. (4)

En diversas investigaciones se ha encontrado que las escalas 2 (depresión) y 7 (obsesión-compulsión) juegan una configuración especial en sujetos con tendencias suicidas.

Núñez (1987) dice que la ideación suicida siempre se asocia con depresión severa, por lo que las elevaciones extremas de la escala 2 siempre se encuentran en perfiles de personas que tienen ideas suicidas.

En perfiles del MMPI en donde las elevaciones más altas corresponden a la téttrada psicótica (6, 7, 8 y 9) las escalas 2 y 7 se encuentran con elevaciones secundarias importantes (Núñez, 1979).

El contenido de las frases de dichas escalas, 2 y 7, no se caracterizan por implicaciones de muerte, daño personal o autodestrucción, sino por frases que reflejan sentimientos de minusvalía, inadecuación, ansiedad, agitación, melancolía y amargura. (Núñez, 1979, 1987).

Asimismo Rivera Jiménez (1987) indica que la escala 7 se refiere, cuando es elevada, a la angustia con que un individuo enfrenta los diversos estímulos de la vida. En este sentido puede considerarse la escala 7 como un termómetro de la angustia.

Farberow realizó un estudio sobre preocupaciones suicidas y encontró un perfil del grupo general con clasificación 8274"136'95 F-LK. El perfil muestra la escala 8 como la más alta, siguiéndole la 4, y la prominencia, secundaria, de las escalas 2 y 7.

También señala Rivera Jiménez (1987) que la combinación de las escalas 2-7 son muy similares y que hablan de características de personalidad tales como: inseguridad que da lugar a manifestaciones de depresión, al sentir la frustración de no alcanzar las propias metas o no cubrir las propias expectativas. Sobre todo en la combinación 7-2, el pesimismo es una característica importante de la personalidad y el sujeto se angustia mucho ante la gran importancia que da a sus fracasos, considerándose siempre inferior y devallado.

Asimismo Núñez (1987) apunta que tradicionalmente, las puntuaciones en la escala 9 se han considerado de gran significado para identificar a las per-

sonas suicidas. Una persona deprimida y extremadamente molesta, como se sugiere en las elevaciones de las escalas 2 y 7, puede pensar en el suicidio, pero si la escala 9 es baja probablemente no tenga la energía para llevar a cabo esas ideas. No obstante, si la escala 9 es alta, la posibilidad del acto suicida aumenta .

Las elevaciones de las escalas 4 y 8 sugieren que la persona es impulsiva y muestra poco juicio; cuando esa persona se siente deprimida y amargada, -- esos sentimientos se muestran en las elevaciones de las escalas 2 y 7, y la posibilidad de suicidio aumenta. (Nuñez, 1987).

Nuñez resume esto de la siguiente manera:

- Que las elevaciones en las escalas 2 y 7 sugieren depresión y molestia -- excesiva que originan ideas suicidas.
- Si las escalas 4, 8 y 9 se encuentran también elevadas la posibilidad de intento suicida aumenta.

Ahora bien, señala Nuñez (1987) que en términos de predicción del acto suicida el MMPI no es muy preciso, ya que existen variables situacionales que pueden influir en dicho acto. Menciona como datos que hay que tomar en consideración: la autobiografía, intentos suicidas previos, crisis dentro del ambiente familiar, conflictos relacionados con el trabajo.

Sin embargo el objetivo de esta investigación no es el de predecir el acto suicida por medio del MMPI, sino explorar la relación que existe entre depresión y tendencias suicidas en los alcohólicos, basándose en la tesis -- que sostienen algunos autores sobre que el suicidio en los alcohólicos es -- producto de una enfermedad depresiva de fondo.

Es evidente la importancia que reviste la predicción del suicidio en los -- alcohólicos, como asimismo son evidentes las dificultades que entraña alcanzar dicho objetivo. Por lo que es necesario conocer primero todos aquellos factores involucrados en dicho fenómeno, dilucidar como se conjugan entre -- sí y después, con estos elementos en mano, enfrentar teórica y metodológicamente la predicción del mismo.

NOTAS:

- (1) Rivera Jiménez, Ofelia. Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI. México: Editorial Diana, 1987, p. 11.
- (2) Ibidem, p. 13.
- (3) Gamboa Magaña, Rosa María. El Perfil Psicológico del Alcohólico, mediante el MMPI. Estudio realizado en 65 casos. México: Tesis Profesional UNAM, 1978, p. 75.
- (4) Siegel, Sidney. Estadística no Paramétrica. México: Editorial Trillas, 1986, p. 233.
- (5) Núñez, Rafael. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México: Editorial El Manual Moderno, 1979, p. 5.

CAPITULO 7

RESULTADOS Y ANALISIS

El coeficiente de correlación obtenido entre las variables depresión y tendencias suicidas mediante la prueba estadística no paramétrica r_s (coeficiente de correlación de rango de Spearman) fue de 0.5126 cifra que indica una correlación moderada entre las variables.

Al aplicar la fórmula para el nivel de significancia 0.05 se encontró que no es significativo. Por lo que se rechaza la hipótesis ALTERNATIVA y se acepta la hipótesis NULA.

Sin embargo sí es significativo a un nivel de 0.10, valor que se encuentra en la tabla de valores críticos de t.

Se señala esto con el fin de llamar la atención hacia lo siguiente: con un nivel de significancia de 0.10 la hipótesis de trabajo habría sido confirmada, lo cual es lo suficientemente sugerente para emprender nuevas investigaciones al respecto.

Por otro lado, se observa que con la elevación tan alta en la escala 8 y excediendo la diferencia de las escalas F y L en más de 12 T (a partir de las puntuaciones T se traza el perfil del MMPI) se puede decir que el perfil -- promedio del grupo con tendencias suicidas es un claro perfil que expresa -- necesidad de ayuda tal como lo comenta Rafael Nuñez (1979) y Rivera Jiménez (1987).

Resultado que lleva de la mano al siguiente planteamiento. Giraldo Giraldo (1988) buscó estructurar un perfil psicológico, a partir del MMPI, con sujetos con antecedentes de intentos de suicidio. Perfil que pueda señalar casos con características similares. Formuló las siguientes hipótesis:

- 1.- Hay registros altos en la escala de validez, F, que coinciden en una gran frecuencia con una elevación, en una por lo menos, de las tres -- escalas de la tríada neurótica, especialmente la escala 2 (depresión).
- 2.- La escala clínica 4, desviación psicopática, aparece elevada en una -- gran frecuencia, no como síntoma de psicopatía propiamente dicha, sino como el indicador de un fenómeno de rebeldía contra el mundo que comunmente presentan los individuos presuicidas (sic).
- 3.- La tétrada psicótica se encuentra asociada a la elevación de las esca- las clínicas, por lo menos en el registro alto de una de estas (con -- gran frecuencia la Pt (7) y la Es (8)).

Sus resultados confirmaron cada una de sus tres hipótesis. Elevación de la escala F, coincidiendo con al menos una escala de la tríada neurótica, en - su caso la escala 2.

Elevación de la escala 4 (dp)

Elevación de al menos una de las escalas de la tétrada psicótica, en su caso la 8 (Es).

Los resultados de la presente investigación muestran una gran concordancia con los obtenidos por Giraldo:

Elevación de la escala F, coincidiendo con la elevación de una de las esca- las de la tríada neurótica, la escala 2. (ver perfil promedio del grupo de AA con tendencias suicidas).

Elevación de la escala 4 (ver perfil promedio indicado).

Elevación (notable) de dos de las escalas de la tétrada psicótica, la 7 y - la 8 (ver perfil promedio del grupo indicado).

La similitud de estos resultados muestran la estrecha relación entre la escala 2 y la 7 (relación estudiada en esta investigación) así como la semejanza de los perfiles obtenidos partiendo de poblaciones distintas que comparten su inclinación hacia el suicidio.

De estos resultados se deriva la propuesta, para nuevas investigaciones, de detectar aquellos rasgos de personalidad comunes en los alcohólicos que manifiestan tendencias suicidas.

También se observa que los perfiles promedio obtenidos del grupo estudiado por Giraldo y del grupo de la presente investigación son similares, más no iguales. Las elevaciones de las escalas que puntúan más alto, son mayores en el grupo alcohólico. ¿Podrá ser que la variable que esté dando cuenta de esta diferencia sea el alcoholismo?

A partir de la pregunta de si alguna vez habían pensado y/o intentado suicidarse, se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 11 sujetos, 4 intentaron suicidarse, lo que representa un 36% del total.

De los 11 sujetos, 5 no han pensado en suicidarse, lo que representa un 45% del total.

De los 11 sujetos, 2 pensaron en suicidarse, lo que representa un 18% del total.

Estos resultados indican tendencias suicidas en un porcentaje considerable, ya que como se puede observar más del cincuenta por ciento manifestaron tener pensamientos y/o intentos suicidas. Registrando este grupo niveles elevados de depresión, tres de ellos con depresión severa.

Ahora bien, de los 5 sujetos que no mostraron tendencias suicidas, lo que representa el 45% de la muestra estudiada, tres de ellos presentan niveles -

de depresión elevados. Estos datos llevan al siguiente análisis. La depresión es un trastorno que aglutina a su alrededor diversos síntomas, los síntomas depresivos asociados al suicidio son principalmente: la tristeza vital, la inhibición y las vivencias delirantes depresivas. Entonces, quizás estos sujetos no manifiestan uno o varios de dichos síntomas asociados al suicidio, lo cual explicaría tentativamente el que siendo alcohólicos depresivos no tengan tendencias suicidas.

Por lo que se propone para posteriores investigaciones, estudiar empíricamente los síntomas depresivos asociados al suicidio.

COEFICIENTE DE CORRELACION DE RANGO DE SPEARMAN: r_s
PUNTAJES NATURALES RANGOS ORDENADOS

SUJETO	ESC2	ESC7			di	di 2
A	65	81	1.5	6.5	-5	25
B	75	97	5	10	-5	25
C	82	83	6.5	8	-1.5	2.25
CH	65	79	1.5	4.5	-3	9
D	84	79	8	4.5	3.5	12.25
E	70	69	3	2	1	1
F	94	93	9	9	0	0
G	72	64	4	1	3	9
H	101	81	11	6.5	4.5	20.25
I	82	71	6.5	3	3.5	12.25
J	96	101	10	11	-1	1
					TOT	116

$r_s = 0.5126$

$\alpha = 0.05$

SIGNIFICACION DE r_s $t = 1.790523902$

$\alpha = 0.10$

PERFIL PROMEDIO DE SUJETOS CON TENDENCIAS SUICIDAS

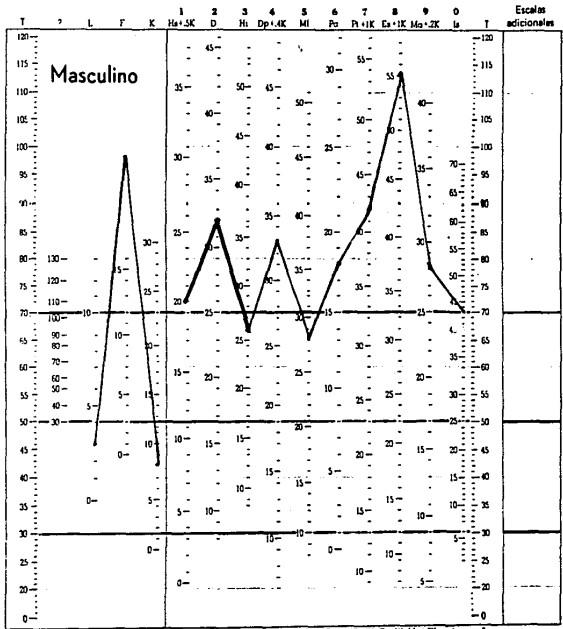
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



Nombre _____ (letra de molde)
 Direccion _____
 Ocupacion _____ Fecha de aplicacion _____

Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fraciones K

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

NOTAS

Puntuación natural	0	3	24	8	32	26	28	18	18	18	18	18	43	---	---
Agregar factor K	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Puntuación corregida	---	---	20	---	32	---	---	42	55	28	---	---	---	---	---

CAPITULO 8

CONCLUSIONES

La investigación en México sobre el suicidio no es tan extensa como en otros países, así como tampoco los estudios que relacionan suicidio y alcoholismo. Y si conforme se profundiza en el estudio del tema, se esclarecen muchas interrogantes, quedan por responder muchas más.

Existen en torno al suicidio algunas concepciones, que no por ser repetidas, son ciertas, por ejemplo:

- Que las personas que hablan de suicidarse nunca se suicidan...
- Que el suicidio se comete sin previo aviso...
- Que el paciente que se repone de una crisis suicida no tiene riesgo de --reincidir ...
- Que la depresión y el suicidio son sinónimos ...
- Que todos los suicidas son dementes...
- Que el suicidio es inmoral...
- Que la tendencia al suicidio es hereditaria...
- Que el suicidio es la maldición de los pobres y enfermedad de los ricos...

(1)

SOBRE LA PERSONALIDAD ALCOHOLICA

Los resultados de esta investigación muestran que el perfil promedio de los alcohólicos con tendencias suicidas, difiere notablemente del de la población normal, diferencias que también se encontraron en otras investigaciones sobre el alcoholismo. En un principio se consideró que podría deberse a las implicaciones propias de la dinámica de Alcohólicos puésto que se autoconceptúan como enfermos incurables, conllevando esto a magnificar, posiblemente, algunos de los rasgos más frágiles de su personalidad.

Sin embargo los datos obtenidos en esta investigación no son suficientes para demostrar este tipo de aseveraciones, puesto que el objetivo de la misma, no fue detectar la influencia que Alcohólicos Anónimos produce en sus miembros. Pero cabe hacer notar que en algunas investigaciones sobre A.A. (Granillo, 1983; Gamboa, 1978) se encontró una influencia positiva de la incidencia de la dicha agrupación, lo que resultó en un decremento de los niveles de depresión, que en su caso era la dimensión psicológica estudiada.

Si bien es cierto que el perfil promedio de los alcohólicos, obtenido en esta tesis, es marcadamente diferente al de los no alcohólicos, de entre los distintos grupos de alcohólicos existen diversidad de perfiles (por ejemplo, en una investigación se encontró como las escalas pico la 2 y la 6, en el presente estudio la 8 y la 7), diversidad suficiente para seguir cuestionando la propuesta de la "personalidad alcohólica". Y asimismo refuerza la tesis de si no hablar de una personalidad alcohólica propiamente dicha, sí de una conjunción de rasgos de personalidad que comparten muchos alcohólicos.

La diferencia entre personalidad alcohólica y constelación o conjunción de rasgos de personalidad entre los alcohólicos estriba en que la constelación de rasgos es el basamento psicológico sobre el cual un sujeto puede desarrollar o no su adicción a la bebida. Es decir, que no todos los sujetos con estos rasgos en común pasivos, agresivos, dependientes, manipuladores, inseguros, con un yo débil y con poca o nula capacidad de planeación y sobre-

todo de realización, son alcohólicos o se convierten en alcohólicos.

Y hablar de una personalidad alcohólica es tanto como decir que todo aquel sujeto que la posea, es o será alcohólico necesariamente.

Así, y acorde con Gamboa (1978), se plantea que si no hay modificación de los rasgos de personalidad comunes en los alcohólicos, éstos serán muy vulnerables a las recaídas, aún cuando logren cambiar aspectos de su conducta y abandonen su hábito alcohólico.

"los tratamientos sintomáticos o que sólo se dirigen a combatir el hábito alcohólico en sí, son inútiles a largo plazo en la gran mayoría de los casos, porque no atacan la base del alcoholismo; en sus principales rasgos de personalidad. Esto se ve confirmado por el alto número de recaídas de alcohólicos que una o más veces han dejado de ingerir alcohol". (2)

El alcoholismo como suicidio indirecto o inconsciente.

Portavoz de la proposición teórica del alcoholismo como suicidio indirecto es Enrique Rojas (1978). Indica que el sujeto no se atreve a quitarse la vida directamente, optando por una forma indirecta al tomar alcohol. El alcoholismo, aunque no se exprese claramente en la conciencia del sujeto de manera propositiva se convierte en un medio de autoagresión que lo llevará a la muerte. Esta interpretación psiquiátrica que se le da al suicidio en el marco del alcoholismo se apoya en concepciones psicoanalíticas que sostienen que la raíz del alcoholismo se encuentra en la agresividad y las tendencias autodestructivas producto de intensos sentimientos de culpa que lleven al alcohólico al autocastigo.

En este trabajo se propone una explicación alternativa. En el plano psicológico el alcohol produce efectos desinhibitorios, ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos, esto es combate la depresión. El alcohol parece como si desempeñara un papel pseudocompensador de una disarmonía ca-

racterial. Cuando existe inseguridad y desconfianza en cuanto a las propias capacidades para relacionarse con los demás (en el plano afectivo, laboral, etc.) el alcohol contrarresta los miedos al rechazo del medio.

Concretamente, por sus efectos, el alcohol es un medio a través del cual el individuo busca hacerse de recursos para enfrentar (o soportar) un mundo -- que percibe hostil, amenazante, sin significado existencial, etc.

Desde esta perspectiva el alcohol lleva a la sobrevivencia no a la autodestrucción. Evidentemente este planteamiento resulta aparentemente contradictorio, ya que el alcohol a la larga produce la destrucción del organismo.

Merece la pena reflexionar al respecto antes de pasar a elaborar una tentativa de explicación de esta paradoja. Algunas de las formas de manifestación de la vida cotidiana se encuentran matizadas por comportamientos contradictorios, es decir que conllevan en sí mismos autoagresión, por ejemplo el fumar.

La contradicción aparente se explica porque el mundo afectivo se experimenta como independiente del organismo, como entidad separada de lo orgánico, resultando de esto que la dimensión afectiva cobra mayor importancia en de trimento de la dimensión física.

Y así aunque biológicamente el sujeto se va destruyendo, psicológicamente encuentra recursos para sobrellevar su existencia.

En resumen se discrepa con la tesis del suicidio indirecto como una explicación globalizadora del alcoholismo, proponiendo una hipótesis alternativa: que el alcoholismo lleva a la sobrevivencia (en el plano psicológico) no a la autodestrucción. Será objetivo de próximos estudios el contrastar dicha hipótesis. Concluyendo que con esta visión alternativa se abren nuevos horizontes en la investigación del suicidio en los alcohólicos.

DEPRESION Y SUICIDIO

Retomando los planteamientos que se mencionan en el apartado del suicidio - en los alcohólicos desde el punto de vista psiquiátrico se destaca lo siguiente:

Considerando que el alcohol permite al sujeto "mantener un equilibrio existencial" (3); al someterse a una cura de deshabitación aparece un claro - cuadro depresivo con ideas definidas de suicidio. Suceso que se explica - porque el sujeto al perder el elemento de equilibrio existencial, se ve -- empujado a enfrentar su mundo con sus propias fuerzas, sin ese recurso artificial que le permite obtener algo que no sabe o no puede obtenerse de - sí mismo.

Con lo que se refuerza la idea expuesta páginas anteriores, que los tratamientos que sólo se dirigen a combatir el hábito alcohólico o los síntomas, son inútiles a largo plazo debido a no inciden en los rasgos de personalidad que son base del alcoholismo.

Esto no descarta la existencia de las otras situaciones en que los alcohólicos pueden cometer suicidio: a) los suicidios que ocurren durante el delirium tremens o cuadros parecidos. b) Cuando el sujeto toma alcohol para llevar a cabo el acto suicida. C) Los casos de alcohólicos crónicos que -- han meditado largamente la idea suicida y en un momento dado, bajo una depresión llevan a cabo esta determinación.

Esto habla entonces de que el alcoholismo no es en modo alguno, un medio que permita al individuo enfrentar los problemas de su personalidad. Ocurriendo algo similar que con los tratamientos sintomáticos, es decir, el alcohol provee recursos de sobrevivencia pero deja intacto la raíz del - conflicto psicológico del sujeto.

Es como si el alcohólico estuviese al borde de un precipicio y no encontrase la manera de alejarse definitivamente de dicho precipicio.

En este sentido la depresión aunada al alcoholismo representa un riesgo ma yor de suicidio.

NOTAS:

- (1) Farberow y Shneiman, en Heman Contreras, Arturo. Percepción Semántica y contenido del Pensamiento en Sujetos con Intentos de Suicidio. México: Tesis Maestría UNAM, 1987, pp. V, VI.
- (2) Gamboa Magaña, op. cit., p. 122.
- (3) Rojas, op. cit., p. 268.

CAPITULO 9

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones más relevantes tiene que ver con el tipo de muestra.

El muestreo fue no probabilístico lo que puede estar representando una -- fuente de sesgo en los resultados y ser ésta la razón por la que la hipótesis alterna fue rechazada a un nivel 0.05 de significancia. Por lo tanto, se espera que próximas investigaciones tomen en consideración los productos de este estudio y se realicen con muestras representativas o con estudios de caso, o ambos.

Otra limitación es que no se distinguió en la presente tesis entre sujetos alcohólicos con sólo pensamientos suicidas y sujetos alcohólicos con intentos del mismo. La variable tendencias suicidas comprende a sujetos con ideación suicida y/o intentos suicidas. Por lo que no es posible suscribir alguna observación que indique si la relación entre depresión y pensamiento suicida es diferente a la relación entre depresión e intentos suicidas, en sujetos alcohólicos.

Diferencias que se han obtenido en otras investigaciones (Arturo Heman Contreras, 1987). Si bien no se encaminó su investigación al intento de suicidio en la población alcohólica, sus datos mostraron que el grupo de sujetos estudiados con sólo ideación suicida presentaron mayor intensidad de depresión que el grupo de intentos suicidas.

Por lo que se plantea que en próximas investigaciones, revestiría importancia (de acuerdo a los objetivos del investigador, a su perspectiva teórica y a sus lucubraciones emanadas de dicha perspectiva) discriminar entre sujetos alcohólicos con ideación suicida (sin intentos) y sujetos alcohólicos con intentos de suicidio.

Asimismo se propone que para profundizar en el estudio de la depresión y -

el suicidio en los alcohólicos se distinguen los diferentes tipos de alcoholismo.

Las características psicológicas de los sujetos que decidieron no participar, entre ellos las mujeres, pueden estar influyendo en los resultados -- obtenidos en esta investigación, por lo que se recomienda tomar en cuenta esta limitación para posteriores investigaciones.

NOTAS:

- (1) Davison G., Gerad y Neale, Joan M. Psicología de la Conducta Anormal. México: Editorial Limusa, 1980, p. 290.
- (2) Madden, op. cit., p. 32.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ampudio Rueda, J. Consideraciones Psicológicas Observadas en Mujeres Alcohólicas. México: Tesis Profesional UNAM, 1977.
2. Aranda Carbajal, A. Investigación de la Escala De alcoholismo en el MMPI. México: Tesis Profesional UNAM, 1974.
3. Avendaño González, C. La Terapia de la Conducta en el Tratamiento de la Depresión. México: Tesis Profesional UNAM, 1984.
4. Balsasso y Lara (1974) El Suicidio en México. Revista de Neurología. VII (3) Julio.
5. Batalla Mancera, F. Desarrollo de la Escala Adicional de Alcoholismo en el MMPI. México: Tesis Profesional UNAM, 1982.
6. Blalock, H. M. Estadística Social. México: Ediciones del Fondo de Cultura Económica, 1960.
7. Bernal Sahagún, Víctor. El alcoholismo en México. México: Editorial - Nuestro Tiempo, 1985.
8. Cabildo, A. H. M. El Suicidio como Problema de Salud Mental. Salud Pública de México. (3) mayo-junio, 1966.
9. Davison G., Gerald y Neale, Joan M. Psicología de la Conducta Anormal México: Limusa, 1980.
10. Durkheim, Emilio. El suicidio. México: Premiá Editores, 1986.
11. Estruch, J. Los Suicidios. Barcelona: Editorial Herder, 1982.
12. Freud, S. Esquema del Psicoanálisis. Barcelona: Paidós, 1986.

13. Freud, S. Introducción al Psicoanálisis. Madrid: Alianza, 1966.
14. Gamboa Magaña, Rosa María. El perfil Psicológico del Alcohólico, mediante el MMPI. México: Tesis Profesional, UNAM, 1978.
15. Giraldo Giraldo, A. Perfil Psicológico registro con el MMPI en sujetos con intentos de suicidio. México: Tesis Doctorado UNAM, 1988.
16. Granillo Ramírez, Elias. La relación Alcoholismo-depresión en Alcohólicos en Función de su Permanencia en A.A. México: Tesis Profesional. UNAM, 1983.
17. Heman Contreras, A. Percepción Semántica y Contenido del Pensamiento en Sujetos con Intento de Suicidio. México: Tesis Maestría UNAM, 1987.
18. Hendin, H. El Suicidio en Escandinavia, Estudio Psicoanalítico de la Cultura y el Carácter. Barcelona: Ariel, 1964.
19. Madden, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia. México: Editorial El - Manual Moderno, 1986.
20. Molina Piñeiro, V. El Alcoholismo en México. México: Sociedad Mexicana de Geografía y Fundación de Investigaciones Sociales, 1983.
21. Núñez, R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México: El Manual Moderno, 1979.
22. Núñez, R. Pruebas Psicométricas de la Personalidad. Manual Práctico - del MMPI. México: Trillas, 1987.
23. Page D. J. Manual de Psicopatología. Barcelona: Paidós, 1982.
24. Patiño, A. Los Valores que están Implícitos en la Ingestión de Alcohol. México: Reporte de Investigación Psicología ENEP Zaragoza UNAM, 1982.

25. Peña Alvaro González, G. El Suicidio: Análisis Comparativo de los Enfoques Psicoanalítico, Psiquiátrico y Sociológico. México: Tesis Profesional UNAM, 1986.
26. Pick, S. Como Investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas, 1986.
27. Poldinger, W. La Tendencia al Suicidio. Madrid: Editorial Morata, 1969.
28. Rivera Jiménez, O. Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI. México: Diana, 1987.
29. Rodríguez Salas de Gomezgil, M. L. Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana. México: UNAM:, 1974.
30. Rojas, E. Estudios sobre el Suicidio. Barcelona: Salvat Editores, 1984.
31. Siegel, S. Estadística no Paramétrica. México: Trillas, 1986.
32. Somarriba Rocha, L. Estudio Comparativo de Rasgos de Personalidad entre dos Grupos de Pacientes Alcohólicos. México: UNAM, 1978.
33. Stengel, E. Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Buenos Aires: Ediciones Hormé, 1964.
34. Vallejo Nájera, J.A. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1981.
35. Velasco Díaz, L. Culpa y Autodestrucción en un Grupo de Alcohólicos. México: Tesis Profesional UNAM, 1984.
36. Velasco Fernández, R. Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. México: Trillas, 1987.
37. Velasco Ibarra S. Metapsicología del Suicidio. México: Tesis Profesional UNAM, 1966.