



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



Estudio Comparativo de Rasgos de Personalidad  
entre dos Grupos de Pacientes Alcoholicos.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :  
**LAURA SOMARRIBA ROCHA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A MIS PADRES:

JORGE L. SOMARRIBA CHACON

MARGARITA R. DE SOMARRIBA

A MIS HERMANOS:

MARGOT

JORGE

ROSARIO

1586

CON AGRADECIMIENTO A LA MAESTRA  
EMILIA LUCIO POR SU VALIOSA  
AYUDA Y DIRECCION EN LA ELABORA-  
CION DE ESTA TESIS.

AGRADEZCO A LA MAESTRA DOLORES  
MERCADO POR SU AYUDA.

MI AGRADECIMIENTO TAMBIEN A LOS  
DRS. FELIPE RAMON ROIZ Y JOSE  
LEY CHAVEZ POR LA AYUDA Y FACI-  
LIDADES PRESTADAS PARA DESARRO-  
LLAR ESTE TRABAJO EN EL CENTRO  
DE REHABILITACION DE ALCOHOLI -  
COS DE LA S. S. A. DE LA CIUDAD  
DE MEXICO.

FINALMENTE QUIERO AGRADECER A  
LOS PACIENTES DEL CENTRO DE RE-  
HABILITACION DE ALCOHOLICOS SU  
COLABORACION DESINTERESADA.

# I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO I</u>	
Antecedentes	5
<u>CAPITULO II</u>	
Metodología	
a) Objeto de la Investigación	47
b) Hipótesis de la Investigación	49
c) Método	54
d) Sujetos	60
e) Material	61
f) Manejo Estadístico de los Datos	74
<u>CAPITULO III</u>	
Resultados	78
<u>CAPITULO IV</u>	
Conclusiones	86
Sumario	91
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	93

## I N T R O D U C C I O N

El concepto de "Alcoholismo", como una enfermedad, fué formulado por primera vez por Benjamín Rush (1784), quién lo consideró como una enfermedad del cuerpo, una perversidad del alma y una corrupción de la moralidad atribuidos a predisposiciones y condiciones ambientales.

En el Seminario Latinoamericano sobre alcoholismo celebrado en Chile por la Organización Mundial de Salud (OMS), proponen al alcoholismo como un trastorno crónico de la conducta que se caracteriza por la dependencia física, psicológica y social hacia el alcohol expresado a través de dos síntomas: Incapacidad de abstener la ingestión de alcohol una vez iniciada e incapacidad de abstenerse definitivamente de beberlo.

Al mismo tiempo definen al alcohólico como aquel bebedor excesivo cuya dependencia hacia el alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones interpersonales y en su adecuado funcionamiento social y económico.

El origen de la enfermedad alcohólica está comprobado definitivamente como una manifestación psiquiátrica en donde se aceptan como algunas características más importantes de su personalidad el ser sexual y emocionalmente inmaduro, incapaz de sentir afecto por los demás y de afrontar situaciones o tensiones frustran

tes; aislados, dependientes, pobremente integrados y con grandes sentimientos de culpa.

Sabiendo que el alcoholismo es una enfermedad mortal surge la pregunta de qué motiva al enfermo para ingerir bebidas alcohólicas abandonando un tratamiento aceptado e iniciado.

En este estudio se buscaron características de personalidad que nos aportarán algún valor pronóstico entre los pacientes que llevaron con éxito su tratamiento y aquellos que fracasaron durante el mismo, planteándonos además, la posibilidad de cambios en el plan rehabilitatorio, ya que del alcohólico recaído al rehabilitado existen importantes diferencias sociales, económicas y afectivas.

En algunas investigaciones llevadas a cabo con pacientes en tratamiento se ha encontrado que existen algunos factores negativos para el éxito o el fracaso del mismo, tales como el status socio económico-cultural y trastornos psicopatológicos. Hasta ahora existen pocos antecedentes de estudios realizados con pruebas de personalidad en pacientes rehabilitados y no rehabilitados.

Es muy importante mencionar que el tratamiento y la rehabilitación son procesos difíciles de separar uno de otro. Anteriormente la desintoxicación era solo un aspecto del tratamiento y esta era la etapa menos difícil y la más rápida del mismo, sin embargo, frecuentemente el tratamiento culmina con este proceso.

\* Otras medidas terapéuticas son necesarias para la recuperación completa del alcohólico y su reintegración a una vida libre de la dependencia del alcohol. Actualmente no existe un tratamiento 100% efectivo, pero se sabe que muchos alcohólicos pueden ser ayudados, utilizando varias estrategias terapéuticas. Algunos pacientes tienen más éxito con un tipo de programas y otros con otro, por ejemplo hay alcohólicos solos sin familia y desempleados en donde el internamiento es el tratamiento más efectivo para ellos, y pacientes donde la estructura familiar es más fuerte y se trata de mantener al individuo dentro de su contexto familiar y de resolver la problemática junto con su familia. También existen otros pacientes que a pesar de la estrategia programada no pueden llegar a un período prolongado de abstinencia.

Basándonos en esto, el propósito fundamental que nos lleva a esta investigación es ver la influencia que pudiera tener la personalidad del paciente para lograr el éxito o fracaso dentro de un programa de tratamiento.

Dado que el problema del alcoholismo en México cada día va ascendiendo considerablemente ocupando actualmente el 8° lugar por su alta tasa de alcohólicos en todo el mundo, considero importante investigar a fondo los factores causales del éxito o fracaso de un tratamiento y ya conociendo, estos obtener un mayor control para prevenir y atacar esta enfermedad.

Con el objeto de obtener datos en este sentido se hizo una evaluación psicológica a través del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI; en dos grupos de pacientes alcohólicos.

El presente trabajo fué realizado en el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos dependiente de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con el propósito de investigar el problema.

Los datos obtenidos son observaciones y no conclusiones generalizables al alcohólico, sino a una población específica y los cuales considero pueden ser un punto de partida para mayores investigaciones que nos lleven a los factores causales del éxito o fracaso en el tratamiento del paciente alcohólico que actualmente es un grave problema de "Salud Pública".

## C A P I T U L O I

### ANTECEDENTES.-

El alcoholismo ha sido a través de la historia del hombre un problema de "Salud Pública" ante el cual las distintas comunidades han adoptado diferentes actitudes y medidas en su contra, desde rígidas y severas hasta el establecimiento de normas moderadas. El pensamiento mágico, religioso y moralista han sido los enfoques que han predominado hacia el alcoholismo.

La historia de las bebidas alcohólicas y el alcoholismo en México (32) es muy amplia, se remonta a la época precortesiana con el descubrimiento del pulque; predominando el uso del mismo durante la colonia y los tiempos modernos, participando junto con numerosas bebidas alcohólicas en todos los eventos sociales.

La bebida embriagante de mayor consumo entre los indios prehispánicos fué el octli o pulque, jugo del metl o maguey, que los antiguos pobladores cultivaban esmeradamente. El metl fué para los primitivos habitantes del Valle de México de una gran utilidad por los productos que de él obtenían, de manera que el interés que los indios demostraban por este producto no era solo su embriagante jugo, sino por la importancia económica que ofrecía al primitivo género de vida de aquella sociedad.

La antigua historia de México nos refiere la tenaz persecución

que se hacía del alcohólico y las penas que se le imponían a los que tal vicio protegían.

Todas las clases rechazaban a los alcohólicos y como el rechazo no era suficiente para enmendarlos, los soberanos les aconsejaban y amenazaban. Existían severas restricciones que variaban según la edad, posición social y religiosa.

A los jóvenes mancebos borrachos se les castigaba públicamente dándoles de palos hasta matarlos; para los adultos el castigo era mayor cuanto más importante era la culpa; se les rapaba la cabeza o se les encarcelaba si era plebeyo, pero si era noble se le castigaba con la muerte.

Los ancianos podían beber sin restricciones especialmente en fiestas tales como bautizos. Los antiguos mexicanos solo permitían el placer de la bebida a aquellos cuya vida activa había terminado.

En el siglo XIV (15) el paso de la fermentación a la destilación permitió incrementar la producción de bebidas alcohólicas con mayor concentración de etanol, aumentando las posibilidades de alcoholismo.

Actualmente en la región de los indios Chamulas todos los pobladores toman, a los niños se les habitúa al aguardiente desde la primera infancia. Existen niños de 10 años que son alcohólicos confirmados, no existiendo castigo para ellos.

Situación Actual.- En el Seminario Latinoamericano sobre alcoholismo celebrado en Viña del Mar, Chile por la Organización Mundial de Salud (OMS) (32), México ocupó el segundo lugar de los países estudiados por su alta tasa de alcoholismo, basado en las defunciones por Cirrosis Hepática.

Se han tomado como indicadores de los daños producidos por el alcoholismo: la mortalidad por Cirrosis Hepática por alcoholismo, psicosis alcohólica y alcoholismo como intoxicación aguda.

En 1967 la tasa de defunciones atribuibles al alcohol fué de 19.42 por cada 100,000 habitantes siendo para 1971 de 20.49 (9) estos valores nos representan un incremento de 0.91. De 1967 a 1975 (15) la Cirrosis Hepática se ha mantenido dentro de las 10 principales causas de defunciones ocupando el noveno y decimo lugar atribuyéndole el 32.15% al alcohol.

Se ha calculado que el 32% de los suicidios se comenten en estado de ebriedad y el 30% de atropellamientos son producidos por conductores que manejan en estado de embriaguez. El período anual de defunciones atribuibles al alcohol es de 54.57%.

Según datos proporcionados por la Dirección de Educación Higiénica en 1970 (15) hubieron 33,321 defunciones por accidentes de tránsito y hechos de sangre en donde el 70% se atribuye directamente al alcohol, lo que significa que en un año murieron

23,325 mexicanos en choques, volcamientos, riñas, suicidios y atropellamientos con la presencia del alcohol.

En una investigación llevada a cabo en el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de la S. S. A. con la población correspondiente a pacientes atendidos en 1974 (32) se encontraron los siguientes resultados: 681 casos pertenecían al sexo masculino (94.3%) y 41 al sexo femenino (5.7%). La mayoría era mayor de 39 años de edad (57.6%); 39 eran analfabetas, 267 terminaron primaria, 72 parte de secundaria, 24 la terminaron, 32 presentaron estudios superiores y 31 cursos especiales; 391 casos desarrollaban actividades productivas, 89 las realizaban eventualmente y 235 no trabajaban; en actividades de servicio se encontraron 163 casos, 78 eran comerciantes y 76 empleados.

En otra investigación llevada a cabo en el mismo Centro con 3802 expedientes encontraron que: el 94.44% de la población son hombres y el 5.41% mujeres. El mayor porcentaje de los pacientes se encuentra entre los 35 y 39 años de edad y el 86.11% son menores de 50 años; el 76.28% de los pacientes ingirieron por primera vez algún tipo de bebida alcohólica antes de los 20 años y el 88.51% antes de los 24 años; al 50.97% de los casos se les detectó dependencia antes de los 25 años de edad; el 3.8% de la población era analfabeta, el 53.96% hizo algunos estudios de primaria y el resto había tenido otro tipo de estudios y que el 65.30% de la población son artesanos, obreros y empleados (32).

Es de suma importancia tomar en cuenta las repercusiones socio-económicas que causa el alcoholismo, se calcula que en 1972 se gastaron 2,000 millones de pesos por ausentismo laboral. Las estadísticas proporcionadas por el Dr. Velasco Fernández indican un promedio de 625 trabajadores que no asisten un día de la semana a sus centros de trabajo por el consumo de alcohol. A causa de accidentes de tránsito ocasionados por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas se gastaron 314 millones de pesos.

De 1971 a 1975 se ha acentuado el problema del alcoholismo en virtud del crecimiento de la población y el incremento per cápita en el consumo de bebidas alcohólicas.

Según datos oficiales en 1971 la producción anual de bebidas (32) fué de: cerveza 1,197'148,000 litros; pulque 240'091,795 litros; tequila 25'256,104 litros; aguardiente de uva 16'000,000 litros; aguardiente de caña 24'000,000 litros, vinos de uva no destilados 2'000,000 litros.

Tomando en cuenta la producción de bebidas alcohólicas dadas anteriormente la cantidad de litros consumida per cápita para la población mayor de 15 años de edad es de : cerveza 48.7 lts. al año; pulque 9.8 lts. al año; tequila 1.0 lts. al año; aguardiente de uva 0.6 lts. al año; aguardiente de caña 0.9 lts. al año; aguardiente de uva no destilada 0.1 lts. al año.

Según datos proporcionados por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio y la Dirección General de Rehabilitación de la S. S. A. (32) para 1980 habrá casi 900,000 inválidos por alcohol, sin considerar a los bebedores excesivos ni a los alcohólicos que aún no llegan a la invalidez.

Definiciones sobre alcoholismo.- Se han dado diferentes definiciones sobre alcoholismo porque es difícil determinar o definir los límites hasta donde una persona bebe normalmente y cuando deja de hacerlo para ser considerado un alcohólico. Es importante tomar en cuenta las circunstancias individuales, los factores físicos, psicológicos y sociales. No todos los sujetos tienen la misma resistencia a las bebidas alcohólicas ya que la naturaleza del cuerpo, la salud mental, la personalidad integrada o no y la alimentación, son factores que aumentan o disminuyen la tolerancia hacia el alcohol en diferentes grados (26).

La causa de que el consumo del alcohol se haya convertido en una característica prominente del intercambio social está en que las personas tímidas e inhibidas se hacen más sociables (26).

El alcohol actúa como depresor de las funciones psíquicas influyendo principalmente sobre el aprendizaje, memoria o el tiempo de reacción. El cambio más característico de la personalidad -

bajo los efectos del alcohol es la disminución de las inhibiciones, produciendo una pérdida de control tanto sobre el mundo exterior como interior (45).

El concepto de alcoholismo como una enfermedad fué formulado por Benjamín Rush en 1784 (13) considerando al alcoholismo como una enfermedad del cuerpo, una perversidad del alma y una corrupción de la moralidad atribuidos a predisposiciones y condiciones ambientales. *está en la pp. 1 también*

Keller (21) define al alcoholismo como "una enfermedad crónica psicósomática la cual se manifiesta así mismo como un desorden de la conducta, caracterizado por ingerir repetidamente bebidas alcohólicas en un grado que excede al uso dietético aceptado por las costumbres sociales de la comunidad y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo".

Desde el punto de vista neurofisiopatológico el Dr. Juan Marconi define al alcoholismo como "una enfermedad crónica caracterizada por un desorden fundamental del Sistema Nervioso Central el cual se manifiesta en un grupo de síntomas y señales que le dan un carácter imperioso al deseo irresistible de ingerir alcohol". La enfermedad se manifiesta por estados primarios y secundarios de dependencia física hacia el alcohol, la patología persiste una vez que la molestia funcional del Sistema

Nervioso Central queda establecida, persistiendo crónicamente aún cuando el individuo deje de beber por mucho tiempo. Ya - que el solo volver a tomar un trago restablece los síntomas indicativos de esta dependencia física (3).

Jorge Valles (42) menciona que la necesidad por el alcohol nace en el hipotálamo el cual al lesionarse ya no se recupera por lo que el alcohólico no podrá volver a tomar en una forma moderada u ocasional (1969).

Erich Fromm y Michael Maccoby en su libro "Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano" (9) consideran 4 tipos de vulnerabilidades las cuales aumentan la probabilidad de beber en exceso: culturales; psicológicas (rasgos de carácter que predisponen al individuo a la ingestión de bebidas alcohólicas tales como receptividad, fijación en la etapa oral, narcisismo, agresividad, sadismo); psicosociales y económicas.

La definición adaptada durante el Seminario Latinoamericano sobre el Alcoholismo celebrado en Chile por la O. M. S. proponen al alcoholismo como "un trastorno crónico de la conducta que - se caracteriza por la dependencia física, psicológica y social hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas:

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

El mismo Comité define al alcohólico como aquel bebedor excesivo cuya dependencia hacia el alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones interpersonales y en su adecuado funcionamiento social y económico.

Considera al bebedor excesivo como "cualquier forma de ingerir bebidas alcohólicas que por su intensidad sobrepasa los límites tradicionales o patrones sociales establecidos para este tipo de ingesta" (15).

El Dr. Jellinek (13) define al alcoholismo como "cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier tipo de daño al individuo y/o a la sociedad". El partió de la noción básica de daño o lesión provocado por el uso del etanol. Afirma que si una lesión orgánica o una anomalía fisiológica puede inducir a una forma anómala de ingestión de alcohol, esta última debe ser considerada como un proceso patológico" (17).

Jellinek nos dá una clasificación de alcoholismo la cual fué adaptada para Latinoamérica en el Seminario Latinoamericano sobre alcoholismo celebrado en Chile en 1960 (32) siendo la siguiente:

a) Abstinencia de Alcohol.

Es la ausencia absoluta del consumo del alcohol o ingestión de una cantidad moderada de bebidas alcohólicas en situaciones excepcionales, no más de 5 veces al año y sin

llegar nunca a la embriaguez.

b) Consumo Moderado de Alcohol.

El consumo habitual es menor a 100 ml. de alcohol absoluto por día y/o la presencia de menos de 12 estados de embriaguez al año.

c) Consumo Excesivo de Alcohol.

Es el consumo habitual a causa de dependencia psicopatológica y/o sociocultural de más de 100 ml. de alcohol absoluto (más de 1 litro de vino, más de 2 litros de cerveza, más de 1/4 de litro de coñac, whisky, vodka, tequila, etc.) al día y/o la presencia de más de 12 estados de embriaguez al año.

d) Alcoholismo.

Se caracteriza por la dependencia patológica hacia el etanol, dicha dependencia se manifiesta por la imposibilidad de detenerse o abstenerse en la ingesta de bebidas alcohólicas.

Es importante señalar que la intoxicación alcohólica es un estado en el cual la coordinación motora y el lenguaje oral están francamente deteriorados al igual que la conducta (45).

Hay que considerar la diferencia entre la embriaguez y el beber excesivamente durante un largo período. El alcohólico tiene serios problemas en su vida por su frecuente embriaguez o en conexión con ella y no puede dejar de hacerlo aunque quiera y lo intente.

La finalidad de una clasificación de alcohólicos es poder separar a los sujetos que padecen tal enfermedad y poder diferenciar unos de otros tomando como puntos de referencia las características más comunes y notables. Ya que no solo los bebedores compulsivos requieren atención sino que deben de considerarse también a otros que son alcohólicos y requieren tratamiento.

La O.M.S. tomando en cuenta los dos síntomas fundamentales del alcoholismo menciona dos formas clínicas (34):

a) Alcoholismo Intermitente.

Una vez que el individuo ha tomado la primera copa no puede detener la ingestión. Pero podrá pasar algún tiempo sin beberlo.

b) Alcoholismo Inveterado o Continuo.

Hay una incapacidad para abstenerse de beber alcohol, sin posibilidad de dejar de tomarlo. En esta etapa puede presentarse síndrome de abstinencia.

Jellinek (18) considera que existe una progresión gradual entre los síntomas del alcoholismo por lo que propone 4 fases básicas:

1a. Prealcohólica u Oculta.

Pertenece a esta categoría el bebedor social que bebe en las reuniones inducido por simples motivos sociales. Las características principales de esta fase son:

- Alivio ocasional por medio de la bebida.
- Alivio constante de las tensiones por medio de la bebida.

-- Aumento de la tolerancia al alcohol.

El alcoholico tiene una sensación de que el alcohol le procura un alivio a sus tensiones. La bebida le alivia de 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. -  
En esta fase se observan cambios significativos desde el -  
punto de vista físico y psicológico.

2a. Prodromica o Primaria.

Esta etapa se caracteriza por la presencia de polimpestos o amnesia alcoholica, que se presenta por una deficiente utilización del oxígeno debido a la acción del toxico -  
(alcohol). El individuo puede sostener razonablemente una conversación y efectuar una serie de actos complicados aunque después se olvide por completo de ellos.

Junto con la amnesia alcohólica aparecen en esta fase cambios de conducta del bebedor cuando este toma conciencia de su necesidad de alcohol. Empieza a preocuparse por -  
evitar que su dependencia se haga evidente para el medio social al cual pertenece .

El sujeto se preocupa demasiado para que haya suficiente -

bebida, cuando el empieza a analizar estas situaciones experimenta sentimientos de culpa por lo cual omite hablar de la bebida ya que tiene miedo de ser rechazado por la sociedad. Llegando a esta fase el bebedor es incapaz ya de beber con moderación, pudiendo llegar a convertirse en alcohólico.

Para la recuperación de estos enfermos es necesario la ausencia total, en caso de no suceder aparece la pérdida de control hacia la bebida.

3a. Básica o Decisiva.

En esta etapa se presenta una pérdida de control sobre la bebida. Al tomar la primera copa el sujeto pierde su resistencia hacia el alcohol y no puede dejar de beber o controlar la cantidad de alcohol llegando hasta la intoxicación, una vez que se presenta esta puede abstenerse de beber voluntariamente durante períodos variables.

Se presenta una racionalización hacia la bebida, considerando que todavía puede manejar la situación, busca y encuentra explicaciones para convencerse que no ha perdido el control sobre la bebida; se vuelve contra la depresión y contra los reproches de quienes le rodean.

Presentandose períodos de abstinencia completa, intentos de cambio en la manera de beber, alejamiento de los amigos, re-

nuncia de los empleos ya que se siente rechazado y se aísla del medio por sentirlo hostil, siendo la bebida el centro de sus actividades, perdiendo el interés por el mundo exterior; en esta etapa existe una actitud de compasión hacia sí mismo y una desorganización física y psíquica, bebiendo con mayor intensidad. En este período sostiene todavía una lucha por defender su prestigio social, cumpliendo medianamente con su trabajo y reaccionando precariamente con la integración familiar.

El individuo cae en un proceso de decadencia que puede durar varios años; al final de esta etapa el sujeto ya empieza a beber desde que se levanta despreocupándose por completo de la comida; esta conducta indica el límite entre la fase básica y crónica.

#### 4a. Crónica.

En esta etapa la necesidad de tomar tiene un carácter obsesivo e impulsivo, y se puede realizar cualquier acto con tal de conseguir su objetivo llegando a beber cualquier cosa que lo contenga. Aquí se observa un menoscabo de las facultades mentales, con trastornos en el pensamiento, temblores persistentes y con una disminución en la tolerancia hacia el alcohol que puede llevarlo a un estado de estupor. En esta etapa puede presentarse "Síndrome de abstinencia".

### Investigaciones Anteriores.-

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, aunque éstos pacientes son distinguidos de otros desórdenes clínicos.

Por ejemplo Mc Cord, Mc Cord y Gudeman (1960) refieren al alcohólico como agresivo, dependiente, frecuentemente en conflicto con su familia y apartado con frecuencia de la sociedad.

En un estudio longitudinal de Stein, Rozytko & Pugh (1971) sobre el paciente prealcohólico refieren a éste como ansioso, agresivo y confundido sobre el papel personal que está jugando.

Catanzaro (1967) presenta al alcohólico con baja tolerancia a la frustración, ideas de grandeza, ansiedad, sentimientos de culpa, perfeccionismo, inmadurez, dificultad con la autoridad, confusión sobre el papel sexual, pobre modulación del enojo, dependencia excesiva, poco respeto a sí mismo y con tendencias al aislamiento.

Gross (1971) refiere al alcohólico como inseguro, aprehensivo, sospechoso e inestable.

Ralph E Tarter (39) llevó a cabo una investigación la cual tenía primordialmente dos objetivos: Determinar si los hombres

alcohólicos diferían de los normales en un test objetivo de personalidad y evaluar la relación entre los desórdenes de personalidad y el tiempo de inicio de abuso hacia el alcohol.

Para estos fines fueron estudiados 48 hombres alcohólicos y 24 hombres normales a los cuales se les aplicó el Inventario Psicológico California.

Por medio de el test antes mencionado se encontró que los alcohólicos calificaron significativamente más bajo que los normales en las escalas de socialización y control de sí mismos.

El grupo de alcohólicos fué dividido en dos subgrupos: uno formado por lo alcohólicos que habían presentado un temprano impulso hacia la bebida y el segundo grupo formado por pacientes alcohólicos que habían presentado un tardío impulso hacia la bebida.

Se encontró que los dos grupos calificaron significativamente más bajo que los normales en la escala de socialización, mientras los dos grupos de alcohólicos no difirieron uno de otro en esta escala. Los bebedores que habían presentado un temprano impulso hacia la bebida obtuvieron calificaciones más altas que el grupo de bebedores tardíos y que el grupo control en la escala de flexibilidad, mientras que los dos últimos grupos no difirieron uno de otro. El bebedor temprano obtuvo más altas calificaciones que el bebedor tardío en las escalas de presión

social y logro por la via de independencia.

Al comparar el grupo control con el de bebedores tempranos, este último se presentó con calificaciones bajas en socialización, mostrándose también más flexible.

De acuerdo a los resultados obtenidos Ralph E Tarter concluye - que los bebedores con un impulso tardío hacia la bebida se encuentran más perturbados, presentando poco control de sí mismos, poca sociabilidad y aparentemente son más maduros.

Los bebedores con un temprano impulso hacia la bebida, afirman ser más sociables, equilibrados e independientes y con una mayor preocupación acerca de sus placeres personales.

David G. Jansen y Helmut Hoffmann (16) llevaron a cabo un estudio con 30 consejeros en alcoholismo los cuales participaron en un programa de enseñanza de 9 meses, después del cual, fueron nombrados Consejeros en Alcoholismo.

Es de importancia señalar que los Consejeros en Alcoholismo son alcohólicos con un largo período de abstinencia, los cuales han estado en un tratamiento mínimo de 20 años.

Dicha investigación se llevó a cabo por medio del MMPI, comparando las características de personalidad de los consejeros en base a la aplicación de éste instrumento antes y después de la enseñanza, pudiendo así determinar si había algún cambio en la

Personalidad apoyándose en las correlaciones entre los resultados obtenidos durante las dos administraciones.

En este estudio se observaron 3 diferencias significativas entre la preenseñanza y postenseñanza: El promedio de sujetos - fué mayor en la escala F y Ma y menor en la escala L de validez. Además el puntaje varió sobre 60 en K, Hi, Pd, Mf y Ma en ambas pruebas. Y las correlaciones entre las prepruebas y postpruebas presentaron un rango de 0.19 (Hi) a 0.52 (Hs, Pa) con una correlación media de 0.42.

Los asesores en alcoholismo presentaron un puntaje significativamente más alto que los consejeros entrenados (Braws 1961) en las escalas del MMPI, L, Pd, Ma en la preenseñanza, continuando con escalas significativamente mayores tales como Pd y Ma a la terminación de la enseñanza.

En esta investigación Jansen y Hoffmann concluyen que los rasgos de personalidad de los adictos al alcohol son constantes aún después de un período prolongado de abstinencia.

F. William Black y Andrew Heald (2) llevaron a cabo una investigación con el MMPI con el fin de comparar las características de personalidad entre un grupo de alcohólicos y un grupo de drogadictos. 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 ésta la característica típica de ambos.

En esta investigación al comparar alcohólicos con drogadictos encontraron que: La configuración de los perfiles de los dos grupos son similares, presentando una relativa alta elevación en la escala de Depresión en alcohólicos y una elevación en Mf, Pa, Pt, Sc, Ma en los drogadictos.

Hubo diferencias mínimas en la elevación de las escalas del MMPI en los dos grupos en L, Mf y Sc.

El grupo de alcohólicos obtuvo diferencias significativas en Depresión y Psiconourosis, presentando una marcada conducta perturbada y rasgos de conducta psicopática (4,2,9).

Aunque los drogadictos también obtuvieron un perfil de psicopata existe una incidencia en su personalidad mal ajustada y una significativa disfunción emocional, mostrando mala adaptación en sus relaciones interpersonales y sociales, incapacidad de control de impulsos y privación emocional (8,9,4).

Aparentemente los drogadictos presentaron más disturbios psiquiátricos pero las dos muestras no son diferenciadas en un grado significativo al observar su funcionamiento común de personalidad.

En una investigación realizada por Curt Toler (40) con el fin de estudiar los valores personales de dos grupos de hombres:

alcohólicos y adictos con base en el Rokeach Value Survey el cual consta de dos sets de 19 valores encontró que: Existía una diferencia estadística en el grupo de drogadictos en la escala de independencia (es importante notar que éste grupo estaba integrado por veteranos de Vietnam).

Entre los grupos hubo diferencias con respecto a algunos valores tales como un mundo de paz, igualdad, armonía interior, libertad, amor, seguridad nacional, respeto de sí mismo, cordura (valores terminales) y el valor de ser útil (valor instrumental).

Ambos grupos presentaron como valores importantes respeto de sí mismo (valor terminal) y honestidad (valor instrumental), y como valores menos importantes seguridad nacional (valor terminal) e imaginación (valor instrumental).

Debido a que los dos grupos eran similares entre sí, se realizó una comparación con un grupo de la población normal, encontrándose una diferencia total entre ambas muestras.

Los resultados obtenidos por Curt Toler fueron: El grupo normal presentó valores más altos en Metas Sociales (Mundo de paz, igualdad, libertad, seguridad nacional, etc.). Los pacientes adictos se inclinan más a las metas personales (vida exitante, armonía interior, amor maduro, respeto de sí mismo, cordura).

Ralph E. Tarter (38) llevó a cabo una investigación con un grupo de alcohólicos, pacientes psiquiátricos y sujetos normales.

Los objetivos de éste estudio fueron:

- a) Comprobar la validez de los resultados de Sheffer (1963) - quién elaboró una escala de conformidad (Acquiescence) con la cual pretendía medir el segundo gran factor de MMPI con un grupo de hombres alcohólicos y hombres y mujeres psicóticos. Sheffer estableció que los alcohólicos obtendrían un puntaje significativamente mayor que los psicóticos, sin embargo, no se pudo establecer si los alcohólicos difieren de los grupos normales ya que en ésta investigación no se incluyó a un grupo control.
- b) Comparar a un grupo de alcohólicos con un grupo de sujetos normales y un grupo de pacientes psiquiátricos.
- c) Observar la estabilidad de las características de personalidad de pacientes alcohólicos después de un programa de tratamiento de tres meses, en base a la aplicación del MMPI antes y después del mismo.

Se obtuvieron las medias y calificaciones T para comparar estos grupos entre si, encontrando que los puntajes de los alcohólicos son significativamente más altos que los de los pacientes psiquiátricos y normales y que existen diferencias entre estos dos últimos. El grupo alcohólico pareció ser más conformista y las características de personalidad de el paciente alcohólico

co permanecieron inalteradas aún después de un programa de -  
tratamiento, mostrando ésto la estabilidad de las mismas.

Don Spiegel, Patricia A. Hadley y Robert G. Hadley (32) hicie -  
ron un estudio con la finalidad de poder distinguir alcoholí -  
cos de otros grupos de sujetos normales y anormales, utilizan -  
do tres grupos de sujetos: Alcohólicos, pacientes psiquiátri -  
cos y normales.

Los instrumentos empleados para estos fines fueron el MMPI y -  
el SPI (Inventario de Personalidad de Spiegel), los cuales -  
fueron probados en una muestra de 65 alcohólicos, 42 pacien -  
tes psiquiátricos y 73 sujetos normales.

Llegaron a la conclusión de que los alcohólicos refieren mayor  
patología que los sujetos normales y psiquiátricos, siendo es -  
to indicado por las escalas audición mínima, cambio mínimo, -  
inactividad física, experiencia profunda, pensamiento intruso,  
sentimientos de culpa, temor ira, depresión, enajenación, -  
preocupación fantasiosa, malestar físico, miedo, planes futu -  
ros y sensación de deterioro (SPI) y F, D, Pa, Pt, Sc, Si,  
Es (MMPI).

Los alcohólicos calificaron casi tan alto como los pacientes -  
psiquiátricos en visión mínima, olfacción mínima, impulso inacep

table, dependencia, inseguridad social, inadaptación, insatisfacción social, Hs y Hi. Mostraron también más patología que los pacientes psiquiátricos en frustración personal, acción impulsiva, insatisfacción de sí mismo, perturbación sexual, decaimiento de moral Pd y Ma.

De acuerdo a los resultados concluyen que el grupo de sujetos alcohólicos refleja marcada patología presentando tendencias sociopáticas, depresión, insatisfacción de sí mismo, frustración personal, alienación, ira, enojo y ansiedad acerca del control de impulsos.

Muchas investigaciones se han llevado a cabo con diferentes instrumentos para poder clasificar alcohólicos de otros pacientes. Otras han tenido como finalidad el probar la efectividad de algún otro test para medir algunas características específicas de el paciente alcohólico.

Jhon F. Mclachlan (29) estudió a un grupo de 2200 alcohólicos con el Sistema Actuarial de Missouri, que es un sistema para la interpretación de MMPI basado en puntos combinados en claves tipo. Dicho sistema fué derivado de resúmenes interpretativos de 2570 pacientes, siendo alcohólicos uno de cada 3 pacientes estudiados (76%).

La finalidad de ésta investigación fué examinar si la alta

clasificación obtenida podría ser repetida con una muestra exclusivamente de alcohólicos.

Los perfiles obtenidos fueron agrupados conforme a los 17 tipos establecidos por Gyunther, Altman y Sbtten, de las cuales, tres de las claves no fueron obtenidas por el sistema de Missouri (3-4/4-3, 4-5/5-4, 4-6/6-4).

El 71% de la muestra fué clasificado por claves tipo de el MMPI, habiendo mayor proporción de mujeres (75%) clasificables que hombres (70%). La razón clasificable decreció con la edad en los hombres.

Las características más importantes de estos alcohólicos fueron depresión acompañada por Pd, ansiedad, evitación física y rasgos histeroides.

Al comparar la muestra con la de Missouri, Mclachlan encontró que muchos alcohólicos y pacientes psiquiátricos eran del tipo ansioso-depresivo. Los alcohólicos en esta comparación fueron calificados con depresión combinada con Pd y Depresión combinada con rasgos histeroides.

Se presentaron también 5 tipos claves adicionales; la depresión fue la característica predominante, encontrándose Pd combinada con Pt y Mf con Ma, en este tipo de claves se clasificó el 3% de los pacientes lo que hace que la proporción de varones (88%) sea mayor que mujeres (85%).

Un dato importante de señalar es que hubo mayor proporción de hombres que presentan problemas de identificación sexual.

Jhon F. Mclachlan (27) llevó a cabo una investigación con la lista de adjetivos de Múltiple Influencia de Zusterman y Labin, la cual está constituida por 132 adjetivos y cuya finalidad es medir estados psicológicos, principalmente ansiedad, depresión y hostilidad. La investigación fué dirigida a determinar cuales escalas confiables pueden ser obtenidas de una pequeña combinación de 52 adjetivos aplicados éstos a un grupo de hombres y mujeres alcohólicas que eran integrantes de un programa de rehabilitación.

Las escalas clínicas más importantes estudiadas fueron ansiedad y depresión, las cuales fueron correlacionadas con las escalas clínicas del MMPI, el cual fué aplicado durante la admisión al tratamiento.

Los resultados obtenidos fueron: Los coeficientes de correlación fueron 0.88 para depresión y 0.84 para ansiedad, refiriendo ésto una confiabilidad adecuada. Las mujeres alcohólicas fueron más deprimidas y ansiosas que los hombres. Los pacientes de consulta externa e interna no difirieron en ninguna de las dos escalas. La escala de depresión correlacionó en 0.56 con la escala D del MMPI y ansiedad tuvo una correlación de 0.57 con la escala Pt del MMPI y 0.59 con la porción de

Taylor Manifest Anxiety Scale, finalmente se vió que sujetos jóvenes presentaron mayor ansiedad.

Carol F Ruff y Joyce Ayers (33) llevaron a cabo un estudio con el objeto de medir la eficiencia de la escala de Mc Andrew (formada por 49 items) para diferenciar alcohólicos de otros adictos o pacientes psiquiátricos. Ya que ellos sostienen que las escalas 1, 2, 3, 4 del MMPI no diferencian alcohólicos de otros pacientes psiquiátricos.

Esta investigación la llevaron a cabo con una población de 27 hombres alcohólicos, 33 criminales y 57 pacientes psiquiátricos. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Mc Andrew y la escala de Pd del MMPI para determinar la correlación entre una y otra.

Los resultados de los pacientes alcohólicos y pacientes psiquiátricos fueron muy similares en la escala de Mc Andrew 26.44 y 25.97 respectivamente. Las correlaciones entre las dos escalas estudiadas fueron de 0.26 para los alcohólicos; 0.34 para los criminales y 0.29 para los pacientes psiquiátricos. La escala de Mc Andrew solo determinó una dimensión general de la conducta, limitando las entidades del alcoholismo o tendencias adictivas. Además de que la correlación significativa entre las de Mc Andrew y Pd provee evidencias limitadas de los efectos de la conducta exterior.

Thomas S. Manaugh y Edwards M. Scott (23) llevaron a cabo una investigación por medio del Edwards Personal Preference Schedule (EPPS) con el fin de proporcionar más evidencias en la utilidad del EPPS para describir las características de los varones alcohólicos comparándolos con los resultados del Edwards General Adult Sample. En esta comparación encontraron que había altos resultados en la escala de Heterosexualidad y resultados menores en respeto, orden, afiliación y paciencia. Estos resultados pueden ser considerados consistentes en el futuro, afirmando los autores la utilidad de éste instrumento en una población de pacientes alcohólicos.

Jhon F. Mclachlan (28) llevó a cabo una investigación cuyos objetivos eran probar la función discriminativa de Overall (1973) quién por medio de la aplicación del MMPI calculó una función discriminativa para distinguir 100 alcohólicos de 100 adictos a los narcóticos obteniendo un 85% de precisión en su discriminación. La forma como llevó a cabo esto fué a través de examinar como serían afectados estos resultados por la edad, sexo y psicopatología y determinar si la exactitud de la clasificación de Overall podía ser replicada, con una muestra de 2200 alcohólicos (1681 hombres y 519 mujeres).

De acuerdo a los resultados obtenidos los alcohólicos presentaron un perfil típico, encontrando las escalas 2, 4, 8, 7 en las mujeres y 2, 4, 7, 8 en los hombres elevadas en orden

descendiente. Según la fórmula discriminativa de Overall a - el 65% de la muestra se le clasificó correctamente. Dicha función discriminativa tendió a variar con la edad, sexo y psicopatología, encontrando que las mujeres fueron clasificadas correctamente en un 73%; que el valor de la función discriminativa decrece con la edad y que los grupos integrados por sujetos normales, alcohólicos sociópatas, neuróticos y psicóticos fueron clasificados correctamente en una proporción de 36%, - 68%, 93% y 92.59% respectivamente. Otro dato encontrado fué la estabilidad de ésta función discriminativa a través del - tiempo.

Otro tipo de estudios se han realizado para determinar si las características de personalidad o alguna otra variable puede influir en la rehabilitación o no rehabilitación del paciente alcohólico. Allan G. Hedberg, Lowell M Campbell del Siox Trails Mental Health Center y Sharon R. Weeks, James A. Powell de Baylon University (11) llevaron a cabo una investigación con el Mini Mult (MMPI) con una muestra de 28 alcohólicos cró nicos, con el objeto de predecir el éxito o fracaso a un programa de tratamiento específico y evaluar los cambios del perfil del MMPI el cual se aplicó antes de la iniciación del tratamiento y en la parte media del mismo.

Los resultados del tratamiento refirieron un número de 17 pacientes quienes llevaron con éxito su tratamiento y 11 quienes

fracasaron. En la evaluación total de la muestra encontraron que había una mayor elevación en la triada psicótica más que en la neurótica, indicando ésto una marcada patología y una diferencia significativa entre los grupos y tiempo de aplicación intermedia del test en Pa, Sc y Ma, en cada caso el grupo exitoso obtuvo mayores puntajes que el grupo fracasado.

En base a las escalas L inicial y Pa intermedia se calculó una ecuación lineal para predecir el éxito o fracaso del tratamiento:

$$(L \text{ inicial}) \times (1.24) + (Pa \text{ intermedia}) \times (.54) - 47.7 = \text{Exito}$$

$$(L \text{ inicial}) \times (1.34) + (Pa \text{ intermedia}) \times (.47) - 48.92 = \text{Fracaso}$$

Con las fórmulas anteriores predijeron correctamente el 73% de fracaso y el 71% de éxito de los alcohólicos hacia el tratamiento, el cual consistió en lo siguiente:

- 1.- Una hora de sesión de terapia por semana, durante las siguientes 8 semanas.
- 2.- Una vez por mes los siguientes dos meses.

Durante las tres primeras sesiones hubo una explicación del programa de tratamiento, análisis conductual del paciente y la administración del MMPI, comenzando el tratamiento en el tiempo de la tercera sesión.

En un promedio de 12 sesiones el Mini Mult fué aplicado nueva-

mente para evaluar el cambio ocurrido durante la primera mitad del tratamiento.

Se concluyó en ésta investigación mayor patología en el grupo exitoso; el perfil es significativamente más elevado en la escala de depresión y esquizofrenia, una baja significativa en la escala L, una elevación significativa en Pa y una alta pero no significativa elevación en Pt. Encontrando mayor patología en los perfiles obtenidos en el período inicial e intermedio del tratamiento.

El grupo fracasado solo presentó una alta significativa en desviación psicopática.

E. Heinemann B. Moore, M Gurell (12) estudiaron a un grupo de 184 pacientes alcohólicos, los cuales estaban participando en un programa de tratamiento, la finalidad de ésta investigación fué estudiar 4 factores los cuales podían ser los causales de la terminación y no terminación del tratamiento.

De los 184 pacientes tratados, 159 terminaron el tratamiento y 25 no lo terminaron, por lo que se propuso investigar las causas que pudieron influir en el éxito o fracaso del tratamiento. Esto se realizó a través del estudio de los siguientes 4 factores:

- 1.- Concepto de sí mismo.
- 2.- Situación social sostenida.

3.- Situación socioeconómica.

4.- Estado físico.

La investigación se llevó a cabo con diferentes tests cuyos resultados fueron:

Concepto de sí mismo.- Los sujetos presentaron un alto resultado, refiriendo que la persona experimentó ser de valor y consideración, con confianza en sí misma y conforme con sus actos.

Posición Social.- Presentaron un alto resultado indicando que la persona se descubre así misma dándose a conocer con los demás.

Posición Socioeconómica.- Presentaron un alto resultado indicando que la persona pertenece a un grupo de baja posición socioeconómica.

Estado físico.- El alto resultado indicó muchos síntomas fisiológicos y psicológicos de seria naturaleza.

En la correlación entre los dos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estado físico y factores socioeconómicos.

Con respecto a tratamientos con este tipo de pacientes se han encontrado sorprendentes resultados, por ejemplo Devis, Shepherd y Mayers entre 1956 y 1964 en Inglaterra. (25) llevaron a cabo un programa de tratamiento con 50 pacientes, durante un segui -

miento de dos años. Su tratamiento consistió en una fuerte relación médico-paciente, creando conciencia de enfermedad - más tratamiento de disulfirán y estímulo a participar en actividades religiosas y en grupos o clubes formados por alcohólicos anónimos.

Los resultados mostraron que solo un pacientes se perdió durante el período de observación de dos años, 49 suprimieron toda ingestión de bebidas alcohólicas, teniendo 8 de estos pacientes una corta recaída.

Concluyendo, el pronóstico fué favorecido debido a la personalidad balanceada, buena historia de trabajo, el ser casado, las consultas dadas durante el tratamiento, el status social, ingestión prolongada de disulfirán y el contacto permanente con el grupo de Alcohólicos Anónimos.

Glatt estudió 94 alcohólicos, durante un período de 24 a 40 meses, encontrando que un tercio se abstuvo durante todo el período de observación; un segundo tercio se abstuvo pero presentó una o más recaídas y un último tercio fracaso en el tratamiento.

Proporciones similares en 192 alcohólicos que fueron seguidos en un período de 6 a 40 meses y donde se estudio la primera recaída de 100 de los alcohólicos se observó que 76 recayeron durante los tres primeros meses; 16 recayeron entre el 4 y 6 mes; 5 -

recayeron entre el 7 y 12 mes, 2 recayeron entre el 13 y 24 -  
mes y 1 recayó entre el 25 y 36 mes.

Los resultados en la investigación fueron mayores en hombres -  
que en mujeres, mayores en sujetos normales que en psicópatas  
y el tratamiento fué más afortunado en pacientes con un status  
social elevado.

José Horwitz, Pedro Naveillán, Carmen Marambio, Melitta Cordua  
e Hilda González (14) llevaron a cabo una investigación con un  
grupo de sujetos alcohólicos que vivían en Santiago de Chile,  
los cuales participaron en un programa de tratamiento. La mues-  
tra incluyó a 180 varones y 20 mujeres. De los cuales un 73.5%  
eran casados, un 78.5% de los pacientes habían recibido educa -  
ción primaria o eran analfabetas. El 6% tenía educación secun-  
daria y muy pocos tenían un grado universitario; 89% estaba o  
había sido hombre trabajador y el 11% tenía algún negocio.

El grupo fué dividido en 99 alcohólicos intermitentes (incapa -  
ces de abstenerse una vez iniciada la ingesta) y 101 alcohóli-  
cos inveterados (incapaces de abstenerse de beber).

La duración promedio del hábito de beber para ambos grupos, con-  
siderando la primera consumación hasta la aparición de dependen-  
cia física, fué de 11.6 años y 13.9 años respectivamente, sien-  
do también similar en hombres y mujeres. (12.3 y 14.9 años res -  
pectivamente).

El alcohólico inveterado fué más frecuente en mujeres que en hombres (14 inveterados y 6 intermitentes en mujeres y 87 de los hombres fueron inveterados y 93 intermitentes).

Es importante mencionar que el 41.5% de los pacientes tenían uno o más parientes que sufrieron o sufrían de alcoholismo, - 30.5% sufrieron complicaciones psicopatológicas (delirium tre mens, alucinaciones); un 22.5% habían sufrido traumatismos - encefalocraneales de naturaleza grave, 9.5% presentaron signos marcados de personalidad psicopática, el 45% era neuró - tico, 2% epilepticos y 2 eran oligofrénicos.

En esta investigación encontraron que el ambiente cultural, - social, los traumatismos encefalocraneales y la frecuencia de complicaciones psicopatológicas eran factores negativos que - infuyen sobre la recuperación del paciente.

Las medidas tomadas en este estudio fueron psicoterapia de - grupo, psicoterapia individual, tratamiento aversivo y/o di - sulfirán, más la colaboración de asistentes sociales.

Los pacientes asistieron para control médico cada 15 días du - rante dos semanas, cada 30 días durante 10 meses y cada 60 - días durante dos años. Se consideró al paciente rehabili - tado cuando éste era capaz de abstenerse de beber alcohol du - rante todo el período de observación o si sus recaídas no - excedían a más de 60 días.

Durante el período de observación 7 casos fueron perdidos (3.5%), el 32.6% completó la investigación por lo que se le consideró rehabilitado (sin tomar en cuenta las dos terceras partes que aparecen como fracasados pero que se beneficiaron con el tratamiento aunque no alcanzaron el nivel de recuperación establecido). La mitad del grupo fué considerado fracasado durante los primeros 10 meses. La probabilidad de no recaída fué 20%, disminuyendo más rápidamente durante los primeros 6 meses de tratamiento.

La probabilidad media de recuperación fué de 36.4% para alcohólicos intermitentes y 27.9% para alcohólicos inveterados.

El 30.7% de los hombres y el 44.4% de las mujeres no sufrieron recaídas que excedieran a más de los 60 días.

La probabilidad de no recaída excesiva en el grupo de más alto status ocupacional fué mayor que en los grupos con un status ocupacional bajo, siendo también menor la probabilidad de recaída en pacientes con un alto status educativo.

Llevaron también una comparación entre el número de días de consumación de alcohol antes de el tratamiento con el total de días de consumación después del tratamiento, obteniéndose bajo éste criterio que más del 50% de la población estaba rehabilitada y que el 40.6% de los pacientes ingirieron alcohol entre el 51 y 100% menos que antes de el tratamiento.

Durante el primer año de seguimiento de los pacientes el 68.8% bebieron la mitad del número de días o menos que en años anteriores. En el segundo año el porcentaje de recuperación fué de 44.8%, de los cuales el 15.8% de psicópatas completaron el período de observación en abstinencia total, porcentaje inferior a el grupo normal. El 76% de los neuróticos terminaron el período de observación en abstinencia total. Es importante notar que no se pudo asegurar completamente que tales características de personalidad indique un pobre diagnóstico.

Cuando el tratamiento terminó el porcentaje de recuperación fué solamente de 51.4% y un porcentaje alto bebió tanto o más que antes de el tratamiento.

Miriam Cohen, Ira Liebson, Louis a Fallace y Wendell Speers (5) llevaron a cabo un estudio para demostrar la abstinencia y el tomar en forma controlada en 4 alcohólicos, señalando fundamentalmente que el tomar en forma excesiva puede ser controlado en base a un programa de contingencias de reforzamiento.

La magnitud del reforzamiento requerido para el mantenimiento de abstinencia o moderación fué una función de la dosis permitida de alcohol y la demora de reforzamiento.

Los sujetos fueron 4 alcohólicos crónicos los cuales estuvieron trabajando sobre un programa de economía de fichas ganando dinero. Al sujeto se le pagó cierta cantidad si se abstenía

por un día; al tomar, el pago por abstinencia se incrementó; al abstenerse, se decrementó.

La primera manipulación experimental fué la demora de el reforzamiento; el pago por abstinencia fué demorado de 3 a 21 días, si tomaban el pago por abstinencia no se demoraba, si se abstentían la demora en el reforzamiento se incrementaba.

La segunda manipulación experimental fué la dosis permitida de alcohol, los sujetos pudieron tomar de 0 a 300 mls. de alcohol de 7 a 10 a.m. recibiendo pago si no tomaban más allá de la dosis permitida, si tomaban más de ésta dosis el pago por pagar se incrementaba, si se abstentían la dosis permitida se incrementaba.

Los resultados obtenidos indicaron que las consecuencias de tomar en forma controlada o abstinencia juegan un papel en la mantención de ésas conductas y que el alcohólico puede parar de tomar después de beber uno o más tragos.

Los resultados sugirieron que el tomar en forma controlada puede ser mantenido si los reforzadores otorgados se presentan contingentes sobre el tomar en forma moderada.

Miriam Cohen, Ira Liebson y Louis Fallace (6) desarrollaron otro estudio con pacientes alcohólicos sobre el tomar en forma moderada en alcohólicos crónicos aún cuando grandes cantidades

de alcohol estén disponibles.

Tres alcohólicos fueron estudiados, a los cuales les dieron - la opción de tomar arriba de 24 onzas de 95% de alcohol todos los días de 17 a 20 días. Si tomaban menos de 5 onzas podían permanecer en un ambiente enriquecido, si se excedían cambiaban a un ambiente empobrecido. El procedimiento contingente de éste programa consistió en la oportunidad de tomar arriba de 24 onzas por un día sin reforzamiento diferencial al tomar en forma moderada.

Los resultados indicaron que aún cuando los sujetos tuvieron la oportunidad de emborracharse varios días el ambiente enriquecido actuó como reforzador efectivo para tomar en forma - moderada. Estos datos proporcionaron información en cuanto a que la forma de beber en alcohólicos crónicos pudo ser alterada sistemáticamente por contingencias de reforzamiento.

En un estudio publicado el 30 de septiembre de 1975 (46) con un caso (individual) de un alcohólico crónico, se probó la - posibilidad de que el comportamiento de un bebedor excesivo puede ser modificado por un tratamiento prolongado. Este - estudio lo basaron en la hipótesis de que el comportamiento de un adicto es análogo a una discriminación operante, haciendo también la suposición de que el beber en el alcohólico es frecuentemente reforzado desde el principio hasta el fin por

En las investigaciones anteriores se dieron una serie de características muy importantes sobre la personalidad del paciente alcohólico. Tomando en cuenta que estos pacientes no comprenden un solo o único tipo de personalidad, encontramos como características importantes que el alcohólico es un sujeto dependiente, agresivo, frecuentemente en conflicto con su familia y la autoridad, apartado de la sociedad, ansioso, confundido sobre el papel personal que está jugando, con baja tolerancia a la frustración, con sentimientos de culpa, dificultad para modular el enojo, presenta poco respeto hacia sí mismo, inseguro, inestable y con tendencias al aislamiento.

En comparaciones llevadas a cabo con alcohólicos y otros pacientes con desórdenes psiquiátricos en base al MMPI y otros tests psicológicos se encuentra que los alcohólicos presentan una mayor elevación en depresión y psiconeurósis acompañada de una marcada conducta perturbada (escalas 4,2,9 del MMPI). Al igual que los drogadictos prefieren metas más personales que sociales como son: vida exitante, armonía interior, amor maduro, respeto de sí mismo y cordura; así mismo refieren más patología que sujetos normales y pacientes psiquiátricos presentando tendencias sociopáticas, depresión acompañada por ansiedad y rasgos histeroideos. Hay fuerte insatisfacción de sí mismo, frustración personal, ira,enojo, ansiedad a cerca de su control de impulsos, siendo también más conformista que otros pacientes, presentan una mayor elevación en las escalas F, D,

la acción de eludir consecuencias desagradables (ansiedad, - frustración, etc.) y que estas reacciones a eludir son discriminadas después de ser alejadas por un cierto tratamiento.

El caso específico fué un hombre de 43 años el cual había estado bebiendo desde los 17 años y que recibió tratamiento en dos ocasiones anteriores.

El tratamiento consistió en proporcionarle su bebida favorita (vodka), alentándolo a tomarla lo más rápido posible, aumentando la dosis sucesivamente hasta llegar a 8 vodkas en una hora, provocando una sensación de intoxicación.

Durante todo el tratamiento le fué medida la disposición de ánimo, obteniendo estimaciones subjetivas de estremecimiento y deseo de beber. Se midió también la concentración de alcohol en la sangre.

Durante los siguientes 6 meses y después de muchos años el sujeto permaneció sin beber, mejorando esto las relaciones familiares y confirmando que el tratamiento incrementó su control hacia la bebida; solo en 6 ocasiones el sujeto bebió a pesar de su propósito de abstinencia, siendo en un par de ocasiones la bebida excesiva.

En esta investigación concluyen que el deseo y la conducta de un adicto es análogo al temor o miedo de estar sujeto a procedimientos de extinción.

Pa, Pt, Sc, Si, Es y Ma en el MMPI.

Como perfil típico los hombres alcohólicos presentan elevación en las esclas 2, 4, 7, 8 en orden descendiente y 2, 4, 8, 7 en las mujeres. En cuanto a su rehabilitación se encontró que presentan rasgos de personalidad estables, permaneciendo constantes aún después de un período prolongado de abstinencia.

Esto fué dado primero en un grupo de Consejeros en Alcoholismo con el MMPI donde el promedio de sujetos fué significativamente menor en la escala L de validez y mayor en F y Ma, observándose puntajes medios de 60 o cerca de en K, Hi, Pd, Mf y Ma y segundo en un grupo de alcohólicos que participaron en un programa de tratamiento de tres meses. Existen diferencias significativas entre grupos que llevaron a cabo con éxito su tratamiento y grupos que fracasaron durante el mismo sobre todo en las escalas Pa, Sc y Ma, en donde el grupo exitoso obtuvo mayores puntuaciones que el grupo fracasado en D y Sc, una baja significativa en L y Pa. Habiendo una marcada patología en este grupo.

En cuanto a algunas variables que influyen en el éxito o fracaso de un tratamiento se encuentran el estado físico del paciente y su situación socioeconómica. Es muy importante tomar en cuenta que el éxito de un tratamiento es favorecido por una personalidad balanceada, una buena historia de trabajo, el ser casado, el status social al cual pertenece y esto acompa -

ñado con un tratamiento de Dizulfirán, terapias frecuentes y el contacto permanente con el grupo de Alcohólicos Anónimos.

## C A P I T U L O   I I

### METODOLOGIA.-

#### a) Objeto de la Investigación.

El presente estudio se enfoca principalmente a investigar la importancia que pudiera tener la personalidad del paciente - alcoholico para su rehabilitación y no rehabilitación. Entendiéndose por rehabilitado al paciente capaz de abstenerse de beber alcohol durante un período prolongado y/o definitivo.

Por rehabilitación entendemos a la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, ductivas y ocupacionales para mejorar y readptar al inválido con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional, - social y productiva. El hecho de incorporar al inválido a la familia y a la comunidad y obtener por otro lado la colaboración de estos en el proceso rehabilitatorio es fundamental.

Por enfermedad mental vamos a entender todo aquello que limita la expresión de la personalidad, ya habiendo bloqueado, detenido o desviado su desarrollo.

"Centro de Rehabilitación de Alcohólicos" es un centro que - proporciona tratamiento desde el punto de vista físico, psicológico y social al paciente alcoholico con la finalidad de - llevar a cabo su rehabilitación total.

Asisten ahí pacientes que mediante el curso de su tratamiento han logrado un período prolongado de abstinencia, pacientes - que durante los primeros meses o después de un largo período recaen y pacientes que inician su tratamiento.

¿Porque algunos participantes a este tratamiento pueden lograr su rehabilitación y porque otros fracasan en su intento?

¿Cuales son las variables que pueden o que influyen para el - éxito o fracaso durante el tratamiento?

Aparentemente muchas son las variables que pueden estar influ- yendo: el status socioeconómico, situación familiar, estado - físico, psicológico y ambiental son algunas de ellas.

Esta investigación se dirige fundamentalmente, como ya se men- cionó, a estudiar o investigar si hay diferencias de persona - lidad que pueden ser las causales del éxito o fracaso del tra- tamiento aplicado a pacientes alcohólicos.

Para poder detectar las diferencias de dos grupos de pacientes alcohólicos dentro de un programa de tratamiento se aplicó el Test Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI a los pa - cientes alcohólicos que durante su tratamiento no lograron - abstenerse de beber alcohol y pacientes que lograron un perío- do prolongado de abstinencia.

b) Hipotesis de la Investigación.

Aunque son muchas las investigaciones que se han llevado a cabo con pacientes alcohólicos pocas son las que se enfocan directamente a comparar las características de personalidad de pacientes que han fracasado durante un dado tratamiento y pacientes que han tenido éxito en el mismo.

En la presente investigación nos basamos en un estudio llevado a cabo por Allan G. Helberg, Lowell M. Campbell, Sharon R. Weeks y James A. Powell (1975) quienes encontraron que hay una mayor elevación en las escalas 2 (D) 6 (Pa) 8 (Es) y 9 (Ma) en el grupo exitoso y 4 (Dp) en el fracasado. Por lo que suponemos que en este estudio se encontrarán estas mismas diferencias y planteamos así las siguientes hipótesis:

Hipótesis Nula 1.- No habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 2 en el perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2.

Hipótesis Alterna 1.- Habrá diferencias significativas al nivel de 0.05 en la elevación de la escala 2 en el perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2 en el cual se observará mayor elevación.

Suponemos esto en base a muchas investigaciones que han reportado como características de personalidad muy importantes de

pacientes alcohólicos el ser muy deprimido, conformista, insatisfecho con el medio y con el mismo, con gran decaimiento de moral y sentimientos de desesperanza y tristeza (William Black, Andrew Heald (4) Ralph E Tarter (2) Don Spiegel, Patricia A. Hadley, Robert G. Hadley (6) Jhon F. Mclachlan (7,8) ).

Hipótesis Nula 2.- No habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 4 en el perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2.

Hipótesis Alternativa 2.- Habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 4 en el perfil del MMPI en los grupos 1 y 2 en donde en el primero se observará mayor elevación.

William Black, Andrew Heald (4) David G. Jansen, Helmut Hoffmann (11) y Jhon F Mclachlan (7) señalan que existe elevación en esta escala en el perfil de los alcohólicos señalando la existencia de rasgos de conducta psicopática caracterizados principalmente por ser muy hostiles y con baja tolerancia a la frustración por lo que ante cualquier situación frustrante pueden responder en forma agresiva.

José Horwitz, Pedro Naveillan, Carmen Marambio, Melitta Cordua e Hilda González (26) mencionan que un factor negativo en el tratamiento pueden ser las complicaciones psicopatológicas incluyendo en este caso la desviación psicopática.

Hipótesis Nula 3.- No habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 6 del perfil del MMPI en los grupos 1 y 2.

Hipótesis Alternativa 3.- Habrá diferencias significativas al nivel de 0.05 en la elevación de la escala 6 del MMPI en los grupos 1 y 2 en donde en el segundo se observará mayor elevación. En los estudios realizados por Don Spiegel, Patricia A. Hadley Robert G. Hadley (6) con alcohólicos y pacientes psiquiátricos encontraron mayor elevación en Pa en el primer grupo (alcohólicos).

Hipótesis Nula 4.- No habrá diferencias significativas a nivel 0.05 en la escala 8 en el perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2.

Hipótesis Alternativa 4.- Habrá diferencias significativas al nivel de 0.05 en la elevación de la escala 8 del MMPI entre el grupo 1 y 2 en donde en el segundo se observará mayor elevación.

Don Spiegel, Patricia A. Hadley, Robert G. Hadley (6), Jhon F. Mclachlan (5) han reportado elevación en esta escala debido a complicaciones psiquiátricas por la ingestión alcohólica presentándose en este caso preocupaciones fantasiosas.

Hipótesis Nula 5.- No habrá diferencias significativas a ni -

vel de 0.05 en la escala 9 del MMPI entre el grupo 1 y 2.

Hipótesis Alternativa 5.- Habrá diferencias significativas al nivel de 0.05 en la elevación de la escala 9 del perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2 en donde en el segundo grupo se observará mayor elevación.

Se postula esta hipótesis en base a los estudios de alcohólicos llevados a cabo por David G. Jansen, Helmut Hoffman (11) - William Black y Andrew Heald (4) en donde aparecen como rasgos importantes del alcohólico baja tolerancia a la frustración, - impulsividad y poco apego a las costumbres sociales.

En este estudio se entiende por Depresión una insatisfacción - con el medio y con ellos mismos, falta de esperanza en el futuro y decaimiento de ánimo.

Por desviación psicopática se entiende conducta asocial, mínima angustia, caracterizado este cuadro principalmente por estructura patológica de la personalidad y poco o ningún sentido de malestar por su conducta. Por agresión entendemos rasgos de - rebeldía, cinismo, egoísmo, hostilidad y dificultad con la autoridad.

En paranoia se encuentran características tales como descon - fianza, inseguridad y sensibilidad a las relaciones interpersonales.

En esquizofrenia se incluyen características tales como ego - centrismo, aislamiento, inmadurez, tendencias a la fantasía y ha preocuparse demasiado.

En mania se buscan características importantes como irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, poco apego a las costumbres sociales que le rodean. Esta escala tiene como objeto principal el diagnosticar estado de ánimo.

c) Método.

El Centro de Rehabilitación para Enfermos de la Dirección General de Rehabilitación y Salubridad y Asistencia, dicho centro se encuentra en la Calle de Enrique González Martínez # 1000, en la Rivera en el Distrito Federal.

Como todo centro de trabajo médico se divide en una parte administrativa y el médico, la división que nos interesa es la médica y consta de los siguientes grupos:

- 1.- Grupo para atención Psiquiátrica, compuesto por dos especialistas en la materia.
- 2.- Grupo para atención médica general, compuesto por dos médicos generales.
- 3.- Grupo de psicología compuesto por dos psicólogas.
- 4.- Grupo de trabajo social, compuesto por tres trabajadoras sociales.
- 5.- Grupo de enfermería, compuesto por dos enfermeras especializadas en rehabilitación.
- 6.- Consejero en alcoholismo.

En forma inicial el paciente que acude a éste centro es atendido por el equipo de trabajo social, como único requisito se le piden 24 horas de abstinencia de bebidas alcohólicas, en ésta primera entrevista se valora el aspecto físico que presenta -

independientemente de hacerle un estudio socioeconómico.

Posteriormente al estudio y valoración social el paciente es canalizado dependiendo de si presenta un cuadro francamente psicótico o bien un cuadro que le afecte más el aspecto orgánico, dependiendo de lo anterior se canaliza por lo que se le llama preconsulta a que lo valore el psiquiatra o médico general. El objetivo de la preconsulta antes referida es de prevenir la posibilidad de que presente un cuadro de Delirium Tremens y ayudarlo con tratamiento medicamentoso a que supere su Síndrome de Abstinencia.

Como paso siguiente se incluye en el plan de tratamiento rehabilitatorio, que consiste en consultas y atención por los miembros de los equipos referidos. Así pues es referido a consulta psiquiátrica donde se valora la problemática inicial que presenta el paciente, manipulándolo ya con tranquilizantes mayores o menores y antidepresivos, sensibilizándolo para continuar su tratamiento. El tratamiento Psiquiátrico se divide en dos grupos: uno a base de psicofármacos y otro a base de psicofármacos y psicoterapia, esto dependiendo de la existencia o no de daño cerebral. Cuando el paciente es incluido en tratamiento a base de psicoterapia se divide también en dos grupos: el primero con psicoterapia superficial y el segundo a base de psicoterapia con enfoque analítico. Este último grupo se maneja a base de psicoterapia individual, psicoterapia de grupo,

psicoterapia conyugal y psicoterapia familiar.

El tratamiento a base de psicofármacos se realiza fundamentalmente utilizando tranquilizantes menores y antidepresivos, en algunos casos el uso de tranquilizantes mayores y otros psicotrópicos será utilizado.

El grupo integrado por los Médicos generales se enfoca a resolver los problemas físicos que acompañan al enfermo alcohólico, así pues la desnutrición, las paresias musculares, la gastritis, y el mal estado general son atendidos, cuenta éste servicio con la aplicación de una ampollita de complejo B intravenosa además de un botiquín de emergencia.

El equipo formado por Psicología se dedica a realizar estudios sobre la personalidad y psicopatología del enfermo alcohólico, además de realizar psicoterapia en algunos pacientes supervisados por el médico especialista, en este departamento se coordinan una serie de actividades socioculturales para reforzar la asistencia de los pacientes a este centro.

El equipo de Trabajo Social se dedica esencialmente a la valoración socioeconómica del paciente a su ingreso, vigilando la evolución. Este departamento está al servicio de los grupos antes mencionados ya que en algunas ocasiones ha habido necesidad de investigaciones de Trabajo Social por abandono de tratamiento o bien para motivar a la familia a que se integren al

plan rehabilitatorio.

El grupo de Enfermería tiene como objetivos fundamentales el ayudar por medio de la aplicación intravenosa de ampolletas de complejo B al cuadro de desnutrición y avitaminosis, siendo el encargado de aplicar soluciones glucosadas o fisiológicas por la vena según lo amerite el caso. La aplicación del complejo B se desarrolla con una técnica que lleva a dos objetivos, se prescriben de 10 a 15 ampolletas por vía intravenosa que son administradas en forma terciada, así se ayuda a corregir primero las paresias musculares y segundo motivar al paciente para que asista al centro.

El grupo formado por la Consejera en Alcoholismo podemos considerarlo como especial inicialmente se empezó a formar en Inglaterra obteniendo buenos resultados. El Consejero en Alcoholismo es un alcohólico rehabilitado, con un período de abstinencia prolongado y cierta preparación, su trabajo consiste en orientar al enfermo alcohólico para que ingrese a los diferentes grupos de Alcohólicos Anónimos que existen ya en el Distrito Federal o en el interior de la República, además es el enlace de los diferentes grupos de Alcohólicos Anonimos que existen. En cierto aspecto es la afirmación de que existe la rehabilitación para el enfermo alcohólico.

Es importante señalar en forma adicional que en este Centro

trabaja un grupo de Alcohólicos Anónimos con el que los miembros del grupo establecen contacto, ya con pláticas o películas, funcionando este grupo en forma totalmente independiente al Centro de Rehabilitación.

Contando con el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de la S. S. A. se eligieron a todos los pacientes que acudieron al mismo de septiembre de 1976 a febrero de 1977 los cuales pertenecen a un nivel socioeconómico y cultural bajo.

Se formaron dos grupos de pacientes de acuerdo a un criterio de selección el cual fué el siguiente:

Grupo 1.- Estuvo integrado por pacientes que durante el período de tratamiento habían sufrido una o más recaídas.

Grupo 2.- Integrado por pacientes considerados rehabilitados con un largo período de abstinencia.

Los pacientes que por su corto período de tratamiento no cubrían las características del grupo uno y dos, fueron excluidos de esta investigación.

Se utilizaron los expedientes de los pacientes para conocer tiempo de abstinencia promedio durante el transcurso del tratamiento y para investigar su estado físico y psicológico. Algunos pacientes que presentaron datos de lesión cerebral fueron excluidos de esta investigación.

Se llevaron a cabo entrevistas directas tabulando datos tales como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, fecha de última ingesta, fecha de inicio de tratamiento, si ha recaído o no durante el mismo.

Las cuatro primeras preguntas nos dan una información general que se utilizó para dar un porcentaje de la edad promedio, educación, ocupación, etc.

El objetivo de las tres últimas preguntas fué el de poder integrar el grupo 1 y 2 corroborando esto desde luego con los expedientes respectivos.

d) Sujetos.

El grupo "uno" estaba formado por 20 pacientes alcohólicos - hombres con una media de edad de 36.5 años, una media educa - cional de 7.5 años y un promedio de abstinencia máximo de 4.2 meses. El 45% de la población es casado, el 45% soltero y el 10% unión libre. (Tabla 1)

El grupo "dos" estaba formado también por 20 alcohólicos hom - bres, con una media de edad de 38.6 años, una media educacio - nal de 6.6 años, con un promedio de abstinencia de 21.95 me - ses. El 50% de la población es casado el 45% soltero y el 5% unión libre. (Tabla 2)

En la investigación se excluyeron mujeres alcohólicas debido a que un porcentaje mínimo de estas pacientes acuden a tratamien - to al Centro de Rehabilitación por lo que no se pudo formar - una muestra representativa de este sexo.

Una vez seleccionados los dos grupos se procedió a la aplica - ción del MMPI. Se seleccionó esta prueba por considerar que sería la que mayores características de personalidad nos po - dría aportar. Se compararon los puntajes de los dos grupos utilizando el Análisis de Varianza para determinar si existen o no diferencias entre un grupo y otro.

e) Material.

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).- El objetivo del MMPI es definir las áreas clínicas más importantes de la personalidad considerando tanto los síntomas como la estructura de la personalidad.

El MMPI fué elaborado por Hathaway (Psicólogo) y J.C. Mc. Kinley (Neuropsiquiatra) en 1940, con el objeto de analizar aquellos rasgos que son característicos de la psicopatología.

La lista original fué de 1200 preguntas, reduciéndose después a 504; actualmente consta de 566 frases que se deben de contestar con verdadero o falso según el criterio de cada sujeto.

La idea básica de sus autores fué de que los grupos de reactivos pudieran diferenciar estadísticamente grupos normales y anormales.

Los reactivos de la prueba varían en cuanto a su contenido y cubriendo áreas tales como salud física, síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos, actitudes sexuales, religiosas, políticas, sociales, situaciones ocupacionales, educacionales, familiares y maritales. Investiga también estados neuróticos y psicóticos.

El MMPI está provisto de calificaciones para nueve escalas clínicas, cada una de las cuales se estandarizaron con grupos

T A B L A I

Grupo 1.-

Sujeto	Estado Civil	Edad	Escolaridad	Ocupación	Tiempo máximo de abstinencia
1	Soltero	27	Primaria	Barnizador	3 meses
2	Soltero	36	Primaria	Obrero	3 meses
3	Casado	32	Preparatoria	Comisionista	2 meses
4	Soltero	30	4o. Primaria	Albañil	10 meses
5	Soltero	45	Primaria	Mesero	2 meses
6	Casado	49	Primaria	Obrero	6 meses
7	Soltero	30	3o. Secundaria	Agente de Seguridad	2 meses
8	Soltero	36	Secundaria	Ventas	5 meses
9	Casado	41	4o. Primaria	Mecánico	7 meses
10	Casado	25	5o. Sem. Periodismo	No trabaja	2 meses
11	Casado	59	Contador Público	No trabaja	2 meses
12	Soltero	28	Primaria	Almacenista	2 meses
13	Casado	38	Secundaria	Decorador	2 meses
14	Casado	33	Preparatoria	Comerciante	2 meses
15	U. Libre	47	Secundaria	Vendedor	1 mes
16	Soltero	42	Primaria	Electricista	1 mes
17	Casado	34	Primaria	Tablajero	1 mes
18	Soltero	20	4o. Primaria	Mecánico	1 mes
19	Casado	38	4o. Primaria	Chofer	1 mes
20	U. Libre	41	1o. Secundaria	Ventas	1 mes.

T A B L A 2

Grupo 2.-

Sujeto	Estado Civil	Edad	Escolaridad	Ocupación	Tiempo máximo de abstinencia
1	Casado	31	3o. Contador Privado	Empleado	10 meses
2	Casado	36	Secundaria	Peluquero	11 meses
3	Soltero	34	Primaria	Comerciante	144 meses
4	Soltero	41	5o. Primaria	Comerciante	15 meses
5	Casado	39	2o. Secundaria	Chofer	10 meses
6	Casado	47	1o. Prevocacional	Obrero	60 meses
7	Casado	49	5o. Primaria	Mecánico	20 meses
8	Soltero	34	3o. Primaria	Taquero	10 meses
9	Casado	37	Contador Privado	Contador Privado	10 meses
10	Casado	37	5o. Primaria	Obrero	30 meses
11	Soltero	29	1o. Secundaria	Orfebrería	10 meses
12	Soltero	34	2o. Primaria	Pintor	29 meses
13	Soltero	43	1o. Primaria	Comerciante	10 meses
14	Casado	43	Preparatoria	Jubilado	10 meses
15	Soltero	38	Primaria	Vendedor	12 meses
16	Casado	37	Primaria	Carpintero	16 meses
17	U. Libre	47	5o. Primaria	Obrero	108 meses
18	Soltero	32	2o. Secundaria	Obrero	15 meses
19	Soltero	40	Preparatoria	Empleado	17 meses
20	Casado	45	5o. Primaria	Zapatero	24 meses

controles de 700 sujetos aproximadamente cuyas edades fluctuaron entre 16 y 55 años.

Las "nueve" escalas clínicas son:

- 1.- Hs Hipocondriasis
- 2.- D Depresión
- 3.- Hi Histeria
- 4.- Dp Desviación Psicopática
- 5.- Mf Masculinidad - Femenidad
- 6.- Pa Paranoia
- 7.- Pt Psicastenia
- 8.- Es Esquizofrenia
- 9.- Ma Mania

El MMPI consta también 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 positiva o negativa.

Las escalas de validez son:

- ? No puedo decir
- L Escala Mentira
- F Escala de Validez
- K Escala que se utiliza como factor de corrección.

Las escalas T, L, F, se utilizan para lograr una evaluación general de la prueba. Una puntuación elevada en cualquiera de éstas escalas invalida la prueba.

La escala K fué diseñada para funcionar como factor de supresión empleándose para computar un valor de corrección, el cual se añade a las calificaciones de las escalas clínicas Hs, Dp, Pt, Es y Ma.

Existe también una escala adicional (Si) diseñada por Drake con el fin de medir tendencias sociales.

El MMPI puede ser interpretado clínicamente en base a tres patrones generales:

--- Grupo Neurótico, integrado por las escalas Hs, D, Hi. La escala Pt se incluye también como índice neurótico.

--- Personas con problemas de conducta. Presentan predominancia en las escalas Dp, Mf y Ma teniendo también relación con la escala de Pa.

--- Grupo Psicótico. Las escalas de mayor importancia son: Es, Pa y dicho grupo se relaciona también con las escalas D y Ma.

#### Descripción de las Escalas.

Escala de Validez.

Escala de respuestas No puedo decir (?).

Es una escala de validez que consiste en el número de respuestas que el sujeto deja sin contestar. Una elevación en ésta escala invalida todo el protocolo. Esta elevación puede ser debida a una situación defensiva por parte del sujeto ante la debilidad psicológica o falta de comprensión hacia los items de la prueba.

La elevación en esta escala se puede presentar en pacientes psiquiátricos, distraídos, confusos, histéricos, paranoides.

El número de respuestas sin contestar se puede reducir al máximo haciendo hincapie al dar las instrucciones en que no se deben dejar respuestas en blanco.

#### Escala de Mentiras (L).

Consta de 15 frases. Mide el grado en el que el sujeto puede intentar falsificar sus respuestas para encubrir sus faltas socialmente inaceptables. Cuando la L es alta indica una invalidez relativa del perfil ya que presenta una disminución en las escalas clínicas debido a la falta de sinceridad de las personas.

El puntaje promedio de esta escala es de 3 a 5 respuestas, considerando también un puntaje normal de 4 a 7. Una L alta puede ser consecuencia de un nivel socioeconómico y educativo bajo. Se considera también una escala que puede proporcionarnos rasgos de personalidad tales como sentimientos agresivos, falta

de control, conformismo.

### Escala F de Validez.

Esta escala está integrada por 64 frases. Fué diseñada para medir la validez de todo el protocolo. Una F alta puede invalidar la prueba, aunque dicha elevación puede ser debida a la incomprensión del sujeto hacia la prueba, a la poca colaboración del mismo o a un intento de engañar para no ser visto como enfermo o también debido a errores de calificación por parte del examinador.

Se puede presentar una puntuación alta en sujetos con perturbación emocional y personalidad esquizoide debido a la auto crítica y preocupación excesiva. Una puntuación elevada en sujetos normales puede ser llamada de ayuda.

Los sujetos normales generalmente obtienen una puntuación de 3 a 7 en esta escala.

### Factor K de Corrección.

Se utiliza como factor de corrección para aumentar el poder discriminativo de las escalas clínicas Hs, Dp, Es, Ma.

Mide la actitud del sujeto hacia la prueba. Una puntuación alta indica la distorsión del puntaje por parte del sujeto como una manera defensiva ante la debilidad psicológica y así aparecer como normal.

Una puntuación baja se presenta en sujetos abiertos a la auto-crítica, con un pobre concepto de sí mismos, puede también ser un intento deliberado de dar mala impresión de sí mismo.

### Escalas Clínicas.

Escala Uno.- Hipocondriasis (Hs). Mide el interés anormal - que presenta el sujeto a cerca de sus funciones corporales. Una puntuación alta se presenta en sujetos que expresan constante - mente sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de - una canalización somática, preocupándose demasiado por su salud física; esta se presenta en sujetos inmaduros, incapaces de resolver sus problemas satisfactoriamente, egocéntricos y carentes de insigth.

Esta escala presenta un papel muy importante en la estructura - de la "Triada Neurótica" formada por la elevación de las esca- las 1, 2 y 3.

Una puntuación baja se presenta en personas sin ninguna preocu- pación acerca de sus síntomas físicos o con exagerada preocupa- ción, pero incapaces de admitirla ante ellos mismos.

Escala Dos.- Depresión (D). Integrada por 60 frases. Es con- siderada la escala del "estado de ánimo" ya que por medio de - esta se pueden encontrar estados emocionales momentaneos y tran- sitorios.

Evalúa el grado de depresión presentándose en sujetos con baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza, con un pobre concepto de sí mismo y poca disposición al cambio. En pacientes psiquiátricos dicha escala es una de las más elevadas. Integra también la triada neurótica aunque se puede encontrar elevada en la "triada psicótica"

Una elevación de esta escala en sujetos normales se presenta en personas serias, pesimistas, con tendencias a preocuparse demasiado e introvertidas.

Una puntuación baja se presenta en personas alegres, entusiasmadas, activas y confiadas en sí mismas.

Escala Tres.- Histeria (Hi). Esta escala fué diseñada con el fin de evaluar e identificar a pacientes que utilizan defensas neuróticas en la Histeria de Conversión y que desarrollan síntomas físicos tales como parálisis, desmayos y convulsiones epileptiformes como una manera de resolver sus conflictos o evitar responsabilidades.

Mide también la necesidad de afecto, aceptación y sociabilidad dependiente.

La Histeria de Conversión debe aparecer solo bajo tensión mientras que ordinariamente no es tan evidente.

Las mujeres que presentan una puntuación elevada en esta escala

generalmente son irritables, se quejan frecuentemente de males-tares, son dependientes y amistosas.

Escala Cuatro.- Desviación Psicopática (Dp). Mide las caracte-rísticas de personalidad de conducta anormal y social conoci-da como Desviación Psicopática, cuyo rasgo principal es la au-sencia de respuestas emocionales profundas, incapacidad de man-tener relaciones interpersonales satisfactorias, superficialmen-te geniales pero hostiles e impulsivos con una marcada inmadu-rez emocional, fácilmente irritables, agresivos, faltos de jui-cio, sin sentido de responsabilidad y de control de su conduc-ta. Aunque son inteligentes son incapaces de beneficiarse de la experiencia en la medida en la que otra gente lo hace.

Sus disgresiones más comunes de las normas sociales son: la personalidad sociopática, reacciones antisociales, perversión sexual, alcoholismo, drogas, robo y mitomanía. Son personas que se encuentran inconformes con el medio ambiente social y cultural. (Es importante la hospitalización de dichos pacien-tes como medio de protección a la sociedad por el peligro que representan).

La elevación en esta escala es frecuente en adolescentes y en la población de pacientes psiquiátricos también adolescentes.

Las personas normales que ofrecen una puntuación elevada son sociables, audaces, inteligentes, irresponsables, independien-

tes e inmaduros emocionalmente.

Las personas que presentan una puntuación baja en escala son conformistas, con un gran interés religioso y poco interés exterior.

Escala Cinco.- Masculinidad-Femeneidad. (Mf). Esta escala - fué diseñada para medir los patrones de intereses masculinos y femeninos identificando rasgos de personalidad Homosexual.

Una elevación en ésta escala implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Esto implica que no necesariamente la elevación de dicha escala representa homosexualidad.

La elevación en hombres puede referir pasividad, dependencia e intereses filosóficos.

Las mujeres con una alta puntuación son tosca, dominantes y con una marcada protesta masculina.

Una puntuación baja en ésta escala tanto en hombres como en mujeres indica una adecuación hacia su propio sexo.

Escala Seis.- Paranoia (Pa). Esta escala fué diseñada con el fin de encontrar ideas o pensamientos paranoides.

El concepto de Paranoia incluye ideas de referencia, delirios de persecución, sentimientos de grandeza, suspicacia, hipersensibilidad.

La elevación de esta escala se presenta en pacientes psiquiátricos esquizofrénicos o con reacciones depresivas.

Sujetos normales con elevación en ésta escala tienden a preocuparse por lo que puedan pensar o decir acerca de ellos, son perfeccionistas, tercos en sus posturas, desconfiados, inseguros y sensibles en sus relaciones interpersonales.

Una baja puntuación se presenta en sujetos equilibrados, serios, maduros en su manera de enfrentar la vida.

Escala Siete.- Psicastenia (Pt). Esta escala fué diseñada para identificar características de personalidad clasificadas como Psicastenia que incluye reacciones fóbicas u obsesivo-compulsivas.

La conducta Obsesivo Compulsiva se caracteriza por sentimientos de culpa, angustia, desconfianza en sí mismo, con un panorama del mundo generalmente amenazador y hostil, temores anormales, dificultades para concentrarse. Presenta también inconsistencia en el modo de comportarse.

Se consideran fobias todo tipo de temores ilógicos ante cosas o situaciones como también reacciones extremas a estímulos más razonables.

Cada paciente se caracteriza por diferentes temores, preocupaciones y actos compulsivos.

Los sujetos normales con una elevación en esta escala son de - pendientes, deseosos de agradar, indecisos, inseguros, insatisfechos, tranquilos y de buen temperamento.

La mujer con una puntuación elevada es sensitiva, emotiva, dada a preocuparse demasiado y con una gran variedad de componentes neuróticos.

Escala Ocho.- Esquizofrenia (Es). Consta de 78 frases. Esta escala fué diseñada para medir esquizofrenia. Mide la similitud de las respuestas de sujetos normales con la de aquellos pacientes que se caracterizan por pensamientos o conductas inusitadas y extrañas.

Los rasgos más importantes característicos del esquizofrenico son: incongruencia en el afecto, fraccionamiento en el pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad, perdiendo el interés por el medio ambiente y procurando aislarse de él.

Se considera que todas las personas que presentan elevación en esta escala tienen mentalidad esquizoide. Estas personas son consideradas por sus amistades como raras, peculiares y extrañas. Son capaces de mantenerse por sí solas y vivir una vida aparentemente normal.

El sujeto normal con una puntuación alta es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático y con poco

talento social.

Escala Nueve.- Hipomanía (Ma). El objeto de esta escala fué el poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco depresivas (maniacas).

Existen 3 grados en el cuadro maniaco: Hipomanía, manía aguda y manía delirante.

En la Hipomanía el grado de manía es relativamente leve, el paciente puede ser ambulatorio, enérgico, deseoso de realizar muchas actividades, monopolizar conversaciones, se siente dueño del mundo; es eufórico, animado y suele comportarse impulsivamente.

El hipomaniaco se diferencia de la persona normal por el sentido del humor auténtico en el hecho de sentirse sumamente irritado ante la frustración mas trivial.

Manía Aguda.- El paciente presenta lenguaje y pensamiento acelerado pudiendo llegar a la violencia, hay excitación motora, delirio de grandeza, de poder y de riqueza; fuerza e inteligencia brillantes.

Manía Delirante.- El paciente presenta excitación, se ríe y se burla de todo, presenta alucinaciones y agrade abiertamente.

El sujeto normal que ofrece una puntuación alta es optimista, decidido, audaz, sociable, impulsivo y no se encuentra atado a

las costumbres sociales que lo rodean.

Escala Cero.- Introversión - Extroversión (Si). Esta escala fué diseñada para medir tendencias a la introversión o extroversión, esto es, la evitación o la búsqueda de contacto social.

Dicha escala fué obtenida de una muestra de sujetos normales. La puntuación alta en esta escala se presenta en sujetos descritos como tímidos, apáticos, con falta de originalidad en la solución de sus problemas, incapaces de tomar decisiones, con frustraciones en sus relaciones interpersonales y tendencias -- al aislamiento.

Si la puntuación es baja indica ajuste social y se presenta en personas amistosas, seductoras y con tendencias a la extroversión.

f) Manejo Estadístico de los Datos.

Una vez obtenidas todas las pruebas se procedió a obtener los puntajes en bruto de cada una de las escalas más la suma de el factor K de corrección a las escalas correspondientes.

El paso siguiente fué determinar si las diferencias encontradas con el MMPI entre los grupos uno y dos eran significativas al nivel de 0.05, es decir, que existían 5 en 100 posibilidades de que las diferencias se debían al azar y no a la influencia de la variable independiente.

Con este fin se utilizó el Análisis de Varianza, técnica de análisis estadístico que permite estimar o valorar si hay diferencias significativas cuando se hace más de una comparación por medio de la variabilidad existente entre dos o más grupos, pudiendo medirse ésta variabilidad entre grupos (intergrupos, lo cual refleja la magnitud de las diferencias entre las medias de grupo) y dentro del mismo grupo (intragrupos, la cual refleja la dispersión de las calificaciones dentro de cada grupo).

La ventaja del Análisis de Varianza es la obtención de la suma total de cuadrados, valor que resulta de tomar todos los sujetos de un experimento como un todo:

$$\sum x^2 = \sum X^2 - Fc$$

Esta suma total de cuadrados se presenta en dos componentes

Principales que son:

Suma de cuadrados intergrupos  $(\sum X^2 b)$

Suma de cuadrados intragrupos  $(\sum X^2 w)$

Cuanto mayor sea la suma de los cuadrados intergrupos y menor la suma de los cuadrados intragrupos existe mayor probabilidad de que los grupos sean significativamente diferentes.

Las fórmulas usadas en este análisis fueron las siguientes:

$$\sum X^2 = \sum X^2_1 + \sum X^2_2 - Fc$$

$$\text{DONDE } Fc = \frac{(\sum X)^2}{N}$$

$$\sum X^2 b = (\sum X_1)^2 + (\sum X_2)^2 - Fc$$

$$\sum X^2 w = \sum X^2_1 - \frac{(\sum X_1)^2}{n_1} + \sum X^2_2 - \frac{(\sum X_2)^2}{n_2}$$

Lo que significa:  $\sum X^2$  = Suma total de cuadrados

$\sum X^2 b$  = Suma de cuadrados intergrupos

$\sum X^2 w$  = Suma de cuadrados intragrupos.

$\sum X$  - Sumatoria de los puntajes obtenidos por los dos grupos de sujetos.

$\sum X_1$  - Sumatoria de los puntajes obtenidos por el grupo uno.

$\sum X_2$  - Sumatoria de los puntajes obtenidos por el grupo dos.

N - Número total casos incluyendo  $n_1 + n_2$

Una vez obtenidos estos datos se procedió a calcular la Varianza a partir de la suma de los cuadrados dividida entre el número de grados de libertad correspondientes.

Formulas de grados de libertad

$$\begin{aligned} \text{GLb} &= K-1 & \text{DONDE } K &= \text{Número de grupos} \\ \text{GLw} &= N-K & N &= \text{Número total de casos} \end{aligned}$$

Formulas para obtener la Varianza

$$\begin{aligned} s^2_b &= \frac{\sum X^2_b}{\text{GLb}} & s^2_b &= \text{Varianza intergrupos} \\ s^2_w &= \frac{\sum X^2_w}{\text{GLw}} & s^2_w &= \text{Varianza intragrupos} \end{aligned}$$

Después de obtener éstos resultados se aplicó la prueba de Proporción F de Fisher para poder determinar si existen diferencias significativas entre los dos grupos de alcohólicos al nivel de significación de 0.05

$$F = \frac{s^2_b}{s^2_w}$$

Se consultó la tabla de la estimación F para poder determinar cuando y cuando no la Hipótesis Nula de la población puede ser razonablemente aceptable para el nivel de significancia de  $P = 0.05$ .

También se calculó "la media aritmética o promedio" de cada una

de las escalas con el fin de determinar en cual de los dos grupos las escalas se encuentran más elevadas y así poder aceptar o rechazar nuestras hipótesis dadas anteriormente.

Al hablar de media aritmética o promedio, nos referimos a la suma de cada uno de los valores obtenidos divididos entre el número de estos.

La fórmula es:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

### C A P I T U L O   I I I

#### RESULTADOS.

En base a los datos obtenidos en el presente estudio trataré - de interpretar su significado.

En cuanto a la Hipótesis Nula 1 que decía "No habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala dos en el perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2" fué aceptada, rechazándose así la Hipótesis Alterna 1. (Tabla 2 )

Se encontró que en el grupo exitoso existe una mayor elevación en esta escala aunque esta diferencia no fué significativa. Podemos decir que en general los alcohólicos tienden a deprimirse participando o no dentro de un tratamiento, lo cual nos orienta hacia la importante falla en el desarrollo de su personalidad, encontrándose ligeramente elevada esta escala en los pacientes en abstinencia como una respuesta a la alteración de su personalidad, ya que en el transcurso del tratamiento los niveles de angustia se elevan ante la ausencia del alcohol que funciona - como válvula de escape. (Tabla 1)

Lo anterior concuerda con William Black y Andrew Heald (2), - Ralph E Tarter (38), Don Spiegel, Patricia Hadley, Robert G. - Hadley (37) y Jhon F Mclachlan (29) quienes han realizado estudios en pacientes alcohólicos empleando el MMPI, encontrando la



escala de depresión como una de las más elevadas en el perfil de estos pacientes.

En lo que se refiere a nuestra Hipótesis Alternativa 2 que dice que "habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en el perfil del MMPI en los grupos 1 y 2, en donde en el primero se observará mayor elevación" es aceptada ya que si hubo diferencias significativas importantes entre el grupo 1 y 2 encontrándose mayor elevación en el grupo segundo. (Tabla 1 y 3)

Considero este resultado consecuencia de que como características de personalidad el alcohólico siente al mundo amenazante, con baja tolerancia a la frustración gran demanda de afecto, aislandose del mundo, con gran agresión reprimida, sintiéndose no culpable ni responsable de su enfermedad. Así mismo en los periodos de actividad toda esta patología se maneja en forma variada, creándose en los periodos de abstinencia cierta crisis al no poder eludir su confrontación real con el medio que lo rodea.

William Black, Andrew Heald (2), David G. Jansen, Helmut Hoffman (16) y Jhon F Mclachlan (29) señalan el hecho de que existe elevación en esta escala en los pacientes alcohólicos.

La tercera Hipótesis Nula que se refiere a que "no habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 6 del perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2" fue aceptada, rechazando la Hipó-

tesis Alternativa ya que no fué significativa. (Tabla 4)

Mostrándose los dos grupos de alcohólicos inseguros, desconfiados y con miedo a las relaciones interpersonales. Siendo estas las características de personalidad del alcohólico.

Respecto a la Hipótesis Nula 4 que nos señala "No habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 8 en el perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2" fué aceptada rechazándose la Hipótesis Alternativa y aunque no hubo diferencias significativas se encontró mayor elevación en esta escala en el grupo dos. La intensa lucha que el alcohólico presenta en sus períodos de abstinencia lo hace sentirse merecedor de muchas atenciones, como ya se mencionó no se responsabiliza de su enfermedad comportándose egocéntrico, demandante, inmaduro y recurriendo a la fantasía para obtener sus gratificaciones. (Tablas 1 y 5)

Don Spiegel, Patricia Hadley, Robert G. Hadley (37) y Jhon F. Mclachlan (28) han reportado elevación en esta escala en un grupo de pacientes alcohólicos encontrando como característica importante gran preocupación fantasiosa.

La Hipótesis Nula 5 nos señala que "Habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 9 del perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2" fué aceptada. La Hipótesis alternativa se rechazó ya que no fué significativa. (Tabla 6)

Como podemos observar en el grupo dos, esta escala se encuentra

más elevada aunque esta diferencia no es significativa. Por lo que podemos deducir que el grupo dos presenta una conducta más adaptada y menos apática, existiendo por el contrario en el grupo uno una mayor problemática en su conducta y presentándose la ausencia de fuerzas motivacionales pudiendo ser una de las causas por la que abandonan el tratamiento. (Tabla 1)

Se procedió a interpretar los perfiles del MMPI en ambos grupos con la finalidad de obtener un panorama global estructurado acerca de las características de personalidad de los pacientes estudiados y así mismo pudimos apreciar cuales son las diferencias entre el grupo rehabilitado y no rehabilitado.

Interpretación del perfil del MMPI de una muestra compuesta por 20 pacientes, quienes a pesar de estar en tratamiento no lograron suspender la ingestión de alcohol.

2" 87' 41639 --' (26) 4:11:10

Este perfil nos indica que utilizan una cierta actitud defensiva y consideran que poseen un nivel adecuado de adaptación, ya que aceptan algunos lineamientos sociales y en parte se perciben con algunas posibilidades para manejar sus conflictos. Sin embargo la escala F muestra la verbalización de problemas para encontrar ayuda. No obstante que siguen concibiendo sus problemas de adicción como una situación de fácil manejo.

Esto ha dado lugar a que en parte se muestren psicológicamente

débiles y con un concepto inadecuado de sí mismos, evidentemente producto de la carencia de comprensión de sus problemas y a un mecanismo de evasión hacia todas las situaciones que le provoquen conflicto.

En el perfil clínico se revelan características depresivas tales como apatía, falta de interés por lo que les rodea y disminución de la energía para nuevas iniciativas. Esto puede deberse a que se sienten inseguros, con sentimientos de minusvalía, inferioridad y tristeza.

Son personas cuyo talante es pesimista y experimentan poca confianza en sus habilidades ya que tienden a sobrevalorarse y resistir pobremente, no cubrir sus expectativas, todo esto va acompañado por una disminución de su capacidad de concentración y pérdida de eficiencia para ejecutar acciones usuales. Tales circunstancias pueden dar lugar a períodos de confusión.

Encontramos insatisfacción con el medio y con ellos mismos y esto hace que desconfíen y se alejen de la gente evitando relaciones interpersonales por temor a involucrarse emocionalmente. Aquellos que pudieran mantenerlas posiblemente lo hagan a nivel superficial.

Se puede apreciar que sus características pasivas y dependientes limitan comportamientos que eleven su autoestima y les permitan asumir responsabilidades, las cuales desplazan en otros. Además su pobre tolerancia a la frustración y posposición de -

gratificaciones gesta impulsos agresivos que pueden canalizar en forma explosiva y sin control (acting out) tanto como a través de actitudes veladas y hostiles.

La percepción de un mundo amenazante y los sentimientos de culpa derivados de sus impulsos primarios generan en ellos mucha ansiedad. Así mismo su poca aceptación de conflictiva interna conlleva a que utilicen la fantasía, la negación, proyección y racionalización como mecanismos de defensa con los cuales sustentan su precaria adaptación. (Ver perfil 1)

Interpretación del MMPI de una muestra de 20 hombres alcohólicos quienes participan en un programa de tratamiento y han llevado a cabo un período prolongado de abstinencia total.

82" 471' 639 ---' (28) 4:13:12

Se deduce que los pacientes de este grupo son personas que tratan de ajustarse a las normas establecidas como un intento de mantener cierta adaptación. Al parecer la aceptación de su problema de adicción da lugar a una mayor búsqueda de ayuda y una discreta sensación de recursos ante sus problemas, parece ser que se ha incrementado la conciencia de problemática interna.

Se puede apreciar que siguen insatisfechos con el medio y con ellos mismos ya que esperan demasiado de los demás por lo que pueden fácilmente presentar períodos depresivos. De hecho no parece haber cambiado sustancialmente su pesimismo y si se ha

exacerbado la presencia de quejas físicas y la poca aceptación de sí mismo.

Presentan exigencias egocéntricas relacionadas con una gran necesidad de afecto y atención por lo que constantemente demandan apoyo de los demás. Estas necesidades de afecto y dependencia las tratan de satisfacer expresando quejas frecuentes y cuando no lo logran pueden reaccionar con hostilidad. En sus características de personalidad pasivo-agresivas la agresión resultante de su poca tolerancia a la frustración la manejan en forma manipuladora.

Son pacientes inmaduros, infantiles, un tanto estereotipados lo cual les hace sensibles a la crítica e inflexibles en sus opiniones.

Sus relaciones interpersonales son inconsistentes, siguen presentando desconfianza y aislamiento de la gente por temor a involucrarse emocionalmente.

Posiblemente el hecho de contrarestar su alcoholismo les ha tornado mayormente exigentes, gregarios, pero con el deseo de ser tolerados en sus manifestaciones explosivas, las que es probable que no se refieran a "conducta asocial" sino a las demandas antes mencionadas.

Presentan ansiedad y quejas somáticas, a la vez que la racional-

lización, proyección y la fantasía siguen constituyendo sus -  
fuentes básicas de mecanismos de defensa. (Ver perfil 2).

PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



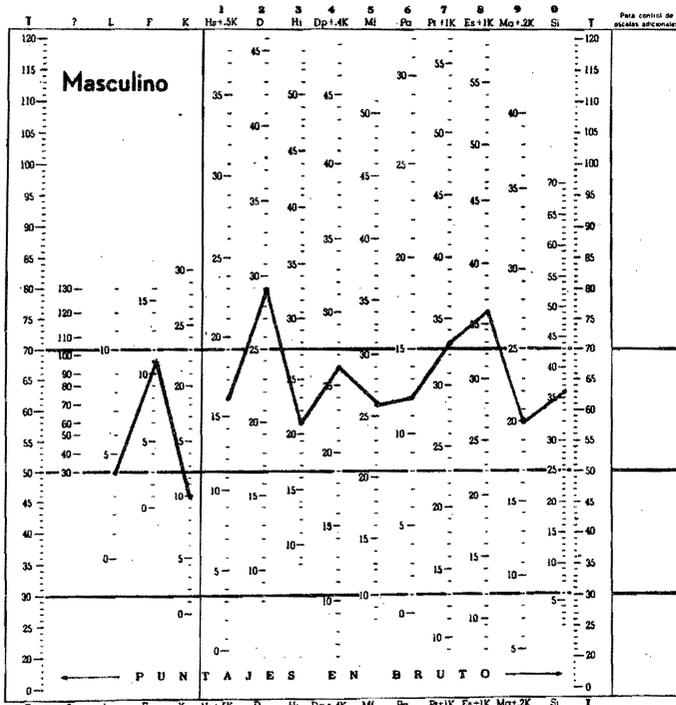
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Fraciones K

K	7	L	F	K
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	
0	0	0	0	

NOTAS

GRUPO I

2" 87' 46139 - '(26)° : 4:11:10

PERFIL No. 1

Puntaje en bruto	4	11	10	11	24	21	22	26	12	23	16	18	16	
Agregar factor K		5				4				10	10	2		
Puntaje corregido		16				26				33	26	20		



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PERFIL Y SUMARIO

MT

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



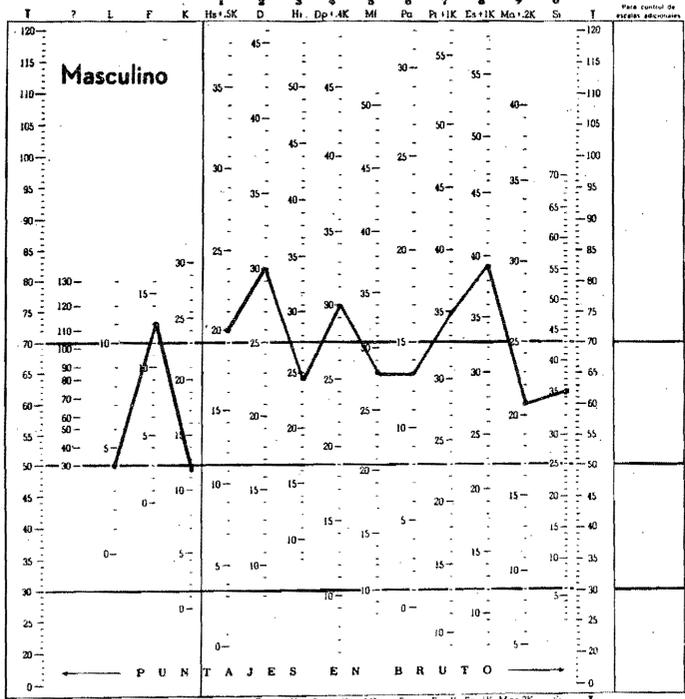
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Fracciones K			
K	3	4	9
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
0	0	0	0

NOTAS

GRUPO 2

82 "471'639 - '(28)°; 4:13:12

PERFIL No. 2.

Puntaje en bruto	4	13	12	14	20	24	23	22	12	22	22	14	12	—	—
Agregar factor K		4			5				14	14		2		—	—
Puntaje corregido		17	12	14	25	24	23	22	26	36	32	16	12	—	—



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1949 by the University of Minnesota

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## C A P I T U L O   I V

### CONCLUSIONES.

- 1) No se encontraron diferencias significativas en la escala de Depresión en pacientes rehabilitados y no rehabilitados. Como se puede observar ésta es una de las escalas más elevadas en los Dos Perfiles, concluyéndose que existen rasgos depresivos permanentes y frecuentes en este tipo de pacientes.
- 2) En relación a la Hipótesis Alternativa 2 que dice "Habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 4 del perfil MMPI en los grupos 1 y 2 en donde en el primero se observará mayor elevación" fué aceptada, pero encontrándose más elevada en el grupo 2 por lo que podemos deducir que los pacientes en abstinencia se ven en la necesidad de enfrentarse al mundo en una forma real. Todas sus fallas de personalidad dan como respuesta que el paciente presente una incongruencia afectiva, dando como resultado mayor agresión en sus relaciones, siendo más demandantes de afecto y evitando responsabilizarse de su enfermedad.
- 3) Se acepta la Hipótesis Nula 3 que dice "No habrá diferencias significativas a nivel de 0.05 en la escala 6 del perfil del MMPI en los grupos 1 y 2" presentándose en los 2 grupos las

mismas características de personalidad tales como inseguridad, desconfianza y miedo a sus relaciones interpersonales.

- 4) La Hipótesis Nula 4 nos señala que "No habrá diferencias a nivel de 0.05 en la escala 8 del perfil del MMPI entre el grupo 1 y 2" se aceptó. El alcohólico se muestra resentido con el mundo y con él mismo aislándose y recurriendo, como una defensa, a manejar la fantasía para gratificarse. Se encontró ligeramente elevada esta escala en el grupo rehabilitado ya que al existir un sentimiento de culpa por su enfermedad y desarrollar una intensa lucha en su tratamiento se sienten merecedores de mayores gratificaciones.
- 5) Se observa que la diferencia en los puntajes en la escala 9 entre ambos grupos no es significativa. Siendo más elevada la puntuación en el grupo 2, esto nos indica que el grupo presenta una conducta más adaptable y sociable. Este grupo se encuentra motivado hacia el tratamiento y lo enfrenta en forma menos apática, por lo que podemos pensar en que esta pueda ser una de las causas por las que no abandonan el tratamiento.
- 6) Como un dato muy importante, se encontró que en la escala 5 del MMPI existe una diferencia significativa, a nivel de -- 0.05 que nos hace pensar en que el paciente alcohólico rehabilitado es mas dependiente y pasivo; éstas características pueden plantearse como un factor importante para el re-

sultado del tratamiento, así tenemos mejor pronóstico re -  
habilitatorio para los pacientes que sean más dependientes.

(Tabla 7)

- 7) En cuanto a las características de personalidad en ambos -  
grupos, encontramos rasgos depresivos tales como: apatía,  
falta de interés por lo que les rodea, con un pobre concep-  
to de sí mismos y sumamente pesimistas, ésto puede deberse  
a que se sienten inseguros, con sentimientos de menosvalía,  
inferioridad y tristeza. Se encuentra también insatisfac-  
ción con el medio y con ellos mismos, dando como resultado  
que se alejen de la gente, evitando, así involucrarse emo -  
cionalmente.

Estos pacientes generalmente, utilizan la fantasía, negación  
proyección y racionalización, como mecanismos de defensa.

- 8) El primer grupo considera poseer un nivel adecuado de adap-  
tación ya que acepta algunos lineamientos sociales, capaces  
de manejar sus conflictos y concibiendo su problema de adec-  
ción como una situación de fácil manejo, desde luego existe  
una carencia absoluta de comprensión de sus problemas.
- 9) En el grupo de alcohólicos rehabilitados, se percibe una ma-  
yor búsqueda de ayuda, ya que refleja conciencia de problema

tica interna, existiendo siempre el pesimismo. Además de presentarse más egocéntricos, demandantes, con mayor necesidad de afecto y atención. Son más dependientes, lo cual tratan de satisfacer por medio de quejas físicas; éstos pacientes presentan muy baja tolerancia a la frustración, manejando esta en forma manipuladora.

Con los resultados de este estudio podemos concluir, que no hay diferencias significativas que pudieramos considerar las causantes del éxito o fracaso del tratamiento. Estos resultados coinciden con las investigaciones llevadas a cabo por David G. Jansen, Helmut Hoffmann (16) y Ralph E Tarter (38) quienes concluyen que las características de personalidad de los pacientes con un largo período de abstinencia permanecen inalteradas.

Aunque esta investigación nos arroja datos importantes sobre las características de personalidad de ambos grupos, no podemos asegurar que estas son variables que influyen para el resultado de un tratamiento, pero si nos son útiles para conocer más a fondo la dinámica de éstos pacientes.

Como mencionamos anteriormente, el grupo rehabilitado se caracteriza por presentar conciencia de su problemática interna además de que se perciben más egocéntricos, demandantes, con mayor necesidad de ayuda, manipuladores y que

recurren con frecuencia a la fantasía como medio de gratificación de su gran demanda de afecto; esto nos lleva a pensar acerca de si el tratamiento es el causante de éstos cambios en su personalidad o si formaban ya parte de su estructura con la misma intensidad.

Dado que como ya se mencionó anteriormente el alcoholismo es un grave problema de "Salud Pública" que vá ascendiendo considerablemente.

Por todo lo anteriormente expuesto considero es de suma importancia establecer un programa de rehabilitación más completo donde exista mayor control y un seguimiento del paciente en sus estudios de personalidad por medio de test más profundos y completos desde su iniciación al tratamiento hasta después de un largo período en el cual ya se pueda considerar rehabilitado o no rehabilitado al paciente y así poder determinar si las características personales encontradas en los alcohólicos son las causales del éxito o fracaso del tratamiento o si estas características son debidas al tratamiento o son otras las variables que pueden estar influyendo para el éxito o fracaso de un tratamiento. Ya que cuanto más se conozca acerca de estas variables causales mayor será el control que se podrá tener sobre este grave problema que es el "Alcoholismo".

## S U M A R I O

En este estudio se trató de averiguar si existen diferencias en algunas escalas clínicas del MMPI entre pacientes alcohólicos rehabilitados y no rehabilitados, las cuales pudieran ser causas del éxito o fracaso de un tratamiento (D, Dp, Pa, Es, Ma).

Se estudiaron a 20 sujetos que no lograron abstenerse de beber alcohol por un período prolongado interrumpiendo así el tratamiento constantemente y 20 sujetos que llevaron a cabo su rehabilitación (logrando un período prolongado de abstinencia).

Aunque no existieron diferencias significativas en cuanto a depresión esta escala se encuentra elevada en los dos grupos, lo que significa que se trata de sujetos inseguros, con sentimientos de inferioridad que los llevan a sentirse insatisfechos con el medio y con ellos mismos. En relación a la agresión ésta la reprimen por temor a ser rechazados, notándose que los alcohólicos rehabilitados se presentan más dependientes y pasivos.

Los dos grupos se muestran inseguros, desconfiados y con miedo a las relaciones interpersonales. En el segundo grupo se percibe una intensa lucha en su período de abstinencia por lo que se sienten merecedores de muchas atenciones, comportándose hostiles, egocéntricos, demandantes, inmaduros y recurren a la fantasía como medio de gratificación.

El paciente alcohólico en abstinencia y en actividad, presenta características de comportamiento comunes, variando la intensidad en los dos grupos. El deseo de llevar a cabo un período de abstinencia, nos señala una ambivalencia, es positivo el deseo, pero el enfrentarse al mundo que normalmente se siente amenazante, genera mayor acentuación de diferentes síntomas. En el transcurso del tratamiento se presenta stress psicológico, ya que la actitud infantil demandante y egocéntrica produce la necesidad de obtener mayores gratificaciones; en los dos grupos se encontró que existe angustia, siendo más elevada en los pacientes en actividad ya que no precisan su situación real, sintiendo una gran soledad. En el paciente rehabilitado es menor el nivel de angustia, ya que el tratamiento lo orienta y conduce a luchar por su abstinencia, hay así un objetivo que tiene mayor validez pese a la personalidad mal estructurada.

A través de la Psicoterapia, reforzamientos y demás planes rehabilitatorios la soledad es menos agobiante, ya que al tratar al alcoholismo como enfermedad y no vicio se le da respeto.

A P E N D I C E

MUESTRA DE "PACIENTES ALCOHOLICOS"

Total = 40 sujetos

ESCALA	MEDIA GRUPO # 1	MEDIA GRUPO # 2
L	3.9000	4.0500
F	11.4000	12.5500
K	9.8000	12.1500
1	11.3500	13.5000
2	28.7000	29.8500
3	21.2000	24.0500
4	22.1000	25.0000
5	25.6000	27.5500
6	12.0500	12.9000
7	23.0000	22.8000
8	26.2500	26.5000
9	17.7500	19.1500
0	36.1000	35.1000

TABLA No. 1

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA POR PACIENTES ALCOHOLICOS DEL  
CENTRO DE REHABILITACION DE LA S.S.A.

Total = 40 sujetos

- MMPI -

ANALISIS DE LA VARIABLE 4

(Escala 4) DP

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	G. L.	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	P.
Entre tratamientos	84.1	1	84.1	4.26	0.05
Sujetos (error)	749.8	38	19.73		
T o t a l	833.9	39			

TABLA No. 3

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA POR PACIENTES ALCOHOLICOS DEL  
CENTRO DE REHABILITACION DE LA S.S.A.

Total = 40 sujetos

- MMPI -

ANALISIS DE LA VARIABLE 6

(Escala 6) Pa.

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	G. L.	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	P.
Entre tratamientos	7.225	1	7.225	0.487	0.00
Sujetos (error)	562.75	38	14.809		
T o t a l	569.975	39			

TABLA No. 4

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA POR PACIENTES ALCOHOLICOS DEL  
CENTRO DE REHABILITACION DE LA S.S.A.

Total = 40 sujetos

-MMPI-

ANALISIS DE LA VARIABLE 8

(Escala 8) Es

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	G. L.	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	P.
Entre tratamientos	0.625	1	0.625	0.0229	0.00
Sujetos (error)	-1033.25	38	27.190		
T o t a l	1032.625	39			

TABLA No. 5

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA POR PACIENTES ALCOHOLICOS DEL  
CENTRO DE REHABILITACION DE LA S.S.A.

Total = 40 sujetos

- MMPI -

ANALISIS DE LA VARIABLE 9

(Escala 9) Ma

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	G. L.	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	P.
Entre tratamientos	19.6	1	19.6	1.0485	0.00
Sujetos (error)	710.3	38	18.692		
T o t a l	729.9	39			

TABLA No. 6

RESULTADO DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA POR PACIENTES ALCOHOLICOS DEL  
CENTRO DE REHABILITACION DE LA S.S.A.

Total = 40 sujetos

- MMPI -

ANALISIS DE LA VARIABLE 5

(Escala 5) Mf

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	G. L.	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	P
Entre tratamientos	38.025	1	38.025	4.757	0.05
Sujetos (error)	303.75	38	7.993		
T o t a l	341.775	39			

TABLA No. 7

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA POR PACIENTES ALCOHOLICOS DEL  
CENTRO DE REHABILITACION DE LA S.S.A.

Total = 40 sujetos

- MMPI -

ANALISIS DE LA VARIABLE 2

(Escala 2) D

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	G. L.	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	P.
Entre tra- tamientos	13.225	1	13.225	.32	0.00
Sujetos (error)	1566.75	38	41.23		
T o t a l	1579.975	39			

TABLA No. 2

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

1. Ampudia Irma Consideraciones psicológicas observadas en mujeres alcohólicas.  
Estudio Fenomenológico  
Tesis de Licenciatura  
UNAM 1977
2. Black W. and Heald Andrew  
Andrew MMPI characteristic of alcohol and illicit Drug-Abusers enrolled in a rehabilitation program.  
Journal of Clinical Psychology  
1975 Jul. Vol 31 (3) 572-575
3. Boudreau MD Alcoholismo.  
Instituto Nac. sobre alcoholismo.  
San José Costa Rica
4. Brener Brener Aida Algunas características de personalidad de pacientes en tratamiento hemodialítico.  
Tesis de Licenciatura  
UNAM 1976
5. Cohen M. Liebson I, Fallace L. and Speers W.  
Beber en forma controlada e incentivos por abstinencia.  
Psychological Reports.  
1971 Vol. 28 575-580
6. Cohen M. Liebson I, Fallace L.  
Alcoholicos crónicos bebiendo en forma controlada por largos períodos de libre acceso.  
Psychological Reports  
1973 Vol. 32 1107-1110
7. Chassoul M. Charles Visión general del Alcoholismo en Costa Rica.  
Costa Rica 1976

8. Dahlstrom and Welsh  
An MMPI Handbook  
Minnesota Press  
1965
9. Gueraceb Ibarriola  
Ricardo  
El Alcoholismo como destino.  
Mundo Médico  
Vol IV - No. 37  
Oct. 1976
10. Hathaway S. R. y Mc.  
Kinley  
Inventario Multifásico de la  
Personalidad (traducido y  
adaptado por el Dr. Rafael  
Nuñez)  
El Manual Moderno S. A. 1967
11. Hedberg A. Campbell L  
Weeks S. and Powelles  
S.  
The use of the MMPI (Mini Mult)  
to predict alcoholic response  
to a behavioral treatment pro -  
gram.  
Journal of Clinical Psychology  
1975 Vol. 31 (2) 271-274
12. Heinemann E. Moore B.  
and Gurel M.  
Completion or termination of  
alcoholism treatment toward the  
development of a predictive  
index  
Psychological Reports 1976  
Vol. 38 1340-1342
13. Horwitz José  
La Sociedad Contemporánea y su  
visión del alcohol y el alcoh-  
olismo.  
Conferencia Internacional sobre  
alcoholismo y abuso de drogas.
14. Horwitz J. Naveillán  
P. Marambio C. Gon-  
zález H.  
Evaluation of the results of  
Alcoholism treatment.  
Psychiatric Hospital National  
Health Service of Chile Santiago  
179-192

15. Ibarra Luis G. Alarcon  
S. Pedroza H.                      La Participación de la comunidad en la lucha contra el alcoholismo.  
Primera Convención Nacional de Salud.  
Dirección General de Rehabilitación S.S.A.  
Jul. 16 a 20 de 1973.
  
16. Jansen G. and Hoffmann  
H.                                      MMPI scores of counselors on alcoholism prior to and after training.  
Journal of Consulting and Clinical Psychology  
1975 Vol. 43 -2 Pag. 271
  
17. Jellinek E. M.                      Concepto de Enfermedad  
Comisión sobre Alcoholismo  
San José Costa Rica  
1968.
  
18. Jellinek E. M.                      Etapas de la Alcoholomanía  
Seminario Regional Sudamericano del Alcoholismo.  
Buenos Aires 1973.
  
19. Jellinek E. M.                      The Disease Concept of Alcoholism  
Hillhouse Press  
New Haven Conn 1960
  
20. Katasky Marilyn                    Manejo Integral del Paciente por Alcoholismo.  
Documento de Trabajo # 3  
Organización Sanitaria Panamericana.
  
21. Keller Mark                        Mature and Extent of the Problem in understanding of alcoholism  
1958      315
  
22. Maldonado Saenz  
Rosalinda                              Investigación de Personalidad en Presuntos Delincuentes con el MMPI  
Tesis de Licenciatura  
UNAM 1976

23. Manaughaud T. Scott  
E.  
EPPS Scores of Males Alcoholics a Review and Cross Validation  
Journal of Clinical Psychology  
Vol. 32 (1) 197-199
24. Marconi J  
Epidemiología del Alcoholismo en América Latina  
Acta Fondo para la Salud Mental  
Buenos Aires 1967
25. Mac Guigan F. J.  
Psicología Experimental  
Enfoque metodológico.  
Editorial Trillas 1973.
26. Mayer Gross Slater L.  
and Roth M  
Psiquiatría Clínica II  
Editorial Paidós 1974
27. Mclachlan J.  
A Short Adjective Check List for the Evaluation of Anxiety and Depression.  
Journal of Clinical Psychology  
1976
28. Mclachlan J.  
An MMPI Discriminant Function to Distinguish Alcoholics from Narcotic Addicts: Effects of age, sex and psychopathology  
Journal of Clinical Psychology  
1975 Vol. 31 (1) 163-165
29. Mclachlan J.  
Classification of Alcoholics by an MMPI Actuarial System  
Journal of Clinical Psychology  
1975 Vol. 31 (1) 145-147
30. Noyes and Kolb  
Psiquiatría Clínica Moderna  
Ed. La Prensa Médica  
4a. edición 1971
31. Núñez Rafael  
Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología  
Ed. El Manual Moderno 1968

32. Roiz F. Situación Actual del Paciente Alcohólico en México. Documento de trabajo # 4 Dirección General de Rehabilitación del alcohólico. S.S.A. México 1975.
33. Ruff C. Ayers Joyce and Templer D. Alcoholics and criminals Sanitariness of score on the McAndrew Alcoholism Scale Psychological Reports 1975 Vol. 36 921 - 922
34. Sanchez Aspe Susana y Ma. Melken Kure Estudio de algunos factores psicológicos en esposas de enfermos alcohólicos. Tesis de Licenciatura UNAM 1976
35. Shaffer J. A New Acquiescence scale for the MMPI. Journal of Clinical Psychology 1963 Vol. 19 412-415
36. Solario C. Guido Psychotherapeutic Methods in Alcoholism. Psychiatric Clinic University of Chile Vol. 22 165-169
37. Spiegel D. Hadley P. and Hadley R. Personality test Patterns of Rehabilitation Center Alcoholics, psychiatric inpatients and Normals Journal of Clinical Psychology 1970 Vol. 26 (3) 366-371
38. Tarter R. Acquiescence in Chronic Alcoholics Journal of Clinical Psychology 1970 Vol. 26 (3) 301-302
39. Tarter R. Personality Characteristics of male alcoholics Psychological Reports 1975 Vol. 37 91-96

40. Terres Speziale E.  
y Zuñiga Velazquez G. Estudio sobre la Tendencia a la Somatización con estudiantes de la generación 71-76 de la Facultad de Medicina Utilizando el MMPI  
Tesis de Licenciatura  
UNAM 1976
41. Toler C. The Personal Values of Alcoholics and Addicts.  
Journal of Clinical Psychology  
1975 Vol. 31 (3) 554-557
42. Valles Jorge From Social Drinking to Alcoholism 1969
43. Velasco Fernandez R. Problemática de la Invalidez por Alcoholismo.  
Anexo Documento de Trabajo # 1  
Grupo de estudio sobre Rehabilitación del Alcohólico S.S.A.  
México 1975
44. Velasco Fernandez R. Problemática de la Invalidez por Alcoholismo  
Documento de trabajo # 1,  
Grupo de Estudio sobre Rehabilitación del Alcohólico S.S.A.  
México 1975
45. Warner Wolf Introducción a la Psicopatología  
Ed. Fondo de Cultura Económica
46. Received 30 Septiembre 1975 (sin autor) Cases Histories and Shorter communications.  
Modification of excessive drinking by cue exposure  
Behavior Res & Therapy.  
Pergamon Press Printed in Great Britain  
1976 Vol. 14 305-307