

727868

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



201
PSI

EL PERFIL PSICOLOGICO DEL ALCOHOLICO, MEDIANTE EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

Estudio Realizado en 64 Casos

TESIS PROFESIONAL

para optar por el título de:

P S I C O L O G O

p r e s e n t a n :

ROSA MA. GAMBOA MAGAÑA

SONIA RAQUEL MONTERO - TORRES

MARIA CRISTINA GAMBOA MAGAÑA

México, D. F.

Septiembre 1978



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.



EL PERFIL PSICOLOGICO DEL ALCOHOLICO, MEDIANTE EL INVENTARIO
MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD.
ESTUDIO REALIZADO EN 64 CASOS.

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER LA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

REALIZADA POR:

ROSA MARIA GAMBOA MAGAÑA.

SONIA RAQUEL MONTERO TORRES.

MARIA CRISTINA GAMBOA MAGAÑA.

EL PERFIL PSICOLOGICO DEL ALCOHOLICO, MEDIANTE EL INVENTARIO
MULTI-ASICO DE LA PERSONALIDAD.

ESTUDIO REALIZADO EN 64 CASOS.

INTRODUCCION.

CAPITULO I: ASPECTO TEORICO DEL ALCOHOLISMO.

- 1.- ETIOLOGIA Y PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO.
- 2.- EL ALCOHOLICO Y EL ALCOHOLISMO.
- 3.- DERIVACIONES SOCIALES DEL ALCOHOLISMO. — 51
- 4.- DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCION Y
REHABILITACION. ————— 63

CAPITULO II. ASPECTO TEORICO DE LA PRUEBA

- 1.- ANTECEDENTES.
- 2.- CONSTRUCCION Y CARACTERISTICAS.
- 3.- CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.
- 4.- APLICACION E INTERPRETACION.
- 5.- LAS ESCALAS.
- 6.- EL PERFIL CLINICO.

CAPITULO III DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

- 1.- METODOLOGIA.
- 2.- DESCRIPCION DE LOS GRUPOS.
- 3.- HIPOTESIS DE TRABAJO.
- 4.- OBTENCION DE LA CHI CUADRADA PARA
CADA ESCALA.

- 5.- CARACTERÍSTICAS DE LAS ESCUELAS CON MÁS ALTA PUNTAJACION.
- 6.- SINTESIS.

CONCLUSIONES GENERALES.

BIBLIOGRAFIA.

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

El alcoholismo ha sido siempre un problema de salud pública de suma importancia, que afecta no sólo al sujeto alcohólico, sino también a aquéllos - que dependen o están en relación estrecha con él. - Es un problema que se presenta en todo tipo de sociedades y de estratos sociales, con manifestaciones y formas clínicas diferentes, que han conducido incluso a diversas definiciones y clasificaciones de alcoholismo, como se examinará más adelante.

Como pasa con otros problemas psicosociales, no se le concede al alcoholismo muchas veces la importancia que tiene, hasta que no se enfrentan sus consecuencias, que abarcan todas las esferas de la - vida del individuo, afectando su salud física y psíquica en ocasiones hasta destruirlo, dificultando - sus relaciones familiares, motivando el rechazo del grupo, creando problemas laborales que pueden llegar hasta la pérdida de la fuente de trabajo y algunas - veces originando conflictos legales. Por todo ello se le ha calificado de "suicidio a largo plazo".

En nuestra experiencia clínica con pacientes psiquiátricos externos y hospitalizados, nos - atrajo la atención la reincidencia de internamientos causados por ingestión alcohólica exagerada como problema principal. Además, nos dimos cuenta de que el

paciente alcohólico muchas veces presentaba dificultades de diagnóstico, ajuste hospitalario y manejo que no existían en otro tipo de pacientes, aún aquellos aparentemente más graves o francamente psicóticos. En el área diagnóstica, la discusión se centraba en si el alcoholismo era en sí la enfermedad principal, o si solamente era un síntoma que estaba encubriendo otra entidad nosológica. El ajuste hospitalario era casi siempre difícil, por la falta de conciencia de enfermedad mental que presentaban los sujetos, aún ante el hecho de que su afición a beber los había conducido a un hospital psiquiátrico. En cuanto al tratamiento, nos dimos cuenta de que la mayor parte de las veces sólo podía ser enfocado a los síntomas agudos y fracasaba a largo plazo, con la reincidencia de los pacientes en el mismo problema.

Esto nos llevó a considerar la necesidad de tomar el problema desde el punto de vista de sus posibles causas y tratar de encontrar si el alcoholismo puede verse como una enfermedad distinta y con causas determinadas, o bien si hay un tipo específico de personalidad que lo sirva de base, o si sólo es un síntoma que puede encontrarse en varios tipos de personalidades perturbadas y con diferentes causas. Es claro que un programa de tratamiento del alcoholismo tendría que ser diferente si se-

le considera como un solo problema, o si se le enfoca como provocado por una amplia variedad de conflictos. Esto enfatiza también la necesidad de obtener diagnósticos psicológicos diferenciales en el menor tiempo y de la manera más objetiva posible, lo cual creemos es más factible con la utilización de pruebas psicológicas y entre éstas, una de las que ha logrado mayor aceptación en todos los países por su excelente respaldo estadístico y ha sido ampliamente estudiada en el nuestro, es el EEPI, que aporta precisamente perfiles clínicos y grupos diagnósticos.

Encontramos que la mejor manera de estudiar el complejo problema del alcoholismo, era reuniéndonos un grupo de personas interesadas en el mismo, de manera de enfocarlo desde diferentes puntos de vista y cubriendo tanto los aspectos teóricos como prácticos de la investigación. Sabemos que, sobre todo en los Estados Unidos, se han realizado en tiempos recientes, investigaciones que conjuntan alcoholismo y perfiles EEPI, y que en algunas de ellas se han obtenido datos útiles para planes de tratamiento diferencial de los alcohólicos, lo cual intentamos sea nuestra aportación final. Creemos que no es posible simplemente trasladar los resultados obtenidos en el extranjero, a nuestro ambiente, con sus rasgos socioculturales distintivos, por lo cual nos interesó buscar cuáles son las características del alcohólico en nuestro medio.

I.- ETIOPATOGENIA Y PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO.

A.- TEORIAS ORGANICO - FISIOLÓGICAS,

Williams, en 1947 postuló una hipótesis - en la que adopta como punto de partida que el sujeto alcohólico se encuentra afectado mucho antes de haber empezado a beber, (personalidad pre-alcohólica - metabólica congénita) por una anomalía metabólica, - que lo predispone a la dependencia hacia el alcohol. (3, 17, 27).

Estas fallas genéticas que guían al individuo a defectos metabólicos, disminuyen el deseo de ingerir alimentos por la natural reducción de enzimas específicas. La concomitancia de este defecto bioquímico y genotrófico es una pérdida de elementos básicos nutricionales.

Williams afirma que estos defectos enzimáticos hacen que los procesos metabólicos se realicen más lentamente y por lo tanto, resulten inadecuados como fuente de rápida energía y que el alcohol, ya experimentado como una fuente que la reemplaza, es anhelado por la persona con esta condición prevalente.

Estudios experimentales semejantes fueron realizados en Chile por Mardones, Segura y A. Herrera en los cuales trataron de demostrar que la falta de vitamina B produce deseo de alcohol en las ratas.

Esta serie de experimentos de autoselección los llevaron a postular que "la falta de un factor dietético específico en un régimen alimenticio calificado por ellos como el factor "NL", causaba un incremento en la consumición de alcohol y cuando la dieta se completaba con el factor vitamínico adecuado, menguaba esta consumición. (4, 21, 22).

La crítica expone ángulos muy interesantes al respecto, ya que dicha teoría, se basa en que el alcohólico carece de peculiaridades psicológicas y en que el deseo de beber es incomprensible psicológicamente y tiene siempre un origen somático.

En el año de 1952, Lester y Greenberg hicieron una importante contribución a la crítica de estas hipótesis, pues encontraron que la mayoría de las ratas, sin tener cuidado de su régimen dietético, disminuyeron considerablemente la consumición del alcohol cuando se les ofreció, como una tercera posibilidad de elección, una solución de azúcar. (27).

Observaron las siguientes diferencias:

1.- El metabolismo del hombre y de las ratas es diferente y por tanto, el proceso metabólico del alcohol tiene que ser también diferente.

2.- Los factores que intervienen en la vida del hombre, no pueden ser ni comparados con la de los animales.

En resumen, todos los trabajos experimentales han sido muy contradictorios. Mardones en sus estudios con ratas, no ha conseguido demostrar la dependencia de éstas hacia el alcohol. Por otra parte, la crítica hace hincapié en que no puede definirse al alcoholismo como un apetito del organismo por el alcohol de base puramente fisiológica, ya que hay que considerar que una gran mayoría de alcohólicos, en realidad detestan el sabor y el olor de los vinos y licores y sólo lo toman por los efectos concomitantes a su ingesta.

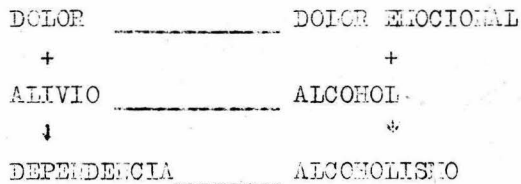
Por lo que respecta a hipótesis hereditarias concluimos que los trabajos sobre este tema en el alcoholismo, no han progresado grandemente y lo que se ha postulado, aún no es determinante. Por otro lado la mayoría de los investigadores de hoy en día, se han inclinado por creer que los factores ambientales tienen una parte de responsabilidad mayor que la herencia física. La crítica que estos autores hacen al respecto es la siguiente: "No es precisamente la herencia en el estricto sentido genético, la que predispone al sujeto, sino son las condiciones ambientales familiares, las experiencias infantiles usualmente traumáticas para los hijos de los alcohólicos las que realmente condicionarían pautas para beber y para desarrollar posteriormente, la depen

dencia hacia el alcohol (investigadores psicoanalistas).

Existe un acuerdo general en afirmar que - el deseo vehemente de alcohol es un reflejo de conflictos emocionales; pero que a la larga, las consecuencias resultantes son las demandas fisiológicas - las que pesan también a un primer plano, a causa de los procesos metabólicos alterados por las sustancias alcohólicas.

B.- TEORIAS DEL APRENDIZAJE Y REFLEJOS CONDICIONADOS

Para quienes apoyan esta teoría, el patrón de adicción al alcohol es simple.



La hipótesis fundamental es la siguiente:-- la necesidad de beber excesivamente se ve forzada - por la reducción de la ansiedad, inseguridad o en to do caso culpa, ésta última como resultante de haber ingerido alcohol. El acto de beber es aprendido por el sujeto a causa del reforzamiento (alivio de la ansiedad) de que es objeto. Este es más inmediato que el castigo denotado, representado por la pérdida del trabajo, dificultades conyugales e interpersonales.

El impulso inicial que guía al alcoholismo puede ser incitado por un gran número de factores di

versos y la motivación de este impulso, puede ser incrementada o disminuída; cuando sucede ésto, ocurre el reforzamiento por el uso del alcohol, el cual mitiga la tensión.

El alcohólico establece su hábito de beber, particularmente a causa de sus fracasos en los condicionamientos tempranos (de adaptación) estableciendo, por lo tanto, un nuevo patrón de reflejos condicionados (patrón de bebida) en un intento de adaptación al medio y de reducción de ansiedad. La bebida le sirve como un mecanismo de reforzamiento que provee alivio inmediato, es utilizado continuamente, aunque a la larga le cause perjuicio. Como las respuestas no son esencialmente adaptativas, la consecuencia es una perpetuación de la ansiedad, o sea los efectos de reducción de tensión a través del alcohol conduce a la adicción.

En realidad esta teoría no está en conflicto con otras y puede ser complementaria de algunas teorías explicativas etiológicas.

C.- TEORIAS SOCIOCULTURALES.

Los sociólogos, en la actualidad han dirigido sus estudios hacia los efectos de la publicidad sobre el consumo del alcohol, así como sobre el porcentaje e incidencia del alcoholismo en distintas regiones y países. Entre los principales factores sociales cabe mencionar, en primer lugar, la

pauta cultural prevalente en un país, una comunidad o grupo social en especial. Bales ha propuesto una teoría donde se mencionan los siguientes aspectos:- (4, 9, 22).

1.- El grado en que la cultura funciona, operando sobre ciertas necesidades de ajuste o bien tensiones internas en sus miembros.

2.- Las actitudes que la cultura provoca hacia el beber en sus miembros. Está demostrado que la presión del grupo social al cual un individuo pertenece puede, efectivamente, condicionar al sujeto a una ingestión excesiva de alcohol.

3.- Otro tipo de observaciones son las que subrayan entre estos factores a las malas condiciones económicas y sus concomitantes de vivienda y de alimentación.

D.- TEORIAS PSICODINAMICAS.

Casi todos los trabajos postulan como punto básico de su hipótesis, la fijación oral de los sujetos alcohólicos, debidas a experiencias tempranas en sus núcleos familiares, por lo que existe una intensa graduación de los impulsos orales y sus necesidades de gratificación.

Freud	Especificaron que el alcohol disminuye la depresión y permite una libre expresión de ansias infantiles -
Abraham	particularmente de dependencia oral y homosexualidad latente.
Ferenczi	

Rado	Enfocaron el aspecto sobre la <u>regre</u>
Knight	sión hacia el erotismo oral.
MacCord	Citan como factor de predisposición
Lolli	de alcoholismo el grado de conflic-
	tos familiares que haya habido en -
	el hogar.
Chesik	La agresividad y las urgencias <u>auto</u>
MacCord	destruktivas del alcoholismo, dicen
Meninger	que es un suicidio inconsciente.

Rado empieza poniendo el énfasis en que --
"El adicto potencial al alcohol, pertenece a un gru -
po de seres humanos que tienen muy bajo umbral de --
tolerancia a la frustración y responde a ella con --
un tipo especial de alteración emocional, más preci -
samente con la depresión, por lo que tiende a mejo -
rarlas por medio del alcohol, el cual trae como con -
secuencia una subida de la auto-estima así como un -
grado de elación general".

Junto con Rado, Schilder y Bergler ven -
esencialmente que, para el alcohólico, el alcohol -
es un fluido que dispersa la tensión y la depre -
sión, que alivia el sentimiento de soledad que pue -
da tener y que al mismo tiempo es un elemento que -
despeja instantáneamente el displacer, además de --
que se encuentra a su inmediata disposición. (4).

Knight hace el siguiente sumario: en el -
sujeto alcohólico las experiencias infantiles han -
distorsionado su personalidad, por excesiva sobre -
indulgencia. Posteriormente, en la edad adulta, -
sus demandas se verán frustradas reaccionando ante-

esto con coraje y enojo y manifestándolo abiertamente al medio ambiente a través de actos hostiles dirigidos hacia la sociedad; pero provocándole al mismo tiempo, sentimientos de culpa y sintiendo por ello una necesidad excesiva de afecto como prueba de amor y perdón. El uso del alcohol para aliviar los sentimientos causados por la frustración es el elemento ideal para expresar su hostilidad, además de que representa, simbólicamente para él, un medio de gratificación de la necesidad de afecto.

E.- TIPO DE PERSONALIDAD. ACERCAMIENTO A UNA PERSONALIDAD ALCOHOLICA. INVESTIGACIONES:

Los resultados que se han obtenido de las investigaciones realizadas acerca de la personalidad del alcohólico, son francamente desalentadores, puesto que hasta hoy en día, todavía no se ha podido especificar con exactitud esta personalidad.

La posibilidad de que la personalidad pre-alcohólica pueda presentar un cuadro de características psicológicas ha sido por demás muy explorada; pero no ha habido hasta ahora un acuerdo entre los diferentes postulados. Es por esto que, un gran número de autores entre los que encontramos a Harris, Diethelm, Parago, Brown, Higgins, Fouquet y Levy se hayan opuesto abiertamente a admitir la existencia de la personalidad alcohólica y nieguen-

la posibilidad de una distinción fundamental entre el alcohólico y el no alcohólico. (3).

Sin embargo, otro grupo de autores (con una actitud a nuestra manera de ver más positiva), continúan pensando que las perturbaciones en el desarrollo de la personalidad, juegan un papel crítico en la génesis del alcoholismo y que la alta vulnerabilidad psicológica es la clave del factor etiológico básico e inicial del alcoholismo.

En la mayoría de los estudios realizados, han intervenido uno o varios de los factores que señalamos a continuación:

1.- El no deslindar de la personalidad pre-alcohólica la deteriorización y modificaciones psíquicas determinadas por el tóxico; o sea una confusión entre causas y efectos.

Es lógico que a través de los años, las experiencias que el sujeto va teniendo, las modificaciones de tipo físico así como las psicológicas y existenciales suscitadas plena y categóricamente por el alcohol, determinen que los rasgos de personalidad del alcohólico crónico difieran en gran escala de la del hombre que apenas ha comenzado a beber.

Otras fuentes que pueden servir de recopilación de datos son: la reconstrucción de la histo

ria del sujeto alcohólico.

2.- Es preciso enfocar al alcoholismo como una enfermedad.

Otro ángulo que también importa tomar en cuenta es el que las perturbaciones que hayan sido producidas en los diferentes niveles de personalidad, pueden suscitar que el sujeto beba como defensa contra la ansiedad.

En resumen: el alcoholismo se puede desarrollar en base de una personalidad inmadura o neurótica, o bien, como una defensa en contra de un proceso de desintegración psicótica.

¿Existe o nó una personalidad pre-alcohólica?

Algunos autores están de acuerdo en que aún no se puede emitir un juicio afirmativo, en el sentido de la existencia de un perfil o un tipo de personalidad, ya que ésta incluiría, de por sí, un carácter globalista y aún no se ha podido admitir un criterio que abarque todas las facetas implicadas; en cambio y tomando los términos del Dr. Alfonso Fernández, nos atrevemos a decir que aunque no se haya podido determinar claramente la personalidad pre-alcohólica, si se podría hablar de una "constelación básica" con referencia a ella. (3).

Dicho autor estima que "el significado de la expresión constelación básica, no es más que la-

agrupación de varios rasgos o trazos".

Constelación básica.

a).- Los alcohólicos son gente extremadamente dependiente.

Dependen no sólo del alcohol, sino también de las personas que le rodean, exigiendo de ellas cuidados, amor y apoyo en forma desmedida.

b).- Estas personas no buscan sólo la ayuda, el amor y el apoyo, sino que necesitan frecuentemente, de la aprobación y el soporte de las mismas para realizar todos y cada uno de sus actos. Ello se refiere al sentido del deseo que alguna persona tome las responsabilidades de su vida; que lo guíe y asuma las decisiones que él por falta de seguridad y estabilidad, no se atreve a asumir.

c).- Se trata de sujetos muy egocéntricos, concentrados en sí mismos, en sus necesidades de gratificación, no tomando en cuenta a las personas, siendo sólo importantes para ellos en la medida en que contribuyen a su seguridad y satisfacción.

d).- No soportan la frustración y las tensiones, eluden las situaciones no placenteras.

e).- También en ellos se manifiesta la depresión, sin embargo, no se ha llegado a determinar si el cuadro básico es el que pueda en algunos casos, desencadenar el alcoholismo, o bien sea éste -

el origen de la situación depresiva. Lo cierto es que son manifiestos sus sentimientos de infelicidad y desesperación.

f).- Los mecanismos de defensa que utiliza el sujeto alcohólico son:

La racionalización. El individuo elabora un complicado sistema de defensa dentro del que "oculta" por decirlo así, su alcoholismo, racionalizando su necesidad de beber a través de disculpas, razones sociales y de trabajo.

La proyección de culpa dirigida hacia las personas cercanas a él, generalmente la esposa, los padres o el jefe, como una medida para no admitir su culpa.

Negación de situaciones reales.

Formaciones reactivas: son utilizadas en algunas ocasiones a causa de su dificultad de expresar directamente su hostilidad.

g).- La imagen que el alcohólico suele tener de sí mismo, corrobora los datos antes analizados y expuestos, es decir:

1.- Se siente inadecuado para enfrentarse a las demandas de la vida.

2.- Tiene sentimientos de inseguridad y minusvalía; emplea sus energías en varios esfuerzos compensatorios para encubrir estos sentimientos.

Se asocia al hecho de que mientras el proceso adictivo va avanzando, él allora cada vez más la posición que probablemente llegó a tener en su círculo familiar, social y laboral y no solamente la posición sino el amor y el reconocimiento que se le profesaba en estos mismos, por lo que mientras más va descendiendo en esta escala, se siente menos amado, menos seguro y más rechazado e incapaz de laborar - pues realmente, su capacidad en este aspecto ha disminuído considerablemente.

3.- Que sienta lástima de sí mismo, se crea víctima de la vida y sin embargo, no hace nada por remediar esta situación; todo ello debido a su franca pasividad.

Otras características son las siguientes:

1.- Poca tolerancia a la frustración, inhabilidad para soportar la ansiedad o tensión, frustración guiada a través de depresión u hostilidad y rebelión.

2.- Sentimientos de desolación y desesperanza.

3.- Bajo concepto de sí mismo.

4.- Rasgos de dependencia muy marcados.

5.- Problemática en el área sexual.

Estos últimos vendrían a ser los rasgos de personalidad más sobresalientes del sujeto alcohólico.

hólico.

Consideraciones fenomenológicas.

El ser humano vive siempre dentro de un hábito histórico, por lo que es esencialmente, un ser histórico que ha vivido un pasado, que vive un presente y que tiene que vivir un futuro. (14).

Sin embargo, hay ciertos individuos que no aprovechan las enseñanzas que podrían obtener de sus experiencias del pasado, que no tienen planteamientos de metas futuras y que por tanto sus orientaciones hacia ese factor temporal son nulas. Lo que van a hacer estos sujetos es quedarse estáticos en su presente, negándose todo intento de creatividad y de darle una orientación y sentido a su vida, ya que hay que considerar que la vida de todos los individuos tiene un sentido que cada uno le dá, es específico de él y puede manifestarlo de muy diversas formas; por ejemplo, el alcanzar un ideal que se había forjado aunque en algunas ocasiones no haya sido percibido plenamente por él, o bien, no lo sepa expresar. Estos hombres, en especial, deforman la esencia de su vida, la cual niega a ésta todo tipo de orientación al logro de una meta.

A esta clasificación pertenecerían los individuos que guiados por una gran desolación interna o por una baja tolerancia a la frustración, o

bien aquellos que dejándose llevar por dolores endógenos sin tomar en cuenta su responsabilidad para la realización de su fin último, son los que han perdido su equilibrio interno y entre los que encontramos a los alcohólicos.

El alcohólico potencial se halla embargado por un sentimiento de profunda desesperanza, pero no es del tipo que lo pueda conducir, en un brote de desesperación, hacia una reorganización existencial, sino que se trata de una desesperanza apática, inerte y plomiza. (3).

El primer eslabón de esta cadena, reside básicamente en la convicción de que cualquier plan que trate de poner en marcha se frustrará. Esto es aplicable tanto en el sentido afectivo como en el sentido proyectado al campo laboral o social. Esta falta de confianza en sí mismo de poder realizar o llevar a su fin las tentativas y planes formulados, tienen una base, no sólo subjetiva sino también real, al estar fincadas estas últimas en los fracasos y repetidas frustraciones surgidas en los campos anteriormente señalados, aunque habría de determinar cuál de los dos es la causa y el efecto, tomando en cuenta que generalmente es la falta de confianza en sí mismo lo que promueve en su mayor parte estos fracasos ya que de antemano va derrotado.

Cuando la esperanza está ausente de toda empresa a realizar hace que los problemas o tensiones emocionales, adquieran proporciones enormes.

Los factores dinámicos que permiten aplazar la consecución del placer fundamentalmente, van a ser dados por la realización de planificaciones creativas, son ya patrones organizados en un marco de esperanza. Esta falta de planificación en el alcohólico, debido a la ausencia de este sentimiento vivencial, hace que el sujeto, aún alcohólico latente, sea débil para combatir o manejar adecuadamente las tensiones instintivas, tendenciales y emocionales. Como se encuentra privado de la esperanza, tiene pocos o ningún estímulo capaz de impulsarlo a desplegar esas potencialidades creativas y axiológicas propias del hombre; tomando en cuenta de que no sólo existen para realizar aquellos valores "creadores", sino que a su lado también se encuentran los que V. Frankl ha llamado los valores "vivenciales", o sea, aquellos en que entran, por ejemplo, la belleza, ya sea ésta dada en la naturaleza o en el arte, ya que con ella también se le puede dar a la vida sentido y plenitud. Al lado de éstos encontramos también los "valores de actitud", en los cuales, lo importante es la actitud que el hombre, en un momento determinante de su vi

da, adopte ante un destino que pareciera irremediable, actitudes humanas ante el futuro o las frustraciones. Son estos últimos valores lo que los alcoholistas potenciales encuentran difícil ante realizables, porque se sienten incapaces de afrontar las responsabilidades que les acarrearía el tener conciencia de su existencia y enfrentarse con las consecuencias de sus propios actos. (14).

Como ya hemos dicho, su pasado está lleno de frustraciones y golpes que no se siente capaz ni dispuesto a volver a repetir; tampoco tiene por lo mismo, aspiraciones para un futuro, porque cree no poder realizarlos, no porque deje de existir en realidad el deseo de crearse un porvenir, sino porque piensa que todos sus esfuerzos están condenados irremediablemente al fracaso, dejando de tener el futuro poco a poco interés para él.

Alfonso Fernández hace hincapié en este aspecto, diciendo que "el alcoholista potencial se distingue porque en su trabajo no pone ni vigor, ni afán competitivo, ni suficiente perseverancia"; se limita a realizar su tarea con cierto automatismo, desprovisto de las características estimulantes que implica la creatividad.

Sumado a lo anterior, observamos que el

alcohólico se encuentra anonadado por una gran sensación de soledad, se siente desplazado de los grupos humanos, probablemente sea debido a que carece de vínculos estrechos y estables de tipo afectivo. Las carencias afectivas que el alcohólico experimenta en relación con otras personas, suscita ese sentimiento de soledad. Esto nos remota hacia etapas infantiles del alcohólico, en donde podemos observar que en sus primeras vivencias, no le ha sido brindado un afecto sincero y estable que le permitiera integrar una personalidad firme.

La atmósfera familiar casi siempre transcurre en un ámbito de hostilidad y frustración, frecuentemente el padre era punitivo y su presencia -- era objeto de temor. La figura materna, a bien era de ese corte, o sobreindulgente con la hostilidad enmascarada. Por lo cual su capacidad para el encuentro afectivo con el mundo no adquiere nunca una amplitud adecuada. Si los pobres vínculos que desarrolló se llegaran a resquebrajar o romper definitivamente, o bien, el sujeto sufriera algún fracaso en los proyectos que alguna vez quiso llegar a realizar, tendría consecuencias verdaderamente trágicas.

Ante toda la perspectiva existencial, el-

nombre que hasta entonces nauía permanecido en una etapa potencial pre-alcohólica, se convierte en un momento dado en alcohólico, porque en esta situación especial se reúne una serie de circunstancias favorecedoras, incluso por la presencia de ciertos factores culturales que actúan como desencadenantes de la situación alcohólica, puesto que llega a descubrir gracias a las bebidas embriagantes, un mundo más "grato" para él, más "rico" en vivencias y con grandes "perspectivas para el futuro". El alcohólico siente por lo tanto que su vida ha cobrado sentido. Es entonces cuando se llega al punto en que el hombre que evade la realidad se construye su propio mundo, uno nuevo en el que el doloroso presente es falsamente suprimido y en el cual el pasado ya no existe, además de que él se permite hacer planes para el futuro; todo es dado por la exaltación delo, debido claro está, a los efectos del alcohol.

Desgraciadamente, el alcohólico en potencia, debido a esa personalidad pasiva que lo caracteriza, se limita a contemplar su destrucción quejándose de su suerte y del destino, sin tomar en ningún momento parte activa para tratar de levantar lo que para él inexorablemente es su existencia.

2.- EL ALCOHOLICO Y EL ALCOHOLISMO.

A.- PSICOPATOLOGIA DEL ALCOHOLICO.

El incremento gradual del alcoholismo y sus desastrosas consecuencias, tanto individuales (psíquicas y físicas), así como las sociales (su alto porcentaje en divorcios, accidentes automovilísticos, crímenes, suicidios, ausentismos en la industria, etc. merece que se destaque la necesidad de investigar sobre la psicopatología y dinámica de esta enfermedad, con la finalidad de poder manejarlo de una manera adecuada.

La comprensión de la psicopatología del alcohólico, sólo puede llegar a entenderse, tomando en cuenta individualmente la organización y el desarrollo de la personalidad, así como sus fuentes de angustias y los mecanismos para manejarlo. El alcohol va a hacer que el individuo manifieste y acentúe su personalidad, con los conflictos y defensas inherentes a ella. (24,33).

Bastante son las personas que poseen una especial predisposición para desarrollar el alcoholismo. Desde luego, para que este desorden se desencadene, el sujeto tiene que entrar en contacto con el alcohol y que existan ciertas condiciones ambientales y sociales que contribuyan a precipitarlo.

Cuando hablamos de esta predisposición, damos por supuesto que un gran contenido de ella sea psicológico, es decir, que el alcohólico tenga perturbaciones emocionales. A ésto se podría oponer el hecho evidente de que también una gran cantidad de personas que tienen similares tipos de perturbaciones, no desarrollen alcoholismo, por lo que es lógico pensar que tiene que haber un factor (que varios autores han denominado el factor S) hasta ahora desconocido, que impulse al sujeto hacia el alcohol y a manifestar a través del alcoholismo sus disturbios. (22).

Puede ocurrir que cuando una persona se encuentra frente a determinadas situaciones, rodeada de circunstancias especiales e interesantes, no sea capaz de hacerles frente a los problemas y conflictos que le están produciendo un alto grado de angustia, entonces, llevado por ese momento especial, puede llegar a hacer uso del alcohol para reducir la tensión y angustia que le ha sido provocada. Ahora bien, si cuando termina esa serie de situaciones el sujeto deja de ingerir alcohol, no se le puede considerar que sea un adicto, pero si continúa, tenemos ante nosotros a un alcohólico.

El sujeto normal bebe por el mero gusto -

de saborear su bebida; el alcohólico "ingiere" es -
ta bebida como si fuera una verdadera medicina y en
realidad, este simbolismo tiene para él.

Es lógico pensar que los alcohólicos son
personas que tienen una predisposición a reaccionar
a los efectos del alcohol de un modo muy específi -
co y que tratan por lo tanto, de utilizar esos efec -
tos para satisfacer un primitivo deseo de necesidad
de seguridad.

El trastorno psicopatológico que conduce
al alcoholismo varía con los individuos.

Personalidad oral del alcohólico.

Pareciera pues, que el alcohólico pudiera
haber sido según la mayoría de los autores, trauma -
tizado en etapas tempranas de su vida, por lo que -
su personalidad quedó fijada en una etapa pregeni -
tal (oral) del desarrollo psicosexual. (15).

Esta es una de las teorías psicoanalíti -
cas más arraigada, que explica la psicodinamia del -
alcoholismo.

Muchos son los fenómenos orales que repe -
timos, van a persistir en la personalidad ulterior -
del adulto, entre ellos está el beber. Al respecto
hay que aclarar que el ingerir bebidas en el caso -
de los alcohólicos, no es únicamente un fenómeno de

erotismo oral, sino que, el alcohol producirá ciertos cambios químicos, que reducirán las ansiedades e inhibiciones, en corto plazo.

Se basa esta fijación oral en el alcohólico en dos factores fundamentales:

a).- Se dice que el desarrollo temprano de los pacientes alcohólicos es caracterizado siempre por una sobreprotección maternal, tomando en cuenta que ésta es, frecuentemente, una expresión de defensa contra la hostilidad inconsciente que siente hacia su hijo. Knight pone de relieve que las madres, en estos casos, destruyen todo brote de autonomía y como resultante de ello, los pacientes permanecen fijados a este nivel primitivo.

b).- El cuidado inadecuado, caracterizado por gratificaciones inapropiadas a las necesidades del niño. Las constelaciones familiares del alcohólico son generalmente negativas y tenderán a provocar serios disturbios en las relaciones tempranas de objeto, de lo que resultará una pobre estructura psíquica.

Efectivamente, los pacientes alcohólicos se caracterizan por ser personas ego-céntricas, narcisistas y pasivas, lo que nos indica precisamente disturbios tempranos en sus relaciones objetales, que posteriormente manifestará de diferentes mane -

ras: la falta de interés en las personas y poco de-
seo de satisfacerlas; en realidad, sólo buscan en-
éstas la satisfacción de sí mismo.

Las personas que los rodean van a ser pa-
ra ellos simples proveedores de sus necesidades de
gratificación. Siempre en sus relaciones con éstas
tratarán de obtener lo más que puedan y darán lo -
menos o nada. (13).

En resumen, las relaciones con el exte-
rior para el alcohólico sólo son importantes en -
cuanto contribuyen a su propia seguridad o satis-
facción.

Por otra parte estos individuos no pue-
den tolerar ni la tensión, ni la frustración, ni -
el dolor y aprovechan cualquier oportunidad para -
escapar de ella (a través del alcohol). Y he aquí
que cuando sufren una situación de este tipo, se -
produce una regresión brusca hacia las etapas en -
la cual quedaron fijados.

Generalmente el alcohólico huye, no sólo
de las frustraciones sino de las responsabilidades
a las que la vida lo enfrenta.

A través del concepto de alteración del
Ego, se puede llegar a comprender el porqué este su-
jeto bebe compulsivamente. Cuando un individuo in-
giere bebidas alcohólicas, la barrera represiva ba-

ja de manera considerable, permitiendo una libre --
expresión de impulsos y necesidades psíquicas. Es-
ta baja de represión es consecuencia de la debilidad
del Ego por los efectos que el alcohol tenga sobre-
él.

El material inconsciente que ha llegado a
los umbrales de la conciencia no es experimentado --
como un disturbio severo hasta que dichos efectos --
alcohólicos disminuyen; después de la euforia se ha-
cen intolerables puesto que el Ego, sin la protec-
ción del alcohol, los siente intolerables. Así tam-
bién las inhibiciones y censuras superyricas, dismi-
nuyen considerablemente.

Lo intolerable de esa situación trae la --
necesidad de un trago tras otro, intensificando el --
uso de la bebida alcohólica cada vez más. Este cíc-
culo vicioso ayuda a fijar el límite alcohólico --
puesto que cualquier acto que dé como resultado una
reducción fácil de la angustia, tiende a volverse --
costumbre.

Por otra parte, la euforia que antes lo --
graba alcanzar el individuo con cierta cantidad de --
alcohol, llega a un momento en que no podrá obtener
la, por lo que gradualmente tendrá que ir ingirien-
do cada vez más cantidad de esta substancia. La --
falta de efecto es lo que va a intensificar el calje

lo, tanto de adquirir el alcohol como de ingerirlo.

Con el uso del alcohol, las inhibiciones se esfuman y todo aquello que tendía a refrenar al sujeto disminuye por lo que los obstáculos desaparecen subjetivamente y la gratificación de deseos se le presenta al sujeto como más cercana.

La angustia, frustraciones y fijaciones - en el desarrollo psicosexual, así como las tensiones prolongadas de situaciones displacenteras o difíciles, van a constituir las más importantes motivaciones inconscientes capaces de suscitar el alcoholismo. (24). Así también la presencia de una mala identificación psicosexual que en nuestro medio necesita reafirmar mediante el machismo y como parte importante de éste, el alcoholismo conduce en un momento dado a una persona a la adicción alcohólica.

Se encuentran también manifiestas actitudes de la serie paranoide que se demuestran en celotipias. Es importante por último hacer mención a la depresión crónica que sufren dichos enfermos, que los lleva a acentuar mayormente su alcoholismo.

Aún no se ha determinado con claridad por qué el individuo hace uso del alcohol, en lugar de los diversos métodos neuróticos o psicóticos que emplean otras personas como mecanismo de defensa o de huida. Tiene que haber una razón por la que el-

sujeto alcohólico sea incapaz de construir y manejar como defensas los rasgos caracterológicos utilizados por otros individuos, que son considerados dentro de su marco sociocultural como normalmente adaptados, o bien, algunos de los síntomas neuróticos que desarrollan los sujetos que padecen tal enfermedad.

B.- DIFERENCIAS ENTRE HOMBRE Y MUJER ALCOHOLICOS.

La mayoría de nosotros tenemos la tendencia al hablar de alcohólicos, de hacerlo refiriéndonos sólo al hombre alcohólico, sin pensar en que también la mujer puede ser víctima del alcoholismo.

Generalmente se piensa que existe más prevalencia de esta condición entre personas pertenecientes al sexo masculino que al femenino; esto puede deberse a que casi siempre se reciben más reportes de alcohólicos masculinos, que mujeres alcohólicas.

Al respecto, debemos tener en cuenta que la información que llega del alcoholismo, suele provenir de investigaciones realizadas en clínicas y hospitales públicos y por esto mismo, la mayoría de los datos tenderán a dar un porcentaje más elevado de alcohólicos hombre, ya que la mujer alcohólica no concurre a este tipo de servicios, sino más bien a instituciones privadas.

Diversos autores, entre ellos L. Block, opinan que existen porcentajes semejantes de mujeres y hombres alcohólicos en los Estados Unidos. Afirman que las estadísticas no revelan estos datos, debido a que la mujer alcohólica es bastante más difícil de detectar que el hombre que sufre de esta condición. Esto es debido a varias causas, siendo una de las principales la que se encuentra muy "protegida" por su esposo y familiares, ya que éstos realizan un gran esfuerzo por ocultar la verdad de los hechos ante la sociedad. Existen muchos casos en que el marido prefiere que su esposa continúe bebiendo, antes de solicitar consejo o ayuda médica. (6).

El medio ambiente donde fué realizado el presente trabajo se encontró que de 66 casos estudiados sólo 2 fueron del sexo femenino.

Se observó que tanto el ingreso a un medio hospitalario, como en el que grupo de A.A. estudiado es en un 90% de alcohólicos masculinos.

Por regla general, se opina que casi no existe ninguna diferencia entre los dos sexos en cuanto al progreso de esta enfermedad. Empieza y evoluciona exactamente igual, el dato físico y mental es el mismo y los aspectos etiológicos si no son del todo iguales, sí muy similares.

En cuanto a las causas desencadenantes de esta enfermedad, no se puede decir que varía mucho, el hombre las puede hallar por ejemplo, en las frustraciones que le puede producir su trabajo; la mujer puede encontrar estas frustraciones, tensiones o preocupaciones en su vida hogareña.

Otra de las causas que también pueden actuar como precipitante del alcoholismo femenino es el período de la menopausia, es en este período cuando la mujer empieza a sentir la declinación de su femineidad; en realidad no hay gran diferencia emocional cuando el hombre, al llegar a determinada edad, comienza a sentir que está decayendo física y mentalmente.

Con relación a la psicopatología de la alcohólica, puede considerarse también que existen más o menos los mismos rasgos que se presentan en el cuadro psicopatológico del hombre alcohólico. Refiriéndonos al tratamiento, éste es igual para los dos sexos.

C.- CLASIFICACION DE ALCOHOLICOS.

Una clasificación de alcohólicos presupone la capacidad de separar a los pacientes de tal enfermedad en grupos diferentes. La diferencia puede hacerse tomando como punto de partida

las características más notorias y comunes. (17).

El valor de las clasificaciones está desde luego, limitado por las diferencias de conocimientos que se tienen sobre el alcoholismo y que desgraciadamente son muchos.

En sí, estas clasificaciones sólo vienen a ser suplementarias de los conocimientos y experiencias que el profesionista tenga en este campo.

Muchos son los autores que se oponen a este tipo de clasificaciones. Recientemente, Pokorny ha hecho una crítica arguyendo la variación de situaciones, los cambios, las diferencias culturales, sociales, económicas y la inespecificidad de términos utilizados.

Otros por el contrario, se inclinan a su favor como: Knight, Simmel, Fogatti y Goldenberg, quienes proponen las siguientes clasificaciones. Knight en 1937, estimó que se debía hacer una distinción entre dos tipos de bebedores: el esencial y el reactivo y propuso una descripción clínica para diferenciarlos.

El bebedor esencial lo describe como un sujeto que manifiesta un tipo de carácter oral, cuyos rasgos principales son de pasividad y dependencia, al mismo tiempo que son impulsivos y demandan-

tes. (17, 28, 30).

El bebedor esencial es un sujeto:

- a).- Emocionalmente dependiente.
- b).- Egocéntrico.
- c).- Buscador de placer.
- d).- Irresponsable.
- e).- Mentiroso.
- f).- Iluso e irreal.
- g).- Incapaz de establecer o mantener metas a largo plazo o intimar con nadie por largo tiempo.

El alcohólico "esencial" pertenece al tipo de adicción más severa, ya que no existe casi evidencia de desarrollo psicosexual más allá de la etapa oral.

Los alcohólicos reactivos tienen más madurez psicosexual que los alcohólicos esenciales, ya que este desarrollo llega hasta la etapa anal. Son los rasgos obsesivos que pueden desarrollar, los que le permiten alcanzar cierta independencia y responsabilidad.

Knight infirió que los alcohólicos reactivos tuvieron una mayor asimilación de valores culturales porque, según sus investigaciones, la mayoría de ellos pertenecían a la clase media. Estos -

sujetos beben siempre después de alguna circunstancia que les ha llevado a romper su equilibrio emocional y por lo mismo, desencadenan una regresión a la pasividad.

La descripción que Knight hizo del alcohólico reactivo, como se ha podido ver, es menos específica. Asume que las diferencias que se encuentran entre los dos tipos de bebedores por él propuestos, son más evidentes en las características conductuales que resultan de las diferencias en el desarrollo psicosexual en los primeros años formativos.

Clasificación de Simmel.

a).- Alcoholismo benigno, pronóstico bueno. (34).

- | | | |
|----------------------|--|--|
| 1.- Bebedor Social | Requiere del alcohol para poderse relacionar adecuadamente. | El alcohol va a ser la sustancia que defiende al Yo contra el impacto de las circunstancias externas |
| 2.- Bebedor Reactivo | Requiere del alcohol para poder sobrellevar experiencias traumáticas y dolorosas que ha sufrido. | |

b).- Alcoholismo grave, pronóstico malo.

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| 3.- Bebedor Neurótico | Sólo difieren en grado de gravedad. | El alcohol defiende al Yo contra amenazas de conflictos internos inconscientes. |
|-----------------------|-------------------------------------|---|

4.- Bebedor adicto.

Por otra parte, desde el punto de vista de los hábitos de beber, Mogatti propone una clasificación muy interesante, como guía para precisar más claramente el paso del bebedor "normal" al alcohólico.

Mogatti y Goldenberg opinan que la población general puede clasificarse en los siguientes grupos: (22).

- 1.- Abstemios.
- 2.- Bebedores moderados.
- 3.- Bebedores excesivos.
- 4.- Alcohólicos.

Pudiéndose establecer dentro de cada uno de estos grupos, sub-grupos de acuerdo con características más específicas.

1.- Los sujetos abstemios son aquellos que nunca beben y que cuando lo hacen, es en ocasiones muy especiales, ingiriendo sólo pequeñas cantidades de licor.

2.- Los bebedores moderados son aquellas personas que beben cantidades limitadas de alcohol, de acuerdo con lo aceptado por la colectividad. Este tipo de bebedores varía mucho de un país a otro y especialmente en países vitivinícolas por excelencia.

cia (España, Italia, Francia), ya que en éstos se considera un hábito moderado, beber al día no más de un litro de vino.

3.- El bebedor excesivo es aquel individuo que al beber sobrepasa las normas establecidas por la sociedad en que se desenvuelve.

Se estima que un individuo ingiere licor-excesivamente cuando:

a).- De este ingerimiento pueda resultar una enfermedad.

b).- La búsqueda de la bebida y las consecuencias que ella ocasiona, interfieren en aspectos importantes de la vida, como por ejemplo: trabajo, familia, situación socio-económica, etc.

c).- Que otra persona, o bien un grupo de personas, que son importantes para el individuo, estimen su ingestión como excesiva.

Las opiniones de distintos investigadores coinciden en que el bebedor excesivo viene a ingerir bebidas alcohólicas que sobrepasan del 20 al 25% de las calorías de una dieta alimenticia normal. Este tipo de bebedor puede consumir bebidas cotidianamente, o bien, sólo los fines de semana; es este grupo el que despierta mayor interés y-

suscita por su personalidad, la necesidad de encontrar nuevos criterios objetivos con la mira de aclarar y fijar las condiciones que pueden acrecentar su vulnerabilidad y transformarse de esta manera en alcohólicos.

4.- El último tipo de bebedor, lo constituye el enfermo, del cual hablaremos más tarde, cuando se proporcione una definición de tal condición.

Un importante punto de partida es aquel que separa al bebedor común del alcohólico: el control que el sujeto tenga para beber o dejar de hacerlo, si el control sobre las bebidas está presente, se puede estimar que el sujeto aún no es alcohólico; pero si por el contrario, este control está ausente, entonces el ingerir bebidas embriagantes en exceso es un signo característico de alcoholismo.

Ser un alcohólico es no poseer libertad para abstenerse de ingerir licor; trata en las primeras etapas de su enfermedad, de manejar y dar curso a su conducta, procurando beber como lo hacen otras personas de su círculo, con la diferencia de que él no puede lograr abstenerse de ello. (18).

El hábito del alcohólico viene a ser com-

pulsivo, una vez que empieza a beber y no puede parar hasta que algunas personas lo retiren, o bien -- hasta que la intoxicación alcohólica haya llegado a tal punto que el sujeto esté completamente aneste -- ciado por el alcohol. A este nivel, el individuo -- puede considerarse alcohólico; es la típica persona que nunca intenta beber mucho; pero una vez que em -- pieza, continúa.

Sólo nos resta decir que los bebedores - "normales" beben por el simple hecho de obtener pla -- cer y los "patológicos" para escapar del dolor y su frimientos externos o internos. (3).

Algunas definiciones de alcohólico.

Algunas definiciones de lo que es un alco -- hólico se centran en las consecuencias que el alco -- hol provoca, tanto en las relaciones interpersona -- les, como en el funcionamiento social del indivi -- duo.

Otras hacen alusión, principalmente, a la dependencia que el individuo desarrolla hacia el al -- cohol, así como a los trastornos mentales u orgáni -- cos manifestados por el alcohólico. Para el primer grupo Dithelm dice al respecto: "Un paciente debe -- de considerarse como alcohólico cuando se perjudica a él mismo, o a su familia, por el uso que hace del

alcohol, no pudiendo hacer nada para realizar una -
lucha para finalizar su hábito." (6).

Jellinek, en su definición sobre los alco-
hólicos, dice lo siguiente:

"Los alcohólicos son aquellas personas -
que beben en exceso y que dependen del alcohol al -
grado de provocar un trastorno mental evidente o de
interferir, con su salud física y mental, sus rela-
ciones interpersonales y su buena conducta social y
económica; por lo tanto, requieren un tratamiento".
(6)

H.J. Clinebell Jr., da mucha importancia-
a los medios de ajuste y a las relaciones interper-
sonales, manifestando su opinión en la siguiente de-
finición: (6).

"Un alcohólico es cualquiera que ingiera-
en exceso bebidas que contengan sustancias alcohóli-
cas y que su uso interfiera, frecuentemente, con -
otras importantes medidas de ajuste, o bien en sus-
relaciones interpersonales".

En otro grupo de definiciones encontra -
mos:

La proporcionada por el Seminario Latinoa-
mericano sobre alcoholismo, verificado en Santiago-
de Chile, en noviembre de 1960 y que expresa:

"Puede definirse como alcohólico, al enfermo de alcoholismo que presenta un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de síntomas fundamentales: la incapacidad para detener la ingestión de alcohol, una vez iniciada y la capacidad de abstenerse del alcohol". (22).

Otra de ellas, es la que la Organización Mundial de la Salud ha emitido a través de su dependencia oficial, el Subcomité de Alcoholismo. (2).

"Son alcohólicos, aquellas personas que beben en exceso y que dependen del alcohol al grado de exacerbar éste un disturbio mental evidente o de interferir en su salud física y mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica y que, por lo tanto requieren de tratamiento".

Según el Doctor Thuelliet: "El alcohólico es el enfermo a quien el exceso de bebidas alcohólicas ha provocado o exagerado trastornos psíquicos u orgánicos". (34).

Entre las definiciones de alcoholismo encontramos que la de Hoff, acepta como mínimo tres elementos básicos y definitivos en toda definición funcional de alcoholismo.

1.- La existencia de una pérdida de control.

2.- La existencia de un daño funcional o estructural. Este daño puede ser fisiológico, psicológico, familiar, económico, social o bien una combinación de varios de estos.

3.- Que el sujeto alcohólico utilice el alcohol para tratar de satisfacer necesidades anormales. (11)

Trice, propone en su definición cuatro características principales:

1.- La desviación que presenta el sujeto de los estándares típicos de sus grupos sociales (familia, trabajo, etc.) por el uso excesivo del alcohol.

2.- Que la actuación del sujeto alcohólico, dentro de estas instituciones sociales, sea nociva.

3.- Que los daños que sufra el sujeto alcohólico, físicos o emocionales, sean exacerbados o provocados por el excesivo uso del alcohol.

4.- Que el sujeto muestre una incapacidad para detenerse de beber una vez que comienza, a sabiendas de que el uso de esta sustancia lo perjudica.)35).

El Seminario Latino-Americano sobre el al
coholismo (Viña del Mar, noviembre, 1960) estimó -
que el alcoholismo podría definirse como: "Un tras-
torno de la conducta caracterizada por la dependen-
cia hacia el alcohol, expresado a través de dos sín-
tomas fundamentales:

a).- La incapacidad de detener la inges-
tión de alcohol una vez iniciada.

b).- La incapacidad de abstenerse. (22).

Ahora bien, la definición de alcoholismo-
de más amplia circulación es la dada por la OMS. a-
través del comité de expertos en alcoholismo en -
1954 y dice: (2, 19).

"Una enfermedad crónica, un desorden de -
conducta, caracterizado por la ingestión repetida -
de bebidas alcohólicas en medida que, excediendo -
el consumo dietético acostumbrado de la adaptación-
corriente a las costumbres sociales de la comuni -
dad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a las-
relaciones con otras personas y a su actividad eco-
nómica".

Los rasgos más sobresalientes de esta de-
finición incluyen:

1.- Conducta inusual en el sujeto por in-
gerir frecuente y excesivamente bebidas alcohólicas

2.- Interferencias negativas en las funciones sociales y económicas.

3.- Menoscabo en las funciones psicológicas.

4.- Deterioro de la salud física.

Todas o casi todas las definiciones aquí expuestas, destacan la interferencia del alcohol en la salud física y mental, por otra parte, la actitud de beber repetidamente, así como un aspecto que de que por sí puede determinar la enfermedad, como lo es la compulsión de beber y nos proporcionan varios criterios para encuadrar y delimitar la enfermedad de alcoholismo en casi todas sus fases.

C.- EL ALCOHOLISMO CONSIDERADO COMO UNA ENFERMEDAD.

Es hasta la segunda guerra mundial, cuando los problemas del alcohol y del alcoholismo, son delimitados y enfocados a través de medidas legislativas y los enfermos alcohólicos son asistidos en hospitales para enfermos mentales. En 1933 Ernest, incluyó al alcoholismo dentro de la categoría de toxicomanías, expresando: "son toxicómanos los que no pueden detener la ingestión y alcohólicos los que sufren daños por el consumo crónico del alcohol". (22).

El énfasis en aquella época, fué puesto -

en las secuelas provocadas por el alcohol y las --
consecuencias psiquiátricas derivadas de éste.

Fueron las escuelas Alemana y Francesa, --
las que ahondaron más sobre la herencia y descri --
bieron muy detalladamente, tanto la sintomatología --
como la evolución y pronóstico de las diversas psi --
cosis consecutivas al alcoholismo. De ahí pro --
vienen las descripciones que aún en la actualidad, --
son válidas para la clínica psiquiátrica.

Antiguamente sólo eran consideradas las --
psicosis alcohólicas como las más importantes, no --
siendo comprendido todavía el alcoholismo como enti --
dad patológica y por tanto, tampoco adecuadamente --
estudiado.

Fuera de los estudios acerca de este tipo
de psicosis, sólo se había buscado prevenir; pero --
la lucha se enderezaba, no contra el alcoholismo, --
sino contra el alcohol, tomando las medidas restric --
tivas sólo contra éste. La culminación de estas --
campañas se vió realizada a principios de este si --
glo, cuando aparecieron las "ligas de la templanza"
y se empezaron a aplicar una serie de normas que --
tuvieron como resultado la emisión de la famosa --
"ley seca" en los Estados Unidos, ley que se prolon --
gó durante los años 1920 a 1933 pero sin respuesta-

positiva alguna.

Es desde los últimos 20 años, cuando se iniciaron los trabajos e investigaciones realizados por un grupo de expertos de la Universidad de Yale, dirigidos por el Profesor Jellinek, cuando el problema es debidamente encuadrado y adecuadamente planteado partiendo desde el punto de vista médico, psicológico, social y cultural.

Cuando se habla de alcoholismo, ¿es correcto hablar de ello como una enfermedad? La mayoría de los investigadores de acuerdo con Jellinek, describen el alcoholismo como una enfermedad o síntoma de una enfermedad. Pero, ¿es ésta una manifestación de un desorden psiquiátrico? ¿una enfermedad física o producto o consecuencia de una situación pato-económica, social o cultural? El Dr. H. Tiebout, uno de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, ha aclarado en cierto modo, el problema terminológico existente, con relación a considerar el alcoholismo como síntoma, síndrome o enfermedad.

Tiebout estima que: "El alcoholismo empieza como un síntoma y más tarde, se convierte en un síndrome caracterizado, en una enfermedad propiamente dicha". (22).

Jellinek, al exponer los resultados de -

sus investigaciones pregonó, que el ingerir bebidas alcohólicas en grandes cantidades que ocasionen pérdida de control y dependencia física, era causado por procesos fisiopatológicos y viene a constituir una enfermedad.

El acuerdo formal del Comité of Alcoholism of the Council of Health of the American Medical Association (1956) es el siguiente: "La profesión en general reconoce al síndrome de alcoholismo como una enfermedad y por lo tanto se justifica que los enfermos que la padezcan, reciban atención médica". (4).

El Doctor Jellinek reconoce que la adquisición de esta enfermedad es en cierta forma voluntaria, pero sin embargo, una vez que esta ha tomado una configuración determinada y se ha ido desarrollando, no es diferente de las otras enfermedades, esto es, no es voluntaria.

No se puede considerarlo una enfermedad, como lo son la tuberculosis, la hipertensión o la neumonía; sus orígenes no son en gran parte por lo menos, fisiológicos; tampoco es precisamente el nombre de una enfermedad específica, es más bien algo indiferenciado.

Jellinek, es una monografía al respecto,-

llega a la conclusión médica de que generalmente - sea aceptado al alcoholismo como una enfermedad, pero que los profesionistas del ramo reconocieron su ineptitud para definir específicamente la naturaleza de tal condición.

No obstante, la aceptación del término enfermedad, es imposible aún definirla como una entidad en términos etiológicos, con características - claramente delimitadas, tanto médicas como psicológicas, así como con un curso clínico preciso. (10).

Una alternativa en esta concepción del alcoholismo, es la de considerar el problema como consecuencia de un gran número de patrones, cuya naturaleza no ha sido aún descubierta ni entendida.

Desde luego, la ciencia ha avanzado lo suficiente para saber que tal inclinación obedece, en no pocos casos, a un desequilibrio previo de la - psique o del cuerpo. (1)

Como hemos señalado, la opinión actual de alcoholismo como una enfermedad, se ha ido aceptando por la mayoría de las asociaciones médicas de - todo el mundo.

Sin embargo, es necesario llamar la atención sobre el hecho de que ha sido muy difícil, aún para profesionistas en la materia, el dar crédito -

y aceptar al alcoholismo como una enfermedad y no como un vicio.

E.- Fases Evolutivas del alcoholismo.

Para poder hablar del enfermo alcohólico debemos considerar tres puntos básicos:

1) Un medio ambiente propicio para la bebida. 2) Alteraciones de la personalidad. 3) Predisposición Biológica (genéticamente determinada). De éstas características principales debemos partir para poder entender al enfermo alcohólico y a través de él captar, - observar y entender el problema del alcoholismo, para ello se propone su estudio mediante fases, que se presentan en diversos momentos de la vida de un enfermo alcohólico.

La primera fase la llamaremos Fase Inicial, sus características se describen a continuación:

- a) Tiende a beber más que los demás.
- b) Se presentan borracheras frecuentes.
- c) Aumento de la tolerancia al alcohol.
- d) Empieza a sentir necesidad de beber para buscar alivio a sus tensiones.
- e) Exige la bebida en las reuniones sociales.
- f) Empieza a tener conflictos motivados por el alcohol.

La segunda fase corresponde a la Fase Crítica, en ella se presentan un número mayor de características:

- a) Dependencia creciente al alcohol.
- b) Aumento de la tolerancia.
- c) Apremio por las primeras copas
- d) Imposibilidad de detenerse una vez que empieza a beber.
- e) Pretextos para beber.
- f) Fallan repetidamente sus intentos de control.
- g) Empiezan las lagunas mentales.

- h) Bebe subrepticamente.
- i) Frecuentes riñas, disgustos conyugales y familiares.
- j) Pérdida de intereses.
- k) Conducta irresponsable en el trabajo.
- l) Se agudizan los conflictos familiares y laborales:
 - 1) Separaciones
 - 2) Divorcios
 - 3) Despidos
- ll) Desprestigio social y moral.
- m) Trastornos de la salud:
 - 1) Temblores
 - 2) Alucinaciones.
 - 3) Temores inespecíficos
 - 4) Gastritis
 - 5) Cirrosis hepática
 - 6) Polineuritis
 - 7) Pancreatitis.
- n) Primeras Hospitalizaciones Psiquiátricas.
- ñ) Obsesión constante de beber.
- o) Se inicia el deterioro mental.
- p) Admite la derrota.

La tercera y última fase la llamaremos Fase Terminal, consta:

- a) Deterioro mental permanente e irreversible.
- b) Incapacidad para trabajar.
- c) Rechazo familiar casi absoluto.
- d) Indigencia.
- e) Cirrosis descontrolada y desnutrición.
- f) Es impermeable a cualquier tipo de terapia.
- g) Candidato a asilo psiquiátrico permanente.

3.- DERIVACIONES SOCIALES DEL ALCOHOLISMO.

A.- El alcoholismo y la familia.-

Hemos visto cómo la ingestión del alcohol en determinadas cantidades puede - modificar la conducta, que podríamos denominar habitual en un sujeto.

Cuando éste llega a ingerir cantidades que superan su tolerancia al alcohol, su conducta se vuelve francamente anormal, como lo podemos observar directamente en la embriaguez. Entre estas dos posibilidades nos podemos encontrar precisamente, con toda una serie de conductas que pueden provocar situaciones en las - que resultará dañado, tanto el individuo, como la sociedad. Los daños más ostensibles del alcoholismo en la sociedad son: En el núcleo familiar, en la esfera - laboral y en los problemas con la ley.

Es importante al tratar del alcoholismo en la vida familiar considerar la repercusión y el impacto que el problema del alcoholismo tiene sobre la esposa de un individuo que sufra este disturbio, su reacción ante el progreso de la enfermedad, su manejo de las situaciones, si es o no capaz de aceptar que su marido - padece una enfermedad con perturbaciones profundas de personalidad, su negativa a admitir tal cosa.

Tachándolo de vicioso y degenerado, y por lo tanto rechazándolo.

Generalmente, la esposa en un principio no se ha percatado o no quiere hacer lo de la situación que agobia a su marido, son los pequeños incidentes de la vida diaria los que la comienzan a poner en guardia ante las situaciones que su marido va gradualmente planteando. Al principio, la esposa valora un poco superficialmente las desviaciones que su marido presenta cuando bebe, pero conforme pasa el tiempo, se va preocupando cada vez más por lo que piensen las otras personas sobre la manera de comportarse de su esposo cuando está bebido, bien sea en las fiestas y reuniones sociales o en otras ocasiones.

Se hace evidente dentro del ambiente familiar una situación de tensión que - se manifiesta por discusiones y regaños, marcando así las primeras pautas de que algo está sucediendo. Por otra parte, la esposa, al tratar de manejar su situa-ción matrimonial, ofrece a su marido ayudarlo para que no beba, pero a esta al-tura la enfermedad está francamente desarrollada y el individuo busca la manera

de beber a como de lugar, aunque en un momento dado se haya puesto de acuerdo con su esposa en cooperar y poner todo de su parte en la ayuda que ella le ha brindado. A pesar de que el problema básico ya está siendo percibido por la esposa, — ésta no quiere hacerle frente y lo niega rotundamente. No obstante las diferencias y problemas presentes, la organización familiar sigue aparentemente intacta, a pesar de que la cónyuge ha tenido que ir poco a poco tomando los papeles femenino y masculino del hogar, o sea, teniendo que fingir como padre y madre al mismo tiempo porque en el esposo los efectos del alcohol ya han empezado a hacer mella y la relajación de obligaciones comienza a ser manifiesta y cada vez más notoria. — Posteriormente a las etapas antes mencionadas, las sospechas que la esposa pudiera haber tenido en un momento dado son confirmadas plenamente, por lo que la actitud de —esta ante la situación real, cambia por completo. La esposa frecuentemente se torna viloenta y emieza a manifestar hostilidad, agresividad, enojo y resentimiento en contra de su esposo. Todo esto se agrava cuando el esposo llega en estado de ebriedad y presenta una conducta inequívocamente agresiva para su esposa e inclusive para con su hijos, provocando una situación de tensión y angustia familiar. Todo ello, desde luego, va a afectar directamente a los hijos para una correcta integración de personalidad.

Durante estos períodos es cuando la esposa tiene que asumir el gobierno de su casa, reemplazando a su esposo también en el control financiero y de disciplina del hogar. Como el sujeto casi siempre se gasta en bebida todo el dinero que tiene, la situación económica de la familia se torna cada vez más crítica, repercutiendo esto en el presupuesto hogareño.

La mujer en todo este tiempo ha ido alejándose afectivamente su marido, la comunicación entre ellos ya está completamente deteriorada, las relaciones sexuales se van espaciando gradualmente, dañándose a este hecho la tendencia que tienen los alcohólicos a los celos. Toda la situación se agrava y da lugar a nuevos disgustos y problemas, a crisis violentas de regaños que pueden degenerar en agresiones físicas. Por otra parte, la esposa puede encontrar tan desesperante su situación familiar y marital que decida separarse de su esposo temporal o permanetemente, pero en el tipo de pacientes estudiados en el presente trabajo, la esposa frecuentemente adopta actitudes de aparente "sacrificio" soportándolo todo y ayu-

dando con su pasividad a aumentar la adicción del marido. Los problemas conyugales que se suscitarían, si la que padeciese de alcoholismo, fuese la esposa, serían en mayor o menor grado semejantes a los que enunciamos cuando hablamos de los que sufren los hombres alcohólicos; una de las diferencias encontradas en el presente - trabajo sería que tanto en el grupo de alcohólicos hospitalizados como en el de los estudiados en Alcohólicos Anónimos, se pudieron cuantificar solamente dos casos del sexo femenino, que nos lleva a concluir que la mujer alcohólica tiene menos problemas con la sociedad debido a que raramente trabaja y la ingestión de alcohol se realiza dentro del hogar y es menos frecuente que dé problemas en la vía pública.

La familia del alcohólico vive continuamente en un estado de gran angustia y - tensión y conviene establecer que al hablar de ella, obviamente nos referimos también a los hijos concebidos dentro de la unión.

Los repentinos cambios de conducta en la persona del padre o la madre privarán, desde luego, al niño de una seguridad básica y de una figura de autoridad con quién identificarse. Todo ello, causará graves disturbios en la vida emocional del niño. Obviamente, el padre alcohólico provee un modelo masculino inadecuado. Como hemos - dicho antes, la madre tratará, e inclusive lo hará, de asumir dos papeles dentro de la familia, esto es, procurará fungir tanto de figura paterna como materna y como - es comprensible, no podrá desarrollar bien ninguno de ellos.

Ahora bien, si el matrimonio se rompe, la ausencia de la figura paterna o ma - terna será más evidente y el niño lo resentirá en toda su plenitud. Por otra parte, él sentirá en carne propia la segregación social al que han sometido a su propia - familia por el hecho de que en ella exista alguna persona con este tipo de proble - mas y será con frecuencia el blanco de comentarios hirientes en relación con la si - tuación familiar que prevalece. Esto daña seriamente el establecimiento de las re - laciones interpersonales, así como su desenvolvimiento en las esferas sociales ya que, toda esa situación de rechazo y frustración puede avivar gravemente una agre - sividad que de otra manera, hubiera podido ser canalizada adecuadamente, pero que de este modo puede manifestarla a través de una abierta hostilidad hacia la socie - dad, llegando incluso hasta la delincuencia. Se ha visto que un porcentaje consi - derable de enfermos alcohólicos, que provenían de núcleos familiares en donde al - guno de los parientes era alcohólico, frecuentemente habían desarrollado una pre -

B.- EL ALCOHOLISMO EN LA ESFERA LABORAL

No es fácil detectar el alcoholismo en el ambiente de trabajo, ya que generalmente muchos de los empleados de una compañía determinada han trabajado en la firma durante varios años y jamás se les notó nada al respecto; hay que tener en cuenta que el alcoholismo no se desarrolla en poco tiempo, sino que tarda muchos años en hacerlo.

Mira, ha observado en relación con este problema, que un 50% de los trabajadores logran "ocultar" sus síntomas por más de un año, un 30% por más de tres años y un 20% por cinco años o más e inclusive, hay casos en que los individuos logran ocultarlas por más de quince años (17)

La forma más común y relevante para detectar el empleado alcohólico es el ausentismo, y muy particularmente el del "lunes por la mañana"; éste es el más común entre los alcohólicos ya que se debe en su mayor parte al uso excesivo del alcohol durante los fines de semana (6)

En los Estados Unidos se han llevado a cabo varios estudios en cuanto al ausentismo laboral debido principalmente al alcoholismo, encontrándose que el promedio del alcohólico es de 25 días por año, lo cual representa 352 millones de horas laborales perdidas en una año. (6)

En nuestro país, el Dr. Cabildo, consideró que diariamente el 2% de los trabajadores no se presentan al trabajo a causa de problemas alcohólicos y calculando el número de días laborales que no son efectivos, arrojará una pérdida anual de - - 1,500 a 2,000 millones de pesos, en menoscabo de la economía del país.

Ahora bien, si se considera que el enfermo sea puesto bajo tratamiento, el Dr. Gamiochipi, en un estudio que realizó en 50 pacientes, estimó que cada individuo en particular, tuvo una pérdida de 7,875 horas-trabajo anuales y de 31,500 en cuatro años que duró el tratamiento. (7)

disposición alcohólica (transmisión de la pauta adicional).

Si la madre es alcohólica, las relaciones con sus hijos van a tender a ser generalmente muy ambivalentes y pueden existir situaciones tanto de tiránica rigidez para con ellos, como de una gran negligencia, trayendo consigo funestas consecuencias.

Los alcohólicos muestran también otras formas de " ausentismo ", una de ellas es el " ausentismo parcial ", o sea aquel en que el sujeto estando ya en su trabajo, en un momento dado, se ausenta sin solicitar el permiso necesario. Los miembros de Alcohólicos Anónimos hacen alusión a otro tipo de ausentismo que denomina " ausentismo en el Trabajo ", o sea, aquel en el cual el empleado se encuentra físicamente en él pero no mentalmente.

Existe también el ausentismo que se deriva de un accidente en el trabajo por estado de embriaguez, así como el ausentismo por períodos largos debidos a tratamientos hospitalarios, los que representan una pérdida de varios millones de pesos al año.

Una segunda forma de detectación del alcohólico es mediante accidentes de trabajo, los reportes de continuos accidentes se hacen sospechosos, especialmente si cada vez son más frecuentes. El alcoholismo representa un gran riesgo y peligro para la industria, ya que la posibilidad de accidentes que pueden ocurrir como conomitantes de la negligencia propia del alcohólico, se elva hasta alcanzar grandes porcentajes, especialmente a nivel obrero. Un dato que puede servirnos para verificar si el empleado padece de esta enfermedad, es la eficiencia que un principio pudo mostrar en su trabajo, lo que va declinando peligrosamente hasta llegar el momento en que su labor deja mucho que desear. Por último, los síntomas físicos que el alcohól imprime en el individuo, constituyen un último grupo entre los factores más importantes de apreciación de alcoholismo en el trabajo; tales son: facie abotargado, temblor en las manos, ojos inyectados, así como descuido y desaliño en su apariencia personal. La presencia de los antagonismos, las racionalizaciones, los mecanismos de proyección sobre los compañeros de trabajo, los argumentos para explicar su comportamiento, etc., sirven como indicadores del problema.

Por otra parte debemos mencionar el hecho de que el alcoholismo puede aparecer en todos los individuos, sin exepción de clases socio-económicas, por lo mismo hay enfermos alcohólicos que pueden ocupar los más variados puestos dentro de cualquier nivel laboral.

C.- PROBLEMAS LEGALES PRODUCIDOS POR EL ALCOHOL.

Homicidios: En estudios hechos por la O. M. S. se hace la observación de que en los países Latinoamericanos, en los cuales la intoxicación alcohólica es muy frecuente, constituye ésta uno de los factores precipitantes primordiales en conexión con los homicidios cometidos. (22)

El número de arrestos por ebriedad sola y por desórdenes o lesiones en este estado tienen también un porcentaje elevado que nos indica la importancia que el problema tiene en cuanto a la conducta antisocial inducida por el alcohol.

En México, el Dr. Cabildo señala que durante los últimos 30 años, los delitos de este tipo han tenido una incidencia de un 66% (7).

Meza y Márquez encontraron que un 51% de 3,500 pacientes que fueron atendidos en un puesto de socorro de la Cruz Verde, en México, D. F., fueron lesionados en riñas desencadenadas por diversos grados de intoxicación alcohólica (8).

El Dr. Quiroz hizo notar la proporción tan grande que existe entre los sujetos delinquentes ya sentenciados y el número de expendios en donde se consumen bebidas alcohólicas. Con un plano de México a la vista, es posible observar que las zonas que se consideran de una alta criminalidad, se correlacionan con las de consumo elevado de bebidas alcohólicas, entre ellas encontramos los Estados de Guerrero y Veracruz con un gran porcentaje. (7)

En relación con la delincuencia juvenil, es posible ver que en algunos casos el joven delinque por los efectos que el alcohol provoca en él otros son los casos en que los jóvenes provienen de ambientes familiares sórdidos, en los cuales algunos de los padres o parientes cercanos a ellos han sido alcohólicos. Estos jóvenes cometen delitos como una manera de agredir al medio social, que frecuentemente los ha hostilizado.

Suicidios.- La concurrencia de suicidios e intoxicación alcohólica, aún no ha recibido una atención adecuada, a pesar de ser esta hecho de frecuente observación clínica. Pocas han sido las investigaciones y estudios que han tratado de cuantificar el problema, sin embargo autores como Wallinga (1949) dice " Un disturbio fundamental de personalidad cuya finalidad es el atentado consigo mismo, es observable por un período prolongado de tiempo en el que el sujeto buscaba refugio en el alcohol ".(26

En el Seminario Latino-Americano sobre alcoholismo se expusieron los datos obtenidos en tres investigaciones efectuados en México, Venezuela y Massachusetts, encontrándose que el porcentaje de los casos de suicidio asociados con intoxicación alcohólica, se elevaba en México a 9.1%, un 5.5% en Venezuela y un 2% en Massachusetts. (22).

D.- EPIDEMIOLOGIA:-

El alcohol, causa graves problemas de salud psíquicas y física, visto desde un ángulo plenamente individual, es también, uno de los más graves y agudos con que se enfrenta la salud pública.

La existencia del alcoholismo como problema público que abarca dos grandes aspectos, el social y el individual, es universal. No sólo afecta a unos cuantos individuos sino a grandes masas de población del mundo trascendiendo como es lógico, a su medio social con consecuencias por completo nocivas.

Es por ello que puede resultar interesante enfocar el alcoholismo a través de una visión epidemiológica y no sólo por este hecho en sí, sino porque en nuestras sociedades modernas se hace ya necesario darle este encuadramiento.

Como se sabe la Epidemiología es la ciencia que estudia las causas, la naturaleza y la propagación de las epidemias al mismo tiempo que los medios de evitarlas y combatirlas, tratando de obtener esquemas o patrones en relación con las causas del problema, con objeto de tomar y aplicar las medidas necesarias para la prevención, control y erradicación de cualquier tipo de enfermedad. El alcoholismo, como es posible observar reúne los requisitos esenciales para considerarlo dentro de ésta.

En él están presentes los tres elementos básicos de una epidemia, a) Agente, b) Huesped, c) Vector o medio de transmisión.

El agente viene a ser el alcohol, el huesped son los millo

nes de alcohólicos que deambulan por el mundo, el agente vector o medio de transmisión se puede ver en todos los bebedores, los cuales son los portadores latentes de esta enfermedad. El vector opera, principalmente, a través del fenómeno de proliferación.

A través de trabajos y estudios de investigación, se ha subrayado el hecho de que entre algunos de los factores que se involucran en dicho fenómeno se incluyen:

1.- El sentimiento de culpa que le produce al alcohólico - el ingerir bebidas embriagantes, lo que les lleva a animar a otras personas para que ellas también beban y de esa manera, procurarse a sí mismo un aminoramiento de los sentimientos de culpabilidad, haciéndolo partícipe de su situación a todo aquel individuo que él pueda inducir a tomar. Es tan grave éste problema que lo encontramos inclusive, en las familias en donde alguno de los padres es alcohólico el cual, al tratar de disipar o disminuir el sentimiento de culpa, puede permitir a sus hijos beber aunque estos -- sean de corta edad.

2.- La proliferación se recrudece en aquellos países en los que las "costumbres obligan" a consumir una gran cantidad de alcohol, ya que, el hecho de que toda o casi toda la población beba, no lo consideran reprobable y ellos mismos se inician en lo que puede resultar un hábito desastroso. Con este tipo de patrón -- generalizado, el alcohólico no necesita racionalizar para beber. Fuera de la proliferación, nos encontramos con otros medios de -- transmisión de la enfermedad, como lo son los medios de publicidad y los sitios donde se venden y consumen bebidas alcohólicas.

Otras formas de propagación de esa condición, pueden llegar a serlo los elementos que se han dado en llamar "desencadenantes"

como son viviendas y sanidad en malas condiciones, bajos ingresos económicos, baja educación, ambiente sórdido y nocivo etc. En sí todos los medios que presuponen un cambio en los patrones básicos de conducta, individual y social son considerados como transmisores.

E.- POBLACION DE ALCOHOLICOS EN EL MUNDO.

Cada uno de los países del mundo tiene su forma característica de alcoholismo y por lo tanto dependen de muchísimos factores: de la cultura, de las costumbres, de la geografía, del contenido mágico y simbólico que le den al alcohol etc.

En la década de los años sesenta se publicó un estudio realizado por " - The International Institute for Research on Problems of Alcohol" el cual fue realizado en 27 de todo el mundo sin incluir los países pertenecientes al bloque comunista los cuales se negaron a proporcionar datos. Este estudio dió como conclusión una alta incidencia en los países Europeos teniendo en primer lugar a Francia. Actualmente tienen los siguientes países -- como principales consumidores de alcohol en el mundo: Estados Unidos, Francia, Italia, Alemania. En América son: Estados Unidos, Chile, México los principales consumidores. Existen una gran variedad de cifras estadísticas en relación a éste problema sin embargo son poco confiables y reportan grandes diferencias entre sí, dicha situación hace que sean poco aceptables y dificultan el tener una idea numérica de dicho problema.

F.- ALCOHOLISMO EN MEXICO.

En México el alcoholismo es un problema serio de Salud Pública, en forma conservadora se ha estimado que existen 5.5 millones de alcohólicos en el país.

En 1971 la cirrosis Hepática por alcohol originó una tasa de 20.49 defunciones por 100 000 habitantes, en 1970 33 231 defunciones fueron debidas a accidentes de tránsito y hechos de sangre, en el 70% de dichos acontecimientos intervino el alcohol; Se ha calculado que el 32% de las personas que se suicidan lo hacen en estado de embriaguez y el 30% de los accidentes de tránsito son ocasionados por conductores en estado de ebriedad, la edad promedio de los alcohólicos en nuestro país fluctua entre los 18 y los 30 años. El sistema para captar la mortalidad producida por el alcoholismo es deficiente y se carece de métodos estadísticos para valorar la frecuencia exacta de dicho problema. El Dr. Silva Martínez basado en el muestreo referido por el Dr. Fromm dice que el 18% de la población mayor de 18 es alcohólica en el área urbana, en el área rural afirma que es el 22% en personas mayores de 18 años.

En el Hospital Psiquiátrico del IMSS, en el año de 1976 el 22% de la población total fueron alcohólicos, de ellos el 36% fueron del sexo masculino y el 4% fueron del sexo femenino. En dicho Hospital el diagnóstico de alcoholismo llegó a ocupar hasta el 50% , sin embargo en los últimos años las cifras se han modificado debido al programa de alcoholismo que existe modificándose notablemente los reingresos.

4.- DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN y REHABILITACION.

A.- DIAGNOSTICO.

Como en el caso de otras enfermedades, un diagnóstico precoz facilitará indudablemente, el tratamiento del alcoholismo. El diagnóstico de este disturbio se enfrenta con serios obstáculos que no permiten identificarlo desde las primeras etapas, ya que frecuentemente se dice que un sujeto es alcohólico cuando éste desafortunadamente, se encuentra ya en las últimas etapas de evolución de su enfermedad, esto se debe a la falta de una educación pública adecuada, generalmente las personas no saben reconocer los primeros síntomas de esta enfermedad; Cuando se empieza a dar cuenta de ello, tanto el enfermo como sus familiares tratan de ocultarlo a la vista de todos por temor a la crítica destructiva.

A estos problemas se tienen que enfrentar las personas que se han dedicado a su tratamiento, manejo y rehabilitación. Se hace fácil comprender que el diagnóstico del alcoholismo se escapa frecuentemente de las manos del médico general, si se considera por una parte, que los disturbios en el paciente, no se hacen evidentes hasta después de bastante tiempo de ingerir bebidas embriagantes y frecuentemente las manifestaciones psicológicas no son muy evidentes para dichos médicos, ya que no las manejan continuamente, además que muchos enfermos desarrollan muchas defensas, ocultando su problema básico; por lo general siempre se muestra reticente y aunque se le llegue a interrogar directamente niega o disminuye el uso que hace del alcohol, es frecuente ver también esta actitud en los familiares.

B.- REHABILITACION.

Es un hecho que para un gran porcentaje de alcohólicos, uno de los primeros pasos para su recuperación es el de admitir que son alcohólicos, independientemente de la forma de tratamiento que sea utilizada, la meta que en el primer momento debe tomarse en cuenta y obtenerse es la consecución de la abstinencia del paciente, se puede decir que la mayoría de los aspectos, tanto de su salud física como psicológica, dependen, en gran parte de que el sujeto llegue a alcanzarla, incluso aun cuando esta abstinencia pueda llegar a no ser total, sino parcial. Aun así se ganará mucho terreno, ya que con ello, ayudará a detener, aunque sea por poco tiempo, el proceso del alcoholismo, con lo cual se tendrá una visión más clara de lo que será su recuperación más completa en etapas posteriores y servirá para motivarlo en este aspecto.

La total abstinencia de una persona que había sido conocida como un "alcohólico", que tomaba excesivamente, es mirada con sorpresa, e suspicazmente y comentada con el enfermo por medio de ironías y bromas a veces agresivas, con lo cual el individuo de nueva cuenta, se vuelve a sentir inadecuado dentro de su marco social, esto es peligroso ya que por su fragilidad de personalidad puede hacerlo reincidir. El alcohólico crónico necesita tanto de ayuda profesional como también de las personas que lo rodean, la comprensión que ellos le sepan brindar y las conductas firmes respecto a las decisiones que se han tomado serán básicas para conseguir que el enfermo siga los consejos de su médico. El objetivo de la rehabilitación es hacer sentir al enfermo capaz de entender su problema conocer sus limitaciones y posibilidades poder mejorar su autoestima y reintegrarse a su ambiente familiar, laboral y social en forma digna y realista.

C.4 TRATAMIENTO.

Los tratamientos que se le pueden proporcionar al alcohólico- se pueden agrupar dentro de cuatro categorías que se mencionan a continuación:

- 1.- TRATAMIENTO MEDICO. HOSPITALIZACION.
- 2.- TRATAMIENTO PSIQUIATRICO Y PSICOLOGICO, TERAPIAS INDIVIDUAL Y DE GRUPOS, CONSEJOS Y ORIENTACION A FAMILIARES.
- 3.- ALCOHOLICOS ANONIMOS.
- 4.- TERAPIA CONDUCTISTA.

En todas estas terapias se considere indispensable que el paciente quiera curarse y esto es precisamente, lo que la mayoría no desean porque el alcohol ha venido a ser para ellos, un modo propio de vida que les permite alejarse de la realidad y vivir en un mundo forjado a su manera, aunque en unos momentos sederrumbe estrepitosamente. Es natural que cuando el enfermo no quiere curarse, nada hay más sencillo para él que olvidarse de acudir a las citas con su doctor, de tomar las medicinas etc. Los caminos para inducir al paciente a tratamiento son muchos, pero el terapeuta debe manejarlos conforme se presente cada caso en particular, lo importante es hacer comprender al paciente que la terapia a la que se va a someter, no va a dar resultado sin su cooperación y que sin ella no sería posible obtener éxito.

Existen varias técnicas que permiten inducir al enfermo a querer curarse, una de ellas especialmente ha surtido efectos positivos en varios casos, consiste en proyectar una película que llaman "sincera" en la cual se presenta al enfermo su propia imagen en estado de embriaguez, con el objeto de enfrentarlo a su realidad. Se ha encontrado que cuantas-

más razones tenga el individuo para desear curarse, mucho mayor serán las probabilidades de éxito.

I.- Tratamiento Médico. Hospitalización.

El manejo médico del paciente alcohólico se realiza mediante el uso de sedantes tales como Diazepóxidos, Hidroxicina Mesoridacinas etc., glucosa, dieta abundante, rehidratación, - soluciones parenterales, vitaminas y de ser necesario antipsi-
cóticos, Fenotiazinas y Butirofenonas. Es importante hacer --
mención que el enfermo alcohólico requiere de un programado --
manejo multi-disciplinario en donde se encuentra el tratamien-
to médico de desintoxicación, la psicoterapia de grupo direc-
tiva (confrontación), la psicoterapia individual, la arte-
terapia, la psicoterapia familiar y/o conyugal y los grupos -
de Alcohólicos Anónimos. El personal que maneja al enfermo es
el Psiquiatra, el Psicólogo, la enfermera, el terapeuta ocupa-
cional, el alcohólico rehabilitado, la trabajadora social y --
el Médico especialista que sea necesario.

2.- Tratamiento Psiquiátrico y Psicológico.

La psicoterapia es un tratamiento que le permite al --
paciente entender mejor sus problemas conocerse más y cambiar
estilos de vida inoperantes, en el enfermo alcohólico se pre-
tende que reconozca y entienda la necesidad que tiene del alco-
hol y de huir de la realidad. Muchos enfermos se caracterizan
por haber tenido siempre una imagen negativa de sí mismos, -
que incluye sentimientos de rechazo y devaluación; una de las

lo contrario
 2. ↓

metas de la psicoterapia es la de elevar los sentimientos de minusvalía así como de aumentar la confianza en sí mismo, otras - las constituyen el lograr que el enfermo obtenga una mejoría en sus relaciones matrimoniales, interpersonales, laborales y viva con objetividad su realidad. Es natural que los alcohólicos necesiten un apoyo considerable durante la ruptura con el alcohol y después de ésta para poderse mantener dentro de los límites - de la abstinencia. Se ha visto que este tipo de pacientes funcio - nan mejor si se les incluye en una terepia de grupo, de donde - puedan ellos tomar ejemplos sentirse identificados en sus limi - taciones y problemas así como muy estimulados con los ejemplos - de las personas que como ellos han bebido en exceso y han podi - do seguir adelante en su sobriedad.

Alcohólicos Anónimos es quizás, la sociedad antialcohólica más - conocida y difundida a través del mundo entero, de ella existen grupos en casi todas las ciudades y comunidades, solamente se - se exige para pertenecer a ésta organización el deseo verdadero de convertirse en abstemio, de dejar de beber. El objeto de esta agrupación es el de mantenerse sobrios y ayudar a otros enfermos alcohólicos a alcanzar este estado.

Los preceptos de los alcohólicos anónimos incluyen los " doce - pasos " y las doce tradiciones " los cuales nos dan la clave de como trabaja dicha sociedad. Estos, constituyen las bases filo - sóficas de la organización e incluyen; un código moral, precep - tos religiosos, un régimen terapéutico y una guía de conducta - personal.

Los doce pasos son:

1.- Nosotros admitimos ser impotentes ante al alcohol.... y que nuestras vidas se han vuelto incontrolables.

2.- Hemosl llegado a creer que una fuerza mayor que nosotros mismos podría restablecernos la salud.

3.- Hicimos una decisión de dejar nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo entendemos.

4.- Hicimos una búsqueda y un atrevido inventario moral de nosotros mismos.

5.- Admitimos la naturaleza exacta de nuestros errores.

6.- Estamos completamente listos para que Dios nos quite todos estos defectos de carácter.

7.- Humildemente pedimos a Dios que elimine nuestras faltas.

8.- Hicimos una lista de todas las personas a las que hemos dañado y estamos dispuestos a enmendarnos.

9.- Enmendamos las faltas cometidas hasta donde sea posible.

10.- Continuamos haciendo un inventario personal y cuando --- comprendamos que estamos equivocados admitirlo con presteza.

11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar --- nuestro contacto consciente con Dios, como lo entendemos, orando sólo para conocer su voluntad para con nosotros y poder --- llevarla a cabo.

12.- Teniendo un despertar espiritual como resultado de estos - pasos, tratamos de llevar este mensaje a alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Las doce tradiciones:

1.- Nuestro bienestar común debe venir primero, la recuperación personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.

2.- Para los propósitos de nuestro grupo, sólo hay una autoridad un Dios amoroso. Nuestros guías son Sus confiados servidores... ellos nos gobiernan.

3.- El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es el deseo de dejar de beber.

4.- Cada grupo debe ser autónomo en cuestiones que afectan a ~~ese~~ otro grupo o a Alcohólicos Anónimos como un todo.

5.- Cada grupo tiene un propósito primario... llevar su mensaje al alcohólico que todavía sufre.

6.- Un grupo de Alcohólicos Anónimos no debe nunca respaldar, - financiar o prestar su nombre a personas o a empresas externas, no sea que problemas de dinero, propiedades y prestigios nos desvíen de nuestro propósito primario.

7.- Todo grupo de alcohólicos Anónimos debe sostenerse completamente por él mismo, declinando contribuciones externas.

8.- Alcohólicos Anónimos debería permanecer para siempre sin - ayuda profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.

9.- Alcohólicos Anónimos como tal, nunca debería estar organizado, pero podemos crear juntas y comités de servicio directamente responsables de aquellos a los que sirven.

10.- Alcohólicos Anónimos no tiene opinión en argumentos externos, por lo tanto el nombre de Alcohólicos Anónimos nunca debe exponerse a controversias públicas.

11.- Nuestra política, en cuestiones de relación pública, está basada en la atracción más que en la propaganda, necesitamos e siempre mantener el anonimato personal, sin intervención de la prensa, radio y películas.

12.- Anonimidad es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, siempre recordándolas poner los principios antes que - las personalidades.

La prevención significa a mi modo de ver solo una cosa: educación apropiada para encarar el problema del alcoholismo; son - necesarios programas de salud pública encaminados a la comunidad y que permitan prevenir el alcoholismo.

ASPECTO TEÓRICO DE LA PRUEBA

ANTECEDENTES.

Desde los inicios del movimiento psicológico que podemos llamar moderno, y que progresivamente ha ido colocando a esta disciplina dentro del campo científico, ha existido la inquietud por encontrar instrumentos para evaluar muy diferentes aspectos de la personalidad. Se han usado desde asociaciones de palabras hasta detectores de cambios en la química de la piel; desde dibujos hasta reproducción en laboratorio de condiciones estressantes.

En la búsqueda y progresiva afinación de instrumentos, han destacado dos preocupaciones principales: una, referente a la precisión, validez y confiabilidad, y a la repetibilidad del estudio en condiciones controladas, y otra, enfocada al ahorro de tiempo y esfuerzo del investigador e investigado, así como a la posibilidad de obtener datos de grupos numerosos de sujetos.

Las pruebas de cuestionario siempre han formado parte del arsenal del psicólogo, y van desde las de respuesta abierta, cuya evaluación es eminentemente psicodinámica e individualizada, hasta las de respuesta cerrada, posibles de calificar e interpretar conforme a patrones estadísticos.

Los cuestionarios que podríamos llamar más "evolucionados" son los inventarios de personalidad. En ellos la finalidad es bastante ambiciosa: captar los principales rasgos o ca-

racterísticas de la peculiar manera de ser y del comportamiento de un individuo o grupo de individuos. Además, pretenden contar con bases objetivas, desde el punto de vista estadístico y a través de comprobaciones clínicas.

La construcción de un inventario es complicada, pues, como todas las pruebas de pregunta-respuesta, depende mucho de la conciencia que el individuo tenga acerca de sí mismo, de su sinceridad y de la finalidad que perciba detrás de la prueba (v.g. si va a intervenir para que lo seleccionen para un trabajo). Sea de manera consciente o inconsciente, el sujeto puede tender a dar su mejor fachada, o bien puede tratar de aparecer enfermo. Esto exige la construcción de escalas de validez y escalas de corrección, así como habilidad en el clínico para inferir y correlacionar.

Fue Sir Francis Galton quien, cuando realizaba estudios de las imágenes mentales (1880-1890) ideó la técnica de los inventarios de personalidad que pudieran aplicarse colectivamente. Stanley Hall volvió a usar los cuestionarios en sus investigaciones sobre los adolescentes. Woodworth elaboró un inventario de ajuste, al comenzar la Primera Guerra Mundial, para la selección de integrantes del ejército norteamericano, y a través de él se pudieron detectar casos que presentaban desajustes y ameritaban entrevistas psiquiátricas.

Entre 1920 y 1945, se realizaron múltiples investigaciones psicológicas con ayuda de inventarios, en varios campos de

acción y utilizando una diversidad de métodos, algunos de ellos arbitrarios. Actualmente las técnicas han sido perfeccionadas y complementadas.

Desde 1930, Stark R. Hathaway (psicólogo) y J.C. McKinley (psiquiatra) empezaron a elaborar un inventario de personalidad, reuniendo reactivos de diferentes cuestionarios, con la finalidad de que el instrumento psicológico resultante fuese lo más objetivo posible, y se le pudiera utilizar tanto en investigación como en práctica clínica. Los primeros estudios con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota aparecieron en 1940; pero la publicación formal del material y del primer manual de la prueba fue hecha hasta 1943, por la Editorial de la Universidad de Minnesota. A partir de entonces, se han hecho múltiples investigaciones con este instrumento. Se considera que anualmente se hace un promedio de cien, con diferentes finalidades.

CONSTRUCCIÓN y CARACTERÍSTICAS

Los reactivos que forman sus escalas fueron seleccionados a través de la comparación de casos psiquiátricos (800, del Hospital de la Universidad de Minnesota) y sujetos normales (724, de ambos sexos). La "normalidad" de este segundo grupo fue confirmada en 1956, cuando Goodstein y Dahlstrom publicaron un estudio realizado con personas, adaptadas y sin quejas médicas, de Minnesota, Iowa, Wisconsin e Illinois. Sus resultados fueron similares a los del grupo normativo inicial.

Los grupos de pacientes psiquiátricos fueron organizados de acuerdo con entidades nosológicas definidas: hipocondriasis, depresión, histeria, sociopatía, paranoia, obsesión-compulsión, esquizofrenia e hipomanía. Se tomaron en cuenta desde tendencias leves o rasgos integrados a una caracterología esencialmente normal, hasta cuadros graves e incapacitantes. Se consideró que si un grupo de personas contestaba en forma similar a ciertas preguntas acerca de sí mismas, debía tener semejanzas en otros aspectos, como comportamiento y características de personalidad.

✓ El MMPI es un cuestionario autodescriptivo y psicométrico, y en su construcción se utilizaron formulaciones de los elementos en función de la validez del contenido, el análisis factorial y la validez cruzada. Puede definírsele como "un instrumento psicométrico diseñado para proporcionar, en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad.

Las preguntas del cuestionario fueron obtenidas inicialmente de los interrogatorios que psicólogos, psiquiatras y neurólogos hacían a sus pacientes en el hospital. Se seleccionaron así 1 200 frases, de las cuales 550 quedaron integradas al Inventario. Dieciseis de ellas se repitieron con el fin de poder procesar el material en tarjetas IBM, y así se completó el número actual de 566 reactivos. Ellos exploran salud general, hábitos (individuales, matrimoniales, familiares), educación, condiciones morales, actitudes sociales, religiosas y políticas, estados afectivos y sínto

mas de los cuadros psicopatológicos ya mencionados.

Las 550 aseveraciones de que consta (más las 16 repetidas) están presentadas en forma personal y declaratoria, para facilitar la identificación (o rechazo, en su caso) del sujeto con cada una de ellas. La mayoría son afirmativas, aunque las hay en negativo.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Las escalas de la prueba se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos normales con los grupos de casos clínicos cuidadosamente estudiados. El criterio principal para la obtención de las escalas fue la predicción válida de los casos clínicos (por medio del instrumento), comparada con los diagnósticos hechos por el personal neuropsiquiátrico del hospital.

La búsqueda de comprobaciones de la confiabilidad del MMPI ha tenido resultados satisfactorios. Hathaway y McKinley la probaron con un grupo de sujetos normales. Aplicaron dos veces la prueba a cada sujeto, con diferencias entre tres días y un año de una a otra aplicación, y encontraron coeficientes de confiabilidad entre 0.57 y 0.83 en las diferentes escalas.

Cottle administró la prueba a sujetos no seleccionados, con una semana de diferencia, y encontró una confiabilidad entre 0.46 y 0.91

Holzberg y Alessi la aplicaron a pacientes psiquiátricos no seleccionados, con una diferencia de tres días. Las distintas escalas arrojaron coeficientes de confiabilidad entre 0.52 y 0.93

Al examinar su validez, encontramos que se ha visto lo siguiente: el alto puntaje en una escala ha permitido la predicción positiva del diagnóstico en un 60% de los casos, utilizándose como control la comprobación clínica. Además, aun en los casos en que el puntaje alto en una escala no coincidió con el diagnóstico clínico, de todas maneras se pudo comprobar la presencia anormal del rasgo correspondiente en la personalidad del sujeto estudiado.

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

APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN

El Inventario permite comparar las respuestas de cada individuo con patrones clínicos previamente identificados, y como ya dijimos, se basa en el supuesto de que los sujetos con determinados rasgos específicos responden en forma semejante a los reactivos de la prueba.

Este instrumento puede ser aplicado a personas de ambos

sexos, entre los 16 y 55 años de edad, que no tengan dificultades en lectura de comprensión. Esto último implica una escolaridad mínima de primaria, aunque por las características de nuestro sistema educativo, podemos pensar que, entre nosotros, sería deseable que contasen con secundaria.

Las instrucciones que se dan son precisas, pues el sujeto sólo debe elegir entre "cierto" (o mayormente cierto), "falso" (o mayormente falso) y "no puedo decir". No hay límite de tiempo; pero lo usual es que se requieran entre 30 y 90 minutos para la solución.

Hay dos formas de aplicación: individual y colectiva. La individual, que prácticamente ha dejado de usarse, aunque es recomendable en los casos de personas con dificultades intelectuales o escolares, es por medio de tarjetas, en las cuales están escritas las aseveraciones que el sujeto tiene que clasificar, distribuyéndolas en tres cajas que representan las tres categorías de contestación. La forma colectiva es la utilizada en la actualidad. En ella, el sujeto registra directamente sus contestaciones en una hoja especial; las frases vienen impresas en un folleto, y si el sujeto no puede elegir entre cierto o falso, deja en blanco el cuadro correspondiente. Cuando se cuenta con los recursos necesarios y hay que evaluar grandes grupos, el registro de respuestas puede hacerse en tarjetas especiales, que luego son procesadas por computadora.

LAS ESCALAS

El MMPI posee dos tipos de escalas: de validez y clínicas.

Las escalas de validez son cuatro, la de "No puedo decir", la de "Mentira", la de "Validez interna" y el "Puntaje K".

El puntaje de la escala de respuestas No puedo decir (?) se obtiene cuantificando el total de respuestas clasificadas así. Este puntaje afecta el significado de los otros y cuando es muy numeroso los invalida. Un puntaje límite probablemente indique que el puntaje real del sujeto, si hubiese contestado todo en Cierto o Falso, se apartaría mucho más del promedio de lo que aparenta. Este puntaje es índice de factores de la personalidad; pero no se le ha analizado específicamente. Se observa que ocurren puntajes altos en depresivos, histéricos, paranoides, sociópatas y obsesivo-compulsivos.

El puntaje Mentira (L) permite medir el grado en que el sujeto puede intentar falsificar sus respuestas seleccionando siempre las que lo sitúen en una posición más favorable desde el punto de vista social y de valores éticos establecidos. Un alto puntaje L no invalida necesariamente a los otros; pero sí indica que probablemente el valor real de ellos es superior al obtenido. En algunos casos este puntaje puede ser de interés como medida de algún rasgo en especial.

El puntaje de Validez interna (F) se utiliza como una forma de evaluar la validez total del protocolo. Si el puntaje F

es alto, las otras escalas probablemente se invaliden, ya sea porque el sujeto se descuidó o era incapaz de comprender el significado de las frases, o porque hubo muchos errores de anotación. También se ha observado que los puntajes altos en esta escala son dados por personas a quienes interesa aparecer más enfermas de lo que están. Sin embargo, los desórdenes graves de la personalidad, en especial las psicosis, pueden dar altos puntajes F sin que la prueba esté falseada. Un puntaje bajo de F es un índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales y pertinentes.

El puntaje K es utilizado como un factor de corrección para aumentar el poder discriminatorio de las escalas clínicas números 1, 4, 7, 8 y 9. Debe considerarse como una medida de la actitud del sujeto ante la situación de prueba y se relaciona con las actitudes vistas en L y F. Un puntaje K alto representa una actitud defensiva contra la debilidad psicológica y muy bien puede relacionarse con resistencia y distorsión deliberada para aparecer "más normal". Un puntaje K bajo indica que la persona es, en alguna forma, cándida o abierta a la autocrítica y a la admisión de síntomas, aunque tenga poca fuerza. También puede ser resultado de un intento deliberado por obtener malos puntajes o dar mala impresión.

Las escalas clínicas son nueve y fueron designadas de acuerdo con síndromes específicos de la nomenclatura psiquiátrica usual. Las únicas excepciones a esto son las escalas 5 y 0.

1. Escala de Hipocondriasis (Hs).- Es una medida de la cantidad anormal de interés acerca de las funciones corporales, de la preocupación indebida acerca del estado de salud. Las personas con un alto puntaje Hs frecuentemente se quejan de dolores y malestares difíciles de identificar y sin base orgánica clara. Las enfermedades somáticas comunes no elevan el puntaje de una persona de manera considerable.
2. Escala de Depresión (D).- Mide la profundidad del síntoma o complejo de síntomas clínicamente reconocidos como depresión. La depresión puede ser la perturbación principal del paciente o puede estar acompañada o ser resultado de otros problemas de la personalidad. Un puntaje alto señala empobrecimiento de la energía disponible, con sentimientos de inutilidad en el presente y de incapacidad en relación con el futuro.
3. Escala de Histeria (Hi).- Mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes con síntomas de histeria de conversión, y presenta quejas generales o sistemáticas, o más específicas como la parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos o intestinales, síntomas cardíacos, debilidad, desmayos y convulsiones epiléptiformes. También capta rasgos tradicionalmente histéricos, como conducta infantil, exhibicionismo, convencionalismo y dependencia.
4. Escala de Desviación Psicopática (Dp).- Mide la similitud



tud del sujeto con personas cuyas dificultades principales radican en la ausencia de respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse por medio de la experiencia y la despreocupación por las normas morales de la sociedad. Sus digresiones más frecuentes de las normas sociales son el mentir, el robar, la afición al alcohol y las drogas y la perversión sexual.

5. Escala de intereses masculino-femeninos (Mf).- Mide las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos, como su nombre lo indica. Un puntaje alto señala una desviación del patrón de intereses básicos en dirección al del sexo opuesto. Sin embargo, la homosexualidad no debe ser inferida basándose en esto sin evidencia confirmatoria, ya que se trata, en mucho, de los intereses atribuidos por la cultura a cada sexo. El puntaje Mf es importante en la selección vocacional, precisamente por esto último.
6. Escala de Paranoia (Pa).- Fue obtenida a través de pa-cientes caracterizados por delirios de persecución, sospecha, hipersensibilidad, desconfianza, que tenían generalmente un diagnóstico de paranoia, estado paranoide o esquizofrenia paranoide. Se han encontrado personas muy paranoides que han evitado traicionarse en la escala, por lo cual aquí son sospechosos tanto los puntajes altos como los muy bajos.
7. Escala de Psicastenia (Pt).- Evalúa la semejanza con

pacientes psiquiátricos que presentan fobias o conducta compulsiva. Con frecuencia una tendencia "psicasténica" puede manifestarse simplemente por depresión leve, preocupación excesiva, falta de confianza en sí mismo o incapacidad para concentrarse. Actualmente el término psicastenia ha sido sustituido por el de obsesión-compulsión; pero se ha conservado la denominación original de la escala para fines de identificación del cuadro.

8. Escala de Esquizofrenia (Es).- Mide la similitud con pacientes caracterizados por pensamientos o conducta inusitados o extraños, con una separación de la realidad. Esta escala distingue cerca del 60% de los casos diagnosticados como esquizofrenia, en diferentes modalidades. Entre los que no identifica se hallan algunos con conducta esquizoide pura o que pueden obtener puntajes altos en la escala Pa.
9. Escala de Hipomanía (Ma).- Mide el factor de personalidad característico de personas con hiperproductividad desorganizada de pensamiento y acción. La palabra hipomanía se refiere a un estado menor de manía. Esta escala identifica claramente cerca del 60% de casos diagnosticados y rinde un puntaje en el rango 60-70 de los restantes.
10. Escala Social (Si).- Mide la tendencia a aislarse del contacto social con otras personas. Es utilizable con sujetos normales y ha sido muy usada en orientación vocacional.

Existen también escalas adicionales, que han sido desarrolladas para captar o resolver problemas especiales. Pueden ser aplicadas a protocolos anteriormente obtenidos si se ha aplicado el Inventario completo. Hay alrededor de doscientas cincuenta escalas diferentes. Entre las más conocidas tenemos a las de dominancia-sumisión, dolor en la parte inferior de la espalda, parietofrontal, de prejuicios, responsabilidad, nivel socioeconómico, neuroticidad y fuerza yoica. De la misma manera, nuevas escalas pueden seguirse desarrollando, para propósitos especiales de investigación.

El primer paso para evaluar este Inventario es utilizar las cuatro escalas de validez con que cuenta. Posteriormente se cuantifican los puntajes de las nueve escalas clínicas, y con ello se elabora el perfil clínico, que es el que abre el camino a la interpretación.

EL PERFIL CLÍNICO

Para elaborarlo se siguen varios pasos:

El primero es la determinación del puntaje T (a escala). La hoja para determinar el perfil ofrece los puntajes normalizados equivalentes a los puntajes en bruto de todas las escalas. Los valores normalizados fueron asignados tomando el más cercano valor integral de T en la fórmula:

$$T = 50 + \frac{10 (X_i - \bar{X})}{De}$$

En ella, X_i representa al puntaje bruto, \bar{X} a la media y S a la desviación estándar de los puntajes brutos para el grupo normativo.

Los puntajes T dados a las escalas No puedo decir, L y F fueron arbitrariamente asignados y no se derivan de la fórmula.

El segundo paso es el trazo del perfil. Antes de proceder a ello, hay que agregar el factor K a cinco de las variables: H_s , D_p , P_t , E_s y M_a , para aumentar su capacidad discriminatoria. La suma se hace en puntaje bruto, utilizando el puntaje bruto de K en las siguientes fracciones

$$H_s + 0.5 K$$

$$D_p + 0.4 K$$

$$P_t + 1.0 K$$

$$E_s + 1.0 K$$

$$M_a + 0.2 K$$

Algunos investigadores pueden desear no utilizar los puntajes corregidos con K , para lo cual deben usarse valores diferentes de T para los cinco puntajes brutos involucrados. Estos puntajes son incluidos en los manuales de calificación de la prueba.

En la hoja para trazo del perfil, se busca el puntaje T para cada variable, con el dato del puntaje bruto. Se colocan marcas en los lugares elegidos y se unen con una línea, discontinuada entre las escalas de validez y las clínicas.

El tercer paso es la codificación del perfil. Para lograr utilidad de los diferentes cuadros, se usa un sistema de codificación clave, asignando a cada escala un número:

Hs = 1
 D = 2
 Hi = 3
 Dp = 4
 Mf = 5
 Pa = 6
 Pt = 7
 Es = 8
 Ma = 9
 Si = 0

Al codificar el perfil se siguen estos pasos:

- a. Se anota el número de la escala que tenga el puntaje T más alto.
- b. Se anotan, en orden descendente de puntajes T, los números de las otras escalas que tengan un punta T de 55 o más.
- c. Se coloca un apóstrofe (') después del último número que en la clave represente un puntaje T de 70 o mayor.
- d. Se traza una línea bajo los números de las escalas adyacentes que tengan puntajes T iguales o con una diferencia de sólo un punto. Si dos o más escalas tienen un puntaje T igual, sus números se anotan en la sucesión ordinal usual.

Estos números (que representan puntajes T de 70 o más) constituyen el punto superior de la clasificación del perfil, mostrando aproximadamente la magnitud y orden de las escalas que tienen un puntaje T de 55 o más.

Los números a la izquierda del apóstrofe (') señalan

las escalas con 70 o más; los situados a la derecha, las escalas entre 69 y 55.

- e. Se escribe un guión (-) y se anotan los números de las escalas bajas del perfil, es decir, lo que tienen un puntaje T de 45 o menos.
- f. Se sigue la misma regla para identificar escalas de igual valor, trazando una línea debajo de sus números. La clave obtenida a la derecha del guión (-) es el punto inferior de la clasificación del perfil.
- g. A la derecha de la clave, separados de ella y a corta distancia, se anotan los puntajes brutos de L, F y K, en ese orden y separados entre sí por dos puntos (:). Si el puntaje bruto de L es igual o mayor que 10, o si el puntaje bruto de F es igual o mayor que 16, se escribe una letra X (mayúscula) inmediatamente después de la clave de las escalas clínicas, señalando la posibilidad de que el perfil no sea válido.
- h. Las escalas 5 y 0 no son clasificadas. Los puntajes de la escala 5 se presentan entre paréntesis y se colocan a continuación de la clave de las escalas clínicas.

Si la codificación se quiere hacer más fina, se subdividen las partes superior e inferior del perfil, de la siguiente manera:

Si la puntuación T es de 100 o más, el número de la(s) esca la(s) es seguido por cuatro apóstrofes (''''). Si es de 90 a 99, por tres (''''). Si es de 80 a 89, por dos (''). Y

si es de 70 a 79, por uno (').

En la parte baja de la clave se sigue el mismo sistema. Tres apóstrofes ('') anteceden a los números de puntajes T entre 20 y 29; dos (') a los de 30 a 39, y uno (') a los de 40 a 45.

- i. El número de oraciones sin contestar, o puntaje de No puedo decir, se anota, como coeficiente, en la parte superior derecha del paréntesis que encierra el puntaje de la escala 5.

Los perfiles obtenidos con el MMPI pueden variar de acuerdo a los cambios en la sintomatología o en las situaciones vitales de los sujetos estudiados. Sin embargo, dichos perfiles no deberán tomarse, necesariamente, como diagnósticos psiquiátricos, ya que la presencia de factores anormales o desviados en una personalidad, aunque es significativa, no señala, en el cien por ciento de los casos, que el sujeto esté enfermo.

La hoja de trazo del perfil tiene una gruesa línea oscura que la cruza horizontalmente al nivel de 50 del puntaje T. Esta línea representa el puntaje medio obtenido en cada una de las escalas básicas por el grupo normal de Minnesota que sirvió de referencia. Otras dos líneas gruesas se encuentran en las marcas 30 y 70 del puntaje T, indicando los puntajes que caen en las desviaciones estándar baja (30) y alta (70) en relación a la media. Los puntajes altos indican grados crecientes de similitud con los grupos clíni-

cos usados para construir las escalas. Las líneas 30 y 70 encierran lo que ha sido generalmente designado como rango "normal". Como consecuencia de la mayor frecuencia de los puntajes altos (por arriba de 70) en la clínica, se les ha dado más atención que a los bajos; pero la experiencia ha hecho ver que éstos son valiosos por lo menos en algunas escalas: D, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma y Si, para efectos de interpretación, diagnóstico y pronóstico.

La interpretación del perfil arroja mejores datos cuando se hace, no por escalas aisladas, sino agrupando las que presenten elevaciones significativas. Aquí es donde es más útil la codificación del perfil, que ha permitido elaborar un sistema de claves numéricas, las cuales, estudiadas en grupos numerosos de sujetos, arrojan cuadros específicos de personalidad. Estos cuadros, organizados en atlas, facilitan y agilizan la interpretación del perfil, sobre todo en los casos en que se usa computadora.

Se han encontrado, aparte de las combinaciones mencionadas, diferentes tipos de perfiles, que ayudan a la descripción del material.

Se llaman perfiles "sumergidos" los que, si bien caen dentro del rango normal (30-70), tienen las siguientes características: los puntajes más elevados no suben más allá de la media general (50), y la mayor parte de los puntajes T caen en treinta y tantos o cuarenta y tantos. Se requiere

ren reglas especiales para interpretarlos, derivadas de hallazgos de Hathaway.

El perfil "límitrofe" tienen valores que caen un poco abajo o un poco arriba del puntaje T de 70. Ocasionalmente, un perfil con una sola elevación de esta clase es designado límitrofe, aunque más comúnmente se le llama "agudo".

Los perfiles "altos" pueden involucrar solamente un pico; pero muy agudo, o bien tener muchas escalas uniformemente elevadas, o unos pocos puntajes marcadamente altos con las otras escalas en rangos intermedios o bajos. Cuando muchas de las escalas del perfil son marcadamente elevadas, el patrón es designado "perfil flotante".

El término "fase" en la descripción del perfil se usa para designar la distribución de patrones en las escalas.

El diagnóstico es más fácil cuando sólo una o dos de las escalas están sumamente elevadas; pero estos perfiles son raros de encontrar en la práctica.

Algunas combinaciones de escalas son tan usuales que han recibido nombres especiales, relacionados con implicaciones diagnósticas.

Por ejemplo, se ha encontrado una covarianza entre las tres primeras escalas (Hs, D y Hi), y se les ha llamado la "tría da neurótica", que puede aparecer con diversas combinaciones internas. El patrón 1-2-3 (o sea Hs más elevada, en seguida D y por último Hi) ocurre frecuentemente. El 321 es

menos frecuente, y los 213 y 231 son probablemente los más usuales. También se hallan las combinaciones 132 y 312, que por la forma de V que toman en el perfil son a veces llamadas "valle depresivo", "V de conversión" o "V psicósomática".

Algunos investigadores han designado las escalas 6, 7, 8 y 9 (respectivamente Pa, Pt, Es y Ma) como la "cuarteta psicótica", en sus diversas combinaciones. Una de las configuraciones de este tipo más importantes es el "valle paranoide", formado por agudas elevaciones de las escalas 6 y 8, con las escalas 7 y 9 relativamente más bajas. También se observan patrones con las escalas 7 y 8 altas y las escalas 6 y 9 un poco más abajo. Asimismo, se encuentra la combinación 9876.

Hay curvas "bifásicas", que pueden tener solamente dos picos, relativamente aislados, uno en la tríada neurótica y otro en la cuarteta psicótica, o bien presentar la elevación simultánea de varias escalas en los mismos dos grupos (neurótico y psicótico).

Hay un perfil especial, con dos picos separados, que difiere sin embargo de las curvas bifásicas: es el "patrón de desorden de carácter", con claves 49 o 94. Su interpretación es específica, pues se ha encontrado que predice muy bien las posibilidades de que una persona se salga de las normas establecidas por el grupo social.

Se le ha llamado "perfil dentado" al que muestra elevaciones alternativas de las escalas, con los mayores picos en

8, 6, 4 y 2, en ese orden, y las escalas restantes más ba
jas, dando la configuración global de una especie de sie-
rra.

El término "anticlinorium" se ha usado para describir el
perfil en el cual las escalas centrales están elevadas,
mientras que las terminaciones neurótica y psicótica son
bajas. Ésta es una curva usual en grupos de estudiantes.

El perfil "sinclinorium" es una variante relativamente ra
ra del patrón bifásico. En él están elevadas la primera
y la última escalas (1 y 9, pues la escala 0 no es consi-
derada escala clínica), y las escalas intermedias son más
bajas. Esto refleja una interesante y poco usual combina-
ción de mecanismos de personalidad.

El "declive" se refiere a la relativa elevación de las es
calas en varios lugares del perfil. Si las escalas de la
tríada neurótica están elevadas sobre las otras escalas
del perfil, esto da el declive negativo. Si es la cuarte
ta psicótica la elevada, el declive es positivo. El códi
go 1234 (de declive negativo) es el perfil de somatización,
frecuentemente observado; mientras que el 9876 (positivo)
es el patrón hipomaniaco.

Se ha descrito también el "patrón de respuesta completamen-
te 0", en el cual el sujeto contesta, no con las respues-
tas que expresan sus sentimientos, actitudes o creencias,
sino con las que piensa que la mayor parte de las personas
daría. En estos casos, el perfil resultante se mantiene
sospechosamente entre los puntajes 40 y 50. Lo socialmente

deseable implicado en los reactivos, ha sido señalado como uno de los factores más importantes de distorsión de los resultados.

El "patrón de respuesta completamente X" es lo contrario del anterior. Aquí, el sujeto contesta en dirección opuesta a la mayoría de los normales, propositivamente. Los puntajes se sitúan arriba de 90 e incluso llegan al tope de 120, dando un perfil exageradamente alto, que no corresponde a ningún patrón reconocible en la práctica clínica.

Hay personas que contestan a todo "Cierto", y lo que se obtiene es un perfil psicótico. Si la persona contesta a todo "Falso", el perfil resultante es neurótico.

El alcoholismo es usado ocasionalmente como diagnóstico primario en el MMPI, en los casos en que aparece como la dificultad principal del paciente y no hay psicosis. Si hay mucha conducta asocial o antisocial mezclada con el alcoholismo, o si hay emotividad fluctuante, el paciente por lo general cae dentro de algún tipo de desorden sociopático como diagnóstico principal. En este y otros casos, lo más usual es que la palabra alcoholismo sea usada en forma secundaria al interpretar los cuadros ofrecidos por los perfiles, más bien como descriptiva de un síntoma, de una condición no primaria para el paciente. Dentro del esquema del MMPI, se le considera similar a la adicción a drogas; pero se le trata separadamente por ser de ocurrencia más común y por su especial significado social.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

DEBIDO A QUE EL OBJETIVO DEL PRESENTE TRABAJO ES DETERMINAR SI LAS RESPUESTAS DE LOS ALCOHOLICOS SON DIFERENTES A LAS DADAS POR PERSONAS NO ALCOHOLICAS EN EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI), A FIN DE PODER UTILIZAR ESTE INVENTARIO COMO AYUDA EN EL DIAGNOSTICO DE LA PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO DECIDIMOS COMPARAR EN FORMA ESTADISTICA LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN CADA ESCALA DE ESTA PRUEBA POR UN GRUPO DE ALCOHOLICOS Y UN GRUPO CONTROL, DE PERSONAS SIN ANTECEDENTES ALCOHOLICOS.

METODOLOGIA

EL METODO ESTADISTICO NOS VA A PERMITIR UNA MEJOR INTERPRETACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS APLICADAS A LOS SUJETOS DE NUESTRO ESTUDIO.

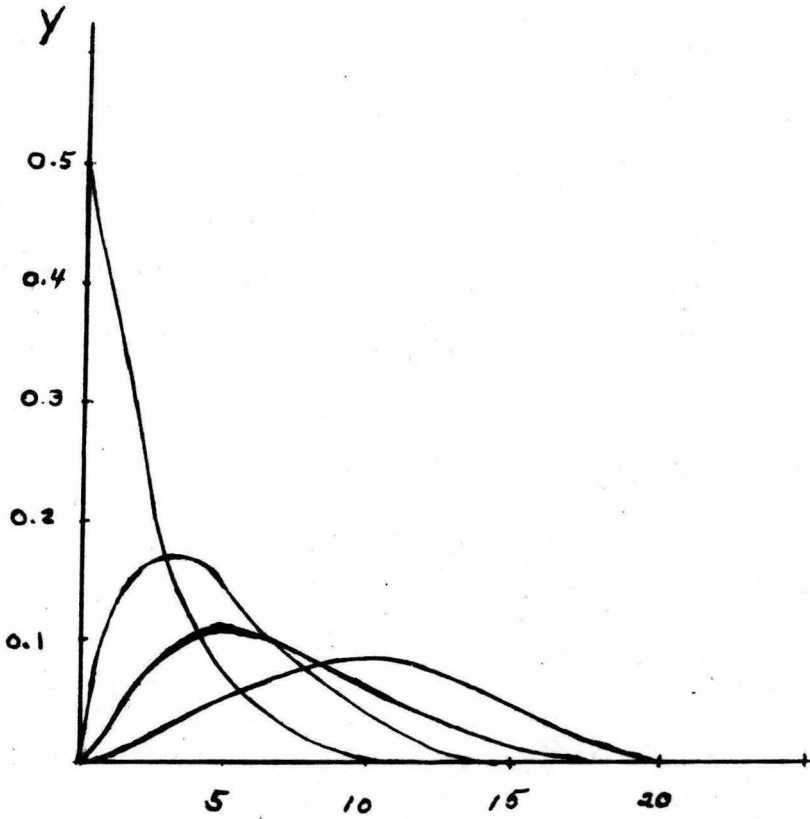
ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE HACER UN MUESTREO SUFICIENTEMENTE AMPLIO DE LA POBLACION DE ALCOHOLICOS DE LA CIUDAD DE MEXICO, QUE NOS PERMITIERA OBTENER CONCLUSIONES GENERALES Y CONFIABLES DE ESTE GRUPO, SE DECIDIO HACER EL ESTUDIO ATRAVES DE LA TEORIA ESTADISTICA DE PEQUEÑAS MUESTRAS QUE UTILIZA LA DISTRIBUCION " CHI CUADRADA ".

CHI CUADRADA ES UNA MEDIDA DE LA DISCREPANCIA EXISTENTE ENTRE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y LAS ESPERADAS, DE OCURRENCIA DE UN EVENTO DETERMINADO. SI CHI CUADRADA ES IGUAL AL CERO, LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y LAS TEORICAS (O ESPERADAS) CONCUERDAN EXACTAMENTE; MIENTRAS QUE SI CHI CUADRADA ES MAYOR QUE CERO, NO COINCIDEN EXACTAMENTE. A MAYORES VALORES DE CHI CUADRADA, MAYORES SERAN LAS DISCREPANCIAS ENTRE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y LAS ESPERADAS DE UN DETERMINADO SUCEO.

DEBIDO A QUE LA DISTRIBUCION MUESTRAL DE CHI CUADRADA ES ESTADISTICAMENTE CONOCIDA (VER FIGURA I), ES POSIBLE CONOCER QUE TAN DIFERENTE A ESTA DISTRIBUCION TEORICA RESULTA EL VALOR OBTENIDO EN UNA MUESTRA EN PARTICULAR.

LA APLICACION DE LAS PRUEBAS SE REALIZO DURANTE EL AÑO DE 1971 EN FORMA COLECTIVA (GRUPOS DE 4 O 5 CADA VEZ). UNA VEZ OBTENIDOS LOS RESULTADOS SE PROCEDIO A LLENAR LOS PERFILES, DESPUES DE LA CALIFICACION MANUAL POR MEDIO DE PLANTILLAS. SE ORDENARON LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS EN FORMA DESCENDENTE CON EL FIN DE LOCALIZAR FACILMENTE LAS PUNTUACIONES QUE ESTAN POR ENCIMA DE T-70 EN CADA ESCALA, YA QUE ESTE FUE EL LIMITE UTILIZADO COMO CRITERIO PARA DISTINGUIR ENTRE PUNTUACIONES ALTAS, Y POR DEBAJO DE T-30, LIMITE PARA LAS PUNTUACIONES BAJAS.

LAS PUNTUACIONES ESTAN ENLISTADAS EN LOS CUADROS 1, 2, 3,



Escalas	Grupo I	Grupo II	Grupo III
L	5.12	4.03	7.18
F	17.30	7.5	3.15
K	9.76	18.87	18.48
1.	17.25	19.00	14.93
2	26.90	25.12	21.90
3	22.98	31.24	31.06
4	27.27	27.54	20.42
5	24.30	28.21	21.66
6	16.87	15.84	11.33
7	33.87	35.15	27.18
8	41.18	41.30	26.18
9	25.24	24.90	20.06
0	33.03	34.03	20.12
	Alcoholicos Hospitalizados	Alcoholicos Ambulantes	Grupo control

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS

EL MUESTREO REALIZADO FUE DE 99 SUJETOS DEL SEXO MASCULINO, --
PERTENECIENTES A TRES GRUPOS DIFERENTES. SE ESCOGIERON DEL SEXO --
MASCULINO NO PORQUE LA PROPORCION DE MUJERES ALCOHOLICAS SEA MENOR --
A LA DE HOMBRES ALCOHOLICOS, SINO PORQUE LA CONDICION PATOLOGICA EN--
LA MUJER ES CELOSAMENTE GUARDADA POR LOS FAMILIARES Y LA SOCIEDAD --
EN GENERAL, POR LO QUE RESULTA MAS DIFICIL OBTENER INFORMACION DE --
MUJERES QUE DE HOMBRES ALCOHOLICOS.

LOS TRES GRUPOS MENCIONADOS ESTAN FORMADOS SEGUN SE DESCRIBE A
CONTINUACION.

PRIMER GRUPO: FORMADO POR 33 SUJETOS DIAGNOSTICADOS COMO AL--
COHOLICOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE LA CIUDAD DE MEXICO. SUS --
CARACTERISTICAS PRINCIPALES SON: NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO, ESCOLA--
RIDAD A NIVEL DE PRIMARIA O MENOS, EDAD PROMEDIO 41 AÑOS, REMITIDOS
A HOSPITALIZACION A TRAVES DE INSTITUCIONES COMO EL SEGURO SOCIAL,-
ISSSTE, ETC.

LA ACTITUD PRINCIPAL DE LOS SUJETOS DE ESTE GRUPO DURANTE LA --
CONTESTACION DE LA PRUEBA FUE: 1) RESISTENCIA A REALIZAR LA PRUEBA--
2) QUEJAS DURANTE LA REALIZACION, 3) DIFICULTAD PARA ENTENDER LAS --
CONSIGNAS, 4) BROMAS Y BURLAS RESPECTO A ALGUNAS PREGUNTAS ANGUS--
TIANTES, Y 5) APARENTE ACATAMIENTO DE LA SITUACION.

SEGUNDO GRUPO: FORMADO POR TREINTA Y TRES SUJETOS DE UN GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS, SELECCIONADOS CON CARACTERISTICAS DE NIVEL SOCIO ECONOMICO, ESCOLARIDAD Y EDAD SIMILARES A LAS DEL PRIMER GRUPO, CUYA EDAD PROMEDIO CORRESPONDIA A 36 AÑOS.

SU ACTITUD HACIA LA PRUEBA FUE LA SIGUIENTE: 1) COOPERATIVA Y VOLUNTARIA, 2) CON CIERTA CURIOSIDAD POR CONOCER LOS RESULTADOS AUN CUANDO POSTERIORMENTE NO MOSTRARON INTERES POR CONSEGUIRLOS.

TERCER GRUPO: FORMADO POR TREINTA Y TRES SUJETOS QUE TRABAJAN COMO OBREROS EN UNA FABRICA DEL RAMO AUTOMOTRIZ EN LA CIUDAD DE MEXICO TAMBIEN AQUI SE SELECCIONARON LOS SUJETOS CON LAS MISMAS CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS ANTERIORES; CON EL FIN DE GARANTIZAR QUE TODOS LOS INDIVIDUOS DE LOS TRES GRUPOS PERTENECIERAN AL MISMO ESTRATO SOCIAL. LA EDAD PROMEDIO DE ESTE GRUPO FUE DE TREINTA Y SIETE AÑOS. EL REQUISITO BASICO PARA LA SELECCION DE LOS SUJETOS FUE QUE NO TUVIERAN NINGUN ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO.

LA ACTITUD DE ESTE GRUPO DURANTE LA APLICACION DE LA PRUEBA FUE: 1) CIERTA RESISTENCIA DEBIDA AL USO QUE PUDIERAN TENER LOS RESULTADOS 2) MEJOR COOPERACION, 3) MAS SINCERIDAD, AUNQUE CON ALGUNAS BROMAS.

HIPOTESIS DE TRABAJO

MUY A MENUDO TENEMOS QUE TOMAR DECISIONES SOBRE DETERMINADAS POSICIONES PARTIENDO DE UNA MUESTRA DE LAS MISMAS. PARA ELLO, CONVIENE-

HACER DETERMINADAS CONJETURAS O SUPUESTOS A CERCA DE LAS POBLACIONES QUE SE ESTUDIEN; TALES SUPUESTOS, QUE PUEDEN SER O NO CIERTOS, SE LLAMAN HIPOTESIS ESTADISTICAS.

EN MUCHOS CASOS SE FORMULAN HIPOTESIS ESTADISTICAS CON EL SOLO-PROPOSITO DE RECHAZARLAS O INVALIDARLAS TALES HIPOTESIS SE LLAMAN HIPOTESIS NULAS.

SI SUPONEMOS UNA HIPOTESIS DETERMINADA, Y ENCONTRAMOS QUE LOS RESULTADOS OBSERVADOS EN UNA MUESTRA AL AZAR DIFIEREN MARCADAMENTE DE AQUELLOS QUE CABIA ESPERAR CON LA HIPOTESIS Y CON LAS VARIACIONES PROPIAS DEL MUESTREO, SE DIRA QUE LAS DIFERENCIAS OBSERVADAS SON SIGNIFICATIVAS Y SE ESTARA EN CONDICIONES DE RECHAZAR LA HIPOTESIS.

LA HIPOTESIS NULA QUE HEMOS FORMULADO PARA CADA UNA DE LAS ESCALAS DEL MMPI, PUEDE EXPRESARSE DE LA SIGUIENTE MANERA.

"NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS POR LOS ALCOHOLICOS Y LOS NO ALCOHOLICOS EN LAS ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ DEL MMPI".

EN EL SIGUIENTE CUADRO SE MUESTRA EN CUALES ESCALAS FUE RECHAZADA LA HIPOTESIS NULA Y EN CUALES FUE ACEPTADA; ASI COMO LA PROBABILIDAD DE HABER COMETIDO UN ERROR DEL TIPO ALFA O BETA.

Escalas	Chi Cuadrada	Se Rechaza La hipótesis	Probabilidad de error
L	0.129	No	0.01
F	34.845	Si	0.01
K	7.185	Si	0.01
Hs	13.092	Si	0.01
D	10.686	Si	0.01
HI	7.481	Si	0.01
Dp	16.483	Si	0.01
MF	0.1132	No	0.01
Pa	28.141	Si	0.01
Pt	22.516	Si	0.01
Es	45.605	Si	0.01
Ma	30.056	Si	0.01
Si	3.7648	No	0.01

OBTENCION DE LA CHI CUADRADA PARA CADA ESCALA.

SE OBTUVO UNA TABLA DE CONTINGENCIA DE SEGUNDO ORDEN, DONDE EN CADA CELDA APARECE UNA FRECUENCIA LLAMADA TAMBIEN DE SEGUNDO ORDEN DEBIDO A QUE PERTENECE A DOS ATRIBUTOS DIFERENTES; ALCOHOLICOS O NO ALCOHOLICOS Y ALTOS O BAJOS EN PUNTUACION.

CORRESPONDIENDOSE CON CADA FRECUENCIA OBSERVADA EN LA TABLA DE CONTINGENCIAS, HAY UNA FRECUENCIA TEORICA O ESPERADA, QUE SE CALCULA DE ACUERDO CON NUESTRA HIPOTESIS NULA Y CON LA TEORIA DE LA PROBABILIDAD.

PARA OBSERVAR LA CONCORDANCIA ENTRE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS, SE CALCULO EL ESTADISTICO:

$$\chi^2 = \sum_j \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

DONDE LA SUMA SE EXTIENDE A TODAS LAS CELDAS DE LA TABLA DE CONTINGENCIAS.

LOS SIMBOLOS O Y E REPRESENTAN REPECTIVAMENTE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS EN CADA CELDA.

(VER TABLA DE CONTINGENCIA).

	Escala Alta	Escala Baja	Σ
Control			
Alcoholicos			
Σ			

A CONTINUACION SE MUESTRAN LAS TABLAS DE CONTINGENCIA Y EL CALCULO DE CHI CUADRADA PARA CADA UNA DE LAS ESCALAS.

ESCALA "L"

	"L" Alta	"L" Baja	Σ
Control	1	32	33
Alcohólicos	3	63	66
Σ	4	95	99

CUADRO DE FRECUENCIAS OBSERVADAS.

Si la Hipótesis es correcta, las frecuencias esperadas, deberían ser:

$$e_1 = 4 \times \frac{33}{99} = 1.333; \quad e_2 = 95 \times \frac{33}{99} = 31.666$$

$$e_3 = 4 \times \frac{66}{99} = 2.666; \quad e_4 = 95 \times \frac{66}{99} = 63.333$$

Por lo tanto, el valor de χ^2 para estas diferencias entre las frecuencias esperadas y las observadas es:

$$\chi^2 = \frac{(1-1.333)^2}{1.333} + \frac{(32-31.666)^2}{31.666} + \frac{(3-2.666)^2}{2.666} + \frac{(63-63.333)^2}{63.333}$$

$$\chi^2 = 0.083 + 0.0035 + 0.0417 + 0.0017$$

$$\chi^2 = 0.129$$

$$\text{De las Tablas } \chi_{0.19}^2 = 6.63$$

Por lo tanto, puesto que $\chi^2 < \chi_{0.19}^2$ (o sea que $0.129 < 6.63$) para un grado de libertad, aceptamos la hipótesis nula para esta escala. Lo que significa que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por alcohólicos y no alcohólicos en la escala "L" del MMPI.

ESCALA "F"

	"F" Alta	"F" Baja	N
Control	0	33	33
Alcohólicos	41	25	66
Σ	41	58	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

Si la hipótesis es correcta,
las frecuencias esperadas, de-
bieran ser:

$$e_1 = 41 \times \frac{33}{99} = 13.66; \quad e_2 = 58 \times \frac{33}{99} = 19.33$$

$$e_3 = 41 \times \frac{66}{99} = 27.33; \quad e_4 = 58 \times \frac{66}{99} = 38.66$$

Por lo tanto, χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^4 \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(0 - 13.66)^2}{13.66} + \frac{(33 - 19.33)^2}{19.33} + \frac{(41 - 27.33)^2}{27.33} + \frac{(25 - 38.66)^2}{38.66}$$

$$\chi^2 = 13.609 + 9.221 + 6.805 + 4.810 = \underline{\underline{34.845}}$$

Por otro lado, de las tablas, sabemos que $\chi^2_{0.99} = \underline{\underline{6.63}}$
(para un grado de libertad).

Puesto que $\chi^2 > \chi^2_{0.99}$ (o sea, $34.845 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula para esta escala. O sea, que alcohólicos y no alcohólicos sí puntúan diferente en la escala "F" del MMPI con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "K"

	"K" Alta	"K" Baja	Σ
Control	5	28	33
Alcohólicos	1	65	66
Σ	6	93	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS

Si la hipótesis es correcta,

las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 6 \times \frac{33}{99} = 2.0 ; e_2 = 93 \times \frac{33}{99} = 31$$

$$e_3 = 6 \times \frac{66}{99} = 4.0 ; e_4 = 93 \times \frac{66}{99} = 62$$

Por lo tanto, χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$\chi^2 = \frac{(5-2)^2}{2} + \frac{(28-31)^2}{31} + \frac{(1-4)^2}{4} + \frac{(65-62)^2}{62}$$

$$\chi^2 = 4.5 + 0.29 + 2.25 + 0.145 = \underline{\underline{7.185}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad: $\chi_{0.99}^2 = \underline{\underline{6.63}}$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.99}^2$ (o sea, $7.185 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula para esta escala. O sea, que alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la escala "K" del MMPI, con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "1"

	"1" ALTA	"1" BNA	Σ
Control	3	30	33
Alcohólicos	30	36	66
Σ	33	66	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

De acuerdo a la hipótesis nula, las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 33 \times \frac{33}{99} = 11.0; \quad e_2 = 66 \times \frac{33}{99} = 22.0$$

$$e_3 = 33 \times \frac{66}{99} = 22.0; \quad e_4 = 66 \times \frac{66}{99} = 44.0$$

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^4 \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

$$\chi^2 = \frac{(3-11)^2}{11} + \frac{(30-22)^2}{22} + \frac{(30-22)^2}{22} + \frac{(36-44)^2}{44}$$

$$\chi^2 = 5.818 + 2.91 + 2.91 + 1.454 = \underline{\underline{13.092}}$$

Por otro lado, sabemos de las Tablas que para un grado de libertad: $\chi_{0.01}^2 = \underline{\underline{6.63}}$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.01}^2$ ($13.092 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula para esta escala. O sea, que alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la Escala "1" del M.K.P.I., con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "2"

De acuerdo con la hipótesis nula, las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 50 \times \frac{23}{99} = 16.66; \quad e_2 = 49 \times \frac{23}{99} = 16.33$$

$$e_3 = 50 \times \frac{66}{99} = 33.33; \quad e_4 = 49 \times \frac{66}{99} = 32.66$$

	"2" ALTA	"2" BAJA	Σ
Control	9 ¹	24 ²	33
Alcohólicos	41 ³	25 ⁴	66
Σ	50	49	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^4 \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(9 - 16.66)^2}{16.66} + \frac{(24 - 16.33)^2}{16.33} + \frac{(41 - 33.33)^2}{33.33} + \frac{(25 - 32.66)^2}{32.66}$$

$$\chi^2 = 3.526 + 3.598 + 1.763 + 1.799 = \underline{\underline{10.686}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad:

$$\chi_{0.01}^2 = \underline{\underline{6.63}}$$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.01}^2$ ($10.686 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula para esta escala. O sea, alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la escala "2" del MMPI, con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "3"

	"3"	"3"	Σ
	ALTA	BAJA	
Control	0	33	33
Alcohólicos	13	53	66
Σ	13	86	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS

De acuerdo con la hipótesis nula las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 13 \times \frac{33}{99} = 4.33; \quad e_2 = 86 \times \frac{33}{99} = 28.66$$

$$e_3 = 13 \times \frac{66}{99} = 8.66; \quad e_4 = 86 \times \frac{66}{99} = 57.33$$

Por lo tanto χ^2 valdrá.

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^4 \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(0 - 4.33)^2}{4.33} + \frac{(33 - 28.66)^2}{28.66} + \frac{(13 - 8.66)^2}{8.66} + \frac{(53 - 57.33)^2}{57.33}$$

$$\chi^2 = 4.333 + 0.655 + 2.166 + 0.327 = \underline{\underline{7.481}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad $\chi_{0.99}^2 = \underline{\underline{6.63}}$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.99}^2$ ($7.481 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula para esta escala. O sea, alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la escala "3" del M.M.P.I., con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "4"

	"4"	"4"	Σ
	ALTA	BAJA	
Control	1	32	33
Alcohólicos	28	38	66
Σ	29	70	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

De acuerdo con la hipótesis nula, las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 29 \times \frac{32}{99} = 9.66; \quad e_2 = 70 \times \frac{32}{99} = 23.33$$

$$e_3 = 29 \times \frac{66}{99} = 19.33; \quad e_4 = 70 \times \frac{66}{99} = 46.66$$

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

$$\chi^2 = \frac{(1-9.66)^2}{9.66} + \frac{(32-23.33)^2}{23.33} + \frac{(28-19.33)^2}{19.33} + \frac{(38-46.66)^2}{46.66}$$

$$\chi^2 = 7.77 + 3.219 + 3.885 + 1.609 = \underline{\underline{16.483}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad: $\chi_{0.99}^2 = \underline{\underline{6.63}}$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.99}^2$ ($16.483 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula. O sea, alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la escala "4" del M.M.P.I., con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "5"

De acuerdo con la hipótesis nula las frecuencias esperadas deberían ser:

	"5" Alta	5 Baja	Σ
Control	7	26	33
Alcohólicas	16	50	66
Σ	23	76	99

$$e_1 = 23 \times \frac{33}{99} = 7.66; \quad e_2 = 76 \times \frac{33}{99} = 25.33$$

$$e_3 = 23 \times \frac{66}{99} = 15.33; \quad e_4 = 76 \times \frac{66}{99} = 50.66$$

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^k \frac{(O_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(7.0 - 7.66)^2}{7.66} + \frac{(26 - 25.33)^2}{25.33} + \frac{(16 - 15.33)^2}{15.33} + \frac{(50 - 50.66)^2}{50.66}$$

$$\chi^2 = 0.058 + 0.0175 + 0.029 + 0.0087 = \underline{\underline{0.1132}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad $\chi_{0.05}^2 = 6.63$

Puesto que $\chi^2 < 6.63$ ($0.1132 < 6.63$), aceptamos la hipótesis nula. O sea, que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por alcohólicas y no alcohólicas en la escala 5 del M.M.P.I.

ESCALA "6"

	"6" Alta	"6" Baja	Σ
Control	2	31	33
Alcohólicos	41	25	66
Σ	43	56	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

De acuerdo con la hipótesis nula, las frecuencias esperadas debieran ser:

$$e_1 = 43 \times \frac{33}{99} = 14.33; \quad e_2 = 56 \times \frac{33}{99} = 18.66$$

$$e_3 = 43 \times \frac{66}{99} = 28.66; \quad e_4 = 56 \times \frac{66}{99} = 37.33$$

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^4 \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(2-14.33)^2}{14.33} + \frac{(31-18.66)^2}{18.66} + \frac{(41-28.66)^2}{28.66} + \frac{(25-37.33)^2}{37.33}$$

$$\chi^2 = 10.612 + 8.149 + 5.306 + 4.074 = \underline{\underline{28.141}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad $\chi_{0.99}^2 = \underline{\underline{6.63}}$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.99}^2$ ($28.141 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula. O sea, alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la escala "6" del M.M.P.I., con un nivel de significación del 99%.

Escala "7"

De acuerdo con la hipótesis nula las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 42 \times \frac{30}{99} = 12.73$$

$$e_2 = 42 \times \frac{66}{99} = 28$$

	"7" ALTA	"7" BAJA	Σ
Control	3	30	33
Alcohólicos	39	27	66
Σ	42	57	99

TABLA DE CONTINGENCIAS PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^k \frac{(O_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(3-12.73)^2}{12.73} + \frac{(30-19)^2}{19} + \frac{(39-28)^2}{28} + \frac{(27-28)^2}{28}$$

$$\chi^2 = 8.643 + 6.369 + 4.321 + 3.184 = \underline{\underline{22.516}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad

$$\chi_{0.99}^2 = \underline{\underline{6.63}}$$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.99}^2$ ($22.516 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula. O sea, alcohólicos y no alcohólicos puntúan diferente en la escala "7" del M.M.P.I., con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "8"

	"8" Alta	"8" Baja	Σ
Control	2	31	33
Alcohólicos	50	16	66
Σ	52	47	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

De acuerdo con la hipótesis nula, las frecuencias esperadas deberían ser:

$$e_1 = 52 \times \frac{33}{99} = 17.33; \quad e_2 = 47 \times \frac{33}{99} = 15.66$$

$$e_3 = 52 \times \frac{66}{99} = 34.66; \quad e_4 = 47 \times \frac{66}{99} = 31.23$$

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^4 \frac{(O_i - e_i)^2}{e_i}$$

$$\chi^2 = \frac{(2 - 17.33)^2}{17.33} + \frac{(31 - 15.66)^2}{15.66} + \frac{(50 - 34.66)^2}{34.66} + \frac{(16 - 31.23)^2}{31.23}$$

$$\chi^2 = 13.564 + 15.007 + 9.531 + 7.503 = \underline{\underline{45.605}}$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad:

$$\chi_{0.99}^2 = \underline{\underline{6.63}}$$

Puesto que $\chi^2 > \chi_{0.99}^2$ ($45.605 > 6.63$), rechazamos la hipótesis nula. O sea, alcohólicos y no alcohólicos están diferentes en la escala "8" del M.M.P.I., con un nivel de significación del 99%.

ESCALA "10"

	"10" Alta	"10" Baja	Σ
Control	0	33	33
Alcoholicos	7	59	66
Σ	7	92	99

TABLA DE CONTINGENCIAS
PARA FRECUENCIAS OBSERVADAS.

De acuerdo con la hipótesis nula, las frecuencias esperadas debieran ser:

$$e_1 = 7 \times \frac{33}{99} = 2.33; \quad e_2 = 92 \times \frac{33}{99} = 30.66$$

$$e_3 = 7 \times \frac{66}{99} = 4.66; \quad e_4 = 92 \times \frac{66}{99} = 61.33$$

Por lo tanto χ^2 valdrá:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^n \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$\chi^2 = \frac{(0 - 2.33)^2}{2.33} + \frac{(33 - 30.66)^2}{30.66} + \frac{(7 - 4.66)^2}{4.66} + \frac{(59 - 61.33)^2}{61.33}$$

$$\chi^2 = 2.333 + 0.177 + 1.166 + 0.0988 = 3.7648$$

Por otro lado, sabemos de las tablas que para un grado de libertad: $\chi_{0.99}^2 = 6.63$.

Puesto que $\chi^2 < \chi_{0.99}^2$ ($3.7648 < 6.63$), aceptamos la hipótesis nula. O sea, que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por alcoholicos y no alcoholicos en la escala "10" del M.M.P.I.

SEGUN PUEDE OBSERVARSE EN EL DIAGRAMA N° 4 EN MUCHAS DE LAS ESCALAS DE LA PRUEBA, LOS ALCOHOLICOS PUNTUAN SIGNIFICATIVAMENTE MAS ALTO QUE LOS NO ALCOHOLICOS. Y LA PROBABILIDAD ESTADISTICA DE EQUIVOCARNOS AL HACER ESTA ASEVERACION PUEDE VERSE EN LA ESCALA DE LA DERECHA DEL DIAGRAMA. DEBIDO A QUE ESTAS PROBABILIDADES SON TAN PEQUEÑAS, PODEMOS DESECHAR LA POSIBILIDAD DE QUE POR CASUALIDAD LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS RESULTEN DIFERENTES DE LAS ESPERADAS.

SE OBTUVO LA MEDIA ARITMETICA DE CADA ESCALA, EN CADA GRUPO. CON EL FIN DE TRAZAR UN PERFIL PROMEDIO O CARACTERISTICO DE CADA UNO DE ELLOS; ESTOS PERFILES PUEDEN OBSERVASE EN LOS DIAGRAMAS 5, 6, y 7.

PUEDE VERSE QUE EN LOS PERFILES CORRESPONDIENTES A LOS ALCOHOLICOS Y ALCOHOLICOS ANONIMOS SOBRESALEN LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS 7 Y 8 CONTINUANDO LA 6 Y LA 2, SIENDO LA MAS BAJA LA NUMERO 3. AHORA BIEN, PARA LOS FINES DE NUESTRO ESTUDIO BASANDONOS EN EL DIAGNOSTICO CLINICO DEL ALCOHOLICO Y EN EL SIGUIENTE COMENTARIO DEL LIBRO "APLICACIONES DEL MMPI A LA PSICOPATOLOGIA" DEL DR. RAFAEL NUÑEZ:

"LA ESCALA K PUEDE NO SER MUY APROPIADA EN SITUACIONES EN QUE LOS PACIENTES SON ENVIADOS COMPULSIVAMENTE A EXAMENES PSICOLOGICOS, O EN INSTITUCIONES EN LOS QUE LOS EXAMINADOS NO PAGAN EL SERVICIO RECIBIDO COMO POR EJEMPLO EN HOSPITALES DEL ESTADO; DECIDIMOS QUITAR EL FACTOR K Y TRAZAR NUEVOS PERFILES EN LOS QUE LOS PUNTOS MAS ALTOS CORRESPONDEN A LAS ESCALAS 2 Y 6, LO CUAL COINCIDE CON LO QUE CLINICAMENTE

ESPERABAMOS.

UN PUNTO INTERESANTE DE SEÑALAR, ES QUE LOS PERFILES DEL GRUPO DE ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS Y LOS DEL GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS -- COINCIDEN NOTORIAMENTE.

CARACTERISTICAS DE LAS ESCALAS CON MAS ALTA PUNTUACION.

LA ESCALA F FUE LA ESCALA MAS ALTA DE LAS TRES ESCALAS DE VALIDEZ, LO QUE HACE QUE ESTAS TRES ESCALAS DE EL PERFIL FORMEN UNA V INVERTIDA. LAS DOS ESCALAS TIENEN PUNTUACIONES CERCANAS A T-50. ESTO SE DA GENERALMENTE EN PROTOCOLOS DE PERSONAS CON UN CUADRO AGUDO DE PERTURBACION EMOCIONAL (ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS); AUNQUE TAMBIEN PARECEN ESTAR RELACIONADOS CON UNA LLAMADA DE AYUDA QUE PIDE EL PACIENTE (ALCOHOLICOS ANONIMOS).

LA ESCALA DOS FUE DISEÑADA COMO UNA MEDIDA DEL GRADO DE DEPRESION, CUADRO PSICOLOGICO QUE EXPRESA BAJA MORAL, SENTIMIENTO DE DESESPERANZA Y TRISTEZA. LAS PUNTUACIONES ALTAS EN ESTA ESCALA SE ENCUENTRAN EN -- PERSONAS GRAVEMENTE DEPRIMIDAS, INDECISAS Y PESIMISTAS; CARACTERISTI-- CAS FUNDAMENTALES EN LOS PACIENTES ALCOHOLICOS.

GUTHRIE, EN 1952, ENCONTRÓ QUE LOS PACIENTES QUE TIENEN PUNTUACION ELEVADA EN ESTA ESCALA, TIENEN UN PRONOSTICO POBRE YA QUE NO RESPONDEN AL TRATAMIENTO (REINCIDENCIAS POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO).

ESCALA SEIS: ESTA ESCALA SE ENCUENTRA RELACIONADA CON LA DOS, YA QUE EN MUCHOS CASOS SE CORRELACIONA CON REACCIONES DEPRESIVAS QUE PUEDEN SER TEMPORALES, REVERSIBLES O PROGRESIVAS. SON SUJETOS QUE SE ENOJAN FACILMENTE Y REACCIONAN DE MANERA EXAGERADA A LAS OPINIONES QUE OTROS OFRECEN, PERO ADEMAS TIENEN LA INCLINACION A CULPAR A OTRAS GENTES DE SUS PROPIAS DIFICULTADES. LO QUE ES FRECUENTE ENCONTRAR COMO UNA DE LAS MOTIVACIONES FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS QUE SUFREN DE ALCOHOLISMO.

PERFIL DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

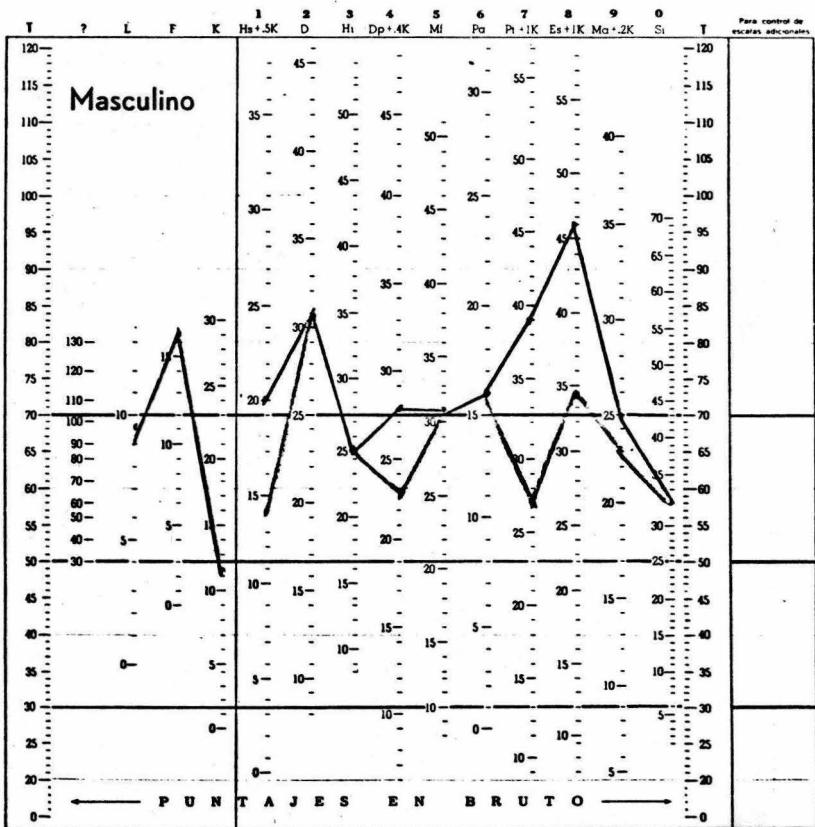
— CON FACTOR K
— SIN FACTOR K

PERFIL Y SUMA

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



	T	P	L	F	K	1 Hs+5K	2 D	3 Hi	4 Dp+4K	5 Mf	6 Pa	7 Pt+1K	8 Es+1K	9 Ma+2K	10 Si	T
Puntaje en bruto		9	16	12	14	14	30	25	23	31	16	17	34	23	22	
Agregar factor K					6				5							
Puntaje corregido					20				28					25		



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

PERFIL DE ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS

— CCN FACTOR K

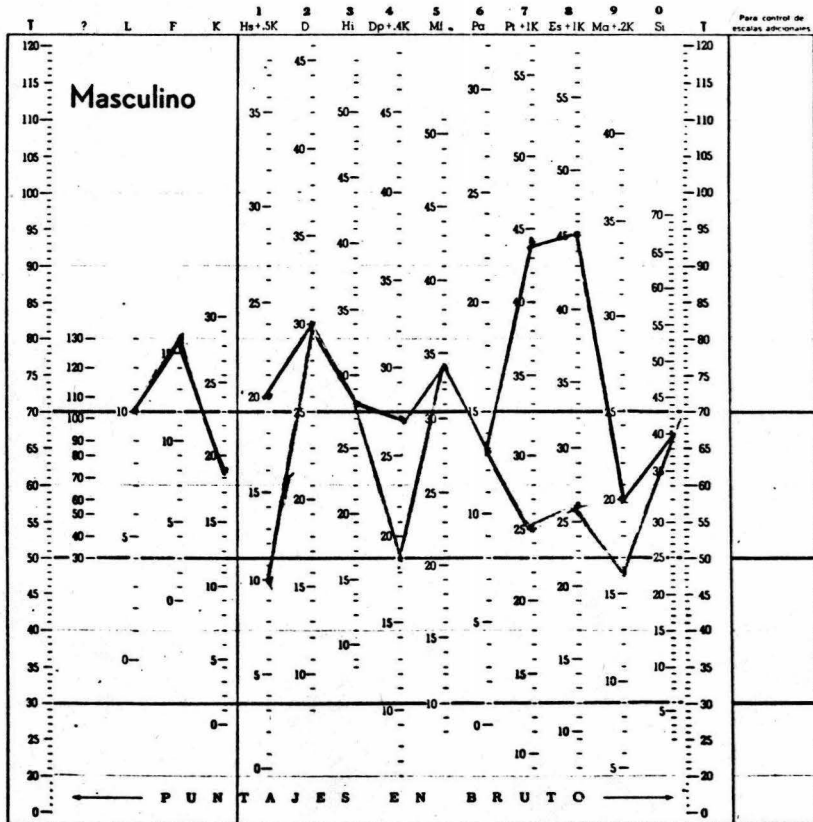
— SIN FACTOR K

PERFIL Y SUMAF

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley



T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T
					Ha+.5K	D	Hi	Dp+.4K	Mf	Pa	Pt+.1K	Es+.1K	Ma+.2K	Si	
Puntaje en bruto		10	16	19	10	30	28	19	34	13	25	26	16	43	
Agregar factor K					2			8			19	19	4		
Puntaje corregido					12	32		27	34	13	44	45	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

SINTESIS

EL MMPI SE HA UTILIZADO PRINCIPALMENTE PARA LOGRAR UNA SEPARACION OBJETIVA ENTRE PERSONAS MENTALMENTE SANAS Y ENFERMAS O CON RASGOS Y TENDENCIAS MAS O MENOS PATOLOGICAS, TAMBIEN EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE PSICONEROTICOS, PSICOTICOS Y SUJETOS CON PERSONALIDAD PSICOPATICA.

NUESTRO ESTUDIO SE ENFOCA PRINCIPALMENTE A LA DIFERENCIACION ENTRE LAS PERSONAS SANAS Y LAS PERSONAS CON TENDENCIAS ALCOHOLICAS.

UNA DE LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTARON PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO, QUE INPIDE LLEGAR A CONCLUSIONES GENERALES, FUE EL BAJO NIVEL CULTURAL DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS; YA QUE ESTA PRUEBA EXIGE QUE LOS SUJETOS COMPRENDAN EXACTAMENTE EL SENTIDO DE LO QUE LEEN. LO QUE SE TRADUJO EN LA NECESIDAD DE CANCELAR UN GRAN NUMERO DE PROTOCOLOS, POR HABER SIDO REALIZADOS POR SUJETOS SUBNORMALES O EN ESTADO DE CONFUSION, HABIENDO REQUERIDO DEMASIADA AYUDA POR PARTE DEL PSICOLOGO PARA CONTESTAR LA PRUEBA.

OTRA DE LAS DIFICULTADES QUE SE ENCONTRARON, FUE QUE A PESAR DE QUE SE TUVO GRAN CUIDADO EN LA SELECCION DE LOS SUJETOS ALCOHOLICOS--SOMETIDOS A LA PRUEBA, LOS RESULTADOS INDICAN QUE NO EXISTE UN TIPO DE PERFIL CIENTO POR CIENTO TIPICO DEL ALCOHOLICO, SINO QUE SIEMPRE SE-

ENCUENTRA RELACIONADO CON OTROS TIPOS DE DESORDENES MENTALES. ESTO -
CONFIRMA LOS RESULTADOS A LOS QUE LLEGARON ALGUNOS INVESTIGADORES EN E
ESTADOS UNIDOS, QUE UTILIZANDO EL MMPI HAN DESLINDADO CUATRO TIPOS BA-
SICOS DE PERFILES EN EL PACIENTE ALCOHOLICO.

SIN EMBARGO, A PESAR DE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS, ESTAMOS EN
CONDICIONES DE AFIRMAR QUE EL MMPI PUEDE SER UTILIZADO CON EXITO EN EL
DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO; SIEMPRE Y CUANDO NO SE CONSIDERE COMO UN
CRITERIO ABSOLUTO, SINO QUE CONOCIENDO SUS LIMITACIONES SE UTILICE --
SOLO COMO UN ELEMENTO MAS PARA EL DIAGNOSTICO.

ESTE ESTUDIO ES SOLAMENTE EL PRIMER PASO DE UNA INVESTIGACION MAS
AMPLIA CON PERFILES DE ALCOHOLICOS DE DIFERENTES NACIONALIDADES.

CONCLUSIONES.

Desde tiempos antiguos el alcohol ha sido considerado, popularmente como una especie de recurso mágico para exaltar el estado de ánimo, disipar tristezas y angustias, hacer olvidar los problemas, eliminar la timidez y dar paso a la euforia en las reuniones sociales. También ha sido utilizado en algunas culturas entre ellas la nuestra, como un medio de buscar o reafirmar identificación psicosexual.

Lo anterior ha hecho muy difícil el poder delimitar cuando una persona empieza a ser "alcohólica", esta dificultad es mayor todavía para el mismo sujeto que sufre de alcoholismo.

Para fines de nuestra tesis encontramos más completa la definición de Jellinek: "Los alcohólicos son aquellas personas que beben en exceso y que dependen del alcohol al grado de provocar un trastorno mental evidente o de interferir con su salud física y mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica; por lo tanto, requieren un tratamiento."

Según la mayoría de las investigaciones realizadas en núcleos grandes de población, se ha visto que el alcoholismo puede presentarse en igual proporción en hombres y mujeres, sin embargo en estas últimas el alcoholismo es generalmente ocultado por ellas o por sus familiares. A esto atribuimos el hecho de que, en nuestra investigación, solamente hubieron dos casos de mujeres que fueron eliminados para homogeneizar la muestra.

Aunque no podemos hablar de una personalidad del alcohólico, específica y presente en la mayoría de los casos, si encontramos que el hábito alcohólico se asocia a tipos de personalidad con rasgos conflictivos que los hacen rendir mal en sus actividades, ser pasivos, agresivos y dependientes, manipuladores inseguros y con poca o nula capacidad de planeación y más que nada de realización.

En nuestra investigación, se pudieron observar, clínicamente, las consecuencias dramáticas del hábito alcohólico tanto en las relaciones familiares y laborales como en la autoestima de los individuos alcohólicos.

El perfil clínico obtenido de alcohólicos en una etapa aguda de su enfermedad, que los había llevado a una hospitalización psiquiátrica, fue muy semejante al obtenido en alcohólicos que habían abandonado la ingesta por períodos prolongados de tiempo y que se hallaban en una etapa de remisión de su hábito alcohólico. La media de los puntajes para ambos grupos, no mostró ninguna diferencia significativa y en cinco de las escalas la media para ambos grupos fue igual. Esto nos lleva a concluir que los rasgos básicos de personalidad en el alcohólico permanecen aun cuando este logre modificarse aspectos de su conducta y abandone el hábito alcohólico, por lo que es muy vulnerable a las recaídas.

En nuestra investigación con el MMPI, los puntajes más altos fueron los de las escalas 2 y 6, que exploran depresión y rasgos paranoides, tanto para el grupo de alcohólicos hospitalizados como para el grupo de alcohólicos en fase de sobriedad.

que oscilaba entre dos meses y cinco años. La elevación del perfil clínico en ambas escalas sobrepasó el nivel considerado indicativo de patología (T 70).

Se puede obtener, a través del MMPI, perfiles clínicos significativos de personalidad que diferencian a los individuos alcohólicos de los no alcohólicos en una población general.

El promedio de edades para nuestro grupo de alcohólicos (hospitalizados y en remisión) fue de 38.5 años lo cual hace evidente que el alcoholismo afecta al hombre en sus años de mayor productividad, reduciendo considerablemente la fuerza potencial útil de las poblaciones.

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

El uso del alcohol es peligroso para las personalidades enfermas o mal ajustadas y muchas veces puede ser circunstancial el inicio del hábito alcohólico. En cambio, creemos como dice CC Hewitt, que " para la personalidad bien integrada, capaz de encontrar satisfacción a través de canales normales y legítimos, es dudoso que el alcohol presente cualquier amenaza permanente." Esto se ve comprobado por el hecho de que tan se apartan de la norma común los alcohólicos como los abstemios - en la mayoría de las poblaciones y épocas.

Como condición necesaria para el **tratamiento del alcohólico** es indispensable para el tratamiento del enfermo, que admita que lo es y que tenga el deseo expreso de curarse, por las características de personalidad que caracterizan a éste tipo de enfermos se ha visto que el formar grupos con personas en fase aguda y con alcohólicos en fase de abstinencia es una buena medida, como lo han demostrado los grupos de Alcohólicos Anónimos, que utilizan precisamente la dependencia, la pasividad y la necesidad de afecto del alcohólico para vincularlo al grupo y hacerlo cooperar en su tratamiento en base a un principio de identificación.

Se ha visto en la actualidad que el formar grupos con la familia del enfermo ayuda enormemente debido a que existen patologías intrincadas entre sus elementos que hacen en ocasiones muy difícil la recuperación del enfermo alcohólico.

El presente trabajo nos pone de manifiesto la necesidad de continuar con el estudio del enfermo alcohólico en nuestro País, ya que existen pocas fuentes de información, datos estadísticos vagos y pocos especialistas que realmente se interesen por profundizar en el problema y ayudar genuinamente al enfermo alcohólico.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- " Alcohol ", Salud Mundial, Revista de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Enero de 1966.
- 2.- ALONSO FERNANDEZ, Fundamentos de la Psiquitria Actual, Editorial Paz Montalvo, Madrid 1968.
- 3.- ARIETI, Silvano. American Handbook of Psychiatry. New York, Basic Books Inc Publishers 1959.
- 4.- BELL, R.G. " Defensive thinking in alcohol addicts",- Canadian Medical Association Journal, Enero 1965.
- 5.- BLOCK A., MARVIN. Alcoholism its facets and phases. - New York, Chairmanin Comitte on Alcoholism American - Mediact Association from 1954 to 1964.
- 6.- CABILDO, H.M. " Consideraciones epidemiológicas sobre el alcoholismo en la Republica Mexicana", Neurología- Neurocirugía- Psiquiatría. 1965.
- 7.- CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO. " CONSECUENCIAS sociales y económicas de la ingestión anormal de alcohol", México- Subsecretaría de Asistencia, Dirección de Salud Mental 1966.
- 8.- DAHLSTROM, W.G. & WELSH, G.S. An MMPI Handbook. Minneapopolis: University of Minnesota Press 1960.
- 9.- DE LA FUENTE RAMON. Psicología Médica, Ed. Fondo de - Cultura Económica 1959.
- 10.- ELIZONDO LOPEZ, JOSE ANTONIO. Curso Monográfico sobre Alcoholismo, Hospital Psiquiátrico del IMSS. 1977.
- 11.- FENICHEL, OTTO. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires, Ed. Paidos 1964.

- 12.- GARCIA PEREZ ANDRES. Elementos del Método Estadístico. Textos Universitarios UNAM. 1970.
- 13.- HAYMAN, MAX. Alcoholism mechanism and management. American Lecture Series, 1966.
- 14.- HERNANDEZ AGUILERA, A. Exposición práctica para personal Hospitalario: Tema Alcoholismo. Guadalajara 1963.
- 15.- KORMAN, M. " Definition of alcoholism " J.AMA. 1971.
- 16.- MOGATTI, E. y M. GOLDENBERG. " Alcoholismo, enfermedad medico social, su enfoque actual ", La semana Médica, 1961.
- 17.- MURRAY R. SPIEGEL. Teoria y Problemas de Estadística.
- 18.- NUÑEZ RAFAEL, APLICACIONES DEL INVENTARIO Multifásico DE la Personalidad a la Psicopatología. El Manual Moderno S. A. 1968.
- 19.- REAVES, LEONARD E. " Concepts in the etiology of Alcoholism " Journal of Chronical Disease, 1974.
- 20.- SCHAUM-MCGRAW-HILL. Serie de Compendios.
- 21.- STARKE R. HATAWAY. An Atlas for the Clinical Use of - the MMPI. The University of Minnesota Press 1961.
- 22.- TELLEZ M. AGUSTIN. " PSICOPATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO ". Sociedad Médica de Valparaiso, Viña del Mar, 1951.
- 23.- THUILLIER? JEAN. " El problema terapéutico del alcoholismo cronico". Semanaines de Hospitiaux de Paris. 1953.
- 24.- TRICE, HARRISON M. Alcoholism in América. New York, - Macgraw Hill Book Company 1966.