



73
2 ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Estudio comparativo del deterioro intelectual
en un grupo de adultos jóvenes alcohólicos
hospitalizados en relación a otro de
adultos jóvenes normales**

T E S I S

Que presentan:

Irasema Gavito Pardo

Elsa María Hernández García

Para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Página.

INTRODUCCION	1	
CAPITULO I. INTELIGENCIA		
Antecedentes	5	
Definiciones	6	
Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS).....	11	
Antecedentes	11	
Subtests que la constituyen ¿Qué miden?.....	13	
C.I. Categorías.....	20	
Variación del C.I. en relación a la edad cronológica.....	20	
Deterioro Mental.....	21	
Deterioro Intelectual.....	26	
Indice de Deterioro.....	30	
CAPITULO II. PROBLEMAS DEL USO Y EL ABUSO DEL ALCOHOL		35
Conceptos Generales del Binomio		
Salud-Enfermedad	38	
Salud Mental	43	
Alcoholismo	56	
Antecedentes históricos	56	

	Página.
Definiciones y clasificaciones.....	63
Epidemiología.....	91
Alcoholismo y Deterioro Intelectual.....	100
CAPITULO III. METODO	
Planteamiento del problema.....	114
Hipótesis	114
Diseño Experimental	115
Variables	115
Sujetos	116
Instrumentos	116
Escenario	117
Procedimientos.....	117
Análisis Estadístico	118
CAPITULO IV. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	122
CAPITULO V. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	130
APENDICE A.	134
APENDICE B.	136
APENDICE C.	141
BIBLIOGRAFIA	143

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

En el desarrollo de nuestro trabajo como psicólogas clínicas, hemos tenido oportunidad de aplicar diversas pruebas psicológicas al conformar baterías de estudio aplicadas a -- pacientes que con diferentes patologías psiquiátricas y psicológicas son ingresados a la Clínica San Rafael. En estas -- baterías se incluye una prueba de inteligencia, utilizando -- normalmente, si el sujeto reúne los requisitos establecidos -- para su aplicación, la Escala de Inteligencia de Wechsler pa -- ra Adultos (WAIS), obteniendo además del Coeficiente Intelec -- tual, un Coeficiente de Deterioro Intelectual que será obje -- to de estudio en el trabajo a desarrollar.

De acuerdo a Wechsler, el deterioro intelectual se da -- en cantidades variables para las distintas funciones intelec -- tuales; así, se cree que algunas funciones no son afectadas -- especialmente por trastornos psicóticos o de otra clase y -- otras funciones se consideran mucho más sensibles a estas -- condiciones patológicas. La edad del sujeto cumple una fun -- ción importante al calcular el Cociente de Deterioro Intelec -- tual; Wechsler ofrece diez diferentes rangos de edad en los -- que se especifica el deterioro intelectual a considerar en -- cada caso y según la edad, siendo éste el restado al porcen -- taje de deterioro obtenido de acuerdo a la fórmula de Índice -- de Deterioro.

El objeto del presente estudio es determinar a través --

de un grupo de adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados, si dicho Cociente de Deterioro Intelectual se vé o no modificado, en qué grado y las posibles funciones intelectuales afectadas a consecuencia de la ingesta excesiva de alcohol en comparación a un grupo testigo de adultos jóvenes normales" (sin patología alcohólica).

Las razones que nos motivan a realizar esta investigación, están fundamentadas en el hecho de que al revisar la bibliografía existente sobre el tema, encontramos que ésta se haya mayormente referida a los efectos del alcoholismo relacionados con padecimientos psiquiátricos, alteraciones de la personalidad, repercusiones sociales y en menor grado, sus efectos sobre la inteligencia, haciéndose mayor énfasis en estos últimos a estados presentados por sujetos de edad avanzada, o bien en individuos que presentan patologías secundarias a la ingesta excesiva de embriagantes.

Consideramos que sería de utilidad establecer o refutar a través de esta investigación que el alcoholismo afecta en mayor o menor grado la capacidad intelectual del individuo y todavía más específicamente, si ésta conlleva a un aumento en el proceso normal de deterioro, con

siderando que se trata de adultos jóvenes que han alcanzado madurez intelectual y se encuentran en la etapa más productiva de la vida.

La presente investigación será realizada a manera de estudio comparativo, aplicando a ambos grupos conformados por treinta sujetos cada uno, tanto el de alcohólicos como el grupo testigo, la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos, de acuerdo a los procedimientos y requisitos marcados para su aplicación. Posteriormente, se procederá a calificar las sesenta pruebas aplicadas, a determinar de acuerdo a las tablas de conversión de la prueba los Cocientes Intelectuales Verbal, de Ejecución y Total y por último a cuantificar el porcentaje de Índice de Deterioro conforme a la fórmula para ello establecida por Wechsler.

Debemos aclarar, que con el objeto de evitar variables que puedan contaminar la selección del grupo de pacientes alcohólicos y aún del grupo testigo, se aplicará a ambos el Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, con el objeto de descartar la presencia de elementos ó datos sugerentes de patología orgánica cerebral, conforme a los criterios señalados por la autora de dicho Test.

Por último, llevaremos a cabo el procedimiento estadístico adecuado y necesario para la obtención de los resulta

datos provenientes del estudio comparativo, en aras de obtener datos que apoyen o rechacen la presencia de diferencias significativas entre ambos grupos y así corroborar ó no el planteamiento realizado en la hipótesis alterna, misma que contempla: "Si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de deterioro intelectual de adultos jóvenes normales".

En un intento de lograr realizar en forma lo más adecuada posible el presente estudio, proporcionaremos un marco teórico basado en diversas revisiones bibliográficas que permitieron la apreciación de un panorama general respecto al problema tratado y esclarecerán términos y conceptos de utilidad para el caso, tales como Inteligencia, Deterioro Intelectual, Test de Medición de la Inteligencia, Aspectos específicos de la prueba de WAIS, binomio Salud-Enfermedad, Enfermedad Mental, Alcoholismo, e incluso algunos términos utilizados en el manejo estadístico como serían Distribución de Frecuencia, Media, Desviación Estándar, Significancia en las diferencias obtenidas, Grado de Libertad, etc.

C A P I T U L O I

INTELIGENCIA

A. ANTECEDENTES

Hasta antes de la revolucionaria contribución de Binet y Simón en 1905, el concepto de inteligencia, como se entiende en la actualidad, era desconocido. Sin embargo, ya los primeros escritores babilonios, los últimos filósofos griegos y hombres cultos de toda la historia de la humanidad, hicieron mención de la mente, la conciencia, el intelecto, el alma, los poderes racionales y temas similares. Watson señala que ya en el siglo V AJC., Alcaeón de Crotón averiguó la relación entre el cerebro y la mente, concluyendo que el primero era el asiento de la actividad intelectual. Aún los filósofos y psicólogos más influyentes, incluyendo los teóricos del siglo XIX no distinguieron la inteligencia del alma, la naturaleza humana, la asociación, la percepción, la voluntad y la conciencia como fenómenos generales del funcionamiento humano.

Quintiliano nacido en el año 35 DJC., constituyó una excepción al realizar observaciones explícitas, relativas a las diferencias individuales en niveles de aptitud.

Se observa en las revisiones de Spearman (1927), Varon (1935, 1936), Burt (1954), Guilford (1967), Watson (1968) Taine (1870) y Herbert Spencer (1870) empezaron, como hizo Quintiliano, a distinguir entre concepciones filosóficas de la in-

teligencia y las que luego se volverían más pragmáticas.

En 1869 Galton publicaba lo que más tarde se convertiría en la psicología de las diferencias individuales, que él creía heredadas, aludiendo a la presencia en cada individuo tanto de una aptitud general como de aptitudes especiales (llamadas posteriormente "g" y "s" por Spearman, Thorndike, Thurstone y cols.). Incluyó medidas antropométricas, tiempo de reacción agudeza sensorial, etc., y utilizó fundamentalmente el concepto de correlación, usado más tarde por Pearson; Galton llamó a la amplia gama de sus medidas psicofísicas Test mentales, aunque éste término tomó posteriormente el significado que se le conoce en la publicación de un trabajo de Cattell(1980).

Gradualmente, Cattell, Jastrow, Wissler, Sharp y Thorndike en los Estados Unidos, Stern en Alemania, Spearman en Inglaterra y Binet en Francia abandonaron el estudio de las respuestas simples y empezaron los estudios de las diferencias individuales, con actividades escolares complejas que incluían tareas de ejecución. (27).

A. 1 DEFINICIONES

La inteligencia como Binet (1905) la concebía, es una capacidad global: una capacidad general de carácter complejo. Creía además, que la inteligencia no difiere cualitativamente entre los individuos, sino que se revela solamente por diferencias cuantitativas. Uno de los conceptos más importantes-

expuestos por él y sobre el cual basó su prueba de inteligencia, es el de edad mental, representando ésta la edad de los niños normales a cuya ejecución se iguale la del examinado.

El Cociente de Inteligencia (CI) fué ideado originalmente por Stern para proporcionar un índice cuantitativo único del desarrollo mental.

La inteligencia en este caso queda representada como la relación que existe entre la edad mental y la edad cronológica, según se vé en la fórmula siguiente:

$$CI = \frac{\text{Edad mental (EM)}}{\text{Edad cronológica (EC)}} \times 100$$

De esta manera, si un individuo tiene 6 años de edad y su edad mental corresponde a los 6 años, su cociente de inteligencia es de 100; por otra parte, si la edad mental es mayor que la cronológica, el cociente alcanzado es mayor de 100. También si la edad mental es menor que la cronológica -- el cociente de inteligencia es menor de 100. (43)

Otros autores creen también que la inteligencia no es simplemente una capacidad unitaria o global. La teoría de Spearmán (1927), planteaba como hipótesis la presencia de un "factor general" y ya desarrollada fué denominada bifactorial porque sostiene la presencia del factor "g" como factor gene-

neral y de factores específicos "s". Cualquier actividad intelectual, implicaba 2 factores, uno general que participa en todas las otras actividades intelectuales y un factor específico que no toma parte en ninguna otra. Esta facultad general o factor g, equiparable a la capacidad de razonamiento lógico, constituiría el núcleo de la inteligencia, siendo en gran parte hereditario, mientras que las capacidades específicas, podrían ser producto de influencias ambientales particulares.

La teoría bifactorial de Spearman propone como concepto de inteligencia, que ésta consiste en la educación de relaciones y la educación de correlatos, o sea la capacidad de cada individuo para establecer relaciones, desde las más simples hasta las más complejas. (31)

Thorndike (1929) rechazaba la idea de una capacidad mental superior, afirmando que en realidad la mente no es sino la suma total de los sentimientos y actos de un individuo, de las conexiones entre los acontecimientos exteriores y sus respuestas a ellos y de las posibilidades de tener tales sentimientos, actos y conexiones. Propuso una teoría cuantitativa o sintética. La inteligencia, según él, dependía del "número de conexiones" del cerebro de un individuo. Desde un punto de vista puramente empírico, pueden distinguirse 3 tipos de inteligencia. La inteligencia abstracta concierne a símbolos, palabras y conceptos. La inteligencia social se refiere a las relaciones humanas y está representada por la

suma de dotes de mando, tacto y otras aptitudes sociales. -- La inteligencia mecánica se relaciona con objetos, instrumentos y maquinaria.

Thorndike se oponía a los tests de Binet porque habían sido elaborados en el supuesto de una aptitud mental general. Asimismo señalaba factores hereditarios en todos los tipos de inteligencia. Es decir, que algunas personas, no obstante las influencias ambientales tienen más conexiones nerviosas y son más inteligentes. (44)

La definición sustentada por Meili, Claparede y Stern considera la inteligencia como la capacidad general para resolver problemas nuevos. (2)

Para Merani (1968), la inteligencia como fenómeno filológico y ontogenético es una cualidad general de todas las funciones del ser viviente, que permiten a éste funcionar con mayor complejidad y triunfar sobre la entropía.

Piaget, la define como una extensión de la adaptación biológica, consiste en los procesos de asimilación (procesos que responden a impulsos interiores) y de acomodación (procesos que responden a intrusiones del medio ambiente). (Elkind, 1969).

Jensen (1970) considera la inteligencia como un atributo; ésta, medida con prueba (en contraste con Piaget y Wechsler) es multidimensional, es decir, las personas tienen

diferentes categorías o créditos en las distintas clases de pruebas de inteligencia. (43)

También se ha definido a la inteligencia como:

La capacidad para utilizar el pensamiento en forma eficaz y productiva.

La capacidad de síntesis.

La capacidad de distinguir lo esencial de lo accesorio.

Estas definiciones sencillas de inteligencia general no son solo compatibles, sino incluso complementarias, ya que presentan casi la misma nota esencial de ella vista desde ángulos distintos. (2)

Como podemos ver, son numerosas las definiciones propuestas en relación a la inteligencia, aquí tomaremos la ofrecida por David Wechsler, ya que nuestra investigación está apoyada en los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba que lleva su nombre:

"La inteligencia, como construcción hipotética, es la capacidad global o conjunta del individuo para actuar intencionadamente, pensar racionalmente y tratar de modo efectivo con su medio ambiente".

Es global o conjunta porque está compuesta por elementos o aptitudes (rasgos) que, aunque no enteramente independientes, son diferenciales cualitativamente. (27)

Wechsler pensaba que existía un factor fundamental en

las funciones intelectuales, apoyándose en los estudios de Spearman y proponía que a través de la medición de habilidades, evaluamos, en última instancia la inteligencia, entendiendo que ésta no es la mera suma de éstas habilidades.

B. ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA ADULTOS (WAIS)

b₁ ANTECEDENTES.

En 1939 se publicó la primera forma de las escalas de Wechsler, conocida como la escala de inteligencia de Wechsler Bellevue. Uno de sus objetivos era proporcionar un test de inteligencia apropiado para adultos, ya que las pruebas disponibles hasta entonces se habían destinado principalmente a los escolares y posteriormente se adaptaron a los adultos, añadiendo elementos más difíciles de las mismas clases.

Wechsler discrepaba con otros autores por la excesiva importancia concedida a la velocidad en la mayoría de los tests, ya que colocaban en situación de desventaja a las personas mayores y por considerar inaplicables las normas de edad mental a los adultos, ya que pocos de ellos habían sido incluidos en las muestras de tipificación de los tests de inteligencia individuales.

Así, creó la escala original de Wechsler Bellevue, eligiendo, después de algunas investigaciones previas, doce tests, aplicados aproximadamente a 1,000 sujetos. El rango de edades osciló entre 10 y 60 años, aunque las normas finales in--

cluyeron desde los 7.5 años de edad.

Esta escala de inteligencia fué diseñada con el propó-
sito de que con una sola "forma" del instrumento pudiera ha-
cerse la evaluación de un amplio rango de edades.

En su forma y contenido, ésta escala era muy similar a
la más reciente, que ahora la ha suplantado (WAIS). La esca-
la primitiva tenía algunas deficiencias técnicas, en especial
respecto al tamaño y a la representatividad de la muestra nor-
mativa y la fiabilidad de los subtests, que en gran parte se
han corregido en la forma actual. (3)

Antes de realizar la selección final de los tests que
serían incluidos en la estandarización inicial de la escala,
se siguieron 4 procedimientos:

- 1) Se realizó un cuidadoso análisis de los tests estan-
darizados de inteligencia en uso.
- 2) Se hizo un estudio comparativo y evaluativo del re-
sultado de fiabilidad de cada test en base a corre-
laciones con otros tests reconocidos y muestreos -
empíricos de inteligencia.
- 3) Se intentó combinar los resultados de los tests con
la experiencia clínica propia y la de otros.
- 4) Se prolongó cerca de 2 años el trabajo preliminar -
experimental de facilitar y estudiar varios tests -
de fiabilidad probada a bastantes grupos de pobla-
ción de un nivel de inteligencia conocido de antema-
no.

Con los datos obtenidos, fueron seleccionados 12 tests, siendo el doceavo el análisis del cubo, descartado posteriormente debido a que presentaba diferencias entre ambos sexos, no cumplía o era difícil de facilitar a sujetos de inteligencia inferior y a que perdía mucha eficacia en niveles superiores. La nueva escala, ya corregida entra en funcionamiento - en 1955. (27)

b₂ SUBTESTS QUE LA CONSTITUYEN. ¿QUE MIDEN?

Las escalas de Wechsler son escalas compuestas, verbales y de ejecución, constituidas por una serie de tests específicos que al pasar a formar parte de una escala, se denominan "subtests". Son, en parte, escalas heterogéneas intertest, debido a que miden diferentes funciones y por lo tanto, distintos factores en cada una de ellas; y por otro lado, son escalas homogéneas intratest, porque cada subtest mide un solo factor en toda su amplitud.

Los subtests se estructuran clasificando los reactivos en 3 grupos:

- 1) Corresponde a aquellos reactivos que toda persona -- puede contestar tenga o no instrucción escolar.
- 2) Abarca reactivos que se espera sean contestados por sujetos que han adquirido instrucción escolar media.
- 3) Reactivos que solo pueden ser contestados por sujetos con cierta especialización.

La escala de Wechsler comprende 6 subtests verbales y 5

de ejecución en su versión para adultos. Dichos subtests son:

Escala Verbal

Subtest de Información

- " " Comprensión
- " " Aritmética
- " " Semejanzas
- " " Retención de Dígitos
- " " Vocabulario

Escala de Ejecución

Subtest de Completamiento de Figuras

- " " Diseño con Cubos
- " " Ordenamiento de Figuras
- " " Ensamble de Objetos
- " " Símbolos de Dígitos

Estos subtests se clasifican en grupos, atendiendo a los factores específicos que evalúa cada uno de ellos:

Escala Verbal:

- 1) Escencialmente verbal: al cual corresponden Información, Comprensión, Semejanzas y Vocabulario, debido a que son verbales tanto las operaciones necesarias para resolver las tareas implicadas como -- las respuestas.
- 2) Atención y Concentración: a este grupo pertenecen los subtests de Aritmética y Retención de Dígitos. En ambos la verbalización es solo una forma de co-

municación. El rendimiento en Retención de Dígitos no involucra ningún significado verbal de los dígitos y el rendimiento con Aritmética supone esencialmente el continuo cuantitativo aritmético.

Los subtests de ejecución forman 2 grupos:

- 3) Coordinación visomotriz: al que corresponden, Diseño con Cubos, Ensamble de Objetos y Símbolos de Dígitos. Un rasgo común de éstos subtests es el de que tras la conducta que estimulan, subyacen funciones tanto motrices como visuales.
- 4) Organización visual: formado por Ordenamiento de Figuras y Completamiento de Figuras. Estos no suponen acción motriz de carácter esencial, basándose más bien en la organización visual. (34)

Separar en 2 escalas, verbal y de ejecución, el trabajo intelectual del sujeto, no significa que sólo ciertas habilidades estén implicadas en el test, sino más bien, implica las diferentes formas en que se expresa la inteligencia.

Los subtests constituyen medidas diferentes de la inteligencia y no tipos diferentes de inteligencia; además los 2 tipos de escala representan sólo la forma en que pueden ser agrupados los tests de acuerdo a su naturaleza.

Cuando uno de los subtests mide diferentes funciones intelectuales, las cuales serán descritas a continuación:

Escala Verbal.

Información: Formado por 29 preguntas que abarcan gran variedad de información que los adultos han tenido probablemente ocasión de adquirir en nuestra cultura. Este subtest examina, en cierto sentido, la memoria, suponiendo que las experiencias vuelven a la conciencia, cuando una situación nueva estimula otra vez, en el marco de referencia del sujeto, la misma necesidad, afán, interés o afecto, con que se halla ligada la experiencia. El caudal de información adquirido depende finalmente de la capacidad de dotación y de la riqueza del medio original; a diferencia del Vocabulario, la Información puede enriquecerse mediante la instrucción y la experiencia.

Comprensión: Contiene 14 situaciones-problema en las que el sujeto debe comprender cual es el problema contenido en la situación y dar la o las respuestas adecuadas, dentro de lo que se espera en un grupo "normal" de comportamiento. Este subtest examina el juicio práctico y el sentido común. El concepto de juicio implica la movilización automática y sin esfuerzo de aquellas informaciones que conduzcan a una respuesta "apropiada" y pertinente ante una situación dada.

Aritmética: Presenta 14 problemas semejantes a los que se encuentran en la aritmética de la escuela elemental. Los problemas se presentan oralmente y han de resolverse sin usar papel ni lápiz. Es considerado un test de concentración,

definiendo ésta como un esfuerzo voluntario para recibir el estímulo en forma discriminada y significativa, o bien para proyectarlo hacia afuera desde patrones existentes en el interior.

Semejanzas: Son 13 elementos que requieren que el sujeto diga de qué manera 2 cosas son semejantes. Este subtest pone a prueba la formación de conceptos verbales. Según la experiencia, existen 3 planos diferentes en los que el sujeto busca sus respuestas, el concreto, el funcional y el conceptual abstracto.

Retención de Dígitos: Lista de 3 a 9 dígitos que se presentan verbalmente y han de reproducirse verbalmente; en la segunda parte, el sujeto debe reproducir listas de 2 a 8 dígitos en sentido inverso. Es un test de atención, entendiéndose ésta como la aceptación indiscriminada, pasiva y sin esfuerzos del estímulo.

Vocabulario: Se presentan verbal y visualmente 40 palabras de dificultad creciente, preguntándole al sujeto lo que significa cada palabra. Este subtest examina el caudal "adquirido" automáticamente en el curso de una maduración sin trabas de la "dotación natural" (capacidad latente para el desarrollo intelectual con la que nace todo individuo). No sólo señala el índice de escolaridad de una persona, sino que el número de palabras que una persona conoce, constituye una medida tanto de su habilidad para aprender, como de su infor-

mación verbal y de la amplitud general de sus ideas.

Escala de Ejecución.

Completamiento de Figuras: Consta de 21 tarjetas con pinturas, a cada una de las cuales les falta una parte, el sujeto debe decir cuál es esa parte en cada una de ellas. Es considerado como un test de percepción y concentración visual, el sujeto debe considerar, además de los patrones interiorizados, los modelos externos que se colocan ante su vista.

Diseño con Cubos: Se presentan a realizar, 10 diseños diferentes en grados de dificultad progresivos; cada diseño está constituido por 9 cubos de colores (rojo y blanco), el sujeto debe emplear solo 4 para construir o reproducir los ejemplos que le son presentados en la primera parte de la prueba, al indicársele, debe emplear los 9 cubos. Mide la capacidad de análisis y síntesis; éstas etapas analítica y sintética se hallan entrelazadas, observándose una continua interacción del tipo del proceso de la formación de conceptos, entre el modelo presentado y las piezas disponibles.

Ordenamiento de Figuras: Es un test de anticipación y planeamiento. En él hay que ordenar en una sucesión significativa varias series de dibujos. Esto se logra haciendo anticipaciones sobre la base del significado de los dibujos individuales de los antecedentes posibles, modificándolas luego para acomodar los significados y anticipaciones de los otros dibujos dentro de una sucesión unitaria o plan. Otras fun-

ciones implicadas en la solución de los problemas son: percepción visual de relaciones y síntesis de material no verbal, - estando grandemente influidos por la agudeza visual y por un mínimo de oportunidades culturales.

Ensamble de Objetos: Constituido por 4 figuras que son presentadas al sujeto en forma de rompecabezas, pidiéndosele perciba y reconstruya las partes del objeto y lo complete. Mide factores de organización no verbales, percepción visual -- (síntesis), integración visual y precisión de la actividad motora.

Símbolos de Dígitos: La clave contiene 9 símbolos emparejados con 9 dígitos, con esta clave delante de él, el sujeto tiene minuto y medio para llenar tantos símbolos como pueda bajo los números en la hoja de respuestas. Examina la actividad imitativa y de reproducción e implica, además un factor de aprendizaje.

Las pruebas individuales son calificadas de acuerdo -- con las normas de cómputo expuestas en el Manual de Inteligencia de Wechsler para Adultos. El puntaje bruto obtenido en cada subtest es transformado en un puntaje pesado con ayuda de la tabla de puntajes pesados de Wechsler. La suma de los puntajes pesados correspondientes a los subtests Verbales y la suma de los puntajes pesados correspondientes a los subtest de Ejecución son transformados, con la ayuda de las tablas de C.I. de Wechsler, en C.I. Verbales y de Ejecución y -

la suma total de los subtests en un C.I. Total.

El factor edad participa mediante tablas de C.I. especiales para los puntajes pesados de cada nivel de edad cronológica. (3), (31), (34).

c₃ C.I. CATEGORIAS.

Clasificación de la Inteligencia de David Wechsler:

de 130 o más	Muy Superior
de 120 - 129	Superior
de 110 - 119	Normal Brillante
de 90 - 109	Normal Promedio
de 80 - 89	Subnormal
de 70 - 79	Límitrofe (borderline o fronterizo)
de 69 - 50	Deficiente Mental Superficial
de 49 - 30	Deficiente Mental Medio
de 29 o menos	Deficiente Mental Profundo.

c₄ VARIACION DEL C.I. EN RELACION A LA EDAD CRONOLOGICA.

Las puntuaciones directas en cada subtest del WAIS se convierten a puntuaciones típicas con una media de 10 y una desviación estandar de 3, así, todas las puntuaciones en los subtests se expresan en unidades comparables. Las puntuaciones verbales, de ejecución y de escala entera se hallan añadiendo las puntuaciones transformadas que se obtengan en los

6 subtests verbales, los 5 de ejecución y los 11 de toda la escala, respectivamente. Mediante la referencia a las tablas correspondientes que dá el manual de la prueba, éstas 3 puntuaciones se pueden expresar en C.I. de desviación con una media de 100 y una desviación estandar de 15. Sin embargo, tales C.I. se hallan con referencia al grupo de edad del propio individuo y muestran, por tanto, la posición del individuo en comparación con las personas de su mismo nivel de edad.

En el grupo normativo del WAIS las puntuaciones en la escala completa suben hasta los últimos años de la decena de los 20 o los primeros de los 30 y luego declinan hasta los 60. Más allá de esta edad, en la muestra de ancianos se encontró un brusco descenso. Al deducir separadamente los C.I. para cada nivel de edad, los individuos se comparan con una norma decreciente pasada la edad de la cumbre. El descenso con la edad es mayor en las puntuaciones de ejecución que en las verbales, y además varía de un subtest a otro. (27)

D. DETERIORO MENTAL

El concepto de deterioro mental posee un significado mucho más amplio en psicometría que en la clínica psiquiátrica. En Psiquiatría la designación de deterioro mental sólo se aplica al deterioro orgánico, determinado por una lesión cerebral más o menos difusa con tendencia a la evolución irreversible. La experiencia clínica avala la afirmación de que

el psicossíndrome orgánico o demencia pueden mejorar y hasta remitir totalmente pero solo en casos excepcionales.

En sentido psicométrico, el deterioro mental, existe en todos los sujetos afectados de una enfermedad psíquica, - que dan un rendimiento intelectual inferior al que daban antes de sobrevenir la enfermedad; así, el deterioro psicométrico abarca un amplio grupo de síndromes psiquiátricos de naturaleza y evolución diversas, cuya característica en común es la de producir un descenso en la eficiencia intelectual. El deterioro psicométrico puede ser reversible o irreversible: el irreversible corresponde a la demencia, es decir, deterioro mental en sentido psiquiátrico; el reversible, funcional o pasajero, puede ser producido por distintos síndromes psiquiátricos, como un cuadro neurótico agudo, una depresión de cierta intensidad o un estado de obnubilación de la conciencia.

El deterioro orgánico en sentido clínico, se caracteriza, frente al deterioro funcional, por estar determinado por una lesión cerebral orgánica, tener un grado de deterioro mucho mayor y seguir una evolución marcada por la irreversibilidad o incluso por la progresividad.

En psicología, existen 2 métodos para evaluar el índice de deterioro mental:

- 1) La metodología intraindividual o directa: Esta se atiende a comparar el rendimiento intelectual ac-

tual del sujeto con el rendimiento dado por el mismo sujeto antes de la enfermedad. Este método -- presenta dificultades en su aplicación, debido a -- que se desconocen los resultados psicométricos pre -- vios a la irrupción de la enfermedad.

- 2) La metodología interindividual: Consiste en compa -- rar el rendimiento actual del sujeto con el de otros sujetos de la misma edad. Aquí la comparación no -- consiste en el rendimiento intelectual medio, sino en la nota diferencial entre los rendimientos regis -- trados en los tests resistentes a la deterioración y los tests sensibles a la misma.

Alteraciones orgánicas de la Inteligencia.

a) Oligofrenias: La oligofrenia puede definirse como -- un desarrollo intelectual deficiente.

Entre los rasgos : de más valor para su diagnóstico cli -- nico, pueden citarse: gran pobreza en representaciones, juí -- cios, conceptos razonamientos, capacidad de comprensión demasiado elemental y superficial; personalidad primitiva -- en su afectividad y sus reacciones, especialmente --; predominancia -- del presente inmediato, concreto y fragmentario, que cubre to -- do su mundo sin que en él se introduzcan las construcciones -- de síntesis, abstracciones, generalizaciones y visiones de -- conjunto. Este funcionamiento intelectual subnormal, puede -- ser evidente en el momento del nacimiento o bien desarrollarse durante la infancia. Los trastornos que presenta incluyen

el aprendizaje, la maduración, la adaptación social y a menudo un trastorno emocional. (1)

b) Demencia: La disfunción de las neuronas corticales superiores que produce una pérdida permanente irreversible de los procesos intelectuales se denomina demencia. Las áreas anatómicas afectadas primordialmente por la demencia son los lóbulos parietal, temporal y frontal de la corteza cerebral. Es producida por trastornos progresivos, crónicos, irreversibles o degenerativos cerebrales. (22)

Este síndrome orgánico consiste en un trastorno estructural de la inteligencia. Los trastornos en los procesos intelectuales se identifican por los siguientes síntomas y signos de disfunción:

- 1) Trastornos de la memoria: al principio se afecta la evocación inmediata. Más adelante la evocación remota, el reconocimiento y la retención.
- 2) Trastornos del aprendizaje, razonamiento, cognición, cálculo, aptitudes.
- 3) El funcionamiento de la personalidad se afecta particularmente. Se empobrece su iniciativa y presenta inestabilidad emocional.
- 4) Se deteriora el juicio.

El error conceptual típico consiste en la elaboración de generalizaciones inadecuadas a partir de datos no esenciales, sobre todo por la incapacidad de distinguir lo esencial de lo accesorio, a diferencia de la oligofrenia que no es ca-

paz de ligar unos conceptos con otros. La adhesión a lo concreto, donde se incluye lo momentáneamente presente y lo directamente accesible a los órganos sensoriales, se produce en el oligofrénico y en la demencia. El pensar oligofrénico solo puede producir conceptos muy simples y pobres y el pensar del demenciado, produce sobre todo conceptos vagos y confusos. En el oligofrénico impera el insuficiente desarrollo de la función del pensar y del aparato psíquico productor de conceptos; en la demencia, el pensamiento y la formación de conceptos han experimentado una desestructuración que implica un rendimiento no solo deficitario, sino cualitativamente alterado.

El deterioro intelectual propio de la demencia, se establece paulatinamente y suele acompañarse de una desestructuración progresiva global de la personalidad. Por regla general, antes de haber manifestaciones evidentes de declinación intelectual, se produce un descenso en el nivel de la personalidad, ésta pierde matices y se primitiviza.

Otras manifestaciones importantes de la demencia consisten en un déficit de la comprensión, el pensamiento conceptual y la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y para distinguir lo esencial de lo accesorio. La demencia puede evolucionar hacia la muerte o estabilizarse en cualquier momento evolutivo, esto depende, primordialmente, de la naturaleza del proceso cerebral responsable y de la orientación terapéutica seguida. La aplicación de tratamiento correcto en

su etapa inicial, permite en algunas demencias (parálisis general, tumor intracraneal, etc.) detener su progreso y lograr una recuperación casi total. Muchas demencias (presenil, senil, heterododegenerativa, etc.) son inaccesibles a toda clase de tratamientos. (1)

E.DETERIORO INTELECTUAL

Antes de tratar directamente el deterioro intelectual, es importante describir, aunque aquí lo haremos de manera general, el desarrollo de la inteligencia. Este inicia relativamente temprano en la vida y continúa progresivamente con la edad.

El desarrollo del Sistema Nervioso Central es determinante en la evolución normal de la actividad intelectual. En el momento del nacimiento, el SNC se halla desarrollado de manera incompleta, encontrándose en un estado de premaduración. Tan solo su morfología está casi terminada, al igual que la histogénesis.

La maduración del sistema nervioso comienza con la experiencia y vá a formar y a mantener con ella relaciones entre lo subjetivo y lo objetivo que constituyen el fundamento y el sentido de la vida psíquica.

Hacia el 40. mes de vida intrauterina la mielina hace su aparición en el protoplasma que rodea el cilindroeje de las neuronas. Este proceso de mielinización se desarrolla de

acuerdo a leyes constantes (Flechsig) permiten seguir la maduración de las diversas porciones del Sistema Nervioso. Con el nacimiento, el "instinto formativo" del sistema nervioso experimenta un fuerte impulso.

Mientras que al finalizar la vida intrauterina la mielinización se extendía por las zonas pálido-mesencéfalo-cerebelo-tegumento-bulbo espinales, después del nacimiento de subcortical, se hace cortical. Durante las 8 primeras semanas, se extiende a la masa de los axones de las neuronas de los hemisferios cerebrales. Iniciándose por los campos primordiales, alcanza posteriormente los centros intermediarios según el esquema establecido por Flechsig. Es entonces cuando la influencia de la corteza cerebral comienza a ejercerse hacia la diferenciación, inhibición y condicionamiento de reflejos subcorticales y espinales (mielinización de la gran vía piramidal o corticoespinal y de los analizadores perceptivos corticales).

Se hace especial referencia a la mielogénesis de los centros del lenguaje, desarrollados a partir del 5o. mes de vida fetal, después de la aparición de la cisura de Rolando; su maduración mielínica está ya realizada en el momento de nacer, pero las fibras tangenciales no son mielinizadas en estos centros, sino 6 y 8 meses después del nacimiento y su maduración se alcanzará lentamente en la edad adulta y en último lugar.

De los 3 a los 5 años, los campos mielogénicos, corres

pondientes al lenguaje y a los grandes sistemas de las gnosias y praxias, alcanzan una maduración completa. Es este el momento en que se hacen posibles las operaciones de coordinación sensoriomotrices y la integración de los esquemas ideoverbales o motores en el tiempo y en el espacio, en que se desarrollan el proceso lingüístico y las comunicaciones intersubjetivas.

No "paralelamente" al desarrollo del sistema nervioso, sino en relación con esta organización del cuerpo y especialmente del cerebro, el individuo organiza su vida psíquica como organiza su cuerpo. (19)

Los factores biológicos no constituyen la única influencia en el desarrollo de la función intelectual normal y adaptativa, sobre ésta inciden además factores psicológicos, sociales, económicos y culturales.

El desarrollo intelectual, muestra un rápido crecimiento durante la infancia, siguiéndole un período menos rápido a mediados de la misma y finalmente un período aún más lento en la adolescencia y primera juventud. No existen datos concluyentes acerca de una edad absoluta de madurez intelectual total, pero si hay estudios que indican que la ejecución mental promedio llega al máximo a principios de los 20 años y luego empieza el período de declinación gradual (Wechsler, 1944 y otros).

Según Wechsler el deterioro mental debe entenderse -

como cualquier caída o pérdida significativa de las habilidades intelectuales. Este deterioro se caracteriza por una alteración global de las funciones superiores en la que todas - las conductas del individuo son insuficientes o inadaptadas. La única condición requerida es que la pérdida en sus capacidades no se deba a la falta de práctica.

La disminución intelectual puede y en verdad ocurre independientemente de cualquier enfermedad mental específica, - considerándosele característica de toda declinación senil. (41)

Resulta pertinente hacer aquí una distinción entre la deficiencia mental por una parte y el deterioro mental. En la circunstancia primera, el sujeto nunca alcanza un nivel de funcionamiento intelectual normal, mientras que en la segunda, desciende de un nivel previo superior. (3)

Podemos hablar de 2 clases de deterioro mental: el -- que ocurre después de la madurez con el aumento natural de la edad y el que es consecuencia de alguna lesión o enfermedad - mental y que ocurre a cualquier edad.

Toda capacidad humana, después de alcanzar un máximo, comienza una declinación, ésta inicialmente es muy lenta y vá aumentando perceptiblemente. La edad en la que se alcanza el máximo, varía según la habilidad, pero rara vez ocurre más allá de los 30 años y en la mayoría de los casos el comienzo es a los 20 años. Desde el momento en que se inicia la declinación, vá progresando continuamente; entre los 30 y 60 años

es más o menos lineal. (41)

F. INDICE DE DETERIORO

Este índice, propuesto por Wechsler, fué sugerido a partir de la observación en la muestra de tipificación, de que la cuantía del declive con la edad, variaba según el subtest. Aquellos que requerían la utilización del aprendizaje pasado, mostraban menos descenso que los que implicaban velocidad, aprendizaje nuevo y la percepción de relaciones nuevas en el contenido verbal o espacial. Más específicamente, las capacidades intelectuales que presentan mayor deterioro con la edad abarcan la memoria inmediata, habilidad aritmética, velocidad de aprendizaje, atención y concentración. Las capacidades que presentan mayor resistencia al deterioro por edad son la memoria antigua, la comprensión y el manejo de vocabulario.

Para obtener el primitivo índice o cociente de deterioro de Wechsler partimos de observaciones básicas: el CI total sufre disminución con el aumento de edad y ésta es en gran medida, producto de resultados pobres en determinadas pruebas. El índice de deterioro se obtiene mediante la división entre aquellas pruebas cuyos resultados se mantienen bastante constantes a pesar del paso de los años y aquellas otras cuyos resultados se empobrecen, evidentemente con la edad.

Este índice, diseñado inicialmente para el Wechsler-

Bellevue, se modificó posteriormente para el WAIS; la formación agrupa las pruebas de Información (I), Vocabulario (V), Figuras Incompletas (FI) y Ensamble de Objetos o Rompecabezas (RO) como variables que permanecen constantes y las denomina "Mantienen" (M); Semejanzas (S), Retención de Dígitos (D), Símbolos de Dígitos o Clave de números (CN) y Diseño o Construcción con Cubos (CC) son clasificadas como variables que se denomina "No Mantienen" (NM), con lo cual la fórmula para cuantificar el índice o cociente de deterioro se expresa de la manera siguiente:

$$CD \text{ WAIS} = \frac{M - NM}{M} \quad \text{siendo } \begin{matrix} NM = S+D+CN+CC \\ M = I+V+FI+RO \end{matrix} \quad (45)$$

Como puede observarse, la escala de WAIS utilizada para determinar el índice de deterioro, se compone de 2 pruebas verbales y 2 ejecutivas de las funciones consideradas "manténidas" y de las "no mantenidas". Se sabe, sin embargo, que la mayor parte de las aptitudes medidas con la prueba de ejecución se deterioran mucho antes con la edad que las aptitudes determinadas mediante las pruebas verbales.

Si está así planteado el problema ¿por qué no emplear como pruebas resistentes las verbales y como sensibles las de ejecución?. Porque emplear este procedimiento podría conducir a grandes errores, si aceptamos las diferencias entre las notas obtenidas en las pruebas verbales y las de ejecución como criterio de deterioro, todos los individuos que

tuvieran aptitudes verbales relativamente buenas tendrían un deterioro mental tanto mayor, cuanto más alta fuera su capacidad. Esto sería consecuencia del hecho de que las deficiencias entre aptitudes verbales y ejecutivas, aumentan automáticamente con la edad. Por otra parte, los sujetos que tienen resultados relativamente elevados en los tests ejecutivos mostrarían un deterioro más débil, incluso nulo, pues la diferencia entre sus notas verbales y ejecutivas se atenuaría a medida que envejecen. (Pichot y Kourovsky, 1969). (1)

Ya obtenido el Índice de Deterioro cuantificado mediante la fórmula descrita, debe considerarse el deterioro fisiológico normal que conlleva la edad.

Como se mencionó anteriormente, el desarrollo intelectual presenta una rápida evolución durante la infancia y en su nivel medio alcanza un máximo entre los 18 y 24 años, baja a continuación progresiva y lentamente hasta los 60 años, en que seguidamente acelera su caída: es el deterioro fisiológico.

En la escala de Wechsler, los diferentes subtest no evolucionan de manera paralela en este momento regresivo. Los subtests más estables o mantenidos conservan mejor su nivel, mientras que los menos resistentes o no mantenidos se ven deteriorados.

Esta comprobación de la "dispersión" (grado de varia

ción entre los puntajes individuales en todos los subtests) de los resultados en las diferentes pruebas ha sido el fundamento de la medida del deterioro fisiológico. Partiendo de estas 3 premisas:

1) Es posible establecer la media verdadera y segura de la aptitud real actual de funcionamiento del individuo.

2) Es posible evaluar su nivel de funcionamiento precedente, admitiendo que ha podido, en un determinado momento, dar resultados iguales en los subtests.

3) Existe un cierto número de subtests que se mantienen con la edad y que permiten medir el nivel precedente. Por consiguiente, la diferencia entre los subtests que mantienen y los que no se mantienen mide el deterioro patológico. (19)

Wechsler ofrece tablas normativas especiales para cada nivel de edad, comprendiendo 10 rangos diferentes que proporcionan el porcentaje de deterioro correspondiente, de acuerdo a la edad.

EDADES:	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

%	0%	1%	3%	5%	8%	11%
---	----	----	----	----	----	-----

EDADES:	50-54	55-59	60-64	65 o más
---------	-------	-------	-------	----------

%	14%	16%	18%	20%
---	-----	-----	-----	-----

La diferencia entre los resultados actuales obtenidos por el mismo sujeto en los 2 géneros citados de subtests (mantenidas y no mantenidas) constituye el índice de deterioro global. Una

vez que se resta del deterioro global el deterioro fisiológico correspondiente a la edad cronológica del sujeto, se obtiene el índice de deterioro real:

$$D.R. = D.G. - D.F.$$

en donde:

D.R.= Deterioro Real

D.G.= Deterioro Global

D.F.= Deterioro Fisiológico

El porcentaje así obtenido, se incluye en el grupo correspondiente de acuerdo a la clasificación de índices de deterioro:

De 0 - 9 Sospechoso

De 10 - 19 Clínicamente Significativo

De 20 y más Patológico

C A P I T U L O I I

PROBLEMAS DEL USO Y EL ABUSO DEL ALCOHOL.

El alcoholismo constituye uno de los problemas que, por los factores que lo producen y los efectos consecuentes, merece considerarse dentro del análisis científico de los fenómenos más preocupantes de nuestra sociedad.

Motivo de acentuadas controversias, resulta paradójico que, no obstante la importancia de este tema, hasta el momento, especialmente en nuestro país, no se haya profundizado de manera sistemática en el estudio de la problemática que lo conforma y de sus consecuencias.

A falta de estudios adecuados, el conocimiento del alcoholismo está lleno de mitos y opiniones, que substituyen desventajosamente el análisis científico y la información experimental valedera. Ciertamente no es la opinión, así venga ésta de personajes destacados, lo que conducirá al conocimiento de los factores esenciales del alcoholismo.

En este sentido es justo reconocer los esfuerzos de algunos autores e instituciones que han publicado diversas obras sobre esta cuestión. (30)

Cronicidad, deterioro físico, desórden mental, son las características que saltan a la vista en un fenómeno tan comple-

jo como es el alcoholismo y cuyas consecuencias, tanto a nivel individual como social o poblacional, resultan difíciles de medir; ya que podría decirse que el círculo enajenante que se producen no solo parte de la propensión de algunos individuos a los estimulantes, sino también de la sociedad, misma que al afectar, es afectada hondamente. (39)

Esta enfermedad llamada alcoholismo, como ya se mencionó, tan generalizada en todas las sociedades y culturas, ha movido a múltiples estudiosos a abordar su problemática.

Sin embargo, las investigaciones y publicaciones al respecto, giran en un porcentaje asombrosamente elevado en torno a enfoques antropológicos, sociales, legales, epidemiológicos y de índole médica en lo que a repercusiones en aparatos y sistemas respecta como consecuencia de la utilización exacerbada de bebidas alcohólicas, siendo los enfoques psicológicos al conflicto, mínimos; y entre ellos la gran mayoría orientados a la búsqueda de características ó patrones determinados y determinantes en la personalidad del paciente alcohólico, basados en aspectos dinamicistas ó psicoanalíticamente orientados y en un mínimo de casos a la detección de patología orgánica secundaria al uso del alcohol que repercute en el comportamiento del individuo; situación que nos enfrenta a la marcada escasez de material bibliográfico que contenga elementos específicos respecto a investigaciones relacionadas específicamente a las consecuencias del uso y abuso del alcohol en las funciones men

tales superiores que conforman esa capacidad del individuo - llamada Inteligencia, y cuyas generalidades fueron ya analizadas en el capítulo anterior.

Este capítulo titulado "Problemas del uso y el abuso del alcohol", subsecuente al primero, muestra nuestro mejor esfuerzo por clarificar con un enfoque al que pudiésemos en alguna medida llamar "más psicológico" ó menos antropológico, médico, etc." los conceptos y elementos necesarios para brindar el más amplio panorama posible respecto al alcoholismo.

A. CONCEPTOS GENERALES DEL BINOMIO SALUD - ENFERMEDAD.

Resulta imposible referirse al concepto de "salud mental" si se intenta separarlo de la "salud física" ya que el -- primero se encuentra implícito en el segundo.

El término salud, según el concepto establecido por la Organización Mundial de la Salud, --que si bien no ha merecido total aprobación de los más destacados estudiosos--, se aceptó como "el estado de completo bienestar físico, mental y so--- cial y no la simple ausencia de enfermedad".

En un intento de lograr la comprensión del concepto de salud, comenzaremos por tratar de aclarar primeramente las im- plicaciones del concepto enfermedad, partiendo de algunas de- finiciones extraídas de distintos diccionarios:

"Enfermedad: una condición en la cual la salud corpo-- ral está seriamente trastornada; una forma particular de esa condición; un padecimiento específico que tie- ne causas y síntomas particulares que impiden el éxi- to de las funciones vitales; un trastorno ó desórden de la mente." (Webster's New Int. Dictionary, 1961).

"Enfermedad: una entidad específica que es la suma to- tal de las expresiones de uno ó más procesos patológi- cos; la falla de los mecanismos adaptativos para res- pponder adecuadamente a los "stresses", con el consi-- guiente trastorno de las funciones orgánicas." (Bla--

kiston's New Medical Dictionary, 1956).

"Enfermedad: una condición de anormalidad, especialmente como consecuencia de una infección, deficiencias constitucionales ó acción patogénica del medio, que impiden el funcionamiento normal del organismo."

(American Heritage Dictionary of the English Language, 1969).

Desde tiempos inmemoriales el hombre ha mostrado preocupación por conservar su salud y evitar los acontecimientos que según su criterio, son generadores de enfermedad; incluyendo aquellos a los que le fueron conferidas características de motivadores de dolor ó sufrimiento espiritual y no solamente físico. A pesar de ello, en una época se apareció el concepto de enfermedad solo bajo una perspectiva somática, situación que pasó a ser diferente desde que el hombre fué concebido como un complejo biopsicosocial.

Han existido a lo largo de la historia distintas situaciones que han motivado concepciones diferentes de la enfermedad. En la medida que el hombre empezó a observar las enfermedades e intentar conocer sus causas, surge desde la época de la antigua Grecia una concepción un tanto teológica en la que se considera que la adecuación a un fin en la acción de la naturaleza se revela en las enfermedades, considerando Hipócrates que la actividad del médico se limita a indagar dónde puede intervenir para ayudar al proceso natural encaminado a la curación, ya que dice: "La naturaleza se ayuda a sí mis-

ma", poniendo así de relieve su creencia en un estado ideal de armonía, con la consecuencia de que todo alejamiento del estado original en que nos situó la naturaleza es una fuente prolifera de enfermedades, por un lado, y por otro, la concepción ontológica (de ontia: cosa ó entidad) que considera las enfermedades como entidades bien definidas, conocidas y reconocibles por la presencia de signos y síntomas característicos que obedecen a una etiología determinada y que poseen una historia natural propia, postulando que la enfermedad tiene una realidad distinta a la del organismo y que penetra en él para habitarlo y enfermarlo como hacen los parásitos. (40)

Posterior a la antes citada concepción ontológica, surge en el siglo XIX la llamada fisiológica, en la que su iniciador, Brouissais, sostenía que el órgano enfermo no representa nada, y que el proceso fundamental de la enfermedad es un desorden en las funciones orgánicas cuya manifestación principal es la fiebre; de tal suerte que la enfermedad se correlaciona más con las modificaciones funcionales que con cambios anatómicos.

El concepto moderno de enfermedad surge de la fusión de las dos concepciones referidas anteriormente, quedando expresada esta síntesis en términos de la necesidad de abandonar actitudes totalistas respecto a las concepciones anteriores y formular una nueva, de una ontología determinada por las propiedades fisiológicas del organismo que porporcionan a las enferme-

dades al mismo tiempo su variabilidad casi infinita y su gran parecido, permitiendo agruparlas con fines prácticos; resultando de tal síntesis un producto híbrido, en que cada tendencia ha traído lo más fecundo de sus contribuciones para realizarla. (20)

Actualmente se acepta con todas sus implicaciones, que el hombre es una unidad biopsicosocial, situación que permite considerar en él la enfermedad abarcándole en su totalidad; de tal forma que todas las enfermedades son psicósomáticas - dada la implicación que en ellas tiene lo biológico, psicológico y social; existiendo consideraciones tales como la realizada en forma acorde a la llamada Ecología Humana, quien demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen simples - estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive, y que los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario produciendo la inadaptación que constituye la enfermedad, estando contenidos dichos factores en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social, en los grupos sociales. (36)

Analizando el por qué considerar los conceptos salud y enfermedad como un binomio, observamos que en la actualidad, tanto las ciencias médicas como las de la conducta perciben - la salud y la enfermedad simplemente como dos fases de la vida , en las cuales la primera representa la fase de adaptación de un organismo a su medio; y la segunda, la manifestación del

fracaso de dicho intento adaptativo, un rompimiento en el intento del organismo por mantener su proceso biológico autorregulador, que conserva el equilibrio dinámico u homeostasis del cuerpo con su medio interno y su hábitat, viéndose siempre implicados en esta homeostasis los tres niveles de organización del ser humano: fisiológico, psicológico y social.

Podemos pues, concluir en nuestro intento de esclarecer el concepto de enfermedad que ésta es el estado que se presenta en el individuo cuando los estímulos físicos, psicológicos ó sociales inciden sobre él con suficiente intensidad y una determinada cualidad, de tal modo que la movilización adaptativa del organismo no es suficiente para reestablecer la homeostasis ; debiendo agregarse que la respuesta de este compuesto biopsicosocial depende de los factores hereditarios, constitucionales, experienciales y del desarrollo.

Luego de realizado este breve análisis del concepto de enfermedad, resulta de mayor sencillez la comprensión del concepto que la Organización Mundial de la Salud nos da para definir "salud", situación en la que quedan comprendidos elementos tales como los económicos, políticos y culturales que inciden en el estado de salud y/o enfermedad del ser humano.

B. SALUD MENTAL

Una vez realizado un breve análisis en un intento de esclarecer los conceptos de salud y enfermedad, debemos insistir en que el concepto de salud mental está comprendido en el de salud íntegra por lo que se imposibilita el separar lo de la salud física. (40)

El término salud mental se refiere en última instancia al tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales, proponiendo como meta primordial un grado óptimo de salud mental sin que éste se aparte de la salud general.

Pueden distinguirse tres tipos de modelos de salud mental:

- a) Somático.- también llamado orgánico, y que incluye aquellos enfoques que ponen énfasis en los factores genéticos y otros, también de carácter físico.
- b) Psicológico.- en éste se aprecia la gran influencia de los escritos de Freud, quién originó las explicaciones psicodinámicas de los estados psicopatológicos, así como también del estado de salud psíquica.
- c) Sociológico.- este modelo se encuentra claramente representado en trabajos de autores como Harry Stack Sullivan, --- quién abogó por el estudio de las relaciones interpersonales en las que los individuos manifiestan la salud mental ó el desorden psíquico.

Por último cabría mencionar lo que algunos han dado en llamar el enfoque médico en el que se hace equiparable la sa lud mental a la simple ausencia de enfermedad de esta índole.

(40)

Cabe señalar que los elementos importantes para recono cer la presencia de enfermedad mental, consisten en que ésta se presenta por medio de una conducta públicamente observable, apareciendo la desadaptación al medio y a la cultura propia, viéndose representada por la pérdida del autodomínio que prov oca y genera ansiedad y actitudes evasivas.

Es difícil concebir la salud mental absoluta, situaci ón que implicaría los conceptos de normalidad y patología, por lo que habría que considerarla como un estado relativo - en el que el individuo logra integrarse razonablemente en su medio social, partiendo de la aceptación de sí mismo y adoptando como emblema la realización física, psicológica y soci al para llegar al éxito.

Al mencionar sin poder evitar el hacerlo, los conceptos de normalidad y patología ó anormalidad, consideramos prudente las siguientes aclaraciones y consideraciones al respecto:

En las ciencias de la conducta, es difícil establecer exactamente los límites entre normalidad y patología dado que:

- a) El comportamiento y la comunicación patológicos son el objeto de dichas ciencias y ambos difícilmente observables

y cuantificables por lo que se explica lo arduo de hacer referencia a una normalidad estadística.

b) Los comportamientos patológicos tienen su origen en los comportamientos normales; en otras palabras, no existe solución de continuidad entre áreas del comportamiento normal y las patológico; la ansiedad ó la agresividad son, dentro de ciertos límites, perfectamente normales y fisiológicas pero adquieren un significado patológico cuando superan de terminados límites que en ocasiones son difíciles de establecer exactamente.

c) A diferencia de otros sectores de la ciencia, en la Psiquiatría y Psicología, el juicio de normalidad está subordinado al examen del contexto sociocultural dentro del cual se encuentra el paciente; por ejemplo, algunos comportamientos histéricos son aceptados, considerados normales e incluso alentados en algunos grupos sociales, en cambio en otros se estiman como patológicos. (33)

No obstante, los criterios de normalidad que se emplean comunmente en Medicina, pueden utilizarse también para valorar los trastornos psíquicos, siempre y cuando se tengan presentes las premisas anteriores.

Podemos, pues, considerar y mencionar dos criterios de normalidad:

a) Criterio estadístico: el valor normal de cierto rasgo o ca

racterística en la personalidad se compara con el valor medio que posee dentro de la población ó el grupo a que pertenece el individuo.

Desde luego, dada la extremada variabilidad individual de todas las características biológicas y psicológicas, se deberán considerar como normales no solo los valores medios así calculados, sino más ó en menos, respecto del valor medio, valiéndose para ello de la llamada curva de distribución normal, que muestra que mientras existe un número relativamente más grande de individuos que se sitúan en correspondencia con los valores medios frente a quienes se alejan de éstos, disminuye siempre el número de sujetos caracterizados por valores progresivamente crecientes o decrecientes. En los extremos opuestos se sitúan los individuos desviados de la media y propiamente en esta zona se ubica el paso entre "normalidad" y "patología" que más que un límite es una zona de transición y que puede situarse más lejano o más próxima a la media dependiendo de la rigidez del criterio; de tal manera que la posición de dicha zona y por ende el límite de "normalidad" y "patología" variaría en relación con diversos grupos sociales, momentos históricos y en gran parte por los sistemas de valores comúnmente aceptados en la sociedad ó grupo a los que pertenece el individuo.

b) Criterio funcional: en muchos casos es insuficiente el criterio de normalidad estadística para establecer la normalidad ó patología del comportamiento dado, tal como ocurrirá-

si un individuo presenta comportamientos decididamente desviados respecto a normas sociales comunmente aceptadas, pero vive de manera "funcionalmente normal", es decir, sin sufrimiento personal y sin ser rechazado por el grupo en que se encuentra.

Resulta de dificultad evidente y de mayor complejidad establecer el criterio de norma funcional en los aspectos psicologicos; pero es obvio que en las ciencias de la conducta cabe hacer referencia a dichos criterios de manera más bien -apriorística, pero aceptada por el censo común, como serían la funcionalidad y eficacia de la comunicación, la ausencia de condiciones de sufrimiento objetivo, etc. (33)

Han surgido en contraposición al establecimiento de la concepción de salud y enfermedad mental corrientes que han negado la existencia de tales, dando pie al llamado movimiento antipsiquiátrico, sosteniendo que el concepto de enfermedad mental es solo un mito, cuya función es la de disfrazar "la píldora amarga de los conflictos morales en las relaciones humanas", arguyendo que no son conflictos mentales los que se tienen, sino en vez de ellos problemas del vivir, sean biológicos, económicos, políticos ó sociopsicológicos. Esta corriente, sostienen en contrapartida otros autores, tendería como única base real la del mito que existe en cuanto a la enfermedad mental en el quererla hacer semejante a la enfermedad física, ---siendo que en realidad una y otra no existen por separado pues como ya se ha mencionado todas las enfermedades son psicósomá-

licas; pero si en un momento dado se les menciona como mentales es en atención al hecho del predominio de signos y síntomas mentales, ó somáticos en el caso de las enfermedades físicas, advirtiéndose como principal diferencia entre ambas el hecho de que en las primeras se advierte pérdida del autodomnio situación que propicia se les conciba como disruptivas y socialmente intolerables, ya que ser un enfermo mental es algo que pesa sobre la integridad de la persona afligida de una manera como no ocurre en el caso de la enfermedad física.

Aún cuando resultaría apropiado llamar enfermedad a ciertos síndromes (conjunto de signos y síntomas) reconocibles sería impropio aplicar el término enfermedad mental de manera indiscriminada a todo comportamiento que de acuerdo con criterios no científicos, cae fuera de lo que vagamente llamamos "normalidad".

Existe una idea difundida de que la conducta es una continuidad, de tal modo que la diferencia entre los problemas del vivir y las psicosis más graves es asunto de grados pero no de cualidades, situación que nos llevaría a la negación de la existencia de la enfermedad mental ó a considerar en forma por demás amplia que prácticamente todo comportamiento que se aleje en un mínimo de lo aceptado como normal resulta patológico. Esta tesis de la continuidad de la conducta ha sido invalidada por postulados de tal peso como el hecho de no poder dejar al margen de la enfermedad mental factores determinantes como los hereditarios y de consanguinidad.

De tal forma, no lograremos comprender adecuadamente la enfermedad mental si nos empeñamos en encontrar un factor aislado ó una causa determinante de su etiología, ya que le enfermedad mental es la falla de los mecanismo psicológicos de adaptación de un organismo para sobreponerse adecuadamente a los estímulos nocivos que lo afectan, y ello no quiere decir que sea igual a la "anormalidad" ó a una simple desviación de las reglas aceptadas socialmente.

Luego entonces, consideramos que el criterio de enfermedad mental debiera valerse de dos puntos de vista: el que -- acepta la existencia de síntomas psicológicos objetivos y el -- que comprende la idea de la falla en la adaptación positiva -- del organismo; haciendo a un lado las meras codificaciones excentas de explicación como la que aparece en el diccionario de Psiquiatría de la A.P.A. (American Psychiatric Association) en el que se establece que la enfermedad mental es: ".....cualquier enfermedad de las incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud ó en el Manual Estadístico de los Desórdenes Mentales de la -- American Psychiatric Association"; ó aquella que menciona Freedman al definir a la salud mental como la resistencia a la enfermedad mental ó la ausencia de ella. (22)

Algunos autores, alrededor de 1958, han considerado -- utópico el intento de definir la salud mental, considerándole un "concepto oscuro e invencible", denotando preocupación por la utilización de conceptos no mensurables e intentar substi-

tuirlo por términos que son cuantitativos, como ocurre en el caso de la mención de "óptimo desarrollo y felicidad del individuo", "completa madurez", etc. dado que poco antes la O.M.S. estableció que la salud mental "es una condición sujeta a -- fluctuaciones debido a los factores biológicos y sociales que capacitan al individuo para alcanzar una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas que son potencialmente

. conflictivas; para integrar y mantener relaciones armónicas con los demás y para participar en cambios constructivos en su medio físico y social"; definición ésta muy similar a la dada en los glosarios de Psiquiatría y que refieren que: "la salud mental es un estado relativo, no absoluto, en el cual la persona ha logrado una integración razonable de sus tendencias instintivas ...su integración es aceptable para sí mismo y para su medio social como se refleja en sus relaciones inter personales en su nivel de su satisfacción vital, en su flexibilidad y en el grado de madurez que ha alcanzado"; justificando así las observaciones hechas por autores antes mencionados, específicamente Aubrey Lewis, en las que se refiere el hecho de que se tiene a la salud mental por un mero ideal sociobiológico.

En otros intentos de definición del término que nos ocupa, encontramos que éstos se ven asociados con frecuencia a enunciados que denotan un sabor ético, concepciones de fervor religioso, inclinaciones filosóficas, invalidez de ciertos criterios y conceptos psicológicos y relatividad de los juicios de valor tal y como ocurre en la lista de datos que L. Murphy consideró importantes como componentes de la salud mental:

1. El sentimiento feliz de ser uno mismo, que depende de un buen funcionamiento fisiológico, la gratificación libidinal y la libertad.

2. La capacidad para el trabajo activo aplicado a los cambios constructivos del medio, mediante el interés, la flexibilidad, la autonomía, el afecto positivo hacia los demás, la capacitación objetiva de la realidad y el sentimiento de auto-dominio.

3. El manejo de forma integrada de los propios impulsos, las tendencias instintivas, las energías y los conflictos.

O como ocurre en la definición de Karl Menninger, incluyendo el elemento felicidad.

Hay también quien adopta una aproximación ecológica: como Levinson, quien sostenía que la salud mental dependía fundamentalmente del modo como una persona se consideraba así misma, a otras personas y al mundo, particularmente en lo referente a su propio lugar en él; dándole especial importancia a sus sentimientos con respecto a ganarse la vida y sus responsabilidades hacia quienes dependiesen de él.

En el año de 1958, la definición de salud mental en términos positivos obtuvo adeptos, sobre todo después de la revisión realizada por la Dra. M. Jahoda, quien sostuvo que la ausencia de enfermedades y conflictos mentales, así como el concepto estadístico de normalidad y lo satisfactorio de la re

relaciones interpersonales, no son adecuadas para definir la salud mental; deduciendo de su investigación y estudio al respecto que los conceptos involucrados pueden incluirse en las siguientes seis categorías: grado de crecimiento, desarrollo y actualización de potencialidades; actitudes hacia sí mismo; integración de la personalidad; autonomía; percepción de la realidad y dominio del ambiente personal. (22)

Otros autores prefirieron esquemas diferentes, tal como es el caso de Erick Fromm, quién defendiendo un punto de vista humanístico sostuvo que las primeras características a considerar en el esclarecimiento del término salud mental son las cualidades con las cuales nace provisto el hombre, mismas que debe desarrollar, sobre todo las que le permitan captar al mundo intelectual y emocionalmente, tales como la razón, el amor y la productividad, permitiéndole ésta última al hombre crear material y espiritualmente lo necesario para la mejor relación con su medio físico y con los demás seres humanos. Esta mención de productividad del hombre fué también hecha por Freud al afirmar que para que a un individuo se le pudiera considerar sano, lo que debía éste hacer era amar y trabajar, sin embargo aclaró: "es imposible definir la salud, excepto en términos de la metapsicología...de las relaciones diríase que un "ego fuerte" es la característica esencial de la salud mental.

En 1963, el Dr. Krapf reunió todas estas opiniones y concluyó que podrían ser resumidas en un enunciado tan general como éste: dentro del marco del Psicoanálisis se considera que

un individuo ha alcanzado la salud mental cuando en el curso de su desarrollo demuestra su capacidad para la adaptación flexible frente a los conflictos salvaguardando sus tendencias instintivas fundamentalmente de tal manera que soporte las frustraciones inevitables y la angustia que dichos conflictos generan.

Otros criterios respecto al estudio del concepto por nosotros ahora analizado, deben ser tomados en cuenta, tal como el manifestado en 1962 por el grupo de expertos constituido por la Federación Mundial para la Salud Mental, quienes dieron a conocer su posición en el sentido de rechazar el concepto de "salud mental positiva", prefiriendo el de "salud óptima", debiendo éste último entenderse no como un estado de salud ideal ó absoluto sino como "el mejor estado de salud posible dentro de las condiciones existentes". Este criterio en alguna medida ya había sido anteriormente manifestado, cuando en 1958 Sivadon y Duchene en una conocida crítica a los conceptos de salud mental por ellos publicada afirmaron que la salud debe ser considerada a cada momento de la vida de un individuo y en función a la vez de su medio y de su historia previa, como una resultante de fuerzas contradictorias de las cuales debemos apreciar no solamente su carácter positivo ó negativo, sino también la dirección respecto a sus objetivos futuros establecidos por los juicios de valor, poniendo énfasis sobre el hecho de que la salud es perpetua revisión que no puede apreciarse más que con relación a ciertas metas. Esta concepción como pue-

de apreciarse no hace referencia a los efectos característicos de la salud mental ni a las cualidades de las personas sanas.

Entre algunas otras opiniones respecto a lo que implica la salud mental es de interés mencionar la de Beeuler, --- quién asevero que la salud mental incluye la visible aceptación de la participación en un mundo del cual se asume que -- tiene una realidad objetiva, volviéndose así sinónimo de la - capacidad en engranarse en un mundo compartido con los demás y construido con las experiencias cotidianas de la vida. Este autor deriva su concepción de la interpretación clínica de hechos psicopatológicos observables básicamente en pacientes esquizo- frénicos; sin ser él el único que extrae conclusiones de su experiencia en la atención de este tipo de pacientes (como de esta se encuentra como medio de justificar su utilización, pero la razón fundamental de esta se encuentra en los efectos produ- cidos sobre el psiquismo ya que extrae conclusiones de su experiencia en la atención de este tipo de pacientes, ya que tam- bién lo hace Don Domarus al decir que el aspecto importante de la salud mental es la capacidad de asirse a la realidad.

Si en base a los mas aceptados conceptos se integrara - lo que podría llamarse "cuadro clínico de la madurez" que de - ser alcanzado caracterizaría un estado de salud mental desea- - ble, incluiríamos los siguientes puntos:

- Funcionamiento vital eficaz como unidad indepen- - diente y autónoma. (Capacidad de tomar decisiones sin la tutela ó dependencia emocional de otro).
- Interacción social adecuada que incluye buen ajuste

sexual,

- Capacitación objetiva de la realidad propia y la -- del mundo, sin excesivas deformaciones debidas a -- los factores emocionales.
- Realización o intento de realización de las auténti-- cas posibilidades personales.
- Capacidad de amar genuinamente a los demás.
- Comportamiento individual que tiende a la realiza-- ción de los valores universales.
- Ausencia de sintomatología propia de las entidades-- psicopatológicas clínicamente reconocibles. (40)

C. ALCOHOLISMO

C.L. ANTECEDENTES HISTORICOS

En casi todos los pueblos y culturas existe afición a las bebidas alcohólicas desde tiempo inmemorable(38), habiéndoseles conferido características curativas, medicinales y alimenticias, como medio de justificar su utilización pero la razón fundamental de ésta se encuentra en los efectos producidos sobre el psiquismo.

Reportan estudiosos de las más antiguas culturas, haber encontrado evidencias del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, así como lo demuestran los descubrimientos en Anatolia que datan del período cercano a 6400 A.C.(6), pudiéndose inferir que los trastornos psicológicos, físicos que dá lugar el consumo excesivo del alcohol, han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades. (39)

Se dispone de testimonios escritos respecto al conocimiento y utilización de bebidas fermentadas desde 4500 A.C. en los tiempos de los antiguos hebreos, griegos y romanos (40), y es desde épocas remotas que se han adoptado respecto al alcohol actitudes con respecto a la complacencia y aceptación adjudicándole virtudes excelsas o bien señalando las trágicas consecuencias de su consumo.

La primera de estas actitudes, se vé claramente en el culto a Baco, dios romano del vino, hijo de Júpiter. Es el Dionisio de la mitología griega. Fué una de las deidades que alcanzaron un culto más difundido y espectacular en Grecia y Roma. Se le confieren al alcohol cualidades como fuente de --

relajación, placer y convialidad, pudiendo de ahí deducirse que fué el primer tranquilizante conocido por el hombre. De la segunda, hay evidencias desde el período comprendido entre 1800 A.C. y 1760 A.C. en el código de Hamurabi, que menciona restricciones a su uso exagerado, al igual que en China durante la dinastía Shang-Yin (1760 A.C. - 1123 A.C.), cuando fueron promulgados varios decretos prohibiendo los excesos del alcohol. (6)

Fué en Japón, en 1700 A.C., donde surgió lo que podría considerarse la primera campaña preventiva contra el uso indiscriminado de alcohol, cuando el emperador Tsai Tsung promulgó la difusión de varios libros educativos al respecto.

Las raíces de la preocupación de los gobiernos por el consumo immoderado del alcohol son de suma antigüedad, como ejemplo de ello cabe mencionar el hecho de que en China, el año de 1400 A.C. se promulgaron leyes prohibiendo la fabricación, venta y consumo de bebidas alcohólicas.

Ya en nuestra era, alrededor de 1100 D.C. en Rusia fué aceptada la costumbre del consumo de alcohol con moderación, sin embargo, las repercusiones de su utilización exagerada fueron tan conflictivas, que el Zar Iván IV controló las tabernas. Durante 1600 D.C. era considerada en Europa la ingesta immoderada de alcohol como un mal social, hecho que llevó a predicadores como Lutero y Calvino a pedir moderación en su consumo. Jaime I de Inglaterra, entre el período comprendido

entre 1603 y 1625 decretó severos castigos contra los usuarios del alcohol. (6)

En el siglo XVIII, Francois de Saignac escribió: "algunos de los más espantosos daños que afligen a la humanidad proceden del vino; éste es causa de enfermedades, disputas, sediciones, holgazanerías... y toda clase de problemas domésticos". (40)

Hasta aquí se ha tratado en forma breve, de dar conocimiento de los antecedentes que relacionan al alcohol con el hombre, y la concepción del alcoholismo como algo negativo y generador de conflictos desde épocas remotas en Europa, Asia y Africa, sin haber mencionado la evolución de este conflicto en Mesoamérica, situación que a continuación será abordada.

Luego de la conquista de América por los españoles, -- Hernán Cortez en su segunda misiva al emperador Carlos V, refiere respecto a los pueblos americanos "Venden miel de abeja y de cera y miel de cañas de maíz, que llaman en las otras, -- maguey, que es mucho mejor que arroyo; y de estas plantas hacen azúcar y vino, y que asimismo venden". (15)

En el México prehispánico el alcohol, representado -- por el "octli" ó pulque dejó también su huella impresionante en el aspecto social, apreciándose la importancia que éste tenía -- en el papel que jugaba en la religión de los dioses de la bebida y la embriaguez, siendo éstos los dioses lunares y terrestres y la diosa del maguey, Mayahuel. Sin embargo, dado

el revestimiento religioso que se le adjudicaba al pulque su uso era restringido a ciertas ceremonias religiosas, y el beberlo fuera de ellas era tenido por crimen. (39)

Es importante señalar las consecuencias del consumo -- exagerado del pulque reportadas por Fray Bernardino de Sahagún y las menciones que hace la Historia del repudio general hacia el alcohólico en las culturas mesoamericanas, definiéndole -- Fray Bernardino como: "..... el borracho inclinado a beber-- vino, y que no buscaba otra cosa sino el vino, no se acuerda-- otra cosa sino del vino y en despertando en la mañana lo bebe-- y así cada día anda borracho y aún lo bebe en ayunas y en amaneciendo luego se vá a la casa de los taberneros, pidiéndoles-- por gracia del vino, y no puede sosegar sin beber vino." (10) Y continúa en relación a que todas las clases sociales repudiaban a los alcohólicos: "Por esta causa todos los menosprecian-- por ser hombres infamados públicamente y todos tienen hastío-- y aborrecimiento: nadie quiere su conversación porque confunde todos los amigos y ahuyenta los que estaban juntos y déjanle solo porque es enemigo de amigos." Igualmente, refiere en su Historia de las Cosas de la Nueva España la forma en que las autoridades aztecas enfocaban el problema al cual daban -- tanta importancia que el mismo emperador, después de su elección, se dirigía al pueblo en la siguiente forma: "Este es el -- vino que se llama octli, que es raíz y principio de todo mal-- y de toda perdición, pero este octli y esta borrachería es -- causa de toda discordia y disensión y de todas revueltas y --

desasosiegos de los pueblos y reinos; es como un torbellino--- que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infer-- nal que trae consigo todos los males juntos. De esta borrache-- ra proceden todos los adulterios estupro y corrupción de vír-- genes y violencia de parientes y afines; de esta borrachería -- proceden los hurtos y robos y latrocinios y violencias; tam--- bién proceden las maldiciones y falsos testimonios y murmuracio-- nes y detracciones y las vocerías, riñas, gritos; todas estas-- cosas causa el octli y la borrachería. Y ahora os amonesto y -- mando aquí, a voces, a vosotros los viejos que sois de la paren-- tela real y también a vosotros los nobles y generosos que es--- táis presentes y sois mozos: dejad del todo la borrachera y -- embriaguez, conviene a saber, el octli y cualquier cosa que em-- borracha, lo cual aborrecieron mucho vuestros antepasados..... Tú que estás aquí, o donde quiera que estéis, que lo has gusta-- do, déjalo, vete a mano, no lo bebas más, que no morirás si no lo bebieres". (9)

Son escasos los estudios acerca del origen del alcoho-- lismo en nuestro país, pero suficientes para destacar el hecho de que desde los inicios de la producción de alcohol, su consu-- mo inmoderado representó un grave problema, al grado tal de -- que fueron creadas leyes severas que variaban de acuerdo a la-- edad y a la posición social ó religiosa del infractor, con el_ objeto de disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, algunas-- de las cuales son referidas en estudios e investigaciones rea-- lizados por Calderón N.

Vemos pues, como el alcohol es una costumbre universal de la cual nace un hábito imprescindible cuyas consecuencias tienen repercusión amplia, práctica y social. (28) Y aún cuando desde tiempos remotos el alcoholismo fué considerado como conflicto, no fué sino hasta 1850 en que su estudio empieza seriamente por Magnus Huss, quién denunció por primera vez al alcohol como factor de propensión a la degeneración. Posteriormente los trabajos de la escuela francesa, realizados algunos entre otros por Magnan (1874), Lasegue (1881), Legrain (1889), Mignot (1905), etc., nos han legado descripciones y una clasificación de todas las formas mentales agudas, subagudas y crónicas del alcoholismo. En los países de habla alemana a principios de siglo, Kraepelin, Heilbronner, Bonhoiffer, Bleuler, etc., prosiguieron el mismo trabajo de clasificación clínica y estudios sociológicos, sin embargo por la misma época (fines del siglo XIX) se vé aparecer literatura pseudocientífica que obscurece los problemas etiológicos mediante consideraciones moralizantes y apasionadas, considerando al alcoholismo un vicio, patrimonio de degenerados, que conduce a la locura, etc. - (19)

Posteriormente a la época que podría considerarse como Clínica que antes se describe, a principios de este siglo con la aparición del Psicoanálisis, surge una época que podría llamársele Analítica y que orientó el interés de los estudios hacia investigaciones psicológicas sistemáticas de la personalidad profunda del enfermo alcohólico.

Por último, aparece la época Bioquímica, en el período contemporáneo, en la que aún prosiguiendo las exploraciones precedentes, ha dirigido su interés hacia los estudios biológicos y particularmente hacia las complejas desviaciones metabólicas, trastornos carenciales y perturbaciones funcionales en el curso de las diversas manifestaciones psíquicas del alcoholismo.

En la actualidad el alcohol continúa teniendo diversos significados según los contextos sociales. Constantemente se la asocia a acontecimientos tales como el nacimiento, la muerte, el matrimonio, la amistad y algunas ceremonias religiosas, observándose que en todas las sociedades, la cultura local define el límite de la ingestión, que necesariamente varía de grupo a grupo. Sin embargo, no deja de considerarse su ingesta excesiva como un grave problema que ha venido y actualmente viene aquejando a la sociedad, dadas las severas repercusiones que denota en distintos niveles, sean estos sociales, laborales, familiares, físicos e intelectuales, siendo ésta última área afectada, motivo primordial de nuestro estudio.

C.2) ALCOHOLISMO-DEFINICIONES-CLASIFICACIONES

Desde que el fenómeno médico-social llamado alcoholismo existe, y ya hemos visto como prácticamente ha acompañado - al hombre desde siempre, diferentes estudiosos han intentado - definirlo con los conocimientos que se tienen a la mano, y también de acuerdo con la formación profesional de cada cual. Tal vez resulte sorprendente a muchos el hecho de que aún no hay - hoy un acuerdo unánime, acaso ni siquiera general, sobre una - definición de alcoholismo.

Para la selección de pacientes alcohólicos estudiados en el presente trabajo, utilizamos los criterios diagnósticos-citados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la American Psychiatric Association, en el cual el alcoholismo aparece en el capítulo llamado "Trastornos por uso de sustancias", refiriendo que: "Esta clase de diagnóstico se ocupa de los cambios conductuales asociados al uso más o menos regular de sustancias que afectan el sistema-nervioso central. Estos cambios conductuales son contemplados-como extremadamente indeseables en casi todas las subculturas. Como ejemplo de estos cambios conductuales se pueden citar el-deterioro de la actividad social o laboral como consecuencia - del uso de una sustancia tóxica, la incapacidad para contro--llar su uso impidiendo el abandono de su utilización, y el desa--rrollo de graves síntomas de abstinencia después de cesar o re--ducir el uso de la sustancia tóxica...conceptualizando estas--condiciones como trastornos mentales." (18)

"Para la mayoría de tales sustancias tóxicas, el uso patológico se divide en abuso de sustancias y dependencia de sustancias, teniendo estos conceptos las siguientes características:

Abuso de sustancias:

- 1) Patrón patológico de uso.
- 2) Deterioro de la actividad social ó laboral debido al uso de la sustancia tóxica.
- 3) Duración mínimo del trastorno de por lo menos un mes."

En cuanto a la dependencia se refiere "conformar una forma más grave de trastorno por el uso de sustancias que su abuso y requiere la existencia de dependencia fisiológica, evidenciado tanto por la tolerancia como por la abstinencia. Para el diagnóstico de dependencia al alcohol, se precisan pruebas de que su uso ha provocado un deterioro de la actividad laboral o social, ó un patrón patológico de uso. La tolerancia significa que se necesita un notable aumento de la sustancia para conseguir los efectos deseados, ó bien que hay una notable disminución del efecto con la utilización regular de la misma dosis. Respecto a la abstinencia se menciona que en ella se desarrolla un síndrome específico para cada tóxico, que aparece cuando se suspende o se reduce su ingesta trae un consumo previo regular que provoca la inducción de un estado fisiológico de intoxicación (por ejemplo, temblor matutino y malestar aliviado por la bebida)."

En cuanto a los criterios específicos para el diagnóstico de la abstinencia alcohólica aparecen los siguientes:

- 1) Abandono o reducción del hábito prolongado (algunos días ó más) de bebidas alcohólicas, al que sigue algunas horas después un grosero temblor de manos, -- lengua y párpados, y, por lo menos, uno de los siguientes síntomas:
 - a.- náuseas y vómitos
 - b.- malestar y cansancio
 - c.- hiperactividad autonómica, por ejemplo, taquicardia, sudoración y elevación de la presión arterial.
 - d.- ansiedad.
 - e.- estado de ánimo deprimido ó irritabilidad
 - f.- hipotensión ortostática

- 2) Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental ó físico como el delirium por abstinencia alcohólica.

En cuanto a la subclasificación del curso, utiliza códigos distintos para ser añadidos en el lugar correspondiente al quinto dígito a la entidad patológica o enfermedad, de la siguiente manera:

CODIGO	CURSO	DEFINICION
1	Continuo	Uso desadaptativo más ó menos regular durante seis meses.
2	Episódico	Un claro período circunscrito de uso desadaptativo, con uno ó más períodos similares en el pasado.
3	En remisión	Uso de <u>s</u> adaptativo previo, sin usar el tóxico en la actualidad. Para diferenciar el curso de esta enfermedad de otras categorías se precisa tomar en cuenta el tiempo transcurrido desde la última alteración, la duración total de la alteración, y la necesidad de continuar la evaluación ó el tratamiento profiláctico.
4	Sin especificar	Curso desconocido ó primeros signos de enfermedad con curso incierto.

Consideramos prudente aclarar la definición de los diagnósticos de abuso y dependencia de alcohol, en áreas de enfatizar que es con los criterios del segundo, con los que se ha guiado el presente estudio.

Según la calificación de la A.P.A., aparece con el rubro 305.0X el Abuso de Alcohol, siendo sus criterios diagnósticos los siguientes:

a) Patrón patológico de uso de alcohol: Necesidad diaria de alcohol para el desarrollo de la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de la bebida durante determinadas horas del día; embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día) consumo ocasional de licores para animarse (ó su equivalente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (lagunas, "blackouts", etc.); continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los graves trastornos físicos que padece se exacerban con la ingesta.

b) Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol; por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida del empleo, problemas legales (por ejemplo: detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación); discusiones ó dificultades con familiares ó amigos debido al excesivo uso del alcohol.

c) Duración de la alteración de un mes como mínimo.

Haciendo referencia al curso, específicamente del ---- alcoholismo, el DSM-III menciona que después de cinco años del establecimiento de un hábito de bebida regular, y con frecuencia en el curso del año siguiente, se desarrolla el abuso ó dependencia al alcohol. El hábito de la bebida en grandes cantidades de alcohol en la adolescencia (antes de los 16 años) se acompañará, con toda probabilidad de problemas en la vida adulta. Algunos sujetos con historia previa de dependencia alcohólica pueden presentar historia previa de dependencia alcohólica en el pasado.

Tres son las principales estructuras de uso patológico y crónico del alcohol. La primera es la ingestión regular y -- diaria de grandes cantidades de alcohol; la segunda es el hábi-- to regular de grandes ingestas de alcohol limitadas a los fi-- nes de semana. Estos dos patrones se incluyen en el subtipo -- "continuo". El tercer patrón se caracteriza por largos perio-- dos de sobriedad entremezclados con periodos de embriaguez dia-- ria por grandes cantidades de alcohol que duran semanas ó me-- ses. Este patrón corresponde al 5o. dígito ó subtipo "episódico". (18).

Hasta aquí quedan especificados los criterios diagnós-- ticos concernientes a la selección del grupo de alcohólicos re-- feridos en el presente estudio, correspondientes a los mencio-- nados por la American Psychiatric Association.

Haciendo referencia al origen del término "alcoholis--mo", se sabe éste fué acuñado por un médico sueco en el año de 1849, quién brindó la siguiente definición: "alcoholismo se re--fiere a todos los problemas triviales ó clínicamente reconoci--bles debido al consumo excesivo de alcohol." (39)

Algunos autores consideran que los intentos de clasifi--car las distintas definiciones de alcoholismo, nos llevarían a establecer tres grandes grupos:

- 1.- Aquellas que se refieren al alcohol mismo,
- 2.- Las que enfatizan factores sociales y,
- 3.- Las muy variadas que hacen de la patología subya--cente el criterio fundamental.

Entre las del primer grupo, las hay tales como las que se basan en la cantidad de alcohol que el sujeto ingiere ó ---bien la menor ó mayor cronicidad del abuso, ó incluso la cali--dad y el tipo de bebidas consumidas.

Del segundo grupo, tenemos como ejemplo la que la Orga--nización Mundial de la Salud, en el año de 1950, dió a conocer en su primer reporte dado al respecto, señalando que el alcoho--lismo es toda forma de ingestión de alcohol que excede ----al consumo de alimentario tradicional y a los hábitos socia--les propios de la comunidad considerada, cualquiera que sean --los factores etiológicos responsables, y cualquiera que sea el origen de esos factores, como la herencia, la constitución fi--sica ó las influencias psicopatológicas y metabólicas adquiri--das.

En cuanto al tercer grupo, podría mencionarse la definición proporcionada por la misma que hace notar que los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, ó bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones. Debe hacerse notar que todos conceptos han contado con la aceptación de diversos autores y estudiosos de la materia, pues introduce por primera ocasión una organización internacional en materia de salud el término dependencia, tanto física como psíquica, dejando establecido que el alcoholismo es una farmacodependencia. Un segundo ejemplo del grupo de definiciones ahora analizadas, es la definición dada por el Dr. Ebbe Curtis, en 1961, quién basó la misma en los tres siguientes criterios: primero, la pérdida del control de la ingestión de alcohol, (aquí esta la noción de dependencia), segundo, la presencia de daño funcional ó estructural que puede ser de carácter fisiológico, psicológico, doméstico, económico ó social y tercero, la ingestión de alcohol como una especie de terapia universal, a través de la cual el individuo trata de evitar su degradación. Como tercer y último ejemplo de las definiciones que están dentro de esta línea, mencionaremos la de Chafetz y Demone en 1972: "definimos al alcoholismo como un desorden crónico de la conducta que se manifiesta como una preocupación inadecuada acerca del alcohol, en detrimento de la salud física y mental, por la pérdida del control cuando se ha iniciado la ingestión debidas alcohólicas... y por -

una actitud autodestructiva en las situaciones vitales y en -- las relaciones interpersonales".

Existen algún otro tipo de definiciones del alcoholis-
mo, que son consideradas como no médicas, algunas de las cua--
les tienen matices moralistas, como ocurre con la mencionada -
por el Dr. Ford en 1951, cuando hace referencia al hecho de -
que el alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espi-
ritual. Respecto a las primeras mencionadas, las no médicas, -
contamos con la de Duchene, quien en 1950 consideró que el al-
coholismo es esencialmente un problema de comportamiento que-
se manifiesta por la ingestión excesiva de bebidas alcohóli --
cas, con la característica de ser irreductible por medio de los
argumentos que generalmente influyen en la conducta humana, co
mo los problemas de salud, las nefastas consecuencias económi-
cas, familiares, profesionales, etc.; ó con la expresada en --
1951 por Fouquet, quien cita: "el alcoholismo es una condición
del individuo que de hecho ha perdido la libertad de abstener-
se del alcohol", mencionando en última instancia una defini --
ción que podría considerarse representativa del conductismo --
moderno, expuesta en 1975 por Miller y Eisler, en la cual el al
coholismo es visto"... como algo socialmente adquirido, como --
un patrón de conducta aprendido y mantenido por numerosos an -
tecedentes de naturaleza psicológica, sociológica o fisiológi-
ca, que actúan como reforzadores consecuentes". (39).

Como hasta aquí es llana y francamente observable, -----

existen un cúmulo de definiciones respecto al alcoholismo, mismas que en ocasiones coinciden en su esencia ó bien presentan elementos diametralmente opuestos, e irreconciliables, debiendo ser aclarado que hasta ahora son mínimas las analizadas, -- existiendo aún más que deben ser tomadas en consideración en el presente estudio por haber sido, bien utilizadas y realizadas por importantes estudiosos de la materia, bien por haber sido referidas por paneles de expertos de diversas organizaciones internacionales, bien por haber generado grandes polémicas en torno a ellas.

Hay quienes antes de emitir un juicio o definición respecto al alcoholismo, empiezan por diferenciar el hábito de la toxicomanía, siguiendo patrones establecidos en primera instancia por la Organización Mundial de la Salud, enunciando como características de la toxicomanía las siguientes: 1.- una necesidad invencible o deseo de continuar la ingestión de la droga y de procurársela por todos los medios; 2.- tendencia a aumentar la dosis; 3.- dependencia de origen psicológico y veces -- físico, concerniente a los efectos de la droga y a -- efectos dañinos al individuo y a la sociedad. Como elementos indispensables en el reconocimiento del hábito ó costumbre, figuran: - 1.- un deseo pero no una necesidad de continuar ingiriendo la substancia por la sensación de aumento de bienestar que ésta produce; 2.- escasa ó ninguna tendencia a aumentar la dosis; - 3.- cierto grado de dependencia psíquica a la substancia, pero ausencia de dependencia física y por ello de un síndrome de -- abstinencia y 4.- efectos dañinos, si existen, principalmente-

para el individuo. En esta medida el alcoholismo es considerado como una toxicomanía que se refiere a la ingestión de bebidas alcohólicas en cantidades ciertamente superiores a aquellas compatibles con una buena higiene alimenticia. (33)

De la última definición mencionada derivan concepciones tales como la de que el juicio del comportamiento desviado en el caso de la intoxicación, está típicamente condicionado por el juicio social sobre las costumbres de la intoxicación alcohólica misma. La ingestión de pequeñas cantidades de alcohol está tan difundida que puede considerarse una costumbre del todo normal, debiendo hacerse notar que en estos casos el alcohol no conduce a trastornos del comportamiento. También en el caso de la ingesta masiva ocasional de alcohol con relativos trastornos del comportamiento, el juicio social relativo a tales episodios no alcanza el nivel del juicio de comportamiento patológico mas que en circunstancias particulares. En base a estos elementos emana el concepto de Pancheri, en el sentido de afirmar que se habla de patología psíquica ó psiquiátrica en los siguientes casos únicamente:

- 1.- En el caso de la intoxicación aguda, cuando los episodios de intoxicación son tan frecuentes que hacen suponer que la ingestión de alcohol sea solo un síntoma de un desorden de la personalidad grave.
- 2.- Siempre en el caso de la intoxicación aguda, cuando

do los fenómenos provocados por la ingestión aguda de alcohol, son desproporcionados a la cantidad de alcohol ingerida y evidentemente desviantes respecto a los que se observan en general, fenómeno conocido como ebriedad patológica.

- 3.- Cuando se verifica un cuadro de dependencia somática, sobre todo psíquica del alcohol, con desarrollo de graves trastornos del comportamiento ó aparición de fenómenos de tipo psicótico (alcoholismo crónico). Desde luego, se observa que también en este caso, en la base de la elevada ingestión de dosis de alcohol por largo tiempo, siempre hay un trastorno de la personalidad más ó menos acentuado. (33)

Freedman, utilizando las mismas bases anteriores, y considerando la toxicomanía como el hecho de introducir de manera consuetudinaria en el organismo sustancias sin un valor alimenticio específico, con el fin de procurarse un placer ó para reducir un estado de tensión interna negativa, -- tal y como lo hace el anterior autor mencionado, considera al alcoholismo como un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización, en detrimento de la salud física y mental, por pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales. El alcoholismo es una consecuencia de un trastorno

y deprivación en las primeras experiencias vitales y las alteraciones asociadas en relación con la capacidad de respuestas bioquímica básica, de la identificación del alcohólico con figuras significativas que han tratado con los problemas mas vitales por medio de una preocupación patológica por el alcohol y de ambiente sociocultural que origina ambivalencia, conflicto y culpabilidad en la utilización del alcohol. (22)

En forma un tanto similar a la diferenciación entre hábito y toxicomanía antes mencionada, Vallejo Nágera insiste en marcarla entre bebedores y alcohólicos. Los primeros, bebedores crónicos, son aquellos que durante años, incluso toda la vida, utilizan bebidas alcohólicas sin que ello cause trastornos importantes de su psiquismo ni de su conducta. Son alcohólicos, menciona, aquellos bebedores incapaces de "parar" en las dosis inofensivas, y sufren frecuentemente episodios de intoxicación aguda, de embriaguez. Así pues define al alcohólico como aquel sujeto cuya vida (individual, social y familiar) es distinta de como sería si no ingeriese bebidas alcohólicas. Sin embargo, este autor, a pesar de la diferenciación entre unos (bebedores) y otros (alcohólicos) no considera que en los segundos exista una toxicomanía, pues menciona y enfatiza su creencia de que no tienen las características de quienes en realidad padecen la toxicomanía ni son equiparables en cuanto a su evolución y pronóstico, considerando éstos mejores para los alcohólicos. Las observaciones realizadas por Vallejo N. referentes al etiología, hacen mención

a. que ésta está determinada por dos grupos de factores. El primero de ellos, está constituido por factores de tipo ambiental y el segundo, por factores de la personalidad, constitucional ó adquiridos; y aún cuando no hay un patrón específico de la personalidad del alcohólico, distingue dos tipos dominantes: al primero le denomina sensitivo y correspondería al individuo con sentimientos de inferioridad e insuficiencia, timidez dificultad en interrelacionarse; considerando al segundo de estos grupos opuesto al primero, ya que menciona que está constituido por sujetos "campechanos", habladores, muy sociales, simpáticos, activos, eufóricos y por ende con mengua en inhibiciones y autocrítica. (38)

Dentro de los autores, estudiosos e investigadores -- del alcoholismo, sería imposible dejar de mencionar a Velazco Fernández, médico mexicano que ha realizado importantes - publicaciones contemporáneas basadas en población nacional, quién muestra marcada preferencia por la definición proporcionada desde 1958 por el Dr. Mark Keller, quién cita: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere la salud del bebedor, así como sus relaciones interpersonales ó con su capacidad para el trabajo. Justifica Velazco F. su "adopción" de dicha definición mencionado como elementos importantes en ella contenidos, el hecho de que considera y señala al alcoholismo como una enferme

dad, problema de salud, con etiología, sintomatología, diagnóstico y rehabilitación que comprende tratamiento y prevención; hace una distinción de la intoxicación aguda al establecer que es una enfermedad crónica; establece como característica esencial la ingesta excesiva a la imposibilidad de dejar de beber y por último señala la existencia de daño físico y mental. (39)

Un segundo autor mexicano, Caso, utiliza en su obra la definición proporcionada en el Segundo Congreso Latinoamericano sobre Alcoholismo realizado en Costa Rica en el año de 1966, que menciona: "es un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol y expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de abstenerse del alcohol y la incapacidad de detener la ingestión del mismo una vez iniciada ésta." En base a ello, refiere Caso el alcohólico es cualquier persona que no es capaz de evitar la ingestión repetitiva de bebidas alcohólicas; o bien, cualquier persona que usa el alcohol en cantidad suficiente para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad ó ajuste económico. Y añade, - que luego entonces, el alcoholismo sería un estado patológico en el cual la persona consume alcohol en tal cantidad que vá en detrimento ó daño de su salud ó de sus funciones sociales ó, cuando la ingestión de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socioocupacional normal. (15)

Debe tenerse en cuenta que durante el mencionado Congreso se consideraron criterios citados por la O.M.S. y la A.P.A. para clasificar el alcoholismo en tres tipos:

1.- Exceso alcohólico episódico (bebedor excesivo episódico). Intoxicaciones provocadas por consumo excesivo de alcohol y que se presentan con una frecuencia de cuatro a doce veces por año. Se debe considerar como intoxicación alcohólica, un estado en el que el individuo presenta charla incoherente o balbuciente, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos (ataxia). Además la alteración de la conducta es patente durante la intoxicación alcohólica. Los accesos pueden durar varios días ó semanas, se describen de dos tipos: a) los asociados con tensión (stress) física o mental y b) los precipitados por cambios en el humor (cíclicos).

2.- Exceso alcohólicos habituales (bebedor excesivo habitual). Se caracteriza por el consumo sistemático de cantidades excesivas de alcohol más de doce veces al año; en otras ocasiones se trata de enfermos que se les puede identificar bajo la influencia del alcohol más de una vez a la semana.

3.- Adicción al alcohol. También ha sido llamado alcoholismo crónico, dependencia al alcohol y dipsomanía. Puede decirse que hay adicción al alcohol cuando la ingesta de éste, en fuertes cantidades, se sostiene durante tres meses ó más. Otra manifestación de adicción es que, al cesar la ingestión de alcohol, se presentan síntomas que pueden ser graves y que

dependen del grado de intoxicación y su duración, síntomas tales como temblor, debilidad, sudoración, náusea, vómito, diarrea, hiperreflexia, fiebre, hipertensión, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens. En este tipo de alcoholismo existe tanto dependencia emocional como física; presentando además el fenómeno de tolerancia en el que el consumo es cada vez mayor. (15)

Una última mención referente a un autor nacional, de reconocido prestigio en la materia a nivel internacional, -- Calderón N., estudioso del problema del alcoholismo en el país, quién al igual que Caso utiliza en sus estudios la definición proporcionada en el Congreso de Costa Rica, difiere de Caso, en el tipo de clasificaciones realizadas en torno a la ingesta de alcohol. Distingue dos formas clínicas de alcoholismo:

1. Alcoholismo intermitente, caracterizado por la ingestión periódica de alcohol, y
2. Alcoholismo inveterado, caracterizado por la incapacidad de abstenerse del alcohol. Ambas expresan dependencia física, psicológica y social hacia el alcohol, con inclusión de las variables culturales y económicas.

En cuanto al patrón de consumo y características del mismo, Calderón N. considera:

1. Ingestión excesiva de alcohol. Ingesta habitual (más de tres días a la semana) en una cantidad mayor a 100 ml.

de alcohol absoluto en un lapso de 24 horas, y/o presencia de doce ó más estados de embriaguez en un año, con algún grado de falta de coordinación motora.

2. Ingestión moderada. ingesta habitual de alcohol en cantidad menos de 100 ml. de alcohol absoluto en un día y/o presencia de menos de doce estados de embriaguez al año.
3. Abstinencia. ausencia absoluta de ingestión de alcohol, ó la ingestión moderada, hasta cinco veces en un año en situaciones especiales. (11)

Por último, éste autor, hace mención en forma específica del llamado "bebedor social", quién considera es aquel individuo que bebe solo para adaptarse a las normas o patrones del grupo social a que pertenece. Es una dependencia sociocultural que puede inducir la ingestión moderada, pero en ocasiones excesiva, llegando a coexistir con la dependencia física. (11)

En nuestro intento de proporcionar la mayor información posible en torno a la interminable labor de brindar un panorama lo mayor y más ampliamente posible respecto a las diferentes definiciones y clasificaciones realizadas en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas, haremos mención en orden cronológica de algunas que a nuestro juicio no deben ser omitidas:

En el año de 1950, el Dr. Perrin clasificó al alcoholis

mo en los siguientes rubros:

1. Alcoholismo crónico
2. Alcoholismo agudo
3. Alcoholomanía.

El alcoholismo crónico a su vez es subdividido en consumo de alcohol excesivo habitual sin manifestaciones patológicas y al alcoholismo crónico conformado por las complicaciones.

Mark Keller, en 1968, posterior a su definición de diez años antes, agregó que el alcoholismo es una dependencia aprendida (o condicionada) de alcohol, que irresistiblemente conduce a la ingestión cuando ocurre un estímulo crítico interno o ambiental. (40)

Posterior a estas observaciones, en 1971, la Organización Mundial de la Salud refirió respecto a los "alcohólicos que son - aquellos bebedores excesivos", "...cuya dependencia al alcohol ha alcanzado tal grado que produce ya un disturbio psíquico ó la interferencia con su salud física ó mental." El mismo organismo, - en 1977, agregó: "quedan muy pocas dudas de que científicamente la designación más adecuada del asunto en discusión (el alcoholismo) es el de dependencia al alcohol"..' "la solución más sencilla es la de usar la palabra alcoholismo como sinónima de dependencia de alcohol como lo hace el Committee of the National Council on Alcoholism (NCA) en los Estados Unidos de América; el comité fué unánime al definir la enfermedad llamada alcoholismo como una dependencia patológica del alcohol."

Dentro de esta mención cronológica, referiermos por último la descripción realizada en 1974 por Morris E. Chafetz, director del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism en los Estados Unidos de América, constituida por ocho diferentes tipos de consumidores de alcohol:

1. Un tipo de bebedor que busca "la disolución de inhibiciones, para actuar con éxito (o creer que lo hace) en sus actividades sociales y laborales.

2. El bebedor deprimido que intenta contrarrestar el "dolor interior" y los síntomas propios de la depresión: tristeza, culpabilidad, irritabilidad, insomnio, etc.

3. El individuo que trata de impedir la toma de conciencia de sus propias motivaciones e impulsos. Es un cierto sentido se alcoholiza por "razones opuestas" a las del bebedor del primer grupo.

4. El consumidor excesivo de bebidas alcohólicas que inconscientemente obtiene "beneficio" del reforzamiento de sus mecanismos de defensa del ego. Durante la fase de ebriedad o de intoxicación, actúa sobrecompensadoramente (formación reactiva).

5. El alcohólico que toma para olvidar porque la realidad le resulta insufrible.

6. El tomador que busca intoxicarse porque así es más tolerable para los demás. En estado de sobriedad es dominante y conflictivo.

7. El intoxicado crónico que aparenta no estarlo y cuya personalidad en estado de sobriedad es muy distinta.

8. EL bebedor de reunión social que vive emocionalmente solo, muy comunicativo, que suele hablar de sus intimidades pero siempre con quienes no se encuentra afectivamente - involucrado. (40)

A fin de concluir la breve mención de una mínima parte de las distintas definiciones y clasificaciones del alcoholismo, se referirá, fuera de la anterior cronología dada la im--portancia que se le confiere, bien al tomarla como marco de - referencia ó para refutarla en forma contundente por ser una de las más conocidas y reconocidas a nivel internacional y encontrarse referida en un alto porcentaje de los estudios reali--zados en torno a la ingesta, patológica ó no del alcohol, la definición y clasificación que respecto a ella hizo Jellinek: "llamo alcoholismo a cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause algún daño al individuo, a la sociedad ó a ambas...va--ga como parece esta definición contiene un enfoque operacio--nal ." (40)

La clasificación realizada por este autor, cuyo crite--rio es el nivel de gravedad, como casi todas las antes mencio--nadas, incluye también las complicaciones físicas y la depen--dencia psicológica y/o física del alcohol y propone cinco formas distintas al respecto:

1. Alcoholismo alfa.- esta forma traduce una dependen

cia exclusivamente psicológica, que se debe la hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas ó a sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida del control ni la capacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y en realidad, no se trata aún de una verdadera enfermedad sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas de carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

2. Alcoholismo beta.- se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica).

3. Alcoholismo gama.- En este tipo de alcoholismo de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica con pérdida del control ó pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aún meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control.

4. Alcoholismo delta.- Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el sujeto no puede abstenerse de beber ni aún --

por unos días. Se presenta síndrome de abstinencia y se presenta en forma común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.

5. Alcohólisto epsilon.- Es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía. No debe confundirse con el tipo gama que tiene también períodos de abstinencia. (39)

Ya se menciona que la presente clasificación es generadora de un sinnúmero de polémicas, y concluiremos el tema - ahora tratado sobre la definición y clasificación del alcoholismo, con la mención de algunas de estas discrepancias, que en gran medida dan lugar a nuevos intentos de clasificación.

Mayer Gross, como un gran número de autores, dicen rechazar lo señalado por Jellinek, sin embargo la clasificación por él propuesta no es sino una adaptación de la anterior, mencionando en ella los siguientes elementos y grupos:

1. El Bebedor con dependencia alcohólica: Estos individuos muestran una dependencia psicológica sostenida frente a los efectos del alcohol y buscan a alguna tensión emocional ó a algún malestar físico ó pretenden tomar coraje para hacer frente con cierto grado de compostura, a las cargas de la vida cotidiana. No hay pérdida de control y hasta cierto punto conservan la capacidad de abstenerse. El progreso observable en cierta cantidad de años es escaso ó nulo, la intoxicación es poco frecuente y los síntomas de abstinencia son raros, a menos que la interrupción de la bebida haya si-

do repentina, como en el caso de la internación hospitalaria por lesión ó enfermedad. Sin embargo la tolerancia de tales personas es elevada y consumen grandes cantidades de alcohol. De ese modo, la salud física vá minándose poco a poco y, -- con relativa frecuencia surgen complicaciones como la cirrosis hepática ó la neuritis periférica. Estos individuos pocas veces se reconocen alcohólicos por sí mismos ó por el médico de la familia. Sin embargo el tratamiento debería emprenderse a la primera oportunidad, ya que en elevada proporción de casos ocurrirá por fin el deterioro mental ó físico.

2. El alcohólico que bebe vino: Este fué descrito por Jellinek como característico de los países consumidores de vino. Puede controlar la cantidad de bebida que ingiere en determinado momento y pocas veces necesita beber hasta el punto de la intoxicación grave. Sin embargo, es incapaz de abstenerse aún por un sólo día y, si cesa de beber, sufre -- deseos vehementes y casi invariablemente presenta síntomas de abstinencia que pueden llegar hasta el delirium tremens en pocos días. Hay, por tanto, dependencia psicológica y física frente al alcohol con aumento en la tolerancia de los tejidos. Aunque son pocos los sujetos de esta clase que se consideran a sí mismos alcohólicos, la verdad es que se hayan en constante estado de intoxicación leve y gran número de afectados constituye un problema de salud pública de la primera magnitud en los países consumidores de vino.

3. El alcohólico "incontrolado" ó "compulsivo": Junto con la tolerancia creciente al alcohol, dependencia física, deseo vehemente y síntomas de abstinencia en caso de privación, estos individuos presentan pérdida de control; son incapaces de poner tope a la bebida una vez que han tomado los primeros tragos hasta que se acaban sus reservas de dinero ó alcohol, ó hasta que la pérdida de conocimiento ó un accidente terminan la sesión. Puede haber períodos en que se abstienen.

4. El alcohólico sintomático: En estos casos el alcoholismo secundario a un trastorno neurótico, psicótico ú-organico. El sujeto comienza a beber para aliviar sus síntomas de ansiedad, depresión ó esquizofrenia, ó las primeras alteraciones que acompañan una lesión cerebral. Los pacientes sufren estados de ansiedad fóbica con limitada capacidad de actuar o confinados en su casa, es frecuente que se aficionen al alcohol y esta complicación es particularmente común entre varones. Con el tiempo se desarrolla la dependencia física y la adicción, pero el modelo de conducta alcohólica no es distintivo de este grupo y puede asumir varias formas. El tratamiento debe dirigirse al trastorno psicológico primario, aunque no puede comenzar en forma debida hasta que se haya resuelto el problema del alcoholismo.

5. El bebedor periódico ó "con ataques": En este grupo hay alternancia de breves períodos en que el sujeto --

bebe en cantidades patológicas con largas fases de normalidad, durante las cuales la persona es capaz de beber en forma razonable ó de abstenerse en absoluto. El borracho de fin de semana pertenece a este grupo. No es necesaria ninguna -- tensión psicológica particular para que se desencadenen las fases de ebriedad que suelen comenzar en forma repentina y casi explosiva.

6. El alcoholismo crónico: Puede considerarse como la etapa final en que convergen los bebedores excesivos por diferentes que sean los modelos de conducta alcohólica y las patologías subyacentes que manifiesten. Al alcoholista crónico presenta ciertas alteraciones psicológicas y físicas constantes. Sufre de náusea continua que por lo común conduce a la subnutrición, la cual a su vez contribuye a causar complicaciones físicas tales como la polineuritis y cirrosis hepática que son frecuentes en los alcohólicos crónicos. Demuestran una rápida disminución de tolerancia física y aún pequeñas cantidades de alcohol determinan su ebriedad. Lo poco -- que toma no satisface sus deseos y lo vuelve más desorganizado. Aunque el placer que logra de la bebida escaso ó nulo se siente compelido a seguir bebiendo y, si se haya en un aprieto económico, recurre a vinos baratos ó al alcohol metílico. En general, el resultado es la internación hospitalaria por una de las complicaciones físicas ó por trastornos psiquiátricos como el delirium tremens, ó la alucinosis alcohólica, la epilepsia ó una psicosis paranoide. (28)

Otro caso que muestra claramente el rechazo y a la vez la aceptación de la clasificación de Jellinek, se aprecia en forma franca en lo establecido sobre alcoholismo y sus diferentes tipos por Alonso Fernández, quién a su criterio considera que casi todas las definiciones manejadas por los diversos autores se distribuyen en dos grandes grupos: - en primer término las que aducen de un modo ú otro la pérdida de la libertad del individuo frente a las bebidas alcohólicas y en segundo, las que se basan en los trastornos psíquicos, corporales o sociales determinados por el consumo regular ó irregular del alcohol. Hace una severa crítica a la confusión que considera sufren algunos estudiosos al confundir ó equiparar al alcoholismo con la alcoholomanía, y aun a pesar de mostrar severidad en la crítica respecto a la clasificación por Jellinek realizada, basa la suya propia en ella de tal forma que incluso refiere correspondencia entre los tipos de uno y otro, de la siguiente manera:

El llamado alcoholismo alfa, es por él nombrado bebedor habitual enfermo psíquico; respecto al alcoholismo beta, considera que el enfermo incluido en esta subtipo es lo que él considera bebedor alcoholizado; substituye al alcoholismo gama por el bebedor alcoholómano y al delta por bebedor excesivo regular, mencionando por último que el patrón de consumo del alcoholismo epsilon es el correspondiente al que él considera bebedor episódico enfermo psíquico. (1)

Tal y como la apreciamos en los antes mencionados - ejemplos, existen pues un sinfín de formas de definición y - clasificación del alcoholismo, sin que en ningún momento una de ellas sea de mayor aceptación con respecto a las demás, - pero sin embargo observamos que en un gran número de casos - unas son derivadas de las otras, procediendo de modificaciones de las primeras ó del agrupamiento de dos ó más de ellas. Podría decirse que si alguna de ellas posee actualmente de - mayor peso para efectos de utilizarse como criterio diagnós- tico en las investigaciones contemporáneas, es la mencionada en el DSM-III y por ello la adoptada en el presente estudio.

C.3 EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología fué definida por Lillienfed como "el estudio de la distribución de una enfermedad ó condición en una población y de los factores que influyen en su distribución."

La epidemiología nace como estrategia en el seno de la Medicina con el fin por un lado de combatir la enfermedad que cobraba numerosas vidas y por otro controlarla en la medida -- del conocimiento causal del fenómeno a fin de influir en su desarrollo.

Actualmente la epidemiología no es sólo aplicable al -- campo de las enfermedades infecciosas, sino también en los padecimientos crónico-degenerativos y otras condiciones. (14)

Las características incluídas en estudios epidemiológicos se refieren esencialmente al tiempo, al lugar y a las personas dispuestas dentro de un modelo conceptual interactuante, distinguiéndose elementos del agente, el ambiente y el huésped.

Caraveo (1983), propone la siguiente triada epidemiológica en alcoholismo:

<u>AGENTE</u>	<u>AMBIENTE</u>	<u>HUESPED</u>
Disponibilidad	Nacionalidad	Factores hereditarios
Efecto	Grupos étnicos	Tolerancia al alcohol:
Droga domestica	Cultura	enzimas - Defecto meta
Con prestigio	Patrones de bebida	bólico Factores de --
Complemento dieté	Identificación	personalidad: Relacio-

tico	Economía	nes inadecuadas Patro
	Publicidad	nes paranoides - Sole-
	Familia	dad - Aislamiento - De
	Trabajo	sesperanza y minusvalía
	Cambio Social	- Intolerancia a la -- frustración

La Salud Pública, por medio de la epidemiología, es la disciplina encargada de estudiar la frecuencia y distribución de las condiciones de salud y enfermedad de la población; pero es de hacerse notar que en el campo del alcoholismo hay un sinnúmero de limitaciones para definirlo y clasificarlo; siendo una de las más importantes las discrepancias ya mencionadas en la unificación de un criterio en su definición. Por lo tanto, en general, el análisis epidemiológico del alcoholismo se basa en sus manifestaciones más visibles, las cuales corresponden a su período patogénico y a la muerte; aunque a últimas fechas se han utilizado otros criterios como el ausentismo laboral, problemas legales, accidentes, etc. (4); aplicando criterios epidemiológicos y en salud pública respecto al alcoholismo se han obtenido algunos de los siguientes datos, mismos que en su mayoría denotan importante incremento en el problema del uso de alcohol, advirtiéndose éste como fuente generadora de conflictivas de salud, de fuertes repercusiones sociales y económicas.

Reportes elaborados en 1960, hacen mención al hecho de la existencia en Estados Unidos de América de 4.5 millones de alcohólicos de muertes al menos cada año de 12.000 alcohólicos a causa de

su alcoholismo crónico , y se reporta que el 14.6% de los enfermos ingresados a hospitales psiquiátricos fueron alcohólicos, significando ello un incremento del 18% con respecto a las cifras obtenidas una década antes. (32)

Datos posteriores (1975), señalan el aumento a 5 millones, agregando que al embriaguez representa más del 40% de las detenciones por conflictos legales, constituyendo la primordial causa de ellas (22); haciéndose constante mención a su influencia en el índice de delincuencia y a las infracciones del Código de Circulación de Automóviles, llegando incluso a considerarse que entre 100 accidentes automovilísticos en 80 de ellos se encuentra involucrado el alcohol y que éstos se han producido, exceptuando las ocurridas en las dos explosiones atómicas, más muertes que las reportadas en las grandes batallas en la Historia . (38)

Como último dato respecto a los conflictos generados por el alcohol en el vecino país del norte, se reportan además de los ya mencionados los siguientes:

- Que el 40% de hombres y mujeres en las diferentes instituciones correccionales tienen problemas de alcoholismo.

- Se ha calculado que el alcoholismo causa las siguientes pérdidas en un año: pérdidas potenciales de salarios, 432 millones; pérdidas criminales, 188 millones; accidentes, 89 millones; hospitales, 31 millones; alimentación en cárceles, 25 millones;

en total, las pérdidas provocadas por el alcohol en los Estados Unidos de América ascienden a 765 millones de dólares al año. (15)

En el período comprendido entre los años de 1946 y 1957, se consideró el siguiente número de alcohólicos por 100,000 sujetos de población en 20 años de edad y mayores:

Francia	5,200	1954
E.U.A.	4,360	1955
Chile	2,960	1950
Suecia	2,580	1946
Suiza	2,100	1953
Dinamarca	1,950	1948
Canadá	1,890	1956
Noruega	1,560	1957
Finlandia	1,430	1957
Australia	1,340	1957
Inglaterra y Gales	1,100	1948
Italia	700	1954

Estudios posteriores (1962-1972), hacen referencia, en un intento de proporcionar datos estadísticos, al promedio de mortalidad por cirrosis hepática, por cada 100,000 habitantes:

<u>País</u>	<u>1962</u>	<u>1972</u>	<u>Incremento</u>
Polonia	4,8	9.4	96%
Checoslovaquia	9.1	16.9	86%
Canadá	5.7	10.2	79%

Suecia	6.0	10.2	70%
Nueva Zelanda	2.5	4.2	68%
Italia	20.6	31.8	54%
Australia	21.9	30.4	39%
E.U.A.	11.7	15.6	33%
Finlandia	3.4	4.4	29%
Alemania Occidental	19.9	28.2	27%
Dinamarca	7.9	10.0	27%

Otro indicador utilizado en un intento de establecer la gravedad del alcoholismo, es el consumo per cápita basado en la producción de bebidas alcohólicas, habiéndose obtenido los siguientes incrementos en el período comprendido entre 1969 y 1974: (39)

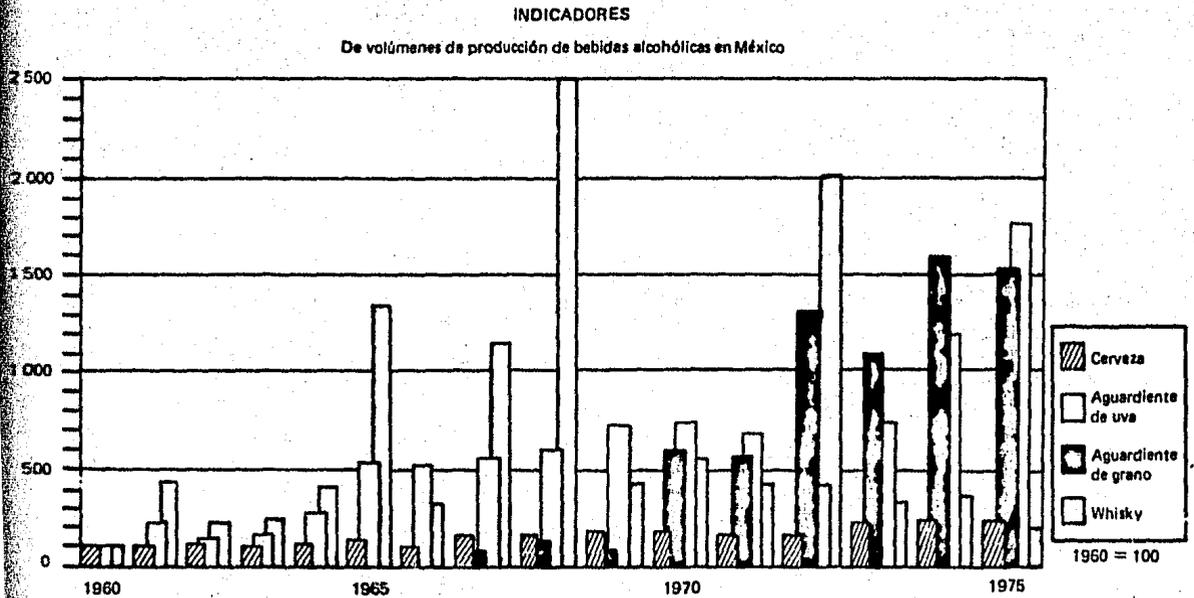
Australia	23%	Austria	19%
Bélgica	20%	Canadá	32%
Checoslovaquia	13%	Dinamarca	25%
Finlandia	47%	Francia	(-4%)
Italia	0%	Países Bajos	54%
N. Zelanda	26%	Noruega	25%
Polonia	18%	Suiza	5%
Suecia	8%	Alemania Occ.	9%
Inglaterra	34%	E.U.A.	18%

Estudios relativos a México, dan una idea aproximada de lo que en nuestro país ocurre. En la siguiente gráfica, puede apreciarse el cambio sufrido en la producción de bebidas -

a lcohólicas desde 1960 hasta 1975, debiendo tenerse presente que nuestro país no se caracteriza por ser gran exportador de ellas, de dónde se deduce que hay un incremento importante del consumo per cápita. (39)

INDICADORES

De volúmenes de producción de bebidas alcohólicas en México



Respecto a nuestro país, la cirrosis hepática ha ocupado en la última década un lugar entre las diez principales causas de muerte, agregado importancia a este dato el hecho de que afecta sobre todo a individuos entre los 25 y 40 años, coincidiendo con la época más productiva de la vida del hombre; teniendo probablemente una incidencia superior a 20 por cada --- 100,000 habitantes, Ahora bien, si la cirrosis se contempla reduciéndole a una población masculina entre los 40 y 59 años de edad, ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de muerte en el país. (13) Todos estos datos conllevan a inferir un porcentaje de alcohólicos en el país entre 5 y 7% de la población total.

Un reporte de la O.M.S. posterior a los datos ya citados (1980) menciona que la cirrosis hepática pasa a formar parte ya no de las diez causas principales de mortalidad, ubicándose dentro de las cinco más importantes. (21)

Otros datos de interés que hacen patente la magnitud del problema del uso y abuso del alcohol son los siguientes:

En 1981, el Dr. De la Fuente señaló que en la ciudad de México el 81.7% de las intoxicaciones atendidas en medios hospitalarios se debieron a problemas causados por el alcohol.

La S.S.A. en el mismo año, estableció que el alcohol es un factor asociado en aproximadamente el 50% de todas las defunciones por vehículos de motor, causando aproximadamente 25,000 decesos en un año.

En datos anteriores (1974) una investigación realizada por Cabildo hizo hincapié en los estragos que provoca el alcohol en nuestra economía al concluir los siguientes datos:

- En las refinerías faltan diariamente a sus labores el 2% de los trabajadores. Se calcula que provoca, anualmente, - una pérdida de 1,500 a 2,000 millones de pesos en las diferentes industrias.

- El alcohol acompañó al 68% de todos los accidentes de tránsito que condujeron a la muerte y al 51% de los lesionados en riñas.

- En el 6.7% de los casos, el alcohol influye en los intentos suicidas.

- El consumo de alcohol en México se ha duplicado en relación a la cantidad consumida en 1935. (15)

- De los 452,640 matrimonios realizados en ese año, se suscitaron 45,264 divorcios y 11,326 separaciones en donde el alcohol estuvo presente. (7)

Según estudios realizados por Elizondo, en 1962 existían un millón trescientos diecisiete mil habitantes alcohólicos en el D.F. , incrementándose esta cifra a 8,750 por cada 100,000 habitantes en el año de 1977.

Los elementos anteriormente citados, brindan pues el -- sombrío panorama relacionado con la utilización y abuso de be-

bidas alcohólicas acrecentando nuestro interés en el presente estudio; pues se advierte, además de la magnitud del conflicto, la abundancia de datos estadísticos y epidemiológicos limitados a ciertas áreas y a la evidente escasez de publicaciones cuyo interés se aprecie dirigido a las consecuencias que sobre el intelecto y su deterioro prematuro genera el alcohol; y éstas de existir, se avocan a entidades nosológicas que si bien tienen su origen en la ingesta immoderada de alcohol, por ejemplo: alucinosis alcohólica, demencia alcohólica, psicosis de Korsakoff, etc., no constituyen en ellas mismas al alcoholismo en sí.

D. ALCOHOLISMO Y DETERIORO INTELECTUAL

Son realmente escasos, como ya se ha hecho mención en múltiples ocasiones, los estudios relacionados al deterioro intelectual del paciente alcohólico. Los existentes en torno a este aspecto son en su mayoría referentes a entidades nosológicas resultantes del alcoholismo previo; situación que nos sugiere llevar a cabo una diferenciación entre dichas entidades y el deterioro objeto de nuestro estudio.

Múltiples autores hacen referencia al deterioro alcohólico como sinónimo de demencia alcohólica, padecimiento que el DSM-III describe de la siguiente manera:

2.91.2X Demencia asociada a alcoholismo:

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

El papel etiológico del alcohol en la demencia asociada al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol es controvertido. En cuanto al curso del padecimiento no se tienen datos ó información al respecto. El deterioro es mencionado, y refiere lo siguiente: "En algunos individuos con alcoholis

mo se han demostrado a través de pruebas psicológicas, déficit cognitivos leves. Como el diagnóstico implica demencia, hay siempre por definición algún grado de deterioro tanto social como laboral. Cuando el deterioro es grave, el individuo se vuelve totalmente amnésico al entorno y necesita cuidados continuos.

Los criterios para el diagnóstico de demencia asociada a alcoholismo mencionados por el mismo DSM-III son:

A. Presencia de una demencia, después de un hábito prolongado de ingerir grandes cantidades de alcohol.

B. La demencia persiste al menos tres semanas después de haber abandonado la ingesta de alcohol.

C. A través de la historia, el examen físico y las pruebas de laboratorio, se excluyen otras causas de demencia no debidas al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. (18)

Se tienen referencias de autores que equiparan la demencia y el deterioro alcohólico como una misma patología, al citar al segundo, como un síndrome cerebral crónico con disminución de la memoria, merma del juicio y desorientación característica, aludiendo al estado de amnesia total que puede desarrollarse a la larga el alcoholismo crónico. El paciente no recuerda sus actividades o su conducta en esta situación de amnesia, aunque para el observador desinteresado, parece relativamente intacto. (22)

No es esta la única mención realizada en torno al llamado síndrome cerebral orgánico, pues otros autores, como Caso, señalan el deterioro alcohólico como tal, agregando a ello cronicidad, es decir, lo consideran no reparable, irreversible, consecutivo a las lesiones cerebrales. En el caso del alcohólico mexicano, se refiere una baja ingesta de calorías, conllevando a la desnutrición, situación que encamina a los alcohólicos al deterioro mental, con embotamiento emocional, memoria defectuosa, inestabilidad emocional, pobreza de juicio y pensamiento superficial; propiciando así un aniquilamiento de la personalidad que nos llevaría a concluir que el enfermo es un demente. (15)

En torno a los estudios sobre el alcoholismo por él realizados, Pancheri asocia el alcoholismo crónico al deterioro alcohólico, y este a un síndrome cerebral, al que denota "síndrome de impregnación", con relativas lesiones somáticas cerebrales susceptibles de empeorar progresivamente hasta un síndrome demencial, consideración que podría resultar más ajustable a las características de los pacientes utilizados en nuestro estudio, considerando la diferencia entre un trastorno y otro, cuestión de "grados". De las cuatro características fundamentales señaladas por éste autor en torno al alcohólico, que son su aspecto típico, los cambios caracteriales constantes los trastornos somáticos que estrechamente acompañan al cuadro clínico y los déficits operatorios continuos, sería éste último el de mayor interés para nuestra investigación, ya -

que menciona que éstos van desde la simple dificultad para concentrarse ó prestar atención a una tarea hasta la pérdida de las capacidades de juicio y de razonamiento. (33)

Noyes, a pesar de aportar en torno a la deterioración del alcohólico elementos somáticos relacionados a la lesión cerebral y considerarla como un síndrome distinto del alcoholismo, la concibe aunada a éste, mencionando el conocimiento de mucho tiempo atrás del alcohol como un depresor de la función cerebral, aún cuando a la fecha no se conocen a ciencia cierta sus actuaciones específicas sobre ella. Se piensa que tal vez interfiere en la transmisión sináptica, presentando primeramente su efecto en el cerebro en niveles superiores para ir posteriormente descendiendo. Las funciones más elevadas, como por ejemplo el juicio, la memoria, el aprendizaje la autocrítica y la percepción del ambiente son las primeras en alterarse, quedando sin control los niveles inferiores al deprimirse las funciones mentales superiores. (32) Posteriormente, al igual que Pancheri, tiende a considerar al deterioro alcohólico, como unidad patológica secundaria a la ingesta excesiva de alcohol, mencionando la ya citada desintegración de la personalidad, propiciada por una atrofia progresiva de la corteza de los lóbulos frontales; situación crónica e irreversible de características francamente demenciales y factible de ser detectada por tests psicológicos aún antes de presentar el paciente evidencia clínica de lesión cerebral.

Una última referencia de quienes marcan diferencia entre el deterioro intelectual, objeto de nuestro estudio, y la demencia alcohólica la encontramos en las consideraciones realizadas por Ey, quién considera al primero, como uno de los -- varios estigmas psíquicos del alcohólico, denotándole, como un trastorno intelectual en torno al cual se aprecia un descenso del rendimiento, acompañado de trastornos de la atención, cierta obtusión en los procesos intelectuales y un déficit mnésico más ó menos importante. Sin embargo, aclara, las funciones intelectuales y la capacidad de juicio del intoxicado crónico -- pueden quedar mucho tiempo intactas e incluso vivaces. (19)

Debemos pues, dejar asentado que no es en relación a la demencia alcohólica, psicosíndrome orgánico ocasionado por la -- ingesta crónica de alcohol el interés y parámetro utilizado en el presente estudio, aún cuando , como podemos observar, un -- gran número de autores equiparan ambas situaciones.

Podemos entonces considerar, que el deterioro intelectual en la concepción mencionada por Wechsler,, misma que se -- utiliza como el más aproximado marco de referencia en éste -- estudio, pudiese denominarse un estado de inhibición intelectual, ó de desestructuración que los alcohólicos experimentan a la larga, pudiendo distinguirse desde el ángulo de la Psicología Clínica dos etapas de presentación sucesiva: primeramente la declinación intelectual permanece dentro de los límites --- normales de la dispersión interindividual, por cuyo motivo so

lo puede ponerse de relieve por las pruebas psicométricas -- cuando se dispone de la posibilidad de comparar el resultado psicométrico actual con el obtenido anteriormente por el mismo sujeto; a continuación, la declinación intelectual progresa y -- a partir de cierto momento se vuelve aprehensible para la exploración psicométrica habitual, por constituir un resultado anormal con relación al baremo de dispersión interindividual; pudiendo denominarse a estas dos sucesivas etapas "deterioro-intraindividual" e "interindividual" respectivamente.

Los rasgos del patrón psicométrico propio del deterioro alcohólico incipiente, registrado con la escala de Wechsler, -- coinciden, en líneas generales, con los del deterioro psico--- orgánico general, a saber: superioridad de la eficiencia verbal sobre la ejecutiva, y localización de rendimientos peores en los subtests de cubos y claves, siendo el rendimiento deficiente más constante en este último subtest.

Alonso Fernández elaboró un patrón psicométrico del de-- terioro alcohólico de acuerdo a la prueba de Wechsler, mismo-- que representa de la siguiente manera:

<u>Subtests resistentes</u>	<u>Subtests sensibles</u>
Vocabulario+a++	Memoria inmediata.... 0,-,+
Información+a++	Aritmética0 a +
Compl. de imágenes.....0	Cubos-,-,0
Rompecabezas0a+	Códigos ó claves.....--

indicando los signos ++, +, 0 - y -- la desviación de cada subtest con relación a la nota media registrada en los once subtests: ++ = a desviación de tres puntos ó más por encima de la medida; + = desviación de -1.5 a +1.5 puntos con respecto a la media; - = desviación de 1.5 a 2.5 puntos por debajo de la media; -- = desviación de tres puntos ó más por debajo de la media. (1)

La peculiaridad más notable de la deterioración alcohólica frente al deterioro psicomótrico general, consiste en la presentación de una desviación negativa más intensa en los subtests de cubos y claves. La deficiente nota obtenida por Santo - Domingo, Carrasco y Molina (1964) como un signo de la pérdida de la capacidad de abstracción para descomponer un todo en partes. Tanto la prueba de construcción con cubos como las claves representan una tarea intelectual que exige la intervención de la coordinación visomotora. Este dato común a ambos subtests permite explicar el deficiente rendimiento que los alcohólicos, ya precozmente, alcanzan en los mismos, puesto que la coordinación visomotora es la función psicológica que primero claudica ante la irrupción de un estado de alcoholismo persistente. Por otra parte, el rendimiento relativamente elevado que dan los alcohólicos en el subtest de rompecabezas cuya ejecución se basa también en elementos visomotores, puede explicarse quizá, porque el comportamiento visomotor tiene aquí un matiz diferente, que consiste en una plena subordinación a la anticipación visual.

Vemos pues, como los resultados más valiosos como indicadores del alcoholismo, son considerados por algunos autores los obtenidos a través de los tests que permiten la determinación del índice de deterioro como es el caso WAIS, quedando éste comprendido, si se distribuyen los distintos tests entre grupos tales como escalas psicométricas, tests psicomotores y pruebas proyectivas de la personalidad, dentro del primero.

La importancia de la prueba de WAIS queda determinada por el hecho de brindar con suficiente precisión los aspectos cuantitativos y cualitativos del deterioro alcohólico. La representación de las desviaciones cuantitativas en los diversos subtests con relación a la media aritmética de la puntuación global registrada en unidades "Standard", según expresión de Pichot (1935), constituye el patrón psicométrico de la dispersión intraindividual. (2)

D.1 Estudios realizados en torno al deterioro intelectual del alcohólico.

Es realmente limitado el número de estudios que investigan la sensibilidad del WAIS como indicador de los cambios que acompañan al abuso prolongado del alcohol y a que conduce el alcoholismo. Uno de los primeros estudios realizados al respecto, fué realizado por el mismo Wechsler (1958), informando de la existencia de una leve deficiencia en el C.I. total en el Tests Wechsler Bellevue I, en dos pequeños grupos de pacientes alcohólicos y consiguientemente una deficiencia simi-

lar en uno de los grupos estudiados con el WAIS.

Se encuentra referido como uno de los estudios mejor controlados en pacientes alcohólicos utilizando la escala de Wechsler, el realizador por Futzhugh, Fitzhugh y Reitan (1960 1965), en el cual los investigadores emplearon dicha escala en ambas investigaciones y equiparon cuidadosamente a sus tres grupos de pacientes (alcohólicos, pacientes con lesión cerebral difusa y un grupo control compuesto por pacientes no alcohólicos y sin lesión organica cerebral). El primer estudio constaba de 17 pacientes en cada uno de los tres subgrupos y el segundo utilizó a esos 17 pacientes de nuevo, pero añadió 23 pacientes para lograr un total de 40 en cada subgrupo. La media de edad era de 40 años en cada subgrupo, y la escolaridad, undécimo grado de escuela superior en cada uno de los tres subgrupos. Estos autores, convirtieron las puntuaciones directas del WAIS en notas T estándar con la finalidad de hacer comparaciones entre los subgrupos, obteniendo como resultado que en comparación con el grupo de pacientes de control, los 40 con lesión cerebral mostraron la mayor deficiencia en los subtests (y en el C.I. verbal, C.I. de ejecución y C.I. total) y los 40 pacientes alcohólicos mostraron menos deterioro que los pacientes con lesión cerebral neurólogicamente diagnosticada. Estos resultados al compararse con resultados obtenidos mediante la batería de Hastead (otra forma destinada a la valoración del deterioro intelectual, que aún no se encuentra estandarizada para utilizarse en población latinoamericana), reveló idéntico deterioro en el funcionamiento intelectual de los 40 pacientes alcohólicos. (27).

La evidencia que conforma que un alcoholismo de largo tiempo está asociado al deterioro intelectual surge de otros estudios, utilizando ambos el WAIS. En el primero, Malters-
tein y Belden (1968) compararon a dos subgrupos de pacientes
alcohólicos internados en el Hospital Estatal de Napa; uno -
con el síndrome de Korsakoff (estado resultante de largos pe-
ríodos de abuso del alcohol y de una dieta deficiente, y que
pertenece al grupo de demencias alcohólicas deteriorantes y
otro compuesto de pacientes alcohólicos sin una evidencia clíni-
ca tan clara de deterioro intelectual. Los valores del C.I.
total del WAIS fueron de 101.9 (Korsakoff) y 112.7 (pacientes
alcohólicos sin síndrome de Korsakoff), lo que pone de mani-
fiesto la deficiencia intelectual en el síndrome de Korsakoff.
En el segundo estudio, Jones y Parsons (1971), utilizaron
tanto el WAIS como la Bateria de Halstead y, mediante una -
réplica del diseño original de F^otzhugn, Fitzhugh y Reitan ya
referido, estudiaron tres grupos del Hospital de la Adminis-
tración de Veteranos, igualados en edad y educación. Sus pa-
cientes eran: un grupo de 40 con lesión cerebral difusa, 40 -
alcohólicos internados para tratamiento durante un período de
90 días y 40 pacientes hospitalizados como grupo control. Los
resultados con el WAIS mostraron muy poca diferencia entre los
pacientes de control (C.I. total 99.7) y los alcohólicos (C.
I. total 102.9), pero sí una diferencia considerable entre es-
tos dos grupos y los 40 pacientes con lesión cerebral difusa-
(C.I. total 84.1). Cuando estos tres subgrupos fueron divi-
didos en una media según la edad, con 20 pacientes jóvenes y
20 más viejos dentro de cada subgrupo, los resultados revela-

ron una leve sugerencia en el sentido de que los 20 alcohólicos más viejos (C.I. total 99.7) mostraban deterioro en el WAIS en comparación con los alcohólicos más jóvenes (C.I. total 107.3) mientras que esa diferencia debido a la edad no ocurría en el rendimiento global de los dos subgrupos de pacientes con lesión cerebral (84.4 y 83.9 respectivamente) y los dos subgrupos de pacientes de control (99.3 y 100.1). Al utilizar algunos de los tests de la Bateria de Halstead en los seis subgrupos de pacientes, se encontraron diferencias aún mayores tanto dentro de cada subgrupo como entre un subgrupo y otro. Además se evidenció que cuanto más tiempo hacía que el paciente alcohólico abusaba de la bebida, mayor era su deterioro en la Bateria de Halstead. (27).

Existen reportes posteriores a los ya mencionados, -- que hacen referencia al hecho de la presencia de elementos -- sugerentes de deterioro intelectual en los pacientes alcohólicos.

En una muestra de 171 alcohólicos, Kohler (1974) encontró en Alemania que solamente 61 sujetos de su estado no denotaron deterioro intelectual aún cuando su rendimiento fué menos en los subtests sensibles a la disminución. (25) Blusewics, Shenkenberg, Bustman y Beck (1977) en su evaluación de índices de organicidad y deterioro mental, encontraron similitudes importantes en el desempeño de las personas de edad mayor y un grupo de alcohólicos jóvenes, apoyando la

hipótesis del "envejecimiento" intelectual prematuro en alco-
hólicos. (8) Otra referencia de elementos y resultados de in-
terés para nuestro estudio, se observó por Kapur y Butters -
(1977) en una investigación realizada en 12 alcohólicos cró-
nicos en torno a las funciones intelectuales en el subtest -
de Claves (aprendizaje y percepción visual), siendo dichas --
deficiencias similares a las observadas en pacientes con psi-
cosis ó Síndrome de Korsakoff por lo que suponen alteracio-
nes en la estructura cerebral semejantes en ambos grupos. --
(24) En contraposición a las conclusiones por ellos realiza-
das, se encuentra un estudio anteriormente efectuado por ---
Martínez Pardo (1970), que aún cuando reporta resultados si-
milares en cuanto a la disminución de algunos subtests, con-
sidera que ésta es reversible y no permanente como ocurre en
pacientes con daño orgánico cerebral. (26)

Otras dos evidencias en cuanto al deterioro intelec-
tual en pacientes alcohólicos son las mencionadas por Sza--
kacs y Dobossy (1978), quienes reportaron declinación de la-
inteligencia de pacientes alcohólicos a quienes les fué apli-
cada la prueba de WAIS (37); y las de Mohs, Tinklenberg, ---
Roth y Kopell en el mismo año, quienes hacen mención a resul-
tados similares a los anteriores. (29)

Cabe hacer mención al hecho de que en nuestro inten-
to por lograr un mayor número de referencias a fin de am ---
pliar el marco teórico del presente estudio, solamente nos -

fué posible localizar además de los estudios ya mencionados, una única tesis recepcional del año de 1983, en la cual Rodríguez y Romero realizan un estudio comparativo de deterioro intelectual en alcohólicos, en el cual intentan apoyar la hipótesis de que el abuso de bebidas embriagantes provoca deterioro mental y por lo tanto los resultados obtenidos en la aplicación del WAIS son significativamente diferentes en los grupos "control" y "caso", utilizando para ello un total de 80 sujetos, 40 de los cuales, pertenecientes al grupo "control", eran individuos sin patología alcohólica entre 20 y 55 años de edad, varones y con escolaridad comprendida entre primaria y bachillerato. Los 40 restantes, con características similares, constituían el grupo "caso", añadiendo únicamente el hecho de ser bebedores crónicos por un mínimo de tres años, pero en remisión, sin que hubiesen presentado ingesta de alcohol por un período de 6 meses por lo menos. Rodríguez y Romero hacen referencia a la escasez de material bibliográfico respecto del deterioro intelectual en los alcohólicos, mencionando haber encontrado solamente una investigación al respecto, realizada por Griffin, Phillip T; Karp, Robert; en la Escuela de Medicina de Tulone, publicada en la Revista de Reportes Psicológicos en Abril de 1981, Vol. 48, No. 2, pp. 543-546, cuyo título es "Importancia relativa de la disfunción mental en alcohólicos crónicos", y cuyo resumen es transcrito en forma íntegra, y hace mención textualmente a lo siguiente: "autopercepción (ó percepción de si---

mismo, en hombres alcohólicos crónicos entre 28 y 67 años, determinados por la escala de embotamiento mental del MMPI. No hubo cambios significativos por una pobre ejecución en la prueba de Categorías de Halstead y retroalimentación por ese efecto, cuando se les pidió que clasificaran los severos daños provocados por el alcohol. El deterioro mental estuvo -- clasificado cerca del final "significativamente menos importante que los problemas financieros". Aunque el deterioro -- mental y la concomitancia del daño del funcionamiento cognitivo, es una realidad para los alcohólicos crónicos, esto no es aparentemente un elemento suficiente del alcoholismo para ser usado como un elemento que disuada a personas de estrato económico bajo." Las conclusiones obtenidas por estos autores en este estudio comparativo, muestran una aprobación de la hipótesis, citando que "existe y queda demostrada, una -- interdependencia entre los diferentes sustratos que integran la personalidad: que el hombre por ser un 'ente social', influye y es influido por la sociedad de manera dinámica; que el alcoholismo causa deterioro mental, afectando principalmente las funciones denominadas de 'ejecución' referentes a, -- ó que involucran habilidades y capacidades tales como la -- atención, concentración, memoria inmediata, imitación, análisis y síntesis, anticipación y síntesis y otras subyacentes". (35)

C A P I T U L O I I I

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando que el alcoholismo produce un decremento intelectual entre otros; se plantea el siguiente problema: ¿Existe un incremento en el grado de deterioro intelectual en -- adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados debido a la ingesta -- excesiva de alcohol en comparación con el deterioro esperado -- normalmente?

HIPOTESIS.

Ho.- No existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de deterioro intelectual de adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados y adultos jóvenes normales.

$$H_0: A=B$$

H₁.- Existen diferencias estadísticamente significativas que muestran un mayor grado de deterioro intelectual de adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados y adultos normales.

$$H_1: A \neq B$$

Esta hipótesis solo fué utilizada para el planeamiento del deterioro intelectual; sin embargo al realizar el análisis estadístico de los datos en lo que a Cociente Intelectual y a medición por funciones respecta, la hipótesis a plantear es la siguiente:

Ho.- No debe haber diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes promedios de ambos grupos.

$$H_0: x_A = x_B$$

H₁.- El puntaje promedio de los adultos jóvenes normales y el obtenido por pacientes adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados mostrarán diferencias estadísticamente significativas.

$$H_1: \quad H_1 : x_A \neq x_B$$

DISEÑO EXPERIMENTAL.

El diseño experimental utilizado fué un estudio comparativo de grupo testigo y experimental Ex-Post-Facto, definido como "una búsqueda sistemática, empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente"; siendo éste un estudio prospectivo cuasi-experimental.

VARIABLES.

De acuerdo con este diseño nuestras variables serán:

Variable Independiente: será la presencia o no de patología alcohólica, diagnosticada según los criterios marcados por el DSM III.

Variable Dependiente: esta la constituirá el grado de

deterioro intelectual existente en cada grupo, medido a través de la fórmula de cocientes de deterioro de Wechsler.

SUJETOS.

Se utilizarán 2 grupos de estudio de 30 sujetos cada uno, ambos integrados por adultos jóvenes del sexo masculino - cuyas edades caigan dentro del recorrido de 20 a 39 años de edad; con una escolaridad mínima media superior (10 años) (consultar apéndice C); que no presenten datos de organicidad de acuerdo a los criterios utilizados con el Test Gestálico Visomotor de Laretta Bender (5). En el caso del grupo experimental, serán pacientes hospitalizados en la Clínica San Rafael con diagnóstico médico y conforme a los criterios señalados en el DSM III de alcoholismo, sin que existan otras toxicomanías agregadas; y en el del grupo control, sujetos normales cuyos hábitos en relación a la ingesta de alcohol no caigan dentro de los grupos clasificados para alcohólicos.

INSTRUMENTOS.

Nuestro instrumento para medir deterioro intelectual -- fué la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS), con la que a través de la fórmula propuesta por dicho autor se calcula el deterioro partiendo de los puntajes pesados obtenidos en los subtests de esta prueba, requiriéndose para la aplicación de la misma de un manual de aplicación, protocolos de aplicación y registro de datos, material de la ejecución de la misma, cronómetro y lápiz. La descripción de esta prueba fué realizada con anterioridad en el capítulo 1 del presente estudio.

Además, se aplicó a los 60 sujetos el Test Gestáltico Visomotor de Lauretts Bender con la finalidad de establecer a través de éste la ausencia de organicidad en los sujetos de ambos grupos.

ESCENARIO.

La investigación se llevó a cabo en el caso del grupo experimental en el consultorio de Psicología del Pabellón de Hombres de la Clínica San Rafael, siendo éste un espacio aislado, libre de estímulos distractores como el ruido, llevándose a cabo la aplicación en forma individual. En cuanto al grupo testigo fué evaluado también en forma individual -- en Consultorio Particular que reúne los requisitos establecidos para la aplicación adecuada de la prueba.

PROCEDIMIENTO.

Tanto en la aplicación como en la calificación de la Escala, se siguieron los lineamientos propuestos por Wechsler en su manual de aplicación, en los cuales se enfatiza -- que "el examinador debe estar familiarizado con las instrucciones y condiciones especiales referentes a esta prueba, de tal manera que pueda seguir el manual y registrar las respuestas sin tener duda alguna"(42). Tanto para descontinuar-- después de determinado número de errores, así como también -- para la calificación de la prueba se siguieron los lineamientos, logrando obtener de esta manera datos confiables.

Una vez obtenidos los puntajes al calificar cada res puesta de los subtests se transformaron en puntajes pesados, con los cuales obtuvimos los Cocientes Intelectuales y el - Cociente de Deterioro de cada sujeto, recurriendo al manual para la obtención de los CI, situando a cada uno de ellos - dentro de su equivalente por edad y, para la obtención del C.D. con la fórmula creada para este fin.

En esta fórmula se compara la suma de los puntajes pesados subtests "mantenidos" (información, Vocabulario, Completamiento de Figuras y Ensamble de Objetos), con la suma de los puntajes de los subtests "no mantenidos" (Semejanzas, Retención de Digitos, Símbolos de Dígitos y Diseño con Cubos).

$$\text{FORMUAL: } \frac{M - NM}{M} \times 100 = \% \text{ C.D.}$$

Obtenido este cociente, se procedió a comparar los puntajes de ambos grupos, tomando en consideración el porcenta-- je de deterioro fisiológico esperado normalmente de acuerdo a la edad cronológica de los sujetos según la tabla de promedios normales de deterioro por edad.

ANALISIS ESTADISTICO.

Una vez obtenidos los datos tanto de los Cocientes Intelectuales como los puntajes pesados de los subtests, Cocientes de Deterioro , escolaridad y edad, se procedió a agruparlos en una tabla o distribución de frecuencias, para lo cual procedimos a formar intervalos de clase y en cada uno de estos colocamos las frecuencias correspondientes (f).

La distribución observada en la tabla de frecuencia nos facilitó el continuar con nuestro análisis estadístico ya que pudimos comprobar si ésta presentaba o no alguna asimetría que pudiera impedir el utilizar posteriormente instrumentos estadísticos más elaborados. Una vez formada nuestra tabla procedimos a la obtención de las medias o promedios así como la obtención de las desviaciones estandar correspondientes para cada uno de los valores obtenidos por ambos grupos.

La media aritmética o promedio, como se sabe, es la medida de tendencia central más empleada en estadística; su valor nos sitúa en el centro de las puntuaciones de cada una de las muestras. Es asimismo la medida de tendencia central más precisa ya que está basada en el número total en los valores individuales de todas las puntuaciones. Su fórmula es la siguiente:

$$\bar{x} = \frac{\sum fx}{N}$$

De la \sum representa "suma de" y N el número total de casos.

Calculamos asimismo la desviación estandar que es la medida de variabilidad dentro del grupo, ya que además del comportamiento de los datos en la distribución, se necesita de algún valor numérico para expresar la variabilidad. La desviación estandar (S) al igual que la media, es la medida de variabilidad o de dispersión más utilizada en los procedimientos estadísticos. Se emplea con mucha frecuencia en la estadística inferencial; en donde hacemos estimaciones acer-

ca de las características de una colección más grande o población de puntuaciones sobre la base de una muestra relativamente pequeña de puntuaciones tomadas al azar del conjunto mayor. Su fórmula es:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (x-x)^2}{N - 1}}$$

Para probar si existía una diferencia significativa entre las medias de muestra de ambos grupos (A y B) recurrimos al modelo estadístico conocido como pruebas de hipótesis o ensayos de significación de diferencia de medias (puntuación T). En el cálculo y valoración de esta prueba se toma en cuenta tanto la extensión de la diferencia entre las medias como la variabilidad de las muestras, pudiendo a partir de sus resultados, hacer inferencias acerca de la población motivo de estudio.

Los pasos seguidos para su evaluación fueron los siguientes:

1.- Establecimos la hipótesis de nulidad (H_0) en la cual suponimos temporalmente que no hay diferencias entre las medias verdaderas de la población de donde fueron obtenidas nuestras muestras, es decir que no hay diferencia entre puntaje promedio de ambos grupos (grupo A: adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados y grupo B: adultos jóvenes normales).

2.- Habiendo considerado un nivel de significación de 0.05, nuestra frontera de decisiones para una prueba bilateral,

en donde, tenemos 29 grados de libertad ($gl = N - 1$, $30 - 1$), -
fué de -2.045 a 2.045.

3.- La regla de decisiones por tanto se formuló de la
siguiente manera: si el valor que se obtenga del estadístico
"T" se encuentra fuera del intervalo -2.045 a 2.045 la prue-
ba será significativa y por tanto se rechaza H_0 .

4.- El estadístico "T" se calculó con la siguiente fó-
mula:

$$T = \frac{X_A - X_B}{\sqrt{\frac{N_A S_A^2 + N_B S_B^2}{N_A + N_B - 2} \left(\frac{1}{N_A} + \frac{1}{N_B} \right)}}$$

en donde:

x_A = Media del Grupo A (Alcohólicos jóvenes hospitali-
zados)

x_B = Media del Grupo B (Adultos jóvenes normales)

N_A = Número de sujetos del Grupo A

N_B = Número de sujetos del Grupo B

S_A^2 = Cuadrado de la desviación estandar del Grupo A

S_B^2 = Cuadrado de la desviación estandar del Grupo B

Los resultados del estadístico T se encuentran resumi-
dos en la tabla número 1 que aparece en el apéndice A. En es-
ta se puede observar claramente cuando rechazamos o no nuestra hipó-
tesis nula y por tanto cuando las diferencias entre los gru-
pos son significativas.

CAPITULO 4

RESULTADOS

A través del análisis estadístico realizado, se observó que el promedio de edad para el grupo de pacientes alcohólicos (Grupo A) fué de 31.46 en tanto que para el Grupo Testigo (Grupo B) fué de 27.87, con un recorrido de 21 a 39 años de edad cronológica.

La escolaridad se cuantificó por el número de años estudiados, siendo por ejemplo, para 1er. año de preparatoria o de carrera técnica un equivalente a 10 años (consultar apéndice C); obteniéndose para el Grupo A un promedio de escolaridad de 14.23 aproximándose al 3er. año de Educación Superior, en forma similar que el grupo B, quien obtuvo un promedio de 15.77 correspondiente al 4o año de Educación Superior.

En los cocientes intelectuales tanto verbal, de ejecución y total, observamos la existencia de diferencias significativas ya que en los 3 casos la H_0 fué rechazada; mostrando que todos ellos fueron menores para el Grupo A: CI Verbal=100.6, CI de ejecución 99.6 y CI Total= 99.9, en tanto que para el grupo B fueron: CI Verbal = 110.76, CI Ejecución = 108.46 y CI Total = 110.27. Puede apreciarse que ambos grupos obtuvieron mayor puntaje en los cocientes intelectuales verbales con respecto a los de ejecución. Los diagnós

ticos intelectuales totales arrojaron una Moda de Normal Pro medio para ambos grupos.

El Cociente de Deterioro para el Grupo A fué de -- 14.02% discrepando significativamente desde el punto de vista estadístico del obtenido por el Grupo B que fué de 7.56% lo cual conllevó al rechazo de la Ho. En cuanto a los diagnósticos del deterioro obtenidos a través de la medida de -- tendencia central de Moda fueron Patológico para el Grupo A y Sospechoso para el Grupo B.

Análisis estadístico por subtests.

En los subtests los resultados globales para ambos grupos fueron:

En la escala verbal se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, apreciándose mejor rendimiento en el Grupo B en todos los subtests comprendidos en esta escala, exceptuando el de Comprensión, en el -- que el Grupo A mostró un rendimiento similar al del Grupo B.

En la escala de ejecución las diferencias fueron -- también estadísticamente significativas en los subtests de -- Símbolos de Dígitos, Diseño con Cubos y Ordenamiento de Figuras, habiendo obtenido menor rendimiento los sujetos del Grupo A. En los subtests de Completamiento de Figuras y Ensam-- ble de Objetos, aún cuando el Grupo B mostró un mejor rendimiento, las diferencias obtenidas no resultaron ser estadis--

ticamente significativas,

Dividiendo de acuerdo con la clasificación de Wechsler en funciones "mantenidas" y "no mantenidas" encontramos lo siguiente:

En el grupo de funciones "mantenidas":

Información.- La media del grupo A fué de 11.3 y la del Grupo B de 13.3, observándose que es mayor la del Grupo B, y al realizar el cálculo de T que fué de 3,366 encontramos diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Vocabulario.- La media del Grupo A fué= 11.73 en tanto que la del Grupo B fué = 13,17 apreciándose nuevamente un valor mayor para el Grupo B, con un cálculo de $T= 3.825$ que dada su significancia llevó al rechazo de H_0 ,

Completamiento de Figuras.- La media del Grupo A fué de 10,96 y la del Grupo B de 11,9 con un valor de $T=1.658$ poniéndose de manifiesto la ausencia de diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, confirmándose así la H_0 .

Ensamble de Objetos.- El Grupo A obtuvo una media de 8.93 y el Grupo B de 9.7, con un puntaje $T= 1.123$ que es igual que en el subtest anterior apoya la H_0 .

En el grupo de las funciones "no mantenidas":

Semejanzas.- La media obtenida por el Grupo A fué -- de 10,67 en tanto que la del Grupo B fué de 12,37 con un puntaje $T= 2.909$ que muestra diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupo rechazando la H_0 .

Retención de Dígitos.- La media para el Grupo A fué de 6,73 y de 8,63 para el Grupo B con un cálculo de $T= 3.014$ - mostrando significancia en la diferencia entre ambos puntajes.

Símbolos de Dígitos.- La media del Grupo A fué de -- 8,33 y la del Grupo B de 11,23 con un valor $T=5133$ mostrando - diferencia estadísticamente significativa.

Diseño con Cubos.- El Grupo A obtuvo una media de -- 10,13 y el B de 11,23 con un puntaje $T=2,254$ siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Análisis Clínico Global.-

En lo que respecta a los cociente intelectuales de - ambos grupos se observó que para el grupo de pacientes alcohólicos, estos fueron menores aún cuando estadísticamente la diferencia entre ellos fué estadísticamente significativa.

En la comparación de los dispersigramas de los Grupos A y B, encontramos que el subtest de Vocabulario, que mide la capacidad potencial del individuo (en este caso de cada uno de los Grupos) y que según diversos autores es el subtest más refractario a cualquier cambio y el más saturado en factor "g" fué la función mejor conservada en el grupo de alcohólicos y -

una de las 2 mejor conservadas del Grupo Testigo, ubicándose en ambos casos ligeramente por encima de la media normal. Sin embargo, no se observó mayor refractareidad en esta función -- con respecto a las otras medidas por la escala de Wechsler -- tanto que la diferencia apreciada entre ambos grupos fué significativa.

En general, el perfil de ambos grupos mostró discrepancia manteniéndose siempre un mejor rendimiento para el Grupo Testigo, exceptuando la capacidad de juicio lógico, la memoria de percepción visual y la capacidad integrativa de situaciones poco estructuradas en las que a pesar de haber sido mayor el rendimiento del Grupo B, estadísticamente no se encontró significancia en las diferencias.

En cuanto a los procesos de memoria de evocación, -- concentración, nivel conceptual y atención espontánea, mismos que se encuentran comprendidos en la escala verbal las diferencias en el rendimiento de ambos grupos resultaron significativas.

En lo que a las capacidades valoradas por la escala de ejecución respecta, se aprecia mayor disminución en el Grupo A en la capacidad imitativa y de aprendizaje mecánico y aún cuando la diferencia en el rendimiento de la capacidad de análisis y síntesis y de la capacidad de anticipación y planeación futuras fué estadísticamente significativa, esta diferencia no resulta ser tan ostensible como en la primera de las --

funciones mencionadas, La memoria de percepción visual y la capacidad integrativa de situaciones poco estructuradas resultaron estadísticamente similares aún cuando en ambas se apreció mayor rendimiento para el Grupo B.

Luego de realizado el análisis de los resultados obtenidos a través del presente estudio comparativo, podemos concluir lo siguiente:

1. De manera contundente, se aprecia en el adulto alcohólico deterioro intelectual mayor que el denotado por adultos sin evidencia de abuso de bebidas alcohólicas.

2. En el individuo con patología alcohólica, se observa un índice de deterioro intelectual superior al esperado de acuerdo a su edad cronológica.

3. Al incrementar el deterioro intelectual en función directa a la presencia de dependencia al etanol, existe un decremento en la capacidad intelectual detectado por la disminución en el Cociente Intelectual Total.

4. Los diagnósticos intelectuales variaron en un rango por debajo para los sujetos alcohólicos en relación a los obtenidos por el grupo testigo.

Considerando funciones "mantenidas" y "no mantenidas":

1. Se observó menor rendimiento en el grupo de pa--

cientes con datos de alcoholismo, no solamente en los subtests que tienden a decrementar con la edad o "no mantenidos", sino también en 2 de los 4 considerados como "mantenidos" o que no decrecen con el paso de la edad, siendo éstos los subtests de Vocabulario e Información.

2. De los 4 subtests no contemplados en la fórmula de Wechsler para calcular en forma numérica el índice de deterioro, solamente en el de Comprensión se observó similar rendimiento en ambos grupos estudiados, siendo considerablemente menor dicho rendimiento, tal y como si se tratase de funciones "no mantenidas", en el grupo de alcohólicos para los subtests de Aritmética, Retención de Dígitos y Ordenamiento de Figuras.

Dividiendo la prueba de Wechsler en Escalas Verbal y de Ejecución, concluimos que:

1. El rendimiento verbal fué menor en el grupo de alcohólicos excepto en el subtest de Comprensión en el que los puntajes fueron similares.

2. En la escala de ejecución hay discrepancia, con menor rendimiento en todos los subtests en el grupo experimental, pero dicha diferencia solo resultó significativa en los subtests de Símbolos de Dígitos, Diseño con Cubos y Ordenamiento de Figuras.

Consideramos de interés hacer notar que aún cuando la dispersión de puntajes es menor en los sujetos del grupo --

experimental, los trazos del dispersiograma son similares para adultos con y sin patología de alcoholismo (consultar Apéndice B, gráfica 1), observando que en ambos disminuyen con respectivas medias de rendimiento los subtests de Aritmética, Ordenamiento de Figuras, Ensamble de Objetos y Símbolos de Dígitos, mismos que evalúan respectivamente concentración, anticipación y planeación futuras, capacidad integrativa de situaciones poco estructuradas y capacidad imitativa y de aprendizaje mecánico; encontrándose menormente conservado aún el subtests de Retención de Dígitos que valora la capacidad de atención espontánea.

Una última observación que juzgamos pertinente es la de señalar el hecho de que a pesar del menor rendimiento general del grupo de alcohólicos y el mayor deterioro intelectual por ellos sufrido, sus puntuaciones dentro del dispersiograma se conservan dentro de los límites de normalidad -a excepción del subtests de Retención de Dígitos- así como su diagnóstico intelectual, pudiendo hacer mención en forma muy general de que en ambos grupos se obtuvo un Buen Cociente de Inteligencia.

C A P Í T U L O V

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En cuanto a las limitaciones encontradas en la realización del presente trabajo, podemos incluir inicialmente, las relacionadas con la edad de los sujetos que conforman ambos grupos de estudio, ya que aún cuando se estableció un recorrido de 20 a 39 años, los grupos no fueron completamente paralelos e incluso la media de edad para el grupo experimental fué mayor; pudiéndose en un momento dado presentar la interrogante acerca de en qué porcentaje influiría este hecho al calcular el índice de deterioro; aunque de ser así su influencia sería mínima dado que la diferencia obtenida aquí es pequeña. Esto también nos impidió realizar una confrontación entre ambos grupos situando a cada uno de los sujetos dentro de los rangos de edad correspondientes establecidos por Wechsler y en los que se considera el deterioro fisiológico que conlleva la edad y el porcentaje correspondiente de acuerdo a ésta; para de esta manera, poder apreciar que rango de edad se vé más afectado debido a la ingesta excesiva de alcohol.

En relación a la escolaridad, nuestros sujetos presentaron un buen nivel de preparación, lo que permitió corroborar la afirmación de algunos autores en cuanto a que se observa cierto grado de deterioro intelectual en aquellas personas que han tenido la posibilidad de desarrollar sus potencialidades, es decir, hay deterioro por que hay qué se deteriore

pero debido al buen rendimiento presentado en general por los sujetos testados no fué posible observar el grado de deterioro obtenido por sujetos con las mismas características de los examinados para nuestra investigación pero con un desempeño intelectual inferior al diagnóstico de Normal Promedio.

Lo anterior está relacionado, además, con el hecho de que las personas que forman los grupos de estudio pertenecen en su mayoría al nivel socioeconómico medio y medio alto, por lo que han tenido mayores oportunidades culturales para su desarrollo. Incluso es importante hacer notar que el tipo de bebidas ingeridas por los pacientes alcohólicos varía en relación a las utilizadas por individuos de nivel socioeconómico bajo, debido a la facilidad económica de unos y las limitaciones o escasez de otros, situaciones que inciden de diferente manera sobre el deterioro físico, fisiológico y por ende intelectual de un individuo.

Otra variable no contemplada en este estudio fué la cronicidad, considerando de importancia su inclusión en investigaciones posteriores, en razón de las variaciones que ésta provoca en el rendimiento intelectual de sujetos con menor o mayor tiempo de ingesta. En este trabajo no fué posible considerarla debido a que los datos proporcionados por los pacientes con patología alcohólica eran imprecisos, de tal forma, que la información obtenida no era totalmente confiable. Además, el promedio de cronicidad que obtuvimos fué de 8 a 10 años, pero como ya se mencionó no fué considerado debido a la

poca fiabilidad de los datos, Además se presentó la dificultad de establecer a partir de la información obtenida la diferencia entre el período de inicio en la bebida y el momento en que ésta alcanzó los niveles de dependencia alcohólica.

Otra limitación enfrentada desde el inicio de nuestra investigación fué la escasez de material bibliográfico, ya que los estudios y publicaciones al respecto, giran en un porcentaje asombrosamente elevado en torno a enfoques antropológicos, sociales, legales, epidemiológicos y de índole médica en lo que a las repercusiones consecuentes a la utilización exacerbada de bebidas alcohólicas respecta, encontrando que los enfoques psicológicos al problema son mínimo y de éstos, la mayoría orientados hacia la búsqueda de características generales o perfiles de personalidad propios del enfermo alcohólico, o bien basados en aspectos psicoanalíticos y en un mínimo de casos el interés se centra en la detección de patología orgánica secundaria a la ingesta excesiva de alcohol y sus repercusiones en el aspecto intelectual.

Consideramos de importancia sugerir para investigaciones futuras sobre el tema, mismas que esperamos sean mayormente promovidas, dado el interés de éste, implementar nuestras más grandes significativas que incluyan mayores rangos de escolaridad, diferentes niveles socioeconómicos y recorridos de edad más amplios, así como muestreos realizados en pacientes dependientes al alcohol de sexo femenino, en aras

de realizar estudios comparativos entre los diferentes grupos con el fin de esclarecer en qué medida éstas diferentes variables generarían un mayor o menor deterioro intelectual, generado por la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas.

De acuerdo a lo mencionado en el capítulo de resultados, observamos y hacemos mención al hecho de que existen subtests de la prueba de Wechsler, como el de Aritmética, Retención de Dígitos y Ordenamiento de Figuras que no son considerados e incluidos en la fórmula para cuantificar el índice de deterioro propuesta por Wechsler sin embargo a través del análisis estadístico de datos realizado, se pudo apreciar que en éstos subtests sí existe variación significativa en el rendimiento de ambos grupos, por lo que juzgamos prudente hacer mención a la adaptación de la fórmula de deterioro intelectual de Wechsler utilizada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la SSA, misma que toma en cuenta todos y cada uno de los 11 subtests que conforman la prueba de inteligencia de este autor, considerando que sería de utilidad realizar investigaciones en base a ésta modificación de la fórmula, con la finalidad de contemplar la posibilidad o no de su validación y estandarización.

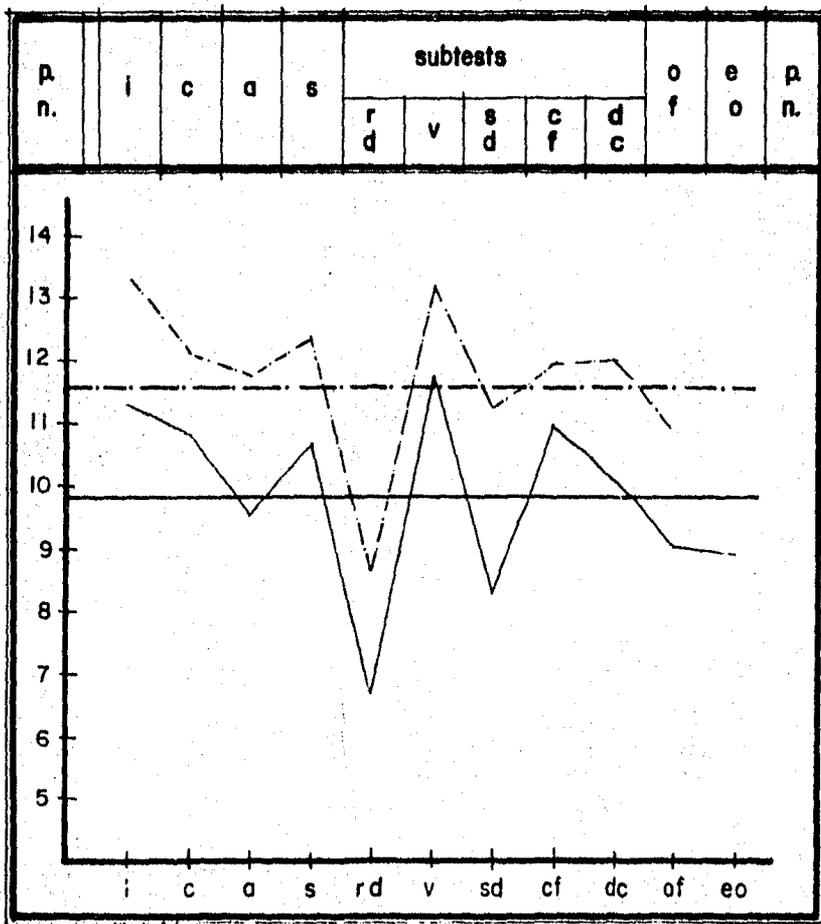
APENDICE A

	GRUPO A	PROMEDIOS (\bar{X})		DESV. ESTANDAR (S)		Frontera de Decisiones = 0.05	Cálculo de T	Rechazo ó No Rechazo de Ho
	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B			
	C.I. VERBAL	100.6	110.76	10.65	9.02	2.045	3.987	Rechazo
	C.I. EJECUCION	99.6	108.46	13.84	10.28	2.045	2.814	Rechazo
	C.I. TOTAL	99.9	110.27	12.16	9.42	2.045	3.692	Rechazo
	C. DE DETERIORO	14.02	7.56	10.70	6.95	2.045	-2.773	Rechazo
SUBTESTES	Información	11.33	13.3	2.52	1.98	2.045	3.366	Rechazo
	Comprensión	10.8	12.13	2.84	2.59	2.045	1.895	No Rechazo
	Aritmética	9.53	11.77	3.11	2.59	2.045	3.031	Rechazo
	Semejanzas	10.67	12.37	2.59	1.88	2.045	2.909	Rechazo
	Ret. de Dígitos	6.73	8.63	2.36	2.52	2.045	3.014	Rechazo
	Vocabulario	11.73	13.17	1.36	1.55	2.045	3.825	Rechazo
	Símbolos Dígitos	8.33	11.23	2.45	1.89	2.045	5.133	Rechazo
	Comp. de Figuras	10.96	11.9	2.19	2.20	2.045	1.658	No Rechazo
	Diseño con Cubos	10.13	11.23	3.57	1.89	2.045	2.254	Rechazo
	Ord. de Figuras	9.07	10.93	2.71	2.46	2.045	2.783	Rechazo
	Ens. de Objetos	8.93	9.7	2.87	2.42	2.045	1.123	No Rechazo

TABLA 1.- Resultados Estadísticos Globales

Gpo. A: Adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados Gpo. B: Adultos jóvenes normales.

APENDICE B



grupo a.

c.i. verbal	=	100.6	Xv =	10.08
c.i. ejecución	=	99.6	Xe =	9.48
c.i. total	=	99.9	Xt =	9.81

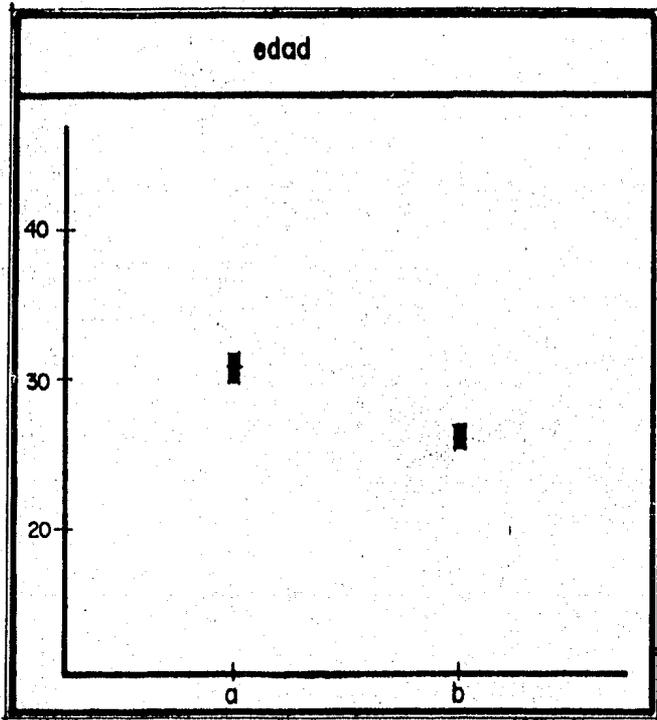
grupo b

c.i. verbal	=	110.76	Xv =	11.87
c.i. ejec.	=	108.46	Xe =	11.16
c.i. total	=	110.27	Xt =	11.53

subtests		
escala verbal	grupo a	grupo b
información	11.33	13.30
comprensión	10.80	12.13
aritmética	9.53	11.77
semejanzas	10.67	12.37
ret. de dígitos	6.73	8.63
vocabulario	11.73	13.17
escala de ejecución		
simb. dígitos	8.33	11.23
comp. de figuras	10.96	11.9
diseño con cubos	10.13	12.0
ord. de figuras	9.07	10.93
ens. de objetos	8.93	9.70

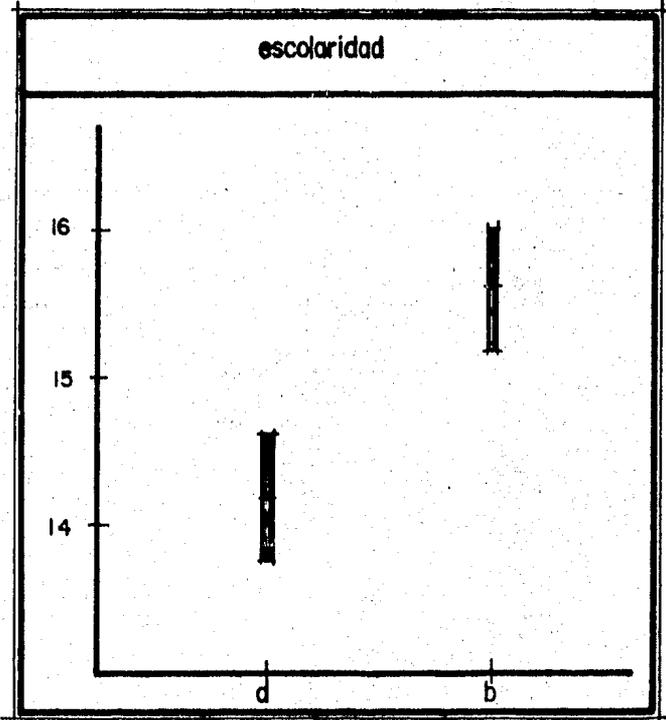
grupo a: adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados —————
 grupo b: adultos jóvenes normales. - - - - -

grafica 1.
dispersigrama global



grupo a
 $x = 31.46$
 $s_x = 1.01$

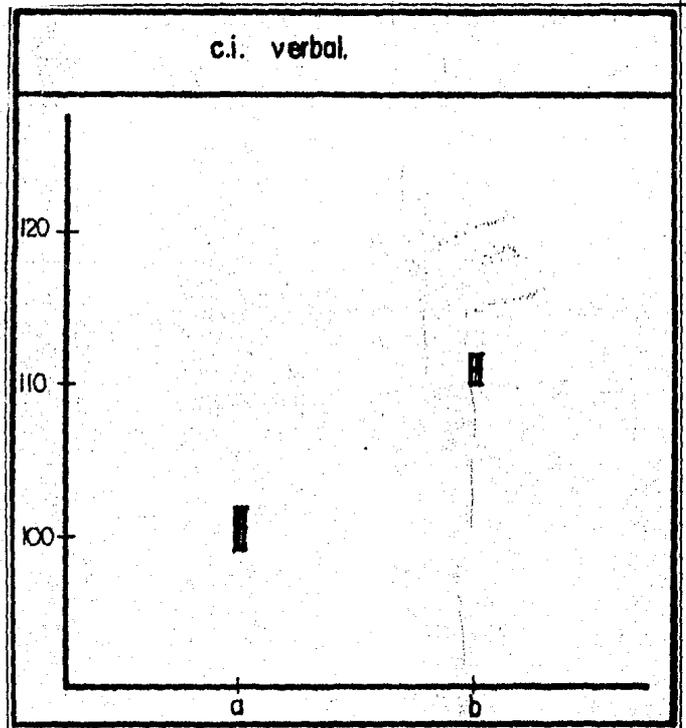
grupo b
 $x = 27.87$
 $s_x = 0.68$



grupo a
 $x = 14.23$
 $s_x = 0.54$

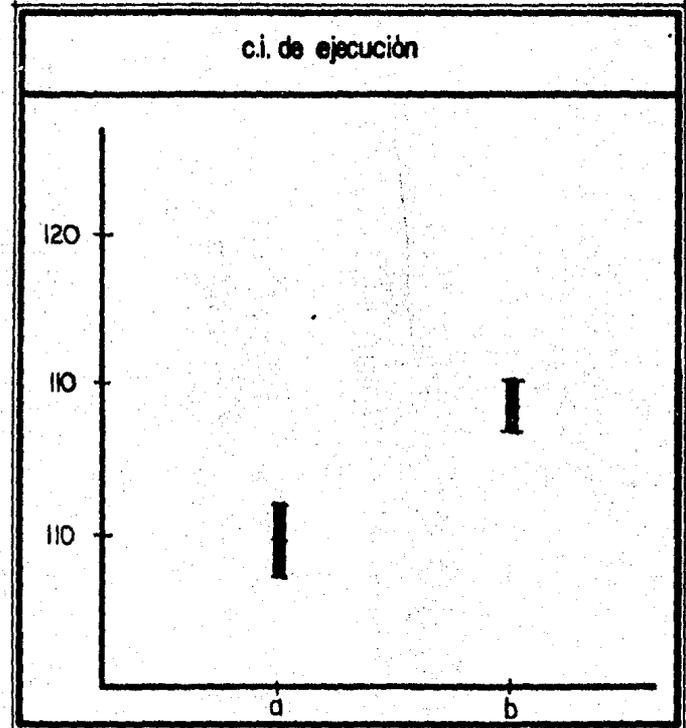
grupo b
 $x = 15.77$
 $s_x = 0.38$

grupo a: adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados
 grupo b: adultos jóvenes normales



grupo a
 $\bar{x} = 100.6$
 $s_{\bar{x}} = 1.94$

grupo b
 $\bar{x} = 110.76$
 $s_{\bar{x}} = 1.65$

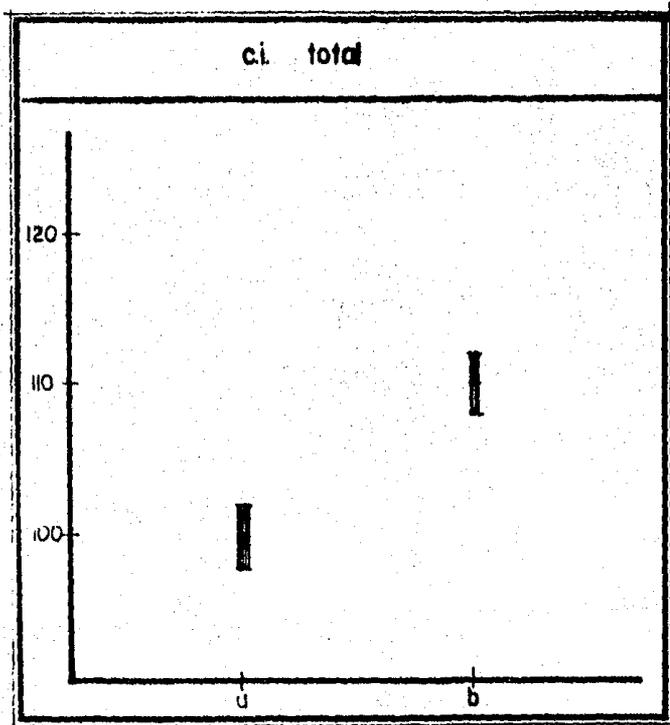


grupo a
 $\bar{x} = 99.6$
 $s_{\bar{x}} = 2.53$

grupo b
 $\bar{x} = 108.46$
 $s_{\bar{x}} = 1.88$

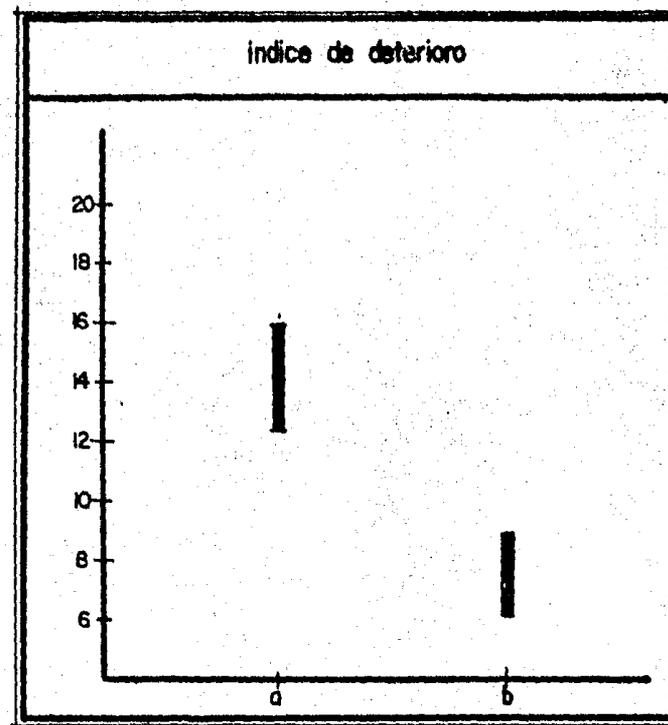
grupo a: adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados
 grupo b: adultos jóvenes normales

graficas 4 y 5
 c.i. verbales y de ejecución



grupo a
 $x = 99.9$
 $s_x = 5.47$

grupo b
 $x = 110.27$
 $s_x = 1.72$



grupo a
 $x = 14.02$
 $s_x = 1.95$

grupo b
 $x = 7.56$
 $s_x = 1.27$

grupo a: adultos jóvenes alcohólicos hospitalizados
 grupo b: adultos jóvenes normales.

graficas 6 y 7
 c.i. total e índice de deterioro

APENDICE C

ESCOLARIDAD EN EQUIVALENTES POR AÑO

1o. Preparatoria	_____	10 años
2o. Preparatoria	_____	11 años
3o. Preparatoria	_____	12 años
1o. Profesional	_____	13 años
2o. Profesional	_____	14 años
3o. Profesional	_____	15 años
4o. Profesional	_____	16 años
5o. Profesional	_____	17 años
1o. Postgrado	_____	18 años
2o. Postgrado	_____	19 años
3o. Postgrado	_____	20 años

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

1. Alonso Fernández, Francisco, Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Tomo I. Madrid (España). Editorial Paz Montalvo. - 3a. Edición. 1976.
2. Alonso Fernández, Francisco. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Tomo II. Madrid (España). Editorial Paz Montalvo. 3a. Edición 1976.
3. Anastasi, Anne, Tests psicológicos. Madrid (España). Editorial Aguilar S.A. 2a. Edición. 1973.
4. Barba Chacón, Javier. Perspectivas de investigación del alcoholismo en México. El alcoholismo en México. Tomo III. - Memorias del seminario de análisis. México. Editorial Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 1983.
5. Bender, Laretta. Test Guestáltico Visomotor. Usos y aplicaciones clínicas. Buenos Aires. Editorial Paidós.
6. Berruecos, Luis A. Aspectos antropológicos del alcoholismo. El alcoholismo en México. Tomo II. Aspectos sociales, culturales y económicos. México. Editorial Fundación de Investigaciones, A.C. 1983.
7. Berruecos, Luis A. Panorámica actual del problema del alcoholismo en México. Antecedentes, acciones concretas e investigaciones. Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Society for Applied Anthropology. México. 1978.

8. Blusewicz, M.J.; Schenkenberg, T.; Mastman, R.D.; Beck, E.C. WAIS performance in young normal, young alcoholic, and elderly normal groups: an evaluation of organicity and mental aging indices. Journal of Clinical Psychology. 1977 -- Oct. Vol. 33 (4). Pags. 1149-1153.
9. Calderón Narváez, Guillermo. Consecuencias sociales y económicas de la ingestión anormal de alcohol. Revista de la Facultad de Medicina. México. 9:289. 1967.
10. Calderón Narváez, Guillermo. Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México. Revista del Instituto Nacional de Neurología. 2:5. 1968.
11. Calderón Narváez, Guillermo. Salud mental comunitaria: un nuevo enfoque de la Psiquiatría. México. Editorial Trillas. 1981.
12. Campbell D.; Stanley, J. Diseños experimentales y causales experimentales en la investigación social. Buenos Aires, - Amorrortu Editores. 1973.
13. Campillo Serrano, Carlos. Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para provenirlos. El alcoholismo en México. Tomo I. Patología. México. Editorial Fundación de Investigación Sociales A.C. 1982.
14. Caraveo Anduaga, Jorge. La epidemiología aplicada al estudio del alcoholismo. El alcoholismo en México. Tomo III. Memorias del seminario de análisis. México Editorial Socie

- dad Mexicana de Geografía y y Estadística. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. 1983.
15. Caso Muñoz, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. México. Editorial Limusa. 2a. Edición. 1982.
 16. Castrejón Pineda Patricia; Zendejas Hernández M.A. Un estudio comparativo del deterioro intelectual en un grupo de ancianos con padecimiento vascular cerebral en relación a otro de ancianos normales. Tesis. U.N.A.M. 1984.
 17. Castro, Luis. Diseño experimental sin estadística. México. - Editorial Trillas. 2a. Edición. 1982.
 - 18, DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona. Masson, S.A. 1983.
 19. Ey, Henry. Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Toray-Mansson, S.A. 1a. Edición. 1965.
 20. Fayad Hassan, Aída. La ingesta de bebidas alcohólicas en una muestra de trabajadores de la industria de la construcción de la ciudad de México. Tesis. I.T.A.M. 1982.
 21. Fernández Varela, Héctor. Aspectos de Salud Pública. El alcoholismo en México. Tomo III. Memorias del seminario de análisis. México Editorial Sociedad Mexicana de Geografía y -- Estadística. Fundación de Investigación Social, A.C. 1983.
 22. Freedman, A.M.; Kaplan Harlod I.; Sandock, B.J. Compendio de - Psiquiatría. Barcelona (españa). Salvat Editores, S.A. 1a --

Edición

23. Hoel, P. G. Estadística Elemental. México. Compañía Editorial Continental, S.A. 2a. Edición. 1968
24. Kapur, N.; Butters, N. Visuo-perceptive deficits in long term alcoholics with Korsakoff's psychosis. Journal of Studies on alcohol. 1977 Nov. Vol. 38 (11) Págs. 2025-2035.
25. Kohler, W. Criteria for intellectual performance loss of chronic alcoholics on the HAWIE intelligence test. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie. 1974. Vol. 21 (1) Págs. 103-114.
26. Martínez Pardo, F. Intellectual deterioration in chronic alcoholic intoxication. Archivos de Neurobiología. 1970' Jul. Vol. 33 (3) — Págs. 273-279.
27. Matarazzo, J. D. Wechsler. Medida y valoración de la inteligencia del adulto. Barcelona (España) Salvat Editores, S.A. 5a. Edición. — 1976.
28. Mayer-Gross, W; Slater, E.; Roth, M. Psiquiatría Clínica II. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2da. Edición. 1974.
29. Mohs, R.C.; Tinklnberg, J.R.; Roth, W.T.; Kopell, B.S. Slowing of short-term memory scanning in alcoholics. Journal of studies on alcohol. 1978. Nov. Vol. 39 (11) Págs. 1908-1915.
30. Molina Piñeiro, Valentín. El alcoholismo en México. Tomo —

- III. Prólogo. Memorias del seminario de análisis. México. - Editorial Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. Fundamentación de Investigaciones Sociales, A.C. 1983.
31. Morales, María Luisa. Psicometría aplicada. México. Editorial Trillas. 1a. Edición. 1971.
32. Noyes; Kolb, L.C. Psiquiatría clínica moderna. México. La -- Prensa Médica. 4a. Edición. 1971.
33. Pancheri, P. Manual de Psiquiatría clínica. México. Editorial Trillas, 1a, Edición. 1979.
34. Rapaport, D. Tests de diagnóstico psicológico. Buenos Aires -- Editorial Paidós. Vol. 13. Serie mayor. 1977.
35. Rodríguez Román Zoila; Romero Aguirre, Fernando. Estudio comparativo de deterioro mental en alcohólicos. Tesis. U.N.A.M. México. 1983.
36. San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. México. Editorial La - Prensa Médica Mexicana. 3a. Edición. 1975.
37. Szakacs, F.; Dobossy, M. Data on the clinical psychodiagnostic application of the MAWI indexes, indicating the relation of -- verbal and performance IA. Magyar Pszichologiai szemle. 1988. Vol. 35 (3) Págs. 226-240.
38. Vallejo Nágera, J.A. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona. Editorial Científico-México. 10a. Edición. 1981.
39. Velazco Fernández, R. Esa enfermedad llamada alcoholismo. México. Editorial Trillas. 1a. Edición. 1981.

40. Velazco Fernández, R. Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo. Conceptos básicos. México. Departamento editorial ANUIES. 1a. Edición. 1980.
41. Wechsler, D. La medida de la inteligencia del adulto. Buenos Aires. Editorial Huascar. 1973.
42. Wechsler, D.F. WAIS - Español. Escala de inteligencia Wechsler para adultos. Manual. México. Editorial El Manual Moderno S.A. 1973.
43. Whittaker, James O. Psicología. México. Editorial Interamericana, S.A. 1a. Edición. 1977.
44. Wolman, Benjamín B. Teorías y sistemas contemporáneos en -- Psicología. Barcelona (España). Ediciones Martínez Roca, S.A. 1968.
45. Zimmerman, I.L. Interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS). Madrid (España). TEA Ediciones, S.A. 1976.

FE DE ERRATAS

		DICE	DEBE DECIR
Paq. 25	3er. párrafo	comprnsión	comprensión
Paq. 113	13o. renglón	rerentes	referentes