

302925



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO
ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M.

2
2y

**LA RELACION EXISTENTE ENTRE LA TENDENCIA
AL ALCOHOLISMO Y LA FIJACION ORAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:

JENNY ASSE ACHAR

L

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. MA. DE LOS ANGELES FIGUEROA AEYON

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

Agradecimientos.

Agradezco a todos aquellos que hicieron posible con su ayuda y guía la realización de éste trabajo. A mi asesora, Lic. Ma. de los Angeles Figueroa, a la Lic. Ma. Eugenia Isundegui, directora de la carrera de Psicología y muy especialmente a la Dra. Nilda Fernandez de Chacón, cuyo apoyo y estímulo fueron elementos muy importantes para el desarrollo de ésta tesis.

Así mismo, quiero agradecer a la Dra. Silvia Radosh, quien, aunque no estuvo involucrada directamente con éste trabajo, ha contribuido en gran medida para la conclusión del mismo.

Dedicatorias.

A mi mamá y mis hermanos, que siempre han estado a mi lado a lo largo de todos los momentos importantes de mi vida.

A Thanya con todo mi cariño.

A quienes ya no están, pero siguen presentes en mi pensamiento. A mi tío Beto (Ing. Alberto Achar), quien fue un modelo en mi vida; a mi papá (Sr. Carlos Asse), quien me enseñó a reír.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO I GENERALIDADES	4
I.1 Historia del Estudio del Alcoholismo	7
I.2 Prevalencia	8
I.3 Historia del Alcoholismo en México	13
I.4 El Alcoholismo en México. Situación Actual	14
I.5 La Apetencia	17
I.6 Factores Socioculturales del Alcoholismo	18
I.7 Tolerancia Acostumbramiento y Dependencia	20
CAPITULO II DESARROLLO Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO	23
II.1 Trastornos Secundarios del Alcoholismo. El Síndrome de Impregnación Alcohólica Crónica	26
II.2 Trastornos Psíquicos	26
II.3 Efectos Fisiológicos	28
II.4 Evolución del Alcohólico Crónico	30
II.5 Intoxicación Patológica, Alcoholismo Agudo y Privación	32
II.6 Delirium Tremens	33
II.7 Psicosis de Korsakoff	34
CAPITULO III ORIGEN Y NATURALEZA DE LA ADICCION ALCOHOLICA	38
III.1 El Desarrollo de la Función Sexual	39
III.2 La Sexualidad Infantil	40
III.3 Autoerotismo	42
III.4 Etapa Oral	44
III.5 Etapa Oral-Sádica	45
III.6 Importancia de la fantasía inconsciente	49

	Pág.
III.7 La Posición Depresiva en Relación a la Ansiedad en el Alcoholismo	51
 CAPITULO IV ASPECTOS ESPECIFICOS Y CARACTERISTICAS INCONSCIENTES DEL ALCOHOLICO	
IV.1 El Superyo en el Alcohólico	66
IV.2 Aspectos Esenciales de la Psicopatología del Alcoholismo	75
 CAPITULO V LA ASOCIACION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS	
	81
 CAPITULO VI METODOLOGIA	
VI.1 Objetivo	87
VI.2 Planteamiento del Problema	87
VI.3 Delimitación	87
VI.4 Formulación de Hipótesis	88
VI.5 Definición de Variables	88
VI.6 Población y Muestra	89
VI.7 Descripción del Instrumento	90
VI.7.1 Antecedentes	90
VI.7.2 Aspectos que explora el Test Desiderativo	92
VI.7.3 Aplicación del Test	94
VI.8 Diseño	96
VI.9 Sistematización de Datos	96
VI.10 Análisis Estadístico	99
 CAPITULO VII RESULTADOS	
	113
 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
Apéndice 1	119
Apéndice 2	120
Apéndice 3	125
Apéndice 4	133
Bibliografía	134

INTRODUCCION

La elección de un tema específico para realizar este trabajo, se llevó a cabo en base a un interés especial por los conflictos inconscientes que obligan a un individuo a comportarse de determinada manera respecto a sí mismo y al mundo externo.

El obligado tránsito del niño por las distintas etapas del desarrollo psicosexual y el éxito o fracasos para superar dichas etapas, afectan directamente el desarrollo de la personalidad del sujeto. Es precisamente en base a las vivencias y a las fantasías conscientes e inconscientes experimentadas por el niño durante los primeros años de vida como va formándose y creándose su aparato psíquico y a partir de ello, todo un estilo de vida y complejos mecanismos inconscientes que lo acompañarán a lo largo de su existencia.

De acuerdo a lo anterior, se piensa que la conducta alcohólica tiene su origen en conflictos internos que se iniciaron al comienzo de la vida en la fase oral del desarrollo.

El problema del alcoholismo es grave, porque el adicto genera alteraciones de distinto orden bio-psico-social tales como padecimientos hepáticos, lesión cerebral; alteraciones mentales que van desde cambios en la personalidad y la conducta y llevan a la pérdida gradual de la participación en la vida activa, con repercusiones importantes en la organización familiar

y cuyo efecto en la actividad económica del país se traduce en grandes pérdidas.

Se tomaron como punto de partida los conceptos psicoanalíticos de M. Klein y Ferbain, quienes afirman que según el grado de frustración y el éxito o fracaso de las técnicas empleadas para aliviar la tensión durante las etapas más primitivas del desarrollo del niño; las primeras elecciones de objeto y las fantasías correspondientes, así como los procesos empleados para reasegurarlas, persistirán y condicionarán las relaciones subsiguientes del individuo con el mundo externo en general y con las personas que los rodean (es decir, los objetos).

En este trabajo se hará referencia al adicto y a las conductas y actitudes observables de éste; se tratará el comienzo y la evolución de la enfermedad, así como algunos aspectos de los efectos físicos y psíquicos que el abuso de la ingestión de bebidas alcohólicas trae consigo.

Asimismo, se hablará de la etapa más temprana del desarrollo del niño, en la cual, tienen lugar procesos inconscientes asociados a la conducta alcohólica, ya que la forma como fueron vivenciados los primeros objetos y las fantasías vinculadas con ellos sentarán las bases de la organización yoica del sujeto. De igual forma, se tratarán aspectos del superyo en el alcohólico, psicopatología y procesos inconscientes en estas personas.

Se eligió como instrumento para la investigación el Test Desiderativo, que es una prueba proyectiva mediante la cual es posible recoger la

producción simbólica del examinado, permite obtener el tipo de defensas que éste utiliza y puede ser útil para dar un diagnóstico a partir de éstas.

El Test Desiderativo propone un trabajo de creación de símbolos: la producción desiderativa ofrece las cualidades del proceso individual de simbolización. Es posible detectar por medio de los símbolos el nivel de fijación del individuo y los rasgos de personalidad que poseen los sujetos a partir del tipo de respuestas obtenidas.

Se hará una comparación entre dos grupos: uno experimental y uno control; cada grupo constará de 30 miembros de sexo masculino, entre 25 y 35 años y de nivel socioeconómico y cultural diverso. A cada grupo se le aplicará el Test Desiderativo y al grupo experimental se le aplicará, además, un cuestionario dirigido a recoger las causas conscientes que obligaron al sujeto a recurrir al alcohol.

Desde el punto de vista estadístico, se usará la prueba de independencia a través de la (χ^2) chi cuadrada, la cual se emplea para hacer comparaciones entre dos o más muestras independientes cuando los datos son medidos en forma nominal.

CAPITULO I

GENERALIDADES

Antes de profundizar en el tema de este trabajo, es importante definir el concepto de alcoholismo.

"Los alcohólicos son 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 económico, o bien, que ya presentan pródromos de tales manifestaciones". (O.M.S. 1952). (1)

"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 lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales, o con su capacidad para el trabajo". (Mark Keller-Centro de estudios sobre alcohol de la Universidad de Rutgers, 1958). (2)

"El alcoholismo es un desorden crónico de la conducta que se manifiesta en 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 de bebidas alcohólicas... y por una actitud autodestructiva en las situaciones vitales y en las relaciones interpersonales". (Chafetz y Demone 1972).

(1) Rafael Velasco Fernández. *Alcoholismo. Visión Integral*. Ed. Trillas, pág. 75.

(2) Guerra Guerra a. Javier. *El Alcoholismo en México*. Ed. Fondo de Cultura Económica, pp. 32-33.

Según O. Fenichel (1966) se ha señalado que los alcohólicos poseen personalidades premórbidas orales y narcisistas, otros han señalado constelaciones familiares difíciles que crean frustraciones orales específicas, las que a su vez producen fijaciones orales. Se afirma que el alcohólico, al igual que otros adictos, no toleran la tensión, tienen poca tolerancia a la frustración o a la demora de la satisfacción. Puede Existir una tensión amorfa aliviada únicamente por el alcohol, de modo que la realidad se disipa y sólo queda el alivio y el goce aportados por la bebida.

Otros autores desechan la oralidad afirmando que en el alcohólico se presentan problemas homosexuales inconscientes. Hay quienes afirman que, en general, los hombres se muestran más tolerantes que las mujeres frente a la conducta alcohólica y que el varón alcohólico se reúne con otros varones, más que llevado por sus deseos homosexuales inconscientes por la falta de interés de la mujer hacia la borrachera masculina. Sin embargo, no se ha demostrado que existe un número significativo de respuestas homosexuales en estudios realizados.

"La Teoría "Genetotrófica" del Dr. Williams postula que ciertas deficiencias hormonales, o bien, un desequilibrio endocrino específico, puede ser la causa principal.

Un déficit nutricional inicial en unión con los factores hereditarios y el medio, constituiría un tipo metabólico premórbido productor de la "apetencia fisiológica" por el alcohol. Sin embargo, la teoría no ha sido

comprobada". (3)

"El doctor Plut afirma que los individuos que tienen mayores posibilidades de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1. Responden a las bebidas alcohólicas en forma que les permite experimentar intenso alivio y relajación.
2. Poseen ciertas características de personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
3. Pertenecen a culturas en que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor. (4)

Se admite ahora que el alcoholismo debe ser considerado ante todo como una conducta, lo cual exige que sean examinadas: 1. la motivación patológica que empuja a determinados individuos a beber en exceso, 2. la variedad de la tolerancia individual, 3. la adquisición de dependencia con respecto al alcohol, etc.

Frecuentemente, dice Fouquet, la ingestión de alcohol tomado a la manera de una droga, no representa más que un síndrome de la organización neurótica.

Los hábitos de ingestión de alcohol comienzan en ocasiones desde muy temprana edad. Por lo general, el médico descubre que el enfermo

(3) Guerra G. A. Javier. *El alcoholismo en México*. Ed. Fondo de Cultura Económica, pág. 35.

(4) Guerra G. A. Javier. *El alcoholismo en México*. Ed. Fondo de Cultura Económica, pág. 35.

inicia su habituación en forma social, que goza así de alivio ante las causas de stress en la vida y que aprendió que podía disminuir sus tensiones interiores tomando un trago de alcohol. Al pasar el tiempo, el individuo recurre más a la bebida como un medio de reducir la angustia.

Más tarde, los episodios de alcoholismo se asocian a periodos amnésicos durante los cuales el enfermo no parece perder la conciencia, pero recuerda poco o nada de lo que sucedió durante su embriaguez, aunque a otros les parezca que la cantidad de alcohol que ingirió era pequeña.

Conforme el sujeto se vuelve bebedor habitual, tiene ya una capacidad limitada para controlar la cantidad que ingiere. Una vez que empieza a tomar, continúa hasta que está comatoso, incapaz de coordinar sus acciones debido a la bebida e invadido por náuseas o vomitando.

Diversos estudios de orden clínico, señalan que los alcohólicos son personas neuróticas incapaces de relacionarse adecuadamente, emocionalmente inmaduras, dependientes y que manejan inadecuadamente las frustraciones.

I.1 HISTORIA DEL ESTUDIO DEL ALCOHOLISMO

El estudio del alcoholismo comenzó a mediados del siglo XIX. Magnus Huss (1852), fue el primero que denunció al alcohol como factor de degeneración. Después de los trabajos de la escuela francesa, Magnan (1874), Lasegue (1881), Legarín (1889), Mignot (1905), etc., nos han dado

descripciones y una clasificación de todas las formas mentales agudas, subagudas y crónicas del alcoholismo. A principios de siglo, Kraepelin, A. Forel y E. Bleuler, entre otros, prosiguieron el mismo trabajo de clasificación clínica y de estudio sociológico.

Sin embargo, esta época vio aparecer literatura pseudocientífica que oscureció los problemas etiológicos y patogénicos mediante consideraciones moralizantes, ligadas estrechamente a la teoría reinante sobre la degeneración. "El alcoholismo es un vicio, atributo de degenerados que conduce a la locura".

En el periodo contemporáneo, el interés se ha orientado hacia investigaciones psicológicas sistemáticas de la personalidad profunda del enfermo, de su cónyuge, de su familia y de su medio social. Estos estudios psicopatológicos y sociopatológicos se han beneficiado esencialmente de los progresos realizados por los métodos psicoanalíticos, sociológicos y también de antropología cultural.

Paralelamente a estas investigaciones, se han desarrollado estudios biológicos, especialmente las alteraciones muy complejas del metabolismo, los trastornos carenciales y las perturbaciones funcionales en el curso de las manifestaciones del alcoholismo crónico.

1.2 PREVALENCIA

Se estima que en los Estados Unidos de América existe una enorme

cantidad de personas alcohólicas, que ha ido en aumento en un 18 o 20% cada década desde 1950, que mueren alrededor de 12 000 alcohólicos por año debido a esa enfermedad, cuyas edades oscilan entre 30 y 35 años (los años más productivos). Los casos de pacientes que ingresan a hospitales psiquiátricos ocupan el tercer lugar en frecuencia, después de las esquizofrenias y los trastornos de edad avanzada. Kolb (1977).

Los alcohólicos que ingresan al hospital con psicosis o con alteraciones graves de la conducta, son sólo una pequeña porción del total de personas que sufren de alcoholismo en todas partes del mundo. La prevalencia del alcoholismo varía aparentemente en relación con los factores sociales y culturales.

Tasas de alcoholismo según diferentes autores. 1962-1983.

- Elizondo 1962. Existen 1,317,000 alcohólicos en el país.
- Maccoby 1965. El 14% y el 13% en dos muestras de población abierta mayor de 15 años en una comunidad rural son alcohólicos.
- Ibarra 1973. México ocupa el 2º lugar en Latinoamérica en relación al consumo de bebidas alcohólicas; (4452 por cada 100,000).
- Medina M. 1974. El 60% de la población mayor de 14 años en el D.F. bebe consuetudinariamente.

- Dirección General de 1975. Hay 59.18 alcohólicos por cada 10,000
Salud Mental. SSA. habitantes.
- Velasco F.R. Entre 9 y 12 personas por cada 1,000 son alcohólicos
- Guerra 1977. El D.D.F. informó que en 1977 había 116.8 alcohólicos por
cada 100,000 habitantes.
- I.M.P. 1977. En 748 encuestas aplicadas entre octubre de 1976 y
diciembre de 1979, dos terceras partes de las personas
mayores de 18 años resultaron ser bebedores (Instituto
Mexicano de Psiquiatría).
- Marroquín 1977. El 80% de la población indígena del país sufre las
consecuencias del alcoholismo.
- Mayoral 1977. El alcoholismo es más frecuente entre los 25 y 55 años;
hay un alcohólico por cada 75 habitantes.
- O.M.S. 1978. En general, la tasa de alcoholismo es de 13%.
- Medina Mora 1980. Hay 6% de bebedores consuetudinarios en el D.F.
- Velasco 1980. La tasa de alcoholismo es de 5 por cada 1,000 sujetos,
según un cuestionario aplicado por médicos y de 7 por
cada 1,000, según un cuestionario aplicado por
enfermeras. De acuerdo con la SS hay entre 9 y 12 por
cada 1,000.

- IMP 1980
Instituto
Mexicano de
Psiquiatría 1980. La tasa de alcoholismo varía según el autor, la muestra analizada y el año; 8.5 por cada 1,000 sujetos en población abierta (Cabildo 1958); 98 en muestra nacional (Dirección General de Salud Mental 1960), 12.3 en burócratas (Cabildo 1967) y 7.0 en población militar (Ayuso 1968).
- Benavides y
Casillas 1981 De 5,000 estudiantes, el 30% son bebedores ocasionales y el 20% son bebedores habituales.
- Tovar y 1981
Cols. La tasa de alcoholismo en el país es de 9 por cada 1,000 habitantes.
- S.S.A. 1982. Existen 6,500,000 alcohólicos en México, el 50% de ellos tienen entre 12 y 28 años, el 65% se encuentra en edad productiva.
- Quintar 1983 La Procuraduría Federal informó que en México había 5,900,000 inválidos por alcoholismo.
- García Travesi
1983 Según la S.S.A. uno de cada 10 mexicanos es alcohólico.
- Fernández V.
1983 En 1983 la Comisión Legislativa de la Cámara de Diputados estimó que había 6,000,000 de alcohólicos y

que el 50% de ellos tienen entre 14 y 28 años de edad. (5)

Mortalidad por cirrosis hepática en México. 1930-1983. (6)

Año	Tasa
1930	20.73%
1960	22.3
1970	22.8
1980	21.7
1983	22.5

Mortalidad por homicidios, accidentes y cirrosis según orden de frecuencia de 15 a 64 años.

Año	Homicidios	Accidentes	Cirrosis
	Grupo de 15 a 24 años		
1929-1931	5º	7º	"
1955-1957	1º	2º	"
1975	3º	1º	"
1981	2º	1º	"
	Grupo de 25 a 44 años		
1929-1931	4º	6º	10º
1955-1957	1º	2º	10º
1975	2º	1º	5º
1981	2º	1º	3º
	Grupo de 45 a 64 años		
1929-1931	10º	6º	3º
1955-1957	8º	7º	10º
1975	10º	4º	3º
1981	5º	4º	1º

(5) R. Velasco Fernández. *Alcoholismo. Visión Integral*. pág. 80 y sig.

(6) Eduardo Menéndez. *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Ed. Patria. pág. 24 y 26.

I.3 HISTORIA DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO

Desde la época prehispánica, entre los toltecas, mayas y mexicas, al igual que en la mayor parte de las culturas del mundo el alcohol jugaba un papel importante. El octli o pulque era consumido por los pueblos precolombinos.

El consumo del octli (maguey) se testifica por la importancia que desempeñaron en la religión los dioses de la bebida y la embriaguez, llamados los Centzon Totochtin, los dioses lunares y terrestres de la abundancia y las cosechas, así como la diosa del maguey, Mayahuel.

Medían el tiempo de dos maneras, a través de un calendario solar (365 días) que les era muy útil, puesto que se dedicaban a la agricultura y simultáneamente medían el tiempo con un calendario adivinatorio que servía para determinar el destino de cada persona a través de su vida y hasta después de la muerte. La interpretación de este calendario era básica, ya que creían que la influencia del signo bajo el que nacían regía definitivamente su vida. Así, quien nacía bajo el signo 2 conejo (ometochtli) estaba destinado a ser afecto al alcohol. El conejo se consideraba símbolo de los dioses del pulque, en honor de quienes se celebraban fiestas y banquetes donde se bebía octli.

Únicamente se podía beber en ceremonias religiosas; se castigaba fuertemente a los jóvenes que bebían y más aún a los adultos, el castigo era mayor cuanto más importante era su rango. Los sacerdotes y nobles, en ese

caso, eran castigados con la muerte. Por el contrario, los ancianos podían beber sin restricciones ya que su vida activa había terminado.

Después de la conquista, los españoles abolieron los castigos indígenas para controlar la embriaguez, por lo que poco tiempo después hubo un aumento de alcoholismo que las nuevas leyes no pudieron frenar.

En la época colonial se plantaron grandes viñedos en México, se aprendió a fermentar y destilar el maguey para la fabricación del tequila y se promovió la siembra de cebada y trigo para elaborar cerveza. De entonces a la fecha, se ha incrementado la industria de bebidas alcohólicas de tal manera, que además de su venta y consumo, se han creado importantes fuentes de trabajo, por lo cual, debido a estos intereses su producción es muy elevada.

I.4 EL ALCOHOLISMO EN MÉXICO. SITUACION ACTUAL

El alcoholismo es un problema que atañe a toda la sociedad y que debe considerarse en relación con la salud física y asociarse a sus consecuencias en la salud mental individual y comunitaria. El daño que un alcohólico puede ocasionarse a sí mismo y a los demás es enorme. La expectativa de vida de los sujetos alcohólicos puede ser menor 10 o 12 años que en sujetos no alcohólicos.

La Nueva Ley General de Salud considera que tanto el alcoholismo como la adicción a otras drogas son enfermedades y que la labor preventiva,

tratamiento y rehabilitación conciernen directamente a la Secretaría de Salud. Los antecedentes de este ordenamiento legal se encuentran en los artículos 248 y 3 del Código Sanitario -ahora derogado- así como en la aprobación de un proyecto de programa de acción contra el alcoholismo por parte del Consejo Nacional de Salud Mental (1975). En éste, se contemplaban entre otras, actividades de documentación, estadística, compilación y difusión de información, investigación y formación de personal.

Algunos factores que empiezan a considerarse se refieren al contenido de etanol en las bebidas más usuales, a la concepción de éstas como alimento, a la exposición temprana de los niños al alcohol, a su consumo común durante las comidas, a los mitos y creencias del consumo del alcohol, a los hábitos de ingesta de los padres, etc.

Los científicos sociales han explicado el alcoholismo como una desviación social, ya que se aparta de las normas culturales establecidas. Hay quienes afirman que la enfermedad es menos frecuente en sitios donde las sanciones y los valores están bien establecidos dentro de un marco cultural homogéneo; otros señalan que las dificultades inherentes al modo de vida se manifiestan en las ansiedades y conflictos individuales, mismos que el consumo de alcohol resuelve parcialmente.

La investigación sistemática del alcoholismo en México se inició hace pocas décadas.

Hasta antes de 1960 sólo se habían realizado algunos estudios que no revelaban la situación ni proporcionaban estadísticas confiables. En realidad, en México se han hecho muy pocas investigaciones en torno al alcoholismo y existen muchas incógnitas respecto a sus causas y repercusiones.

Se ha afirmado que en 1900 había aproximadamente 170 000 inválidos por alcoholismo en México; en 1895 la cifra era casi de 2 000 000, la mayoría en edad productiva y en gran porcentaje jefes de familia.

Las cuatro causas de mortalidad que se asocian más frecuentemente al alcoholismo son la cirrosis hepática, la psicosis alcohólica, los suicidios y homicidios y la incidencia de accidentes laborales y de tránsito. Se afirma que el 47.6% de los certificados de defunción en el D.F. en 1960, mencionaban al alcohol como fundamental.

Desde el punto de vista social y cultural, el alcohol desempeña un papel importante, puesto que sirve tanto para validar una relación social, como para unir gente al beber colectivamente, es provocador de conflictos en las relaciones y puede ser causa de violencia y muerte. El alcohol está siempre presente en los acontecimientos importantes de la vida, desde el nacimiento y bautizo de un hijo hasta cualquier tipo de celebración y hasta incluso, en los velorios.

En nuestro país no se ha estudiado a fondo la ansiedad en torno al alcoholismo, ni la manera como la cultura define los modos de consumo o

los aspectos causales psicosocioculturales.

Durante los últimos 25-30 años se ha despertado un gran interés por el estudio del alcoholismo; diversos especialistas han aportado datos contradictorios que sólo crean confusión y no dan una imagen real de la magnitud, incidencia y prevalencia del problema. La mayoría de los estudios socioculturales se han hecho en zonas urbanas y marginadas, dejando de lado las comunidades indígenas, donde podría ser muy grave el problema debido a que carecen de atención médica, infraestructura, economía, etc.

Por otra parte, es evidente que la industria del alcohol genera impuestos, empleos y divisas. En 1980 y solamente por concepto de producción de cerveza, se recaudaron impuestos por más de 50 millones de pesos; esta cifra no incluye la fabricación de otras bebidas alcohólicas, índices de importación y exportación e industrias relacionadas ni transportación y venta de los productos.

Por otra parte, la mayoría de los investigadores coinciden en que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática se mantiene constante desde hace 10 años.

I.5 LA APETENCIA

La historia de la humanidad nos muestra el uso constante y general del hombre por el alcohol. Desde siempre, las bebidas alcohólicas han

tenido preferencia por su efecto tónico y euforante, el alivio que ellas aportan a la angustia y paralelamente, la liberación de lo reprimido.

Históricamente, el alcohol va estrechamente asociado con los ritos religiosos de comunidades primitivas, que transmitieron hasta nuestros días y que forman parte de la vida cotidiana. Actualmente, es innegable que el acto de beber juntos crea una solidaridad entre los hombres y, como se dijo anteriormente, casi ninguna fiesta se realiza sin beber.

Junto a la satisfacción oral que procura y los valores a veces simbólicos de su uso, se le atribuyen vulgarmente propiedades fisiológicas que lo hacen "recomendable" en nombre de la salud; así que es difícil hacer admitir que el vino no sea indispensable para un buen obrero que realiza trabajos de fuerza.

El inventario de estos factores psicosociales, debe comprender la presión social que ejercen los medios de publicidad en casi todo el mundo y que refuerza al individuo y lo empuja a beber, lo que éste hace para no ser expulsado del grupo, especialmente en el lugar de trabajo.

I.6 FACTORES SOCIOCULTURALES DEL ALCOHOLISMO

Henri Ey (1980) dice que los factores socioculturales del alcoholismo pueden observarse en la variación de la proporción de alcoholómanos, según los grupos profesionales, los grupos sociales, las civilizaciones y el sexo.

En los grupos profesionales es común distinguir los empleos que

predisponen al individuo a un consumo excesivo de alcohol; trabajos de fuerza, faenas agrícolas, alcoholismo de la propina, trabajos relacionados con la producción y distribución de bebida y profesiones que imponen un desplazamiento periódico o frecuente, como marinos, viajantes de comercio, camioneros, etc.; pero el alcohólico potencial muestra preferencia particular por estas últimas profesiones que les satisfacen su deseo de huida.

Parece también que las circunstancias que motivan a un sujeto a ingerir bebidas alcohólicas, son sus relaciones con otros adictos al ethanol, principalmente durante el primer periodo de vida, cuando los mecanismos de identificación son más fáciles. Así, se encuentra con frecuencia un padre alcohólico en la casa del alcoholómano.

El estudio de grupos pequeños, ha mostrado la importancia de la presión del grupo (pareja, familia, grupo del club, etc.), en la sociogénesis del alcoholismo. en estos grupos restringidos estudiados, se piensa que es fácil poner en evidencia no sólo su necesidad elemental de dependencia, el carácter ambivalente de su demanda de ayuda y su necesidad de comunicación, sino también las relaciones entre el papel asumido en el grupo de bebedores y el asumido en la familia, representando la taberna el sustituto del hogar, la seguridad, la reafirmación de sí mismo y el sentido de pertenencia.

Debe atribuirse un papel importante a los estándares culturales referentes al acto de beber; sin embargo, el sujeto tiene una predisposición al alcoholismo y suele buscar determinados grupos sociales apegándose a

ciertos estándares culturales.

I.7 TOLERANCIA, ACOSTUMBRAMIENTO Y DEPENDENCIA

Las reacciones del sujeto al alcohol dominan la etiología de la conducta alcohólica.

Para que el alcohólico busque una satisfacción en beber y se habitúe, debe tener de antemano un mínimo de tolerancia que lo ponga al amparo de los grandes trastornos órgano-vegetativos (digestivos, hepáticos, nerviosos) y como consecuencia una forma de acostumbamiento que haga del alcohol una especie de alimento suplementario que se convierta necesario para su metabolismo alterado.

Partiendo de esta idea, es como varios autores han admitido que los trastornos humorales del alcoholismo pueden condicionar a su vez el hábito alcohólico. Pero es importante también observar que la intolerancia al alcohol puede manifestarse con dosis muy débiles y ocasionar entonces un síntoma particular que es, no ya la embriaguez, sino el deseo de beber de nuevo. Cualquiera que sea el grado de tolerancia con respecto al alcohol, el sujeto puede sufrir más o menos rápidamente una verdadera dependencia con respecto a los tóxicos. Habitualmente, esta dependencia se instala lentamente, con frecuencia varios años después de la alcoholización. En el transcurso de este periodo se observa generalmente un aumento progresivo de las dosis en función de la tolerancia; después el consumo permanece

habitualmente estable durante mucho tiempo mientras que se instala un modo de existencia patológica.

Es preciso señalar que el grado de tolerancia, puede disminuir de una forma apreciable en el curso de la evolución de la intoxicación. Así es como el sujeto observa en sí mismo que la reducción de la cantidad de bebida no produce siempre un mejoramiento de los trastornos. Esta dependencia con respecto al alcohol puede traducirse de varios modos. En primer lugar, por una imposibilidad de abstenerse de consumir bebidas alcohólicas, aunque no sea más que un solo día. En esta fase de intoxicación, el sujeto privado de alcohol siente los signos físicos y psíquicos de un estado de necesidad: sed, sequedad de boca, ansiedad, irritabilidad, etc., que constituyen un verdadero síndrome de desintoxicación atenuado. Este estado de dependencia representa una verdadera pérdida de libertad con respecto al alcohol, que se reconoce como el criterio esencial de la enfermedad alcohólica.

Hay una segunda forma de dependencia en la que el sujeto, después de haber tomado el primer vaso es absolutamente incapaz de resistir a la tentación de tomar otros, y esto hasta que haya caído en la embriaguez. En esta forma de alcoholismo, el sujeto pasa por episodios en que puede permanecer completamente abstemio.

La dependencia puede ser primaria, datando de las primeras experiencias de alcoholización, con un consumo frecuentemente solitario, poco importante y con frecuencia intermitente. En estos sujetos existe una

organización neurótica profunda y primitiva, de la cual, el alcoholismo no es más que un síntoma de emergencia.

La dependencia secundaria aparece más tardíamente y sobreviene tras un largo pasado de alcoholización. La organización neurótica subyacente es menos profunda, la dependencia es tardía y secundaria, no siendo más que de esta forma como el sujeto adopta el modo de existencia regresiva del alcohólico.

CAPITULO II

DESARROLLO Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO

En estudios continuos realizados con familiares y parientes de alcohólicos, se encuentra que el alcohólico ha experimentado una pérdida parental temprana, debido a la muerte, la separación o el divorcio. También se encuentran sujetos alcohólicos que han perdido a ambos padres y se han criado en orfanatos o con familias substitutas.

Kolb (1977) sostiene que la iniciación temprana del hábito de tomar en exceso, parece más probable en los individuos que han perdido a sus padres que en quienes no han sufrido dicha pérdida.

Las experiencias emocionales del niño en sus relaciones familiares, contribuyen a predisponer a la persona al alcoholismo en aquellos casos en que el ambiente familiar resulta conflictivo. Asimismo, las influencias culturales refuerzan los patrones familiares y establecen la predilección por el abuso del alcohol como medio de aliviar la angustia y la depresión. Las experiencias particulares de falta de apoyo emocional y afectivo por parte de los padres y el medio, pueden actuar para facilitar periodos de embriaguez o para hacer que el individuo vuelva a tomar cuando ya ha renunciado al hábito.

Según este autor a menudo, la historia familiar del futuro alcohólico

muestra que la madre fue indulgente y protectora en extremo, animando al individuo, para que continuara las exigencias infantiles orales propias de los primeros periodos de la vida. Esta actitud de la madre, además de ser agresiva puesto que no permitió al sujeto un crecimiento y una madurez emocional, propició y reforzó en él una personalidad dependiente. Con el tiempo, dichas exigencias llegaron a ser demasiado grandes e imposibles de satisfacer; entonces estos individuos reaccionan a con explosiones de rabia, ante las cuales, la madre sobreprotectora redobla sus esfuerzos por complacer el hijo y así se intensifican en él las exigencias infantiles y la dependencia.

La sobreprotección materna, a menudo es la consecuencia de conflictos entre ambos padres, relaciones distanciadas o brutales entre ellos. La sobreprotección es frecuente también, cuando el padre o la madre se ausentan de manera regular o intermitente debido a diversas causas. Los niños que crecen así, tienen relaciones difíciles con sus padres y hermanos.

En otras familias de las que salen miembros alcohólicos, las actitudes parentales suelen ser alternativamente severas y en exceso indulgentes; el niño, desconcertado por la incongruencia, se vuelve un adulto pasivo-dependiente, incapaz de expresar sus emociones y por lo tanto, frustrado y lleno de culpa y rencor por las hostilidades, no puede expresar tal resentimiento sino que lo internaliza, o bien, se convierte en un hombre sujeto a explosiones periódicas de agresión que ocurren cuando se ve liberado de sus inhibiciones.

La identidad social y sexual de estas personas se establece de manera inadecuada. Debido a la sobreprotección y ambivalencia de los padres hacia el hijo y a los conflictos de pareja, la persona no puede responder a las exigencias del medio ambiente en sus años formativos, por lo cual, las funciones del yo no se desarrollan adecuadamente.

Es frecuente que estos individuos descubran en el alcohol un medio para liberarse de las emociones dolorosas internalizadas, además de que esta conducta se va desarrollando debido a un proceso de identificación, ya que los padres acostumbran tomar frecuentemente bebidas alcohólicas. En forma secundaria evoluciona la dependencia psicológica y farmacológica hacia el alcohol, que se toma como un sustituto para cualquier satisfacción que es originalmente un sustituto del afecto y una introyección de ciertos aspectos de las figuras parentales.

En un principio, el placer proporcionado por la bebida, produce euforia, pero más tarde, conforme aumentan las frustraciones del yo, apenas suministra cierto alivio para las tensiones intolerables.

Estos modos de comienzo son comunes y los conflictos familiares mencionados aparecen como factores facilitadores, que desempeñan el papel revelador de una personalidad prealcohólica más o menos estructurada, ya que el alcohólico pudo ser traumatizado psicológicamente en etapas tempranas de su vida en ausencia de un figura conveniente o porque la madre fue emocionalmente conflictiva, de tal manera que su personalidad quedó fijada a una etapa inicial oral.

II.1 TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL ALCOHOLISMO. EL SINDROME DE IMPREGNACION ALCOHOLICA CRONICA

Henri Ey (1980) dice que el caso más frecuente del alcohólico que se presenta a consulta con la intención más o menos firme de ser curado, es aquel que desea hacerse desintoxicar debido a que se ve forzado por las presiones familiares o por el medio profesional; más raramente, el sujeto desea curarse porque sufre diferentes trastornos funcionales o porque se da cuenta de la amenaza de decadencia progresiva.

Son individuos que sobrepasan los 40 años y cuya impregnación etílica se remonta a mucho tiempo. Su rostro es clásico: congestionado, hinchado, con una coloración entre rosada y amoratada, las conjuntivas inyectadas y el aliento de un olor muy especial. La expresión mímica puede denotar obnubilación o un estado de excitación psíquica. La palabra es poco segura, precipitada y a veces balbuceante.

II.2 TRASTORNOS PSÍQUICOS

Henri Ey (1980) afirma que cuando el hábito alcohólico se encuentra ya constituido, aparecen regresiones de la personalidad que revelan un desequilibrio anterior. Las primeras manifestaciones psíquicas se traducen por modificaciones del carácter: hiperemotividad, irritabilidad, impulsividad con cóleras frecuentes, celos, inestabilidad del humor con fases de depresión predominantes.

Es en el aspecto de la afectividad donde los desordenes y trastornos son más claros: existe refuerzo de las tendencias egoístas con disminución del sentido ético y las responsabilidades. El alcohólico crónico se encuentra sorprendentemente despreocupado e indiferente con respecto a su familia. La regresión de su afectividad o su falta de integración se traducen también en un sentimiento llorón característico. Siempre está dispuesto a hacer alarde de sus buenos deseos, a manifestar su arrepentimiento y a comprometerse en buenos propósitos. Aparece un comportamiento celoso asociado a una baja de potencia sexual y a una inseguridad con respecto a la pareja.

Trastornos de la afectividad y del carácter suelen reposar finalmente sobre un fondo de ansiedad que se expresa desde la mañana con un estado de necesidad del despertar. El sujeto se apaciguará por un tiempo después de la primera ingestión de alcohol, pero reaparecerá la necesidad con las angustias y sudores que sobrevienen a la caída de la tarde, reforzándose y volviéndose más frecuente por la noche en la fase hipnagógica, en el curso de los insomnios en que el sujeto está cubierto de sudor y aumentando aún más durante el curso de pesadillas aterradoras e inquietantes.

Los trastornos intelectuales aparecen a su vez. Se observa de modo general un descenso del rendimiento, trastornos de la atención, una cierta obtusión de los procesos intelectuales y un déficit mnésico más o menos importante; reducción de la eficiencia profesional, ausentismo y de una manera general, regresión del comportamiento y la relación con los demás.

Sin embargo, las funciones intelectuales y la capacidad de juicio del intoxicado crónico pueden permanecer por largo tiempo intactas y muy vivas.

El bache de memoria o "back out" es un síntoma importante que Jellinek (Henri Ey 1980) considera como un signo de comienzo de la intoxicación alcohólica. Tras haber bebido cierta cantidad de alcohol que puede ser excesiva o no, el sujeto comprueba que ha olvidado todo lo que hacía mientras bebía.

II.3 EFECTOS FISIOLÓGICOS

El ethanol es una droga anestésica que narcotiza las células cerebrales y de ahí su efecto tranquilizante; adormece al individuo, interfiere con el habla y la coordinación de los movimientos y finalmente lleva a la inconsciencia.

Según Kolb (1977) el alcohol actúa como depresor del Sistema nervioso central. el enmascaramiento del titubeo, la falta de circunspección y autocrítica podría hacer pensar que el alcohol en pequeñas cantidades desarrolla inicialmente una acción estimulante; sin embargo, no es así, pues por lo común actúa como hipnótico.

Hay investigaciones que afirman que el alcohol afecta los procesos complejos del pensamiento ya que altera el razonamiento inductivo, pero no produce cambio en las tareas deductivas.

Los psiquiatras Henri Ey y P. Bernard (1980) afirman que los trastornos nerviosos característicos de la intoxicación etílica son, en primer lugar, el temblor pequeño, rápido, igual de las manos y de la lengua; enseguida, signos de polineuritis; calambres musculares, sobre todo en las pantorrillas, sacudidas motrices nocturnas, hormigueo de las extremidades, dolores a la presión de las masas musculares y atrofia muscular. La neuritis óptica es frecuente.

En el alcohólico crónico se producen temblores corporales y alteraciones del sueño con frecuentes despertamientos y numerosos cambios de una etapa de sueño a otra. El impulso sexual aumenta habitualmente con el alcohol, pero en el hombre, aunque está presente el potencial para la erección, se reduce el potencial para eyacular y tener orgasmo. Su uso persistente produce gastritis crónica y úlcera gastrointestinal a consecuencia de la disminución del apetito, frecuente en el alcohólico. Los trastornos intestinales se manifiestan en forma de diarrea fétidas.

Desde el punto de vista médico, Kolb (1977) afirma que la velocidad de absorción del alcohol en el organismo es más rápida que la eliminación, de lo cual resulta que una ingestión exagerada origina una concentración considerable. El alcohol se metaboliza en el organismo mediante dos métodos: la eliminación y la oxidación. La eliminación se efectúa sobre todo a través de los riñones y los pulmones, a eso se debe el aliento alcohólico de quien ha bebido; pero por estas vías sólo se elimina del 2 al 10 por ciento del alcohol ingerido. El resto se metaboliza en el hígado produciéndose una sustancia llamada acetildehído, luego ésta se transforma a su vez en ácido

acético, esto último no ocurre solamente en el hígado sino también en otros órganos. Finalmente el ácido acético se oxida y se convierte en bióxido de carbono y agua.

El hígado del alcohólico sobrepasa las falsas costillas; es liso, regular y sensible a la presión. A estos signos se añaden con frecuencia vómitos biliosos que se traducen en una hepatitis grasa; en revisiones posteriores se observan síntomas de una cirrosis hipertrófica y sobre todo atrófica.

También se observan síntomas de insuficiencia cardíaca progresiva, condicionada asimismo por la avitaminosis B y por los signos de hipertensión arterial en relación con el fondo ansioso y los trastornos afectivos que presentan los alcohólicos.

Aunque el alcohol afecta a todas las células del cuerpo, su efecto más notable se aprecia en las neuronas y se manifiesta, por lo tanto, en la conducta.

II.4 EVOLUCION DEL ALCOHOLICO CRONICO

Henri Ey y CH. Brisset (1980) afirman que el alcohólico crónico evolucionaba antes del desarrollo de la ciencia médica de un solo modo hacia los accidentes confusónicos, el delirium tremens o los estados crónicos de deterioración. Pero en la actualidad, los deterioros psíquicos y físicos son evitados con bastante frecuencia o muy retardados por los tratamientos relativamente precoces y con frecuencia sucesivos, debidos

especialmente a la facilidad de curas de desintoxicación y a la organización sistemática de consulta externa de hospitales generales y psiquiátricos.

Por consiguiente, se produce para el alcohólico crónico una evolución entrecortada de remisiones y recaídas. De esta forma, la repetición de recaídas entraña una deterioración progresiva y profunda de las relaciones conyugales y profesionales, sin embargo, el deterioro físico se retarda considerablemente.

En el hospital psiquiátrico el enfermo está con frecuencia en una situación falsa, puesto que se considera a sí mismo y es considerado por el resto de los enfermos como normal; al ser desintoxicado, se convierte rápidamente en un sujeto cooperativo y por su situación dentro del hospital, puede violar con frecuencia las consignas de abstinencia. El alcohólico establece con el personal cuidador una relación especial, es decir, no avanza hacia una reintegración social e incluso desarrolla una forma de relación cada vez más dependiente. El paciente vive una temporada más o menos larga en el hospital donde es considerado "normal" en un ambiente anormal, sin poder intentar introducirse a un medio normal en el que pronto sería un anormal. La ruptura de este equilibrio precario establecido dentro del hospital psiquiátrico por la perspectiva de una reintegración familiar, o la ruptura de un equilibrio no menos precario vivido en el exterior por la perspectiva de una reintegración al hospital, pueden engendrar una reacción de suicidio.

Los rasgos evidentemente frecuentes de una inmadurez anterior, es

decir, en etapas anteriores de su desarrollo emocional y la organización de una existencia neurótica de tipo regresivo, particularmente por su dependencia con respecto al alcohol, hace pensar en un estado neurótico no específico, que puede hacer aparecer rasgos de una estructura ansiosa, depresiva o perversa.

II.5 INTOXICACION PATOLOGICA, ALCOHOLISMO AGUDO Y PRIVACION

Dice Kolb (1977) que ocasionalmente, un individuo de personalidad inestable puede presentar, debido a la ingestión de alcohol, un estado mental transitorio de mucha mayor gravedad e intensidad que el que corresponde a los síntomas de embriaguez: este cuadro se conoce como intoxicación patológica. Comienza en forma repentina, la conciencia está alterada y el paciente se encuentra confuso, desorientado, sufre de ilusiones y alucinaciones visuales, también presenta ideas delirantes transitorias. Su actividad es impulsiva y exagerada, se muestra agresivo y los trastornos emocionales son profundos; éstos pueden consistir en furia, angustia o depresión a veces con intentos de suicidio. El cuadro dura de unos cuantos minutos a un día o más, y habitualmente es seguido de un sueño prolongado, después del cual el paciente sufre amnesia respecto a todo lo ocurrido durante el episodio.

En la mayoría de los casos es posible terminar los episodios de alcoholismo agudo si se suspende la bebida y se da al individuo un

ambiente de apoyo y poca estimulación, asegurándose que duerma y descanse en forma adecuada. En estas circunstancias los procesos corporales metabolizan rápidamente el exceso de alcohol.

El manejo terapéutico de los síndromes de privación aguda es bastante complicado; surgen abruptamente cuando se interrumpen episodios largos de embriaguez. La abstinencia puede producir temblores, náusea y vómito. Si la persona vuelve a beber y después se abstiene una vez más, conforme disminuyen los síntomas de intoxicación aguda, pueden aparecer crisis convulsivas y delirio con alucinaciones. Estas últimas, aparecen solamente cuando el episodio de embriaguez ha durado varias semanas.

II.6 DELIRIUM TREMENS

Los psiquiatras Kolb (1977) y Ey (1980) afirman que su comienzo tiene lugar generalmente por la noche, bajo la forma de un acceso confusónico agitado, continuando las pesadillas habituales que interrumpían desde algún tiempo el sueño del bebedor, pero también puede iniciarse bruscamente. Presenta de entrada una nota de gravedad, el cuerpo se encuentra bañado en sudor, el temblor es generalizado, la agitación es intensa e incesante, el insomnio es constante y total.

El delirio es muy marcado, expresado no solamente por el lenguaje, sino también por todo el cuerpo; el enfermo se entrega plenamente a él.

Revive escenas de su trabajo que tienen carácter penoso o laborioso y las visiones de animales constituyen imágenes oníricas muy frecuentes. El paciente ve generalmente bestias repugnantes o peligrosas: ratas, serpientes, sapos, que quiere atrapar o de los que quiere huir.

El onirismo puede tener por tema escenas de horror, ejecución capital de ataque a mano armada (arma blanca), visiones de incendio. El paciente se encuentra totalmente desorientado en el tiempo y en el espacio. Si se le interpela bruscamente puede dar dos o tres respuestas lúcidas, especialmente sobre su identidad, pero pronto recae en su agotadora agitación y retorna a su mundo alucinatorio.

La mayor profundidad de la desintegración de la conciencia en el delirium tremens, entraña la liberación de los movimientos anormales, tales como movimientos de masticación de succión o de prehensión; que son síntomas de una profunda afectación encefálica.

La temperatura es un signo esencial, se eleva hasta 39 o 40 grados y lo más probable es que persista varios días antes de desaparecer. La tensión arterial y el estado cardíaco deben ser controlados atentamente, puesto que a menudo la muerte resulta de un desorden cardiovascular.

II.7 PSICOSIS DE KORSAKOFF

La psicosis de Korsakoff es un conjunto de signos y síntomas descrito en 1887 por el psiquiatra ruso Sergei Korsakoff.

En algunas ocasiones se nota, que lo que parece ser un caso ordinario de delirium tremens, presenta remisión de las alucinaciones y del delirio agudo, pero el conjunto de síntomas se funde en un cuadro caracterizado por amnesia, desorientación respecto al tiempo y al espacio y falsificación de la memoria, asociados a síntomas o signos de neuropatía periférica.

Otras veces este síndrome se desarrolla en el alcohólico crónico que no ha sufrido previamente delirium tremens, pero que ha abusado de la ingestión de alcohol durante varios años.

Esta complicación sigue a uno o varios accesos subagudos. De todas formas se trata de un antiguo bebedor más o menos deteriorado física y emocionalmente.

La fase de comienzo se asemeja a la de todo estado confusional: cefáleas, insomnio, trastornos del humor y se añaden a este caso trastornos de la marcha.

En el "periodo de estado", el síndrome psíquico está constituido por un estado confusional generalmente discreto. La primera manifestación que se observa es un déficit de la atención. El paciente está distraído, sigue con dificultad el interrogatorio, obliga al médico a repetir sus preguntas; algunas veces este estado de dispersión mental apenas es perceptible y sólo se hace evidente a través de la fatiga de una entrevista un poco prolongada. El enfermo adquiere entonces conciencia de sus trastornos y muestra signos de impaciencia y de mal humor.

La temporalización de la percepción está alterada electivamente; el enfermo es incapaz de fijar un recuerdo, siendo esta amnesia de fijación el síntoma fundamental del síndrome de Korsakoff. El paciente no reconoce al médico que le visita cada día, ni a las enfermeras que reemprenden el servicio en cada turno, sin embargo la memoria de evocación de hechos antiguos opera de manera más estable y automática. Puede permanecer intacta o aparecer alterada tan sólo por fabulaciones y falsos recuerdos.

De manera casi constante se observa una desorientación en el espacio, análoga a la observada en cuanto al tiempo. Con frecuencia la perturbación no afecta más que el espacio geométrico abstracto; así el paciente no puede dibujar un triángulo, describir un itinerario, seguir un trayecto sobre un plano, etc. A veces, sin embargo, la desorganización de la representación espacial es más profunda y alcanza su forma concreta; el enfermo no sabe encontrar su casa.

Los trastornos de la síntesis mental (confusión y desorientación) favorecen una modalidad de pensamiento de tendencia automática y asociativa denominada fabulación. Esta modalidad de pensamiento se aproxima al delirio onírico. La exposición fabuladora está constituida por fragmentos reunidos sin orden ni concierto y de diversas procedencias: acontecimientos y personas reales, recuerdos de lecturas, rememoración de escenas recientes o al contrario, muy antiguas, de conversaciones, películas, etc. Esta fabulación es móvil, fácil de modificar y parece ser compensadora de la amnesia.

El cuadro afectivo, por lo general, corresponde a una especie de puerilidad eufórica y de indolente distanciamiento. El estado general es la mayoría de las veces poco satisfactorio; adelgazamiento, abstenia, insuficiencia hepática.

Pero la característica somática más importante del síndrome de Korsakoff es la polineuritis de los miembros inferiores (algias espontáneas o a la presión de las masas musculares de las pantorrillas, parestesias, atrofia muscular, disminución de los reflejos rotulianos y aquileos). La afectación de los nervios de los miembros superiores o de los nervios craneales es excepcional.

CAPITULO III

ORIGEN Y NATURALEZA DE LA ADICCION ALCOHOLICA

Según O. Fenichel (1966) el origen y la naturaleza de la adicción residen en la estructura psicológica del paciente. El factor decisivo es por lo tanto, la personalidad premórbida. Los alcohólicos son aquellas personas para quienes el efecto del alcohol tiene un significado específico; significa para ellos la realización, o al menos la esperanza de realización de un deseo profundo y primitivo. Esto hace que la sexualidad carezca para ellos de interés.

Se quiebra la organización genital y se inicia una extraordinaria regresión. Los diversos puntos de fijación, determinan cuales sectores de la sexualidad infantil pasarán a primer plano y finalmente la libido queda transformada en una "energía amorfa de tensión erótica" sin "características diferenciadas o formas de organización". (7)

Inicialmente, el sujeto pudo haber buscado nada más que consuelo, pero termina por usar o por tratar de usar el efecto de la bebida para la satisfacción de otra necesidad que es interior. La persona se hace dependiente de este efecto y esta dependencia en cierto momento se hace tan abrumadora como para anular todo otro interés.

Los adictos son personas que tienen una predisposición a reaccionar a los efectos del alcohol de una manera tal, que tratan de usar estos efectos

(7) Fenichel O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Paidós 1966, pág. 425.

para satisfacer un arcaico anhelo oral, que es al mismo tiempo anhelo sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima.

III.1 EL DESARROLLO DE LA FUNCION SEXUAL

En este apartado se tratará la función sexual del lactante que acontece a todo individuo durante el primer año de vida, ya que el origen de la conducta del alcohólico tiene su base en dificultades y carencias orales que sufrieron durante esta etapa.

S. Freud (1920) afirma que de acuerdo con la concepción corriente, la vida sexual humana consiste esencialmente en el impulso de poner los órganos genitales propios en contacto con los de una persona del sexo opuesto. Dicho impulso aparecerá con la pubertad, es decir, en la edad de la maduración sexual, y serviría a la procreación. Sin embargo, el psicoanálisis contradijo todas las concepciones populares sobre la sexualidad y llegó a las siguientes comprobaciones fundamentales.

- a. La vida sexual no comienza en la pubertad, sino que se inicia con evidentes manifestaciones a partir del nacimiento.
- b. Es necesario establecer una neta distinción entre los conceptos de lo sexual y lo genital. El primero es un concepto más amplio y comprende muchas actividades que no guardan relación alguna con los órganos genitales.
- c. La vida sexual abarca la función de obtener placer en zonas del cuerpo, una función que ulteriormente es puesta al servicio de la

procreación, pero a menudo las dos funciones no llegan a coincidir integralmente.

El interés de este estudio se centrará obviamente en el primero de estos postulados. Pudo comprobarse, en efecto, que en la temprana infancia existen ciertos signos de actividad que merecen el calificativo de sexual y que aparecen vinculados con fenómenos psíquicos que más tarde volveremos a encontrar en la vida amorosa y en la relación objetal del sujeto adulto.

Además, tales fenómenos surgidos en la temprana infancia forman parte de un proceso evolutivo perfectamente reglamentado; poco después de un incremento progresivo alcanzan su máximo hacia el final de los cinco años, para caer luego en un intervalo de reposo.

III.2 LA SEXUALIDAD INFANTIL

"La sexualidad infantil difiere de la sexualidad adulta en varios aspectos (8). La diferencia que más resalta es que la excitación más intensa no se localiza forzosamente en los órganos genitales, sino que éstos desempeñan, más bien, el papel de "primus inter pares" entre muchas zonas erógenas. También los fines son diferentes; no tienden necesariamente al coito, sino que se detienen en actividades que más tarde desempeñan un papel preliminar."

(8) Fenichel O. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Ed. Paidós, pág. 81.

Los componentes de la sexualidad infantil dirigidos hacia los objetos muestran rasgos arcaicos (objetivos de incorporación y ambivalencia).

Para O. Fenichel (1966) el niño pequeño es una criatura instintiva llena de impulsos sexuales perversos polimorfos, o para expresarlo más correctamente, llena de una sexualidad total aún indiferenciada, que contiene en uno solo, lo que luego serán los instintos parciales. Al comienzo, la realidad parece ser juzgada únicamente en cuanto es compatible o no con la satisfacción instintiva. Tal como lo concibe el yo primitivo, la realidad se halla coloreada por el estatus de sus objetivos sexuales. Toda clase de excitación, en el niño puede convertirse en fuente de excitación sexual: los estímulos mecánicos y musculares, los afectos, la actividad intelectual e incluso el dolor.

En la sexualidad infantil no hay una neta diferenciación entre excitación y satisfacción, si bien existen ya fenómenos similares al orgasmo, es decir, sensaciones placenteras que proporcionan relajamiento y que ponen fin a la excitación sexual. Pero con el tiempo, los genitales empiezan a funcionar como un aparato especial de descarga, sea cual fuere la zona erógena en la que se haya originado.

Se llama primacía genital al hecho de convertirse esta función de los genitales en dominante con relación a las zonas erógenas extragenitales y de que todas las excitaciones sexuales adquieren finalmente una orientación genital y se descarguen en forma de clímax.

La antítesis de la primacía genital es el periodo pregenital más temprano, durante el cual, el aparato genital no ha adquirido aún el predominio, y el relajamiento logrado no llega a causa de ello a ser completo. El camino que lleva de las funciones pregenitales tempranas a la primacía genital, puede ser descrito desde dos puntos de vista: desde el punto de vista del cambio que se registra en cuanto a que sea una u otra la zona erógena principal y desde el punto de vista de los tipos de relación objetal.

III.3 AUTOEROTISMO

S. Freud (1920) afirma que el carácter más notable de esta actividad sexual, radica en el hecho de que el instinto no se orienta en ella hacia otras personas. Encuentra su satisfacción en el propio cuerpo; esto es, en un instinto autoerótico. Se ve claramente que el acto de la succión es determinado en la niñez por la búsqueda de un placer ya experimentando y recordado. Con la succión rítmica de una parte de su piel o de sus mucosas, encuentra el niño por el medio más simple y más sencillo la satisfacción buscada.

Es fácil adivinar en que ocasión halla por primera vez el niño este placer, hacia el cual, una vez encontrado, tiende siempre de nuevo. La primera actividad del niño de importancia vital para él, es la succión del pecho de la madre que le ha hecho conocer este placer.

Diríase que los labios del niño se han conducido como una zona erógena, siendo sin duda, la excitación producida por la cálida corriente de la leche, la causa de la primera sensación de placer. En un principio, la satisfacción de la zona erógena aparece asociada con la del hambre. La actividad sexual se apoya primeramente en una de las funciones puestas al servicio de la conservación de la vida, pero luego se hace independiente de ella.

Posteriormente, la necesidad de volver a hallar la satisfacción sexual, se separa de la de satisfacer el apetito, separación inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación no es exclusivamente succionada, sino masticada.

El niño no se sirve para la succión de un objeto exterior a él, sino preferentemente de una parte de su propio cuerpo, tanto porque ello le es más cómodo como porque de este modo se hace independiente del mundo que no le es posible dominar aún.

No todos los niños realizan este acto de la succión. Debe suponerse que llegan a él aquellos en los cuales la importancia erógena de la zona labial se halla constitucionalmente reforzada. Si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida o al exceso que en el fumar.

III.4 ETAPA ORAL

La boca es, a partir del nacimiento, el primer órgano que aparece como zona erógena y que plantea al psiquismo exigencias libidinosas. Primero toda la actividad psíquica está centrada en la satisfacción de las necesidades de esa zona. Naturalmente, la boca sirve en primer lugar a la autoconservación por medio de la nutrición, pero no se debe confundir la fisiología con la psicología.

El chupeteo del niño, actividad en la cual éste persiste con obstinación, es la manifestación más precoz de un impulso hacia la satisfacción, que, si bien originado en la ingestión alimentaria y estimulado por ésta, tiende a alcanzar el placer independientemente de la nutrición, de modo que puede y debe considerarse sexual.

S. Freud (1920) postula que la succión o el chupeteo que aparece en el lactante, puede subsistir hasta la edad adulta, e incluso conservarse, en ocasiones, a través de toda la vida. Este acto consiste en un contacto succionador rítmicamente repetido y verificado con los labios, acto al que falta todo fin de absorción de alimento. Una parte de los mismos labios, la lengua o cualquier otro punto asequible de la piel del mismo individuo son tomados como objeto de succión.

Al mismo tiempo, aparece a veces un instinto de aprehensión, que se manifiesta por un simultáneo pellizcar rítmico del lóbulo de la oreja y puede apoderarse de esta misma u otra parte cualquiera de otra persona con el

mismo fin. La succión productora de placer está ligada con un total embargo de la atención y conduce a conciliar el sueño o una reacción motora de la naturaleza del orgasmo.

Con frecuencia se combina con la succión productora de placer el frotamiento de determinadas partes del cuerpo de gran sensibilidad. Muchos niños pasan así de la succión a la masturbación.

III.5 ETAPA ORAL-SADICA

A Tallaferro (1976) afirma que por las características que sucesivamente presenta la etapa oral, ha sido dividida en dos fases: la primera de succión, cuya satisfacción está determinada por el chupeteo, y la segunda, que cambia con la aparición de los dientes y substituye el chupeteo por el placer de masticar y devorar, razón por la cual esta fase ha sido denominada oral-sádica o canibalística.

Ya que el origen de la fijación en el alcohólico se encuentra en este período, es fundamental tratarlo y describir el desarrollo del niño durante esta segunda fase de la etapa oral.

En esta fase oral secundaria, el niño quiere masticar y tragar todo lo que está a su alcance. Si bien, durante la primera fase oral el niño encuentra bastante satisfacción en su propio cuerpo, en la fase canibalística la actividad instintiva exige un objeto. Es precisamente en esta época cuando comienzan a transformarse sus relaciones con los objetos y estas relaciones empiezan a

ser notorias. Sterba dice que el anhelo de placer del niño de esta edad y las relaciones psíquicas que derivan de este período son paralelas en grado sumo.

En la actitud en la que el deseo instintivo en relación con el objeto es la de devorar, se manifiesta la tendencia a incorporar. Esta tendencia evidencia el deseo de establecer una conexión más íntima con el objeto, ya que devorado éste, sigue teniendo existencia en la persona que lo ha introyectado.

Según M. Klein (1977) existe una actitud ambivalente hacia el objeto en el impulso de devorar; es negativa y hostil y surge del odio. Su fin en el impulso de devorar es destruir al objeto y exterminarlo; por otro lado existe el amor y el tratar de incorporar lo bueno y lo amado del objeto.

La forma en que transcurre el período oral, y esto rige también para los demás, tiene consecuencias decisivas para todas las actitudes y conductas posteriores del sujeto frente a la realidad.

Dice A. Tallaferro (1976) que la fijación de la libido a esta etapa, es la expresión de una tendencia a permanecer adherido a un objeto infantil, una situación en la que el sujeto presenta aspectos de una fase evolutiva que ya debería haber superado o abandonado de acuerdo con su edad cronológica. Los fenómenos en los cuales se ve persistir el erotismo oral en los adultos pueden observarse por ejemplo en el beso, las prácticas perversas, la costumbre de beber y fumar y en muchos hábitos alimenticios.

Para O. Fenichel (1966) el objetivo del erotismo oral es primeramente, la estimulación autoerótica placentera y luego la incorporación de objetos. Los bizcochos con figura de animal que tanto gustan a los niños, representan un signo significativo de primitivas fantasías canibalísticas.

Muchas peculiaridades de personas fijadas a este nivel resultan fáciles de explicar si se advierte que en este período los objetos no son considerados como individuos sino como alimentos o como proveedores de alimentos. Incorporando los objetos se logra la unidad con éstos. La introyección oral es también la realizadora de la identificación primaria.

En la segunda fase del desarrollo oral, encontramos simultáneo al deseo de devorar un objeto, el deseo de ser comido por éste. La idea de comer un objeto o la de ser comido por él, es la forma en que se percibe inconscientemente todo restablecimiento de unión con los objetos. La comunión mágica consiste en convertirse en la misma sustancia, ya sea comiendo el mismo alimento o por la mezcla de sangre con otra persona. La creencia mágica de que una persona se vuelve similar al objeto que ha comido se basa en este hecho.

Pueden observarse temores orales específicos, especialmente, el temor de ser comido; pero la idea de ser comido, por supuesto, no siempre es fuente de temor, sino que puede también, en determinadas circunstancias, ser fuente de un placer oral. No sólo existe un anhelo de incorporar objetos, sino también el anhelo de ser incorporado por un objeto de mayor tamaño. Muy a menudo, los fines aparentemente contradictorios de comer y ser

comidos aparecen condensados entre sí.

Existe el deseo de volver a unirse con un objeto al que se le ha cedido la propia omnipotencia. Este volver a unirse es percibido inconscientemente como una manera de ser devorado por un objeto más grande y más poderoso; depende de las circunstancias de cada caso particular, el que esta idea vaya unida a un anhelo positivo o a una ansiedad.

Frecuentemente los fines de incorporación oral adquieren un carácter sádico, esto se produce probablemente por la influencia de desconocidos factores constitucionales o como reacción a las frustraciones. En las personas afectadas de adicciones o de depresión, se observa y se ha demostrado que, de hecho, el carácter sádico de las fantasías de incorporación, no se ha agregado más tarde, sino que ha estado actuando ya en la época de la etapa oral.

La incorporación destruye objetivamente al objeto, este hecho confiere a todos los fines de incorporación un carácter ambivalente.

Tan pronto como se ha formado una idea de objetos, la naturaleza objetivamente destructiva de la incorporación facilita el establecimiento de una vinculación entre ideas de incorporación y sadismo, especialmente cuando es el caso de haber sufrido frustraciones definidas.

Las fantasías sádico-orales expresan realmente la forma en que un yo arcaico no desarrollado, percibe a su manera, erróneamente (e interpreta) una realidad frustradora.

Las neurosis, el ciclo maníaco-depresivo y las adicciones, son las que presentan manifestaciones de fijación a nivel oral.

III.6 IMPORTANCIA DE LA FANTASÍA INCONSCIENTE

Mucho se habla del mundo externo del individuo, de su medio ambiente y de su relación con los objetos, pero esto parece dejar al margen la fantasía inconsciente que influye en forma definitiva sobre las relaciones de objeto del sujeto y su percepción de la realidad.

Por esta razón es necesario tocar brevemente el concepto de fantasía inconsciente ya que de ésta resultan conductas posteriores que dependen del mundo interno.

Según Hanna Segal (1977) para que el bebé se desarrolle favorablemente es esencial que las experiencias buenas predominen sobre las malas. La experiencia que llega a tener realmente el niño depende tanto de factores externos como internos: aunque aparentemente el ambiente le proporcione experiencias gratificantes, los factores internos pueden alterarlas e incluso impedir las. Las fantasías inconscientes están siempre presentes y permanentemente activas en todo individuo; es decir, que su presencia no es índice de enfermedad ni de falta de sentido de la realidad; lo que determina el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías y su relación con la realidad externa.

Según M. Klein, (H. Segal 1977) la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos, y por lo tanto, existe como éstos desde el comienzo

de la vida.

Por definición, los instintos son buscadores de objetos. En el aparato mental se experimenta el instinto vinculado a la fantasía de un objeto adecuado a él; de este modo, para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente. Así, al deseo de comer le corresponde la fantasía de algo comestible que satisfaría ese deseo: el pecho.

Por ejemplo, el bebé somnoliento que mueve la boca con expresión placentera y hace ruidos de succión o se chupa los dedos, fantasea que realmente está succionando o incorporando el pecho y se duerme con la fantasía de tener el pecho que da leche dentro de sí. De manera similar, el bebé hambriento, furioso, que grita y patalea, fantasea que realmente está atacando al pecho y destruyéndolo y siente la experiencia de sus propios gritos que lo lastiman como el pecho lastimado, atacándolo en su interior.

Hanna Segal (1977) afirma que crear fantasías es una función del yo y esto supone un grado mayor de organización yoica de la que postula Freud; es decir, que desde el nacimiento, el yo es capaz de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad, impulsado por los instintos y la ansiedad. El impacto de la realidad empieza con la experiencia del nacimiento y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos. Estas experiencias con la realidad influyen en la fantasía inconsciente y así mismo, la fantasía inconsciente influye en la forma como se experimenta la realidad. De este modo, la fantasía se encuentra en constante interacción con las experiencias reales.

Si bien, la fantasía inconsciente influye y altera constantemente la realidad, lo inverso también es cierto, la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente.

De hecho, el ambiente tiene importantes efectos sobre el desarrollo del niño, pero su importancia sólo puede evaluarse correctamente si se tiene en cuenta como lo interpreta el bebé en función de sus propios instintos y fantasías.

Una mala experiencia real se hace mucho más importante cuando el bebé ha tenido intensas fantasías coléricas en las que atacaba al pecho, ya que dicha experiencia le confirma no sólo su sensación de que el mundo externo es malo, sino también su sensación de que él mismo es malo, y su creencia en la omnipotencia de sus fantasías malevolentes.

III.7 LA POSICION DEPRESIVA EN RELACION A LA ANSIEDAD EN EL ALCOHOLICO

Según lo explica M. Klein (1977), durante los primeros meses de vida, el desarrollo lleva al bebé a organizar gradualmente su universo mediante los procesos de escisión, proyección e introyección, separando lo bueno de lo malo.

Así el bebé se encuentra ante un objeto ideal y uno malo; ama al objeto ideal y trata de adueñarse de él, de conservarlo y de identificarse con el mismo, mientras que en el objeto malo ha proyectado sus impulsos

agresivos y lo siente como una amenaza tanto para sí mismo como para su objeto ideal. Desde el principio hay una tendencia tanto a la disociación como a la integración; de este modo, cuando los procesos integrativos se hacen más estables y continuos surge la posición depresiva.

Según M. Klein y H. Segal (1977) la posición depresiva es la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Ahora el bebé reconoce a su madre y enseguida empieza a reconocer también a otras personas, generalmente al padre. Cuando el bebé reconoce a su madre, esto significa que la percibe como objeto total y se relaciona con ella como persona total, que puede ser a veces buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo.

Comienza a darse cuenta de que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho o madre buenos o de un pecho o madre malos, sino que la misma madre es a la vez fuente de lo bueno y lo malo. Reconocer a la madre como objeto total, significa también reconocerla como individuo, con una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas. El bebé descubre cuán desamparado está, como depende totalmente de ella y cuántos celos le provocan los demás.

Este cambio en la percepción del objeto se acompaña de un cambio fundamental en el yo, pues a medida que la madre se convierte en objeto total, el yo del bebé se convierte en un yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos.

Al disminuir la proyección e integrarse más el yo se distorsiona menos la percepción de los objetos, de modo que el objeto ideal y el malo se aproximan el uno al otro. Al mismo tiempo, la introyección de un objeto cada vez más total estimula la integración del yo.

Al percibir a la madre como objeto total, el bebé puede recordar gratificaciones anteriores en momentos en que la madre parece frustrarlo, y anteriores experiencias de frustración mientras ella lo está gratificando.

A medida que prosiguen estos procesos de integración, el bebé reconoce más y más que es una misma persona, -él mismo- quien ama y odia a una misma persona; su madre. Se enfrenta entonces con los conflictos vinculados con su propia ambivalencia, y el motor principal de su ansiedad es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al ser amado de quien depende totalmente.

En este período se intensifican los procesos de introyección, debido en parte a la dimensión de los mecanismos proyectivos y en parte a que el niño se da cuenta de que depende de un objeto y que ahora puede alejarse de él.

Esto aumenta su necesidad de poseer al objeto, de guardarlo dentro de sí y si es posible, de protegerlo de su propia destructividad. La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo, en que el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar. La omnipotencia de los mecanismos de la introyección oral hace surgir ansiedad ante la perspectiva de que los poderosos impulsos destructivos destruyan no sólo al objeto

externo bueno, sino también al objeto bueno introyectado.

Un bebé bien integrado, que puede evocar y conservar su amor por el objeto bueno incluso mientras lo odia, experimenta nuevos sentimientos: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que siente perdido y destruido; y la culpa, una experiencia depresiva típica, provocada por el sentimiento de que perdió al objeto bueno por su propia destructividad.

En la cúspide de la ambivalencia puede sobrevenirle la desesperación depresiva. El bebé recuerda que ha amado y ama realmente a su madre, pero siente que la ha devorado y destruido y ya no puede recurrir a ella en el mundo exterior. Además la ha destruido como objeto interno al que ahora siente hecho pedazos y vivencia agudos sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia sin esperanzas de recuperarlo.

Sus padecimientos se acrecientan porque se siente perseguido, esta persecución se debe en parte a que en la cúspide de sus sentimientos depresivos experimenta cierta regresión, por lo cual nuevamente se proyectan los malos sentimientos y se los identifica con perseguidores internos y, en parte a que en cierta medida se vuelve a sentir como perseguidor al objeto bueno hecho pedazos que provoca tan intensos sentimientos de culpa.

La experiencia de depresión moviliza en el niño el deseo de reparar al objeto destruido, anhela compensar el daño que le ocasionó en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar su objeto de amor perdido y devolverle

la vida y la integridad. como cree que la destrucción de su objeto se debe a sus propios ataques destructivos, cree también que su propio amor y cuidados desharán los efectos de su agresión. El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios. El fracaso en la reparación conduce a la desesperación; el éxito a renovadas esperanzas.

La progresiva elaboración de la posición depresiva cambia totalmente su relación con los objetos. El bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados y diferenciados, puede reconocer sus impulsos, responsabilizarse de ellos y tolerar la culpa. La capacidad recién adquirida de sentir preocupación por sus objetos lo estimula a aprender gradualmente a controlar sus impulsos.

Las primeras raíces del superyo se han formado durante la fase anterior, mediante los objetos ideales y los objetos persecutorios introyectados.

El objeto persecutorio es vivenciado como autor de castigos crueles y retaliatorios. El objeto ideal con quien el yo anhela identificarse se convierte en la parte del superyo correspondiente al ideal del yo, que también resulta persecutorio por sus altas exigencias de perfección.

A medida que se aproximan entre sí el objeto ideal y el persecutorio durante la posición depresiva, el superyo se integra más y es vivenciado como el objeto interno total amado con ambivalencia. Los ataques de estos

objetos originan sentimientos de angustia y autorreproches. Dicho superyo no es sólo la fuente de los sentimientos de culpa, sino también de un objeto de amor que además lo ayuda en su lucha contra los impulsos destructivos.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, su yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar y recuperar objetos buenos y su creencia en su propio amor y posibilidades.

La posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tenemos relaciones asociadas con la ambivalencia y la culpa, y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas.

Cuando la posición depresiva no se ha elaborado suficientemente y no se ha afianzado la creencia en el amor, la creatividad del yo y su capacidad de recuperar externa e internamente objetos buenos, el desarrollo posterior es mucho menos favorable. El yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas, está empobrecido y debilitado, su relación con la realidad es frágil y hay un perpetuo temor que a veces se convierte en una amenaza de hacer una regresión a la psicosis.

CAPITULO IV

ASPECTOS ESPECIFICOS Y CARACTERISTICAS INCONSCIENTES DEL ALCOHOLICO

En este capítulo se expondrán los procesos inconscientes específicos y los aspectos referentes a la patología alcohólica, así como a las situaciones infantiles a las que se encuentra adherido el sujeto alcohólico.

Estos procesos inconscientes se asocian también a la compulsión a la repetición a la que Freud se refirió en el sentido de que sin duda, las personas son inconscientemente arquitectos de su destino. Este mecanismo es importante ya que tiende a reproducir, en diferentes escenarios y en distintas oportunidades el mismo tipo de conflicto que corresponde a moldes primitivos de los conflictos infantiles vivenciados a través de las diferentes etapas de la evolución.

L. Grinberg (1978) sostiene que la compulsión a la repetición tiene su origen en factores vinculados a las situaciones de angustia de las vivencias más tempranas.

Se trata de angustias persecutorias y depresivas y de sentimientos de culpa que obligan al sujeto a repetir siempre, reiterativamente determinada conducta hacia sí mismo y hacia los demás para defenderse de aquellos peligros fantaseados al comienzo de la vida. La compulsión a la repetición está presente en todo individuo, sean cuales fueren sus conflictos e

independientemente de la ausencia o presencia de salud mental, ya que este mecanismo es utilizado en base a los moldes "aprendidos" del funcionamiento del yo, para el enfrentamiento y la solución de problemas internos y externos. Así, existen aquellos quienes se quejan de que la amistad terminará con la traición del amigo, y amantes cuya relación tiene siempre el mismo fin; claro que está más dispuesto a adjudicarlo a la suerte o al destino, sin llegar a percibir ni a comprender hasta qué grado actúa la participación activa del individuo (aunque inconsciente) en el desencadenamiento de la situación.

Esto mismo sucede con el enfermo alcohólico, para quien el duelo, la culpa y la depresión están siempre presentes y surgen a partir de la primera infancia durante la posición depresiva.

El sentimiento de culpa por haber devorado o destruido el primer objeto (la madre), persiste y subsiste a través de la vida del individuo, debido a la incapacidad de reparar y recuperar dicho objeto en su interior. Así sucede con cada objeto subsiguiente, así va creciendo el sujeto, al mismo tiempo que lleva consigo el sentimiento de culpa y pérdida por el objeto amado y que en muchas ocasiones va haciéndose más profundo a medida que pasa el tiempo. De esta manera va formándose la depresión en el alcohólico.

A diferencia de otras patologías, en la depresión el yo se encuentra paralizado ya que se siente incapaz de enfrentar el peligro; en ocasiones el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir. Se

manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza. Aparece junto con el sentimiento de culpa que es a la vez su causa y su síntoma fundamental y proviene de ataques reales o fantaseados realizados por el yo contra los demás.

De esta manera se produce una disminución del amor propio y esto último, según afirma Freud (1915/1917), se traduce en reproches y acusaciones de que el paciente se hace objeto a sí mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se completa con insomnios y rechazo de alimentación.

En circunstancias normales, el sujeto que sufre una pérdida -que lo lleva a la depresión-, sustrae la libido del objeto amado que ha perdido, desplazando esta libido hacia un nuevo objeto. Esto no sucede con estas personas; la carga libidinosa atribuida al objeto perdido no es desplazada hacia otro objeto, sino retraída hacia el yo, encontrando en éste una aplicación determinada, que sirva para establecer una identificación del yo con el objeto perdido

La sombra del objeto cae sobre el yo y de esta forma se transforma la pérdida del objeto en una pérdida del yo (o de parte del yo).

Esta incapacidad para substituir al objeto tiene una base narcisista. La identificación narcisista con el objeto, da como resultado que no se pueda abandonar al objeto erótico, ya que la identificación es la fase preliminar de la elección de objeto y es al mismo tiempo, la primera forma ambivalente de

su expresión.

El sujeto quisiera incorporarlo, lo que sucede paralelamente en la fase oral-canibalística del desarrollo de la libido; desea ingerirlo, o sea, devorarlo. A esto se debe el rechazo a alimentarse que surge en los graves estados depresivos.

O. Fenichel (1966) plantea que la depresión se basa en la misma predisposición que la adicción. Una persona fijada al estado en que su autoestima es regida por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a este estado, tiene una necesidad vital de tales suministros. Recorre este mundo en una situación de constante voracidad. Si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Para evitarlo, hará cualquier cosa, intentará por todos los medios inducir a los demás a dejarle participar en su supuesto poder.

Por un lado, la fijación pregenital de estas personas, se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con violencia. Por otro lado, su dependencia oral les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y la sumisión. El conflicto entre estas dos formas contradictorias de conducta es característico de las personas que presentan esta predisposición.

Con su permanente necesidad de suministros que procuren satisfacción sexual y eleven simultáneamente su autoestima, estas personas

son también adictos al amor, son incapaces de amar activamente; necesitan de una manera pasiva ser amados.

En consecuencia con la temprana fijación de estos individuos, no tiene gran importancia la personalidad del objeto, tienen necesidad de suministros y es poco importante de quien los obtengan. No tiene que ser exclusivamente una persona; puede ser el alcohol o las drogas. Algunas personas de este tipo no sólo necesitan suministros, sino que a la vez temen conseguirlos porque inconscientemente los consideran peligrosos.

Tal como sucede con los "adictos al amor", los adictos al alcohol pueden volverse incapaces de conseguir la satisfacción deseada y esto a su vez intensifica la adicción. La causa de esta decisiva incapacidad es la extrema ambivalencia vinculada a su orientación oral.

Es evidente que la pregenitalidad de estos pacientes exhibe ante todo una orientación anal. según lo maneja K. Abraham (1980) quien afirma que los enfermos depresivos muestran las mismas características anales que los neuróticos obsesivos, asumiendo la misma actitud frente a la limpieza y al orden, frente al dinero y las posesiones, la terquedad, la excesiva sumisión y bondad, etc. Sin embargo, detrás de esta orientación anal siempre resultan visibles las tendencias propias de una fijación oral.

Como se ha mencionado anteriormente, pueden observarse fantasías canibalísticas en estos sujetos.

Los pacientes depresivos -característica evidente en el alcohólico-

vuelven con frecuencia a actividades erótico-orales de la infancia como el chupeteo del pulgar. Una manifestación clara de fijación oral que puede observarse en estas personas, es su inclinación por la bebida como sustituto de la gratificación oral.

Las personas que sufren después de una pérdida una grave depresión, tratan de hallar enseguida un sustituto dándose a la bebida por ejemplo, o buscando otro objeto amoroso.

En la fenomenología de la depresión hallamos, como se ha dicho, una pérdida más o menos grande de la autoestima. Si esto se debe a una pérdida de suministros externos, la fórmula subjetiva es: "lo he perdido todo, ahora el mundo está vacío". Si se debe a una pérdida de suministros internos del superyo la fórmula es otra: "lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada".

Estos sujetos tratan de influir en los demás para que les devuelvan su autoestima perdida; lo hacen en la forma peculiar de los caracteres masoquistas demostrándoles su desdicha y acusándoles de ser causantes del tal desdicha.

La fuente de estos sentimientos de inferioridad está en el hecho de que el sujeto se percata del empobrecimiento de su yo, a causa de los conflictos neuróticos inconscientes.

La depresión se debe a que la mayor parte de la energía mental disponible es empleada en conflictos inconscientes y no queda bastante para

ser dedicada al disfrute normal de la vida y la vitalidad.

Otro factor determinante de los sentimientos profundos de inferioridad, surge del sentimiento latente de culpa y se debe a la constante efectividad de los impulsos bajo control.

Las personas que tienden a desarrollar una depresión tratan de liberarse del sentimiento de culpa induciendo a sus objetos a concederles afecto. Si la manera de influir sobre los afectos se vuelve más sádica, surgen nuevos sentimientos de culpa, creándose de este modo un círculo vicioso.

Según Fenichel (1966), el instinto de muerte actúa constantemente en el sujeto alcohólico. Lucha contra el ambiente que lo rodea, no se siente querido ni comprendido por los demás; su adicción es rechazada por las personas a su alrededor. Se crea así un círculo vicioso que se consolida cada vez más en una forma más intensa, ya que la sociedad misma agrava su problema aumentando la frustración, el resentimiento y el odio que fue acumulado durante sus primeras experiencias de frustración e incompreensión con su grupo familiar, especialmente con la madre.

Agrega L. Grinberg (1978) que la mayor parte de los alcohólicos han sufrido serias privaciones orales en los primeros periodos de su vida; sus madres fueron personalidades muy conflictivas que no supieron como satisfacer las necesidades de sus hijos, por el contrario, les proyectaron su propia inseguridad y su necesidad de dependencia extrema.

H. Rosenfeld y L. Grinberg han establecido la estrecha correlación que

existe entre la adicción y los mecanismos maníaco-depresivos que aparecen reforzados por las drogas o el alcohol. El yo del adicto es débil y no tiene capacidad de enfrentarse con el dolor depresivo, por lo que recurre a los mecanismos maníacos que sólo pueden ser alcanzados con la ayuda del alcohol.

De acuerdo a la teoría Kleiniana, L. Grinberg (1978) afirma que el alcohol representa diferentes significados simbólicos relacionados con distintas fantasías inconscientes que tienden a incorporar un pecho idealizado incrementando la omnipotencia del sujeto y ayudándole a negar sus ansiedades persecutorias y depresivas.

Asimismo, el alcohol representa también un objeto dañado que el adicto se siente impulsado a incorporar por su culpa persecutoria. La necesidad de autocastigo se evidencia en muchas de las actuaciones de los alcohólicos, pero sobre todo en su relación masoquista con el alcohol y en las vicisitudes ineludibles determinadas por su adicción; penosos sufrimientos durante la abstinencia, actividades autodestructivas y heterodestructivas por obtener el alcohol, intervenciones quirúrgicas, automutilaciones, robo, crímenes, castigos corporales, hospitalizaciones, prisión, etc.

Simmel (1949) señaló que la mayoría de las adicciones constituyen defensas contra las depresiones severas. Así como ocurre con los estados melancólicos, el alcohólico ha introyectado un objeto de amor frustrante (básicamente su madre) al cual ataca o intenta destruir dentro de sí. Frecuentemente puede observarse que el alcoholismo constituye un estado

en que la persona ha perdido su poder de autocontrol con respecto al alcohol y cae en intoxicaciones que implican un grave daño para sí mismo y para los demás.

O. Fenichel (1966) dice que los alcohólicos con su característica depresión no se sienten merecedores del afecto y la consideración externos, piensan que su depravación no es advertida por los demás con bastante claridad.

Su actitud no es como en otros casos "todos me odian" (aunque en algunos caso se observa la culpa además de ciertas manifestaciones esquizoides), sino más bien, "me odio a mí mismo". Obviamente, este sujeto no puede quererse a sí mismo más de lo que quiere a los objetos externos. Es tan ambivalente consigo mismo como lo es con los objetos. Sin embargo, los dos componentes de la ambivalencia se estratifican de manera diferente. Los impulsos de amor (o por lo menos los de hacerse amar), con respecto al objeto son más manifiestos, en tanto que el odio se oculta. En relación al propio yo, es el odio el que se observa de una forma manifiesta mientras que la sobreestimación narcisista del yo permanece oculta.

La hostilidad hacia los objetos frustradores se ha transformado en hostilidad hacia el propio yo. La internalización del conflicto primitivamente externo se realiza en la depresión por una introyección, es decir, mediante la fantasía de que el objeto amado ambivalentemente ha sido devorado y existe ahora dentro del propio cuerpo. Esta introyección es al mismo tiempo una fantasía sexual de la persona, cuya sexualidad se halla dirigida oralmente.

IV.1 EL SUPERYO EN EL ALCOHOLISMO

El sentimiento de culpa, de acuerdo a los conceptos de Freud, es producto de la ambivalencia. Sin embargo, no siempre se advierte tal sentimiento de culpa en la conciencia, sino que con mucha frecuencia se encuentra reprimido en el inconsciente y se manifiesta de manera indirecta mediante alguno de sus efectos: irritabilidad, mal humor, apatía, depresión, etc. Otras veces, sin embargo, se expresa por medio de una tensión intrapsíquica que ocasiona un estado profundo de malestar, acompañado por un continuo sufrimiento, depresión y el presagio de que alguna catástrofe podría ocurrirle al individuo. Estas últimas experiencias están asociadas a una intensa necesidad de castigo.

Para Franz Alexander, los sentimientos de culpa tienen un efecto inhibitorio en la expresión de las tendencias hostiles. Se experimenta siempre como una tensión displacentera, con la expectativa de un daño que no se puede impedir. El contenido psicológico de la culpa es: "no soy bueno, merezco castigo". Según este autor, debido al sentimiento de culpa, aparece una actitud de sumisión y crea sentimientos de inferioridad.

Rikman (1957), afirma que los sentimientos de culpa tienen su origen durante los primeros años de la vida y radican en el descubrimiento invariable de los sentimientos de amor y odio referidos a los padres. La culpa originada en los períodos más tempranos de la vida es lo que crea la predisposición a la enfermedad mental y a la inestabilidad emocional.

Para M. Klein (1977), el superyo inicia su formación en la etapa oral. El primer objeto introyectado -el pecho-, constituirá la base del superyo, de acuerdo a los rasgos protectores o persecutorios que se hayan introyectado.

Tal como afirmó Abraham (1980), los primeros sentimientos de culpa provienen de las fantasías oral-sádicas de devorar a la madre. Por eso señala Klein que la culpa no se presenta en el período final del complejo de Edipo, sino que es uno de los factores que desde el comienzo moldean el curso de la evolución del sujeto y afectan su desenvolvimiento.

En un principio, esta autora afirmó que la ansiedad depresiva y la culpa surgen de la introyección del objeto como un todo; sin embargo, según lo menciona después, la ansiedad depresiva y la culpa juegan algún papel en la primera relación objetal del bebé, o sea en su relación con el pecho de la madre, debido a que desde el principio el yo tiende a la integración y a la síntesis de los diferentes aspectos del objeto.

Klein nos habla de que según parece, hay estados transitorios de integración incluso en niños muy pequeños, que se vuelven más frecuentes a medida que avanza el desarrollo.

En tales estados de integración surge cierto grado de síntesis entre el amor y el odio en relación a los objetos parciales; esto da origen a la ansiedad depresiva y a la culpa. Las experiencias de culpa y ansiedad depresiva, son tendencias de integración fugaces que surgen en el niño. Estas experiencias son la base de la síntesis de los impulsos destructivos y

los sentimientos de amor hacia el objeto, de lo cual surge la posición depresiva.

Es importante señalar que durante las primeras etapas de la posición depresiva subsiste la ansiedad persecutoria, la cual va disminuyendo de acuerdo al progreso de la integración del bebé, según lo menciona Grinberg (1978).

La ansiedad depresiva va tomando primacía sobre la ansiedad persecutoria. La culpa, según dice Klein (1977), está estrechamente ligada a la ansiedad depresiva, conduce a la reparación y surge durante los primeros meses de vida en conexión con los estadios más tempranos del superyo.

El yo bajo el sentimiento de culpa se somete al superyo debido al temor de perder su protección y cariño

Según Freud y Fenichel (1966), el destino es considerado como un sustituto de la instancia paterna (superyo). Si la desgracia aparece, significa que ya no es amado por esa autoridad máxima, y amenazado por semejante pérdida de amor, el sujeto vuelve a someterse al superyo.

Pero en otro plano, el destino representa al propio sujeto, quien por sus sentimientos inconscientes de culpa, provoca a través de la compulsión repetitiva las situaciones que le son adversas.

Rubinfine (1968) dice que la culpa se encuentra en la misma esencia del conflicto que padece el yo frente al superyo; es percibida por aquel y

puede desencadenar una respuesta depresiva en el individuo. La depresión es pues uno de los resultados de la culpa, es el estado en que ha quedado el yo como consecuencia del conflicto.

Según Fenichel (1966), a partir de la instauración del superyo, se producen modificaciones en diversas funciones psíquicas. La ansiedad se transforma parcialmente en complejo de culpa. En el enfermo alcohólico, la culpa es un representante interno del temor por la pérdida del amor; el peligro amenaza desde adentro. La pérdida de protección del superyo o el castigo interno llevado a cabo por éste, es experimentado en forma de disminución sumamente dolorosa de la autoestima y en ciertos casos como una sensación de aniquilamiento.

Los niños pequeños tienen necesidad de suministros narcisistas para mantener el equilibrio; ahora, el privilegio de conceder o negar estos suministros ha pasado al superyo. El temor de ser castigado o abandonado por el superyo, es temor al aniquilamiento por falta de estos suministros.

La necesidad de castigo es una forma especial de absolución; el dolor del castigo es aceptado o incluso provocado, con la esperanza de que después del castigo, tendrá fin el dolor de los sentimientos de culpa que es mayor. Así pues, la necesidad de castigo puede ser entendida como la opción por un mal menor.

Los mismos mecanismos de defensa que son utilizados contra los afectos desagradables en general, pueden ser puestos en juego también contra los sentimientos de culpa.

Los sentimientos de culpa que acompañan la realización de una mala acción, y los sentimientos de bienestar por el cumplimiento de una norma ideal, constituyen los moldes normales de los fenómenos patogénicos de la depresión.

Esto mismo sucede con el alcohólico que se ha rehabilitado,, quien a pesar de la constante depresión que padece, experimenta tales sentimientos de bienestar por haber alcanzado una norma ideal al apartarse de la bebida.

Como se ha mencionado anteriormente, perder la protección del superyo es paralelo a perder los suministros narcisistas externos y puede conducir a un temor al aniquilamiento. Esta pérdida temida, puede expresarse en su forma más extrema, como una verdadera sensación de destrucción interna, debido al hecho de haber realizado una mala acción.

La sensación de aniquilamiento debe ser considerada como una sensación de pérdida de los suministros narcisistas, derivados del cariño de cierta persona externa y después del superyo.

En este sentido, la culpa puede equipararse a la angustia primaria, experimentada como tensión no dominada, solamente que en este caso es más específica. La suposición de que aquí la sensación de un "peligro desde adentro" amenaza al sujeto, está basado en sensaciones específicas de hambre, se apoya en la vinculación entre sentimientos de culpa y pulsiones orales.

Los sentimientos de culpa se hayan íntimamente ligados a sensaciones

orales, pero el sentimiento de culpa no tiene en general un carácter oral, sino también, en especial, un carácter sádico-oral. El sadismo oral se manifiesta mediante la fantasía del sujeto, de que el objeto amado ambivalentemente ha sido devorado y existe ahora dentro del propio cuerpo. Esta introyección es al mismo tiempo una fantasía sexual del sujeto, cuya sexualidad se haya oralmente dirigida.

La denominación "remordimientos de conciencia" (re-mordimientos), es una forma en que los sentimientos de culpa son realmente experimentados.

En el caso de la depresión, el carácter sádico del superyo se ve incrementado por una regresión patogénica decisiva. El acto de rehusar el alimento de las personas deprimidas, expresa la idea de no aumentar la presión de los objetos internalizados por medio de la incorporación de nuevos objetos.

De lo anterior puede decirse que el sentimiento de culpa ejerce una importantísima influencia en el desarrollo emocional del individuo. Así, la superación de tal influencia dependerá de la salud mental y el equilibrio armónico del ser humano.

L. Grinberg (1978) se refiere a dos clases de culpa: la culpa persecutoria y la culpa depresiva. Nos dice que el trauma del nacimiento, además de provocar ansiedades persecutorias, provoca una culpa precoz referida primariamente al yo y dotada de una calidad intensamente

persecutoria, debido al estado de déficit y privación provocado por el mismo trauma del nacimiento. Este estado de déficit no sólo corresponde a la vivencia de pérdida representada por la pérdida de la madre, sino el efecto que inconscientemente representa para el yo la pérdida de partes propias (membranas fetales, cordón umbilical, y en última instancia la madre misma).

La culpa depresiva se caracteriza por el anhelo de reparar al objeto que se siente dañado por los propios impulsos destructivos. Esta necesidad de reparar al objeto amado conduce a estados de duelo y a sus defensas correspondientes.

La culpa persecutoria se caracteriza por su aparición precoz en los primeros instantes de la vida y se encuentra bajo el dominio de Tánatos. Los individuos en los que se encuentra este tipo de culpa, tienden a presentar actitudes autopunitivas.

Toda pérdida es vivida como una pérdida de partes del self, ante tal acontecimiento, el sujeto utiliza la omnipotencia con el fin de incorporar el pecho en la fantasía. Así, el fin no sólo es calmar el hambre, sino asegurarse de que el objeto sigue existiendo como parte suya.

En toda experiencia de pérdida existe implícitamente cierta dosis de culpa. La proporción con que interviene esta culpa y su calidad persecutoria o depresiva determinan la calidad de intensidad de la reacción que se experimenta frente a la pérdida.

En lo que respecta a los alcohólicos, la culpa persecutoria parece manifestarse en forma clara. Los típicos autoreproches, los estados de apatía, resentimientos, indiferencia, abatimiento, humillación, pasar angustia, pérdida de la autoestima, las actitudes autopunitivas y la conducta masoquista, representan algunas de las múltiples manifestaciones de este sentimiento de culpa.

El hecho de que esta culpa surja en el contexto manifiesto, sumado a las quejas de estos pacientes, podría conducir a la errónea suposición e que son plenamente conscientes del conflicto o conflictos básicos que originaron la culpa y provocaron la enfermedad. Sin embargo, se trata por lo general, de actitudes depresivas basadas en el desplazamiento inconsciente a situaciones alejadas, de la mayor repercusión afectiva para el paciente.

Para L. Grinberg (1978), el autoreproche tiene como función principal la de apaciguar al perseguidor a través de la confesión de cierta culpa, pero en realidad encubre profundamente la culpa persecutoria, cuyas raíces radican en las situaciones conflictivas infantiles.

Un mecanismo frecuentemente utilizado es la introyección del objeto perdido como un medio de contrarrestar la pérdida y para poder continuar la relación con el mismo como objeto interno. El resultado es el de la identificación con aspectos parciales característicos de la persona, pero con el agravante, muchas veces, de trasladar y continuar la ambivalencia y la lucha vividas con el objeto en el interior del psiquismo. Ahora la agresión está dirigida contra el propio yo. En tal caso, la culpa persecutoria

experimentada en relación con el objeto por la hostilidad dirigida hacia él, se le suma la culpa que se siente con respecto al propio yo, convertido en blanco de las tendencias agresivas del sujeto.

Ambos tipos de culpa pueden existir simultáneamente -aunque en diferentes proporciones- durante casi toda la vida del individuo, y predomina una u otra según predomina el instinto de amor o el destructivo y de acuerdo a las circunstancias en que se ha desenvuelto la existencia. Es decir, que en la medida en que los procesos de integración hayan ido progresando, la culpa depresiva se va instalando con mayor estabilidad.

Aparecen ansiedades relacionadas con el temor por la pérdida de objetos amados que incluyen sentimientos depresivos. El objeto del duelo es el pecho de la madre y todo lo que el pecho y la leche han llegado a representar para la mente del niño: amor, bondad, seguridad. Al sentir que lo ha perdido, supone que esto es el resultado de su voracidad y de sus fantasías e impulsos destructivos contra el pecho de la madre. El círculo de los objetos atacados en la fantasía se amplía (padres, hermanos).

En ocasiones el sentimiento de culpa experimentado por el sujeto con respecto al objeto amado arruinado y destrozado en su fantasía es tan intenso que, regresa al estado anterior debido a la incapacidad para aceptarlo y controlarlo; los intentos por reparar al objeto fracasan y surgen nuevamente ansiedades persecutorias con la consiguiente culpa persecutoria, según las teorías de M. Klein y L. Grinberg (1978).

IV.2 ASPECTOS ESENCIALES DE LA PSICOPATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

Según Fenichel (1966), en su comportamiento el alcohólico experimenta la necesidad de beber, pero esta necesidad corresponde a otra necesidad real; la conducta alcohólica representa una regresión a un estadio del desarrollo de la personalidad, particularmente a la etapa oral-sádica. La absorción de alimento y la actividad libidinal no son funciones separadas, sino que se fusionan en una misma satisfacción: la incorporación del objeto. En este estadio de la personalidad la relación del sujeto con la madre es una dependencia de la satisfacción o del sufrimiento que procura.

La buena estructuración de la personalidad del sujeto se establece mediante las cualidades de la imagen del objeto introyectado y de las cualidades de la pulsión oral, a la vez placer de absorber y destruir al objeto.

En el alcoholismo, la organización instintiva está fijada en la etapa oral, dicho de otro modo, el objeto significativo, madre, cónyuge o incluso la sociedad, se siente como indispensable en una función de nutrición (proveedores de suministros). Así, el sujeto puede investir cualquier objeto que sume una función nutricia equivalente.

El alcohol representa para el sujeto, por la satisfacción que aporta, el objeto ideal cuya absorción es sinónimo de desaparición de la tensión interna, que es la consecuencia de la vivencia de ser abandonado por el objeto.

Tales son las necesidades profundas que cubre el alcohol al beber. En la euforia de la embriaguez, el sujeto realiza sin las limitaciones del mundo real y de una forma fantasmagórica, los deseos y los sueños de un mundo interior narcisista y arcaico y vive el sueño de un poder absoluto en el que puede sin angustia aniquilar al otro vivido como fuente de conflicto.

La necesidad de lograr algo que no es meramente satisfacción sexual, sino también seguridad y evidencia de autoafirmación, y como tal, esencial para la existencia misma de la persona, se encuentra presente en estos sujetos.

Para Fenichel (1966) el alcohólico es una persona para quien el alcohol tiene un significado sutil e imperativo. Inicialmente el sujeto buscaba solamente consuelo -como se mencionó en capítulos anteriores-, de esta manera el problema de la adicción alcohólica se reduce a la cuestión de la naturaleza de la gratificación específica que este tipo de personas obtiene o trata de obtener. El origen de la adicción no reside, en consecuencia, en el efecto del alcohol, sino en la estructura psicológica de la persona.

El alcohol es representante de un deseo primitivo y este deseo es sentido de una manera más apremiante de lo que es el caso para los anhelos instintivos -ya sean sexuales o de otra índole- en las personas normales.

Estas personas nunca estimaron demasiado las relaciones de objeto, sólo muestran interés en el logro de sus gratificaciones, nunca en satisfacer a sus partenaires. Los objetos son solamente para ellos proveedores de

suministros. Desde el punto de vista exógeno, las zonas dominantes son la zona oral y la piel. La autoestima y la existencia misma dependen de la consecución de alimento y calor.

Estas personas no toleran la tensión ni el dolor, las frustraciones o las situaciones de espera. Después de la elación, el dolor, la culpa y la frustración se vuelven intolerables, dando lugar a un uso más intenso del alcohol. Todos los impulsos van siendo gradualmente reemplazados por el deseo de beber.

Para L. Grinberg (1978) y O. Fenichel (1966), la tendencia hacia un resultado semejante, arraigado a una dependencia oral frente a los suministros externos, constituye la esencia del alcoholismo.

La tensión amorfa que aparece en cierto momento, se parece en realidad, a la etapa más temprana del desarrollo libidinoso, antes de que existiera ninguna clase de organización, es decir, la orientación oral del bebé que pierde gratificación sin ninguna capacidad de dar consideración alguna a la realidad.

Según Simmel (1930), en estos pacientes aparecen conflictos de niveles muy profundos del desarrollo, que se extienden retrospectivamente hacia la etapa oral. Esto explica la relación entre el alcoholismo y los estados maníaco-depresivos, correctamente designó Simmel como manía artificial a la "elación" debida al alcohol. En las etapas finales de su enfermedad, los alcohólicos viven en estados ya carentes de objeto, en que alternan la

elación y la depresión de "la mañana siguiente", lo que en última instancia corresponde a la alternación de hambre y saciedad en el bebé, lo que es para éste psíquicamente indiferenciado.

En el proceso final de la adicción, empiezan a prevalecer más las depresiones de la mañana siguiente.

Según O. Fenichel (1966) la elación se caracteriza por el hecho de que las inhibiciones y las consideraciones sobre la realidad que tienden a refrenar al individuo, desaparecen de la conciencia antes que los impulsos instintivos, de manera que la persona que no tiene el atrevimiento de realizar actos instintivos consigue a la vez, con la ayuda del alcohol, satisfacción y alivio. El superyo ha sido definido como "aquella parte de la psique que es soluble al alcohol". Por ello, el alcohol fue siempre ensalsado por su poder de ahuyentar la inquietud. Los obstáculos parecen menores y la satisfacción de deseos más cercana, en algunas personas, por la disminución de las inhibiciones, y en otras, por el abandono de la realidad y su substitución por placenteros sueños diurnos.

En concordancia con esto, las razones que hacen volver al alcohol son: o bien la existencia de frustraciones externas, es decir, situaciones de desdicha que el sujeto desea olvidar y reemplazar por fantasías placenteras, o inhibiciones internas, vale decir, estados en que uno no se atreve a actuar contra el superyo sin tal ayuda artificial. Entre dichas inhibiciones las inclinaciones depresivas son de la mayor importancia.

Una vez que la desdicha (externa o interna) llega a su fin, la bebida puede interrumpirse o no. Las personas en quienes esto último no sucede son alcohólicos que se caracterizan por su personalidad pre-mórbida oral y narcisista.

O. Fenichel afirma que en los alcohólicos crónicos, constelaciones familiares difíciles crearon frustraciones orales específicas en la infancia. Estas frustraciones dan origen a fijaciones orales con todas las consecuencias que dichas frustraciones tienen sobre la estructura de la personalidad. En los varones, estas frustraciones dan lugar a que el niño se aparte de la madre frustradora para acercarse al padre, es decir, dan lugar a tendencias homosexuales más o menos reprimidas. Los impulsos inconscientes de los alcohólicos, son por su carácter, típicamente no sólo orales, sino también homosexuales.

Basta recordar las numerosas costumbres características del bebedor. Es más probable que los homosexuales latentes, seducidos por las frustraciones sociales, sean particularmente afectos al alcohol, y no que éste por sus efectos tóxicos sea el que conduce a la homosexualidad.

La conducta general del paciente en relación con el ambiente proporciona un índice, con cierto grado de certeza, del grado de desintegración a que han llegado sus relaciones de objeto. Aquellos que beben en tren de convite, con amigos, tienen un pronóstico mejor que los bebedores solitarios.

El trastorno periódico de los bebedores se estructura de acuerdo a lineamientos generales semejantes a los de la periodicidad de los estados maníaco-depresivos; cuando el alcohol se ha usado para huir de la desdicha interna o externa, esta desdicha, pasada la "elación", parece mayor.

Si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos, que sólo vuelven con los efectos de la "la mañana siguiente", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata. Todo logro efectivo de los suministros necesarios puede transformarse en un nuevo peligro o culpa. La bebida representa, en tal caso, el papel de introyección patógena, que precipita las depresiones.

Cuando la adicción puede ser considerada como el último recurso para evitar la caída en la depresión, se comprende que la caída sobreviene cuando la adicción se ha hecho ya decididamente insuficiente. La inutilidad del mundo de los objetos que la orientación alcohólica ha hecho superfluo facilita evidentemente, una eventual ruptura con la realidad, de carácter psicótico.

El trastorno periódico de los bebedores se estructura de acuerdo a lineamientos generales semejantes a los de la periodicidad de los estados maníaco-depresivos; cuando el alcohol se ha usado para huir de la desdicha interna o externa, esta desdicha, pasada la "elación", parece mayor.

Si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos, que sólo vuelven con los efectos de la "la mañana siguiente", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata. Todo logro efectivo de los suministros necesitados puede transformarse en un nuevo peligro o culpa. La bebida representa, en tal caso, el papel de introyección patógena, que precipita las depresiones.

Cuando la adicción puede ser considerada como el último recurso para evitar la caída en la depresión, se comprende que la caída sobreviene cuando la adicción se ha hecho ya decididamente insuficiente. La inutilidad del mundo de los objetos que la orientación alcohólica ha hecho superfluo facilita evidentemente, una eventual ruptura con la realidad, de carácter psicótico.

CAPITULO V

LA ASOCIACION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

Enunciado:

"Alcohólicos anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad".

El problema común es el alcoholismo. Los sujetos que se consideran miembros de A.A. son, y seguirán siendo siempre alcohólicos. Llegaron finalmente a la conclusión de que ya no les era posible controlar de ningún modo el alcohol; ahora se abstienen de él por completo. Lo importante es que no tratan de luchar contra el problema por sí solos, discuten su problema abiertamente con otros alcohólicos. El hecho de compartir experiencia, fortaleza y esperanza", parece ser el elemento básico que les permite vivir sin alcohol y, en la mayoría de los casos, sin siquiera sentir deseos de beberlo.

La sociedad de A.A. cuenta con más de 1,000,000 de miembros en los Estados Unidos, México y otros 105 países. Los miembros se reúnen en grupos locales que varían numéricamente desde un puñado de exbebedores en algunas localidades, hasta varios centenares en los centros populosos.

Muchas de estas reuniones de los A.A. son públicas, algunos grupos tienen también sus reuniones privadas en las que se invita a los miembros a que discurren sobre problemas que tal vez no serían apreciados en su totalidad por los no alcohólicos. Actualmente hay diseminados en todo el mundo más de 28,000 grupos, incluyendo algunos hospitales, prisiones y otras instituciones.

Los A.A. tuvieron su comienzo en Ohio en 1935, cuando un hombre de negocios había logrado permanecer sobrio por primera vez en varios años, buscó a otro alcohólico que era médico y observó que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros alcohólicos a dejar de beber. Trabajando juntos el hombre de negocios y el médico, descubrieron que su capacidad de permanecer sobrios parecía estar muy relacionada con la cantidad de ayuda y estímulo que pudieran dar a los demás bebedores.

Durante los primeros cinco años, la nueva asociación se desarrolló lentamente, carecía de nombre, de organización y de material impreso que la describiera, pero se establecieron grupos en Akron, Nueva York y Cleveland, así fue creciendo paulatinamente. Se publicó el libro "Alcohólicos Anónimos", y con la ayuda de amigos no alcohólicos la asociación comenzó a llamar la atención en E.E.U.U. y en el extranjero.

Ser miembro de A.A. no implica gastos de ninguna especie, la mayoría de los grupos reciben contribuciones voluntarias de sus miembros, que se destinan al sostenimiento de la institución. La asociación de A.A. se sostiene sola y no acepta contribuciones de fuentes extrañas.

No tienen gerente ni personal directivo, con autoridad sobre los demás miembros. Claro está, sin embargo, que hay que hacer cierta clase de trabajo, En los grupos locales alguien tiene que encargarse de la localización y mantenimiento de un lugar apropiado par las reuniones; es necesario planear las sesiones y sus programas; se requiere proveer de café y refrescos, que contribuyan a hacer más agradable el ambiente durante las reuniones; muchos grupos consideran conveniente asignarle a alguno de sus miembros la responsabilidad de mantener el contacto con el desarrollo Nacional e Internacional de A.A. De esta manera, cada miembro desempeña una tarea.

Los A.A. no son una sociedad religiosa; el programa de recuperación tiene como base la aceptación de ciertos valores espirituales. Cada miembro puede interpretar esos valores como le parezca o ni siquiera pensar en ellos, si así lo desea.

Una reunión abierta de A.A., es aquella a la que puede asistir cualquier persona, alcohólica o no alcohólica con la obligación de no hacer públicos los nombres fuera de la reunión. Una reunión abierta tiene generalmente un coordinador que abre y cierra la sesión y presenta a los oradores. Cada orador narra sus experiencias como bebedor y puede dar su interpretación al programa de rehabilitación. La mayoría de las veces se trata de presentar oradores de diversas capas sociales y distinto modo de beber. La mayoría de las reuniones abiertas al público concluyen con un período de conversación entre los asistentes durante el cual se sirven refrescos, café, emparedados y pasteles.

A una reunión cerrada sólo pueden asistir miembros del grupo. El objeto de las reuniones privadas es dar a los miembros la oportunidad de que traten sobre aspectos especiales de sus problemas con el alcohol que pueden ser mejor entendidos por los alcohólicos mismos. Las reuniones privadas son especialmente provechosas para los recién llegados, pues les dan oportunidad de hacer preguntas acerca de sus propias preocupaciones y aprovechar la experiencia de los miembros antiguos.

Los A.A. no tienen que asistir a un número de reuniones en un período de tiempo determinado; eso es cuestión de cada individuo y de sus necesidades, pero la mayoría de los miembros tratan de ir por lo menos a una reunión por semana. Consideran que con eso les basta para satisfacer su necesidad personal de contacto con el programa. Otros van diariamente y hay quienes pueden pasar relativamente largo tiempo sin ir. Los alcohólicos saben por su propia experiencia que si no van a las reuniones corren el peligro de recaer y que si asisten con regularidad les es más fácil resistir las ganas de beber.

Los recién llegados, especialmente, parecen beneficiarse asistiendo a un gran número de reuniones durante sus primeras semanas o meses como miembros del grupo.

El programa de recuperación. Los doce pasos

Los "doce pasos" son el núcleo del programa de A.A. para su recuperación personal. Se basan en la experiencia de ensayos y errores de

los primeros miembros del grupo. Describen actitudes y actividades que los miembros originales creyeron que fueron importantes para ayudarles a lograr la sobriedad; la aceptación de los "Doce Pasos" no es obligatoria; sin embargo, la experiencia indica que los miembros que siguen esos pasos y los aplican a su vida cotidiana parecen sacar mayor beneficio del programa.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos nuestros defectos de carácter.
7. Humildemente la pedimos a Dios que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicara a ellos mismos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como la concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad y nos diese fortaleza para aceptarla.
12. Habiendo experimentado un Despertar Espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Además de los "Doce Pasos" existen también doce tradiciones que hablan de las normas del grupo y su forma de trabajo. Asimismo, el programa habla de las recaídas, que pueden darse en un alcohólico después de un período corto de sobriedad o después de varios años de haber sido abstemio.

Dentro del programa de rehabilitación se cuenta con el "Gran Libro", el cual relata las experiencias de unos 30 alcohólicos consuetudinarios que por primera vez lograron adquirir la sobriedad y relata, además, las dificultades por las que pasaron para sobreponerse al deseo de beber.

* 44 Preguntas y Respuestas acerca del Programa de Recuperación del Alcoholismo. Works Publishing Inc. 1952.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

VI.1 OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es determinar si los sujetos alcohólicos presentan una fijación oral debido a problemas de incapacidad para superar los conflictos de esta etapa del desarrollo psicosexual, lo cual crearía en ellos una tendencia a adoptar conductas adictivas a la bebida, o si la necesidad de calmar la angustia mediante la ingestión de alcohol no está relacionada con carencias y/o manejo deficiente de las necesidades internas durante dicha etapa.

VI.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la fijación del sujeto a la etapa oral y la tendencia a desarrollar una conducta alcohólica?

VI.3 DELIMITACION

Partiendo de la teoría psicoanalítica que plantea que el ser humano atraviesa en su infancia por diferentes etapas de desarrollo psicosexual y que la incapacidad para solucionar adecuadamente dichas etapas trae como consecuencia posteriores conductas patológicas, se pretende investigar a través del Test Desiderativo, mediante la producción simbólica de los

sujetos si la conducta alcohólica tiene su origen en carencias sufridas durante la etapa oral del desarrollo. No se tomarán en cuenta otros factores tales como el sociocultural, genético, nutricional, endócrino, sino que este trabajo se apegará exclusivamente a la teoría psicoanalítica.

VI.4 FORMULACION DE HIPOTESIS

Ho. No existe ninguna relación entre la fijación a la etapa oral y la tendencia a desarrollar una conducta alcohólica, sino que esto se debe a otros factores.

Ha. Si existe una relación directa entre la fijación a la etapa oral y la tendencia a desarrollar una conducta alcohólica.

VI.5 DEFINICION DE VARIABLES

V.I. - Fijación a la etapa oral

V.D. - Alcoholismo

a.- Definición conceptual. V.I. La variable independiente es la fijación del sujeto a la etapa oral. Según lo maneja Freud, la primera etapa de desarrollo en el niño es la fase oral, en la cual, el placer y la gratificación se consiguen por la boca. Una persona fijada a este nivel no ha podido solucionar adecuadamente las ansiedades y carencias sufridas, lo cual puede observarse en las necesidades de incorporación de algunos sujetos.

b.- Definición operacional. La fijación oral (que corresponde a la V.I.), se va a medir con el Test Desiderativo, a través del cual es posible obtener la simbología de la fase oral. Objetos que se comen, fantasías de ser comido,

fantasías de morder o ser mordido, cosas que muerden y destruyen o fantasías orales indirectas, tales como objetos que succionan, etc.

a.- Definición conceptual. V.D. La variable dependiente es el alcoholismo, el cual se define como un desorden crónico de la conducta y se manifiesta por una preocupación constante por la bebida, en detrimento de la salud física y mental y por la pérdida de control cuando se ha iniciado la ingestión de bebidas alcohólicas, afectando esto situaciones vitales y relaciones interpersonales.

b.- Definición operacional. El alcoholismo de los sujetos se determinará mediante las respuestas obtenidas en la encuesta aplicada al grupo experimental y a través de la evidencia de que las personas son miembros de A.A.

VI.6 POBLACION Y MUESTRA

Población. El grupo de A.A. cuenta en México con una población aproximada de 800 a 1000 miembros de ambos sexos, aunque el 85% son varones; sus edades oscilan entre 20 y 60 años, pertenecen a distintos niveles socioculturales y económicos y poseen un nivel de escolaridad diverso. En cuanto al grupo control, la fábrica cuenta con una población de 700 a 800 miembros, desde operarios, jefes de sección, hasta ingenieros químicos y ejecutivos de alto nivel; ellos son de diversos niveles socioeconómicos y culturales, edades distintas y diferente grado de escolaridad.

Muestra. La muestra de esta investigación consta de 60 sujetos; 30 pertenecientes al grupo experimental y 30 al grupo control. Los sujetos del grupo experimental fueron tomados de la institución Alcohólicos Anónimos, todos son de sexo masculino, pertenecientes a diferente estrato socioeconómico y cultural, además de tener distinto nivel de escolaridad. Sus edades oscilan entre los 25 y 35 años. Al grupo experimental se le aplicó una encuesta que permitiera indagar las causas y motivos conscientes de su conducta alcohólica, además del estado de ánimo prevaleciente en estas personas. A este grupo, se le aplicó además de la encuesta, el Test Desiderativo.

La muestra control fue obtenida de 30 sujetos trabajadores de una fábrica de pinturas, de edades entre 25 y 35 años, de sexo masculino, distinto estrato socioeconómico o cultural, así como diferente grado de escolaridad. En cuanto a este grupo, se tomó en cuenta la ausencia de obesidad, tabaquismo, adicción a drogas y por supuesto, se tomó en cuenta que no fueran bebedores.

Al grupo control se le aplicó, igual que al experimental, el Test Desiderativo.

VI.7 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

VI.7.1 Antecedentes

Las fantasías y deseos constituyen una muestra muy expresiva de la personalidad. Asimismo, la simbología que contiene es un elemento

importante para la interpretación y comprensión de ésta. El Test Desiderativo es una prueba proyectiva a través de la cual es posible recoger la producción simbólica del examinado.

La exploración de la personalidad puede hacerse directa o indirectamente. Al hacerlo directamente se somete al sujeto a una entrevista, o bien, utilizando un repertorio sistemático preestablecido de preguntas. Esta forma de operar tiene la desventaja de prevenir al examinado que impone control y ofrece materiales muy defensivos. A nivel de irrealidad el interrogatorio es formulado dentro de un marco ficticio, lo cual permite producir una información originada en estratos más profundos de la personalidad. A esta modalidad pertenece el Test Desiderativo.

Fue presentado en 1946 por el psiquiatra José M. Pigem y J. Córdoba de Barcelona. La prueba consiste en pedir al sujeto que conteste la pregunta "Qué desearía ser si no pudiera ser persona" y luego explique su elección. La elección del sujeto se llama símbolo desiderativo y la explicación, explicación desiderativa.

El Test pretende precisamente poner al examinado en tránsito de transformarse imaginativa y electivamente en cualquier otra cosa que no sea una persona.

Según Pigem, el símbolo desiderativo es una expresión de los deseos (yo ideal) del sujeto y éstos a su vez constituyen una expresión de los valores que éste aspira a realizar. Por lo tanto, en la interpretación se

procede simplemente a traducir los símbolos en los valores implicados. Como puede apreciarse, en este enfoque la interpretación se constriñe a una traducción estática y monotética.

John E. Bell y J. Bernstein (1987) consideran que el test tiene mayores posibilidades, por ello proceden a reelaborarlo modificándolo en los siguientes aspectos.

- Ampliación de la consigna, a fin de obtener en todos los casos un material más rico y completo.
- Ampliación de la fundamentación, integrándola con el enfoque profundo.
- Ampliación del análisis e interpretación, atendiendo al símbolo mismo, considerando la secuencia de las respuestas (asociaciones) y el todo gúestáltico.

Al ampliarse al test, éste viene a constituir un breve cuestionario de seis preguntas; tres destinadas a recoger elecciones (deseos) y tres destinadas a recoger rechazos (miedos, formaciones reactivas). Las elecciones en cada caso son de animales, vegetales y objetos.

VI.7.2 Aspectos que explora el Test Desiderativo

Mediante el Test Desiderativo se pueden detectar distintos aspectos de la personalidad tales como la fortaleza o debilidad del yo; esto se consigue tomando en cuenta el tipo de elecciones y racionalizaciones dadas

por el sujeto. El tiempo de reacción es otro elemento indicativo de los recursos que posee el yo frente al impacto de la consigna; además, si las sucesivas identificaciones proyectivas que el sujeto hace son seguras y muestran coherencia entre los atributos acordados al objeto en la fantasía inconsciente del paciente y la realidad objetiva, esto indica que el yo está bien adaptado a la realidad.

Por otra parte, si se estudia el orden en que aparecen las elecciones, puede verse también como se metamorfosea el yo en relación con su esquema corporal.

La consigna moviliza ansiedades, fundamentalmente la situación de muerte. Caben dos posibilidades:

- a. que afloren ansiedad y culpa persecutoria.
- b. que afloren ansiedad y culpa depresiva.

El Test Desiderativo constituye un instrumento indicado para explorar la angustia, fantasías y defensas en torno a la muerte.

Las sucesivas muertes que las preguntas del psicólogo hacen imaginar al sujeto, equivalen en las repuestas de éste a un orden de aspectos a matar, una escala de valoración desde lo que más se anhela conservar ante todo, hasta lo que más se anhela perder ante todo. La primera elección corresponde a la fantasía que se tiene sobre qué es morir, o en otras palabras, qué es lo más valioso que se pierde al perder la vida (los valores pueden ser movimiento, actividad, libertad, rol sexual, hijos, conocimiento, valoración

del cuerpo, de las sensaciones, utilidad y reparación).

Otro aspecto son las defensas, las cuales no aparecen aisladas en el test, sino que están contenidas en toda la verbalización del sujeto. A través de las respuestas verbales corporales es posible observar el esfuerzo defensivo del yo para reponerse del impacto sufrido y su modalidad defensiva prevalente. El sujeto, a través de las catexias positivas describe simbólicamente su modo de evitar los peligros inherentes a la amenaza fantaseada. Frente al miedo (por sí mismo y por sus objetos) el yo intenta reforzar determinados aspectos y evacuar otros o profundizar o evitar el vínculo con determinados objetos.

El análisis de las conductas defensivas y la verbalización del examinado, proporciona, a través de la sistematización de las respuestas, establecer índices diagnósticos en relación a cuadros nosográficos según el grado de integración yoica.

VI.7.3 Aplicación del Test

El Test Desiderativo consta de seis reactivos; tres catexias positivas y tres negativas. Las catexias positivas son las siguientes:

1. ¿Qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser persona?
2. ¿Qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser ni persona ni (el objeto elegido) animal, por ejemplo?
3. Ni persona ni los dos objetos elegidos anteriormente (ni animal

ni planta), si las elecciones fueron hechas en ese orden.

En las catexias positivas el sujeto expone sus deseos, su yo ideal y pone de manifiesto sus defensas.

Las catexias negativas nos permiten recoger los rechazos, los temores y las fantasías de poner en el exterior los objetos malos internalizados y ansiedades persecutorias.

1. ¿Qué es lo que menos le gustaría ser si no fuera usted persona?
2. Ni persona ni el objeto elegido.
3. Ni persona ni ambos objetos elegidos.

Con el Test Desiderativo se pretende recoger en este trabajo la simbología oral. De esta forma se observará:

I. Símbolos orales directos o primarios.

1. Objetos oral-sádicos, tales como objetos que pican, muerden o envenenan.
2. Fantasías de ser comido o comer algo.
3. Alusión a objetos que se comen, cigarrillos, drogas o elecciones que aluden directamente a la adicción.

II. Símbolos orales indirectos o secundarias.

1. Objetos que succionan, tales como extractor, aspiradora, etc.

VI.8 DISEÑO

El tipo de diseño más adecuado para esta investigación es el cuasi-experimental. Las características de estos diseños son que se llevan a cabo en escenarios naturales, generalmente de tipo social. Existe una carencia de control experimental completo ya que no hay un control total de las variables que intervienen en la investigación. Kerlinger (1973) se refirió a este tipo de investigación como *ex-post-facto*, esto es que el investigador no tiene un control directo de las variables independientes ya que su manifestación ya ha ocurrido.

VI.9 SISTEMATIZACION DE DATOS

La estadística que se utilizó es la no paramétrica ya que este trabajo se llevó a cabo mediante una prueba proyectiva no estandarizada. Se usó la prueba de independencia a través de la χ^2 chi cuadrada, la cual se emplea para hacer comparaciones entre dos o más muestras independientes cuando los datos son medidos en forma nominal, pues para ello sólo se requieren datos de frecuencia. La chi cuadrada es un método útil para comparar resultados obtenidos experimentalmente con aquellos que son de esperarse teóricamente.

La ecuación de chi cuadrada es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_{io} - f_{te})^2}{f_{te}}$$

Adicionalmente a la investigación de la fijación oral en el alcohólico se han querido obtener otros rasgos de personalidad mediante el mismo test que permitan enriquecer este trabajo y llegar a conclusiones complementarias; por esto se hizo una comparación de proporciones de los rasgos obtenidos entre el grupo control y el experimental. Los rasgos de personalidad obtenidos a través de la prueba fueron:

1. Rasgos de dilusión o difusión del yo.
2. Rasgos fóbicos.
3. Rasgos depresivos.
4. Rasgos histéricos.
5. Rasgos de ambivalencia en la identidad.
6. Rasgos obsesivos.
7. Rasgos esquizoides.

Se utilizó una comparación de proporciones ya que en el problema a resolver sólo se conocen las proporciones de ocurrencia del evento pues las variables se midieron en una escala nominal y de acuerdo al tamaño de la muestra y al no contarse con los parámetros de la población se emplea la distribución t de Student.

En los casos en que existió una diferencia significativa entre las proporciones se obtuvo un intervalo de confianza del 95% para las estimaciones predictivas hacia la población así como la determinación de la razón de sujetos alcohólicos y no alcohólicos que presentan dichos rasgos.

La fórmula es:

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\hat{p} \hat{q} \left[\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} \right]}$$

10. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo de la siguiente manera. Debido a que el tema del trabajo se refiere a la fijación oral en el alcohólico, se introdujo en la parte teórica la literatura psicoanalítica relacionada con dicho tema, posteriormente, se eligió el instrumento a utilizar con dos grupos: un grupo experimental y un grupo control. El instrumento que se usó para la investigación fue el Test Desiderativo, que es una prueba proyectiva a través de la cual es posible obtener la simbología que el sujeto proyecta, además de dar un amplio margen para detectar diferentes rasgos de personalidad.

El grupo experimental se tomó de la institución Alcohólicos Anónimos. La muestra fue de 30 sujetos de edades entre 25 y 35 años, de sexo masculino, diferente nivel socioeconómico y cultura; por lo tanto fue un grupo tomado al azar que cooperó voluntariamente para realizar este estudio. El test fue aplicado en forma individual a cada sujeto, escribiéndose en una hoja de papel literalmente cada respuesta que el sujeto daba, observando el tiempo de reacción, ademanes, etc. Posteriormente se aplicó -de la misma manera- un cuestionario que consta de 16 preguntas, este cuestionario está dirigido a recoger datos generales y obtener información respecto a causas, frecuencia, estados depresivos y distintos

datos relacionados con el hábito de beber.

El grupo control se obtuvo gracias a la cooperación de 30 trabajadores de una fábrica de pinturas, entre 25 y 35 años de edad, de diferente nivel socioeconómico y cultura, de sexo masculino y cuidando aspectos tales como la ausencia de tabaquismo, alcoholismo o adicción a otras drogas y ausencia de obesidad. A este grupo se le aplicó exclusivamente el test desiderativo, en forma individual y privada, escribiendo en una hoja de papel cada respuesta obtenida por los sujetos, las respuestas fueron escritas literalmente observando el tiempo de reacción, ademanes, etc.

Después de haber aplicado todas las pruebas se procedió a la interpretación de los datos obtenidos con el fin de saber si la hipótesis planteada podía ser comprobada o desechada.

VI.10 ANALISIS ESTADISTICO

Fijación oral

Se utilizó la prueba de independencia a través de la chi cuadrada (χ^2).

Hipótesis

Ho. El hábito del beber (alcoholismo es independiente de la fijación oral.

Ha. El hábito del beber (alcoholismo) si depende de la fijación oral.

Reglas de Decisión

a. Se acepta Ho si el valor de χ^2 calculado es menor de 3.84.

b. Se rechaza H_0 y se acepta H_a si el valor obtenido de χ^2 es mayor a 3.84.

	Alcohólicos	No Alcohólicos	Totales
Presencia de fijación oral	24	3	27
Sin fijación oral	6	27	33
Totales	30	30	60

Cálculo de Frecuencias Esperadas.

$$\text{Sup. izq.} - fe = \frac{27}{60} \cdot \frac{30}{60} \cdot 60 = 13.5$$

$$\text{Sup. der.} - fe = \frac{27}{60} \cdot \frac{30}{60} \cdot 60 = 13.5$$

$$\text{Inf. izq.} - fe = \frac{33}{60} \cdot \frac{30}{60} \cdot 60 = 16.5$$

$$\text{Inf. der.} - fe = \frac{33}{60} \cdot \frac{30}{60} \cdot 60 = 16.5$$

$$\chi^2 = \sum \frac{((fo-fe)-.5)^2}{fe}$$

Valores para cada Casilla						
	fo	fe	[fo-fe]	[fo-fe]-.5	([fo-fe]-.5)	$\frac{((fo-fe)-.5)^2}{fe}$
Sup. izq.	24	13.5	10.5	10	100	7.407
Sup. der.	3	13.5	10.5	10	100	7.407
Inf. izq.	6	16.5	10.5	10	100	6.060
Inf. der.	27	16.5	10.5	10	100	6.060

$$\chi^2 = 26.934$$

$$g1 = (r-1)(c-1) \\ (2-1)(2-1) = 1$$

Valor crítico para un nivel de significación de 5% y con un gl de 1 = 3.84.

Por lo tanto se acepta H_a y se rechaza H_o y se concluye que el hábito de beber tiene dependencia con la fijación oral.

Habiendo calculado el valor de χ^2 y habiéndose establecido la dependencia, se calculó el coeficiente PHI (ϕ), que es una medida para determinar el grado de asociación para tablas de contingencia 2x2.

$$\begin{aligned}\phi &= \frac{\chi}{N} \\ &= \sqrt{\frac{26.934}{60}} = \sqrt{0.4489} = 0.67\end{aligned}$$

Valor que indica una correlación marcada alta.

Comparación de los rasgos de personalidad encontrados mediante el test desiderativo entre el grupo experimental y el grupo de control.

Se utilizó una comparación de proporciones mediante la distribución t de Student.

Comparación de rasgos de difusión y dilusión del yo entre ambos grupos.

Ho. No existe diferencia en cuanto a la proporción de rasgos de difusión y dilusión del yo presentes en sujetos alcohólicos y no alcohólicos.

Ha. La proporción de los rasgos presentes es diferente para sujetos

alcohólicos y no alcohólicos.

Reglas de Decisión

- Se acepta H_0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021.
- Se rechaza H_0 y se acepta H_a si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021.

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q} \left[\frac{n_1 - n_2}{n_1 n_2} \right]}}$$

$$\hat{p} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2} = \frac{18 + 3}{30 + 30} = 0.35$$

$$\hat{q} = 1 - \hat{p} = 1 - 0.35 = 0.65$$

$$t = \frac{0.60 - 0.10}{\sqrt{(0.35)(0.65) \left[\frac{30 + 30}{(30)(30)} \right]}} = \frac{0.50}{\sqrt{0.2275 \left[\frac{60}{900} \right]}} = \frac{0.50}{\sqrt{0.015166}}$$

$$t = \frac{0.50}{0.12315} = 4.0599$$

De la tabla $g_1 = 58$ $\alpha = 5\%$ t crítica = 2.021

Por lo tanto se rechaza H_0 y se concluye que sí existe una diferencia significativa en los rasgos de difusión y dilusión del yo presentes en sujetos alcohólicos y no alcohólicos.

Cálculo del Intervalo de Confianza

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = \sqrt{\frac{(0.60)(0.40)}{30}} = \sqrt{0.008} = 0.08944$$

$$P - z \sigma p \leq M \leq p + z \sigma p$$

z para 2 colas $\alpha = 5\% = 2.04$

$$0.60 - 2.04 (0.08944) \leq M \leq 0.60 + 2.04 (0.08944)$$

$$0.60 - 0.18245 \leq M \leq 0.60 + 0.18245$$

$$0.41754 \leq M \leq 0.78245$$

Por lo tanto, se tiene el 95% de confianza de que la población de sujetos alcohólicos entre el 41.75% y el 78.24% presenten rasgos de difusión y dilusión del yo.

Para el grupo de no alcohólicos

$$\sigma p = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = \sqrt{\frac{(0.10)(0.90)}{30}} = 0.05477$$

$$p - z \sigma p \leq M \leq p + z \sigma p$$

$$0.10 - 2.04 (0.05477) \leq M \leq 0.10 + 2.04 (0.05477)$$

$$0.10 - 0.111 \leq M \leq 0.10 + 0.0111$$

$$-0.11 \leq M \leq 2.011$$

Lo cual indica que en la población de sujetos no alcohólicos los rasgos de difusión y dilusión del yo o no se presentan ó lo están en un máximo del 21.1% de ellos.

Categoría	Como Razón Absoluto	Total	%
G.E. (Alcohólicos)	18	30	60
G.C. (No Alcohólicos)	3	30	10

Razón G.E. Respecto al G.C. $\frac{18}{3} = 6$

Lo que nos indica que por cada sujeto no alcohólico que presenta rasgos de dilusión y/o difusión del yo, existen 6 sujetos alcohólicos que presentan dicho rasgo.

Comparación de Rasgos Fóbicos

Ho. La proporción de alcohólicos con rasgos fóbicos es la misma que la de sujetos no alcohólicos que los presentan.

Ha. La proporción entre alcohólicos y no alcohólicos que presentan rasgos fóbicos es distinta.

Reglas de Decisión

- Se acepta Ho si el valor de t es mayor que 2.021 pero menor que 2.021.
- Se rechaza Ho y se acepta Ha si t es menor que 2.021 o mayor que 2.021.

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q}\left[\frac{n_1+n_2}{n_1n_2}\right]}}$$

$$\hat{p} = \frac{x_1+x_2}{n_1+n_2} = \frac{18+7}{30+30} = 0.41\bar{6}$$

$$\hat{q} = 1 - p = 1 - 0.41\bar{6} = 0.58\bar{3}$$

$$t = \frac{0.60-0.23\bar{3}}{\sqrt{(0.41\bar{6})(0.58\bar{3})\left[\frac{30+30}{(30)(30)}\right]}} = \frac{0.60-0.23\bar{3}}{\sqrt{0.24305\left[\frac{60}{900}\right]}}$$

$$= \frac{0.60-0.233}{\sqrt{0.162037}} = \frac{0.366}{0.127293} = 2.8804$$

De la tabla g1. = 58 α = 5% $t = 2.021$

Por lo tanto, se rechaza H_0 y se concluye que existe diferencia entre la proporción de alcohólicos que presentan rasgos fóbicos y la proporción de no alcohólicos que la presentan.

Cálculo del Intervalo de Confianza

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = \sqrt{\frac{(0.60)(0.40)}{30}} = 0.8944 = 9\%$$

$$p - z\sigma_p \leq M \leq p + z\sigma_p$$

$$0.60 - 2.04 (0.08944) \leq M \leq 0.60 + 2.04 (0.08944)$$

$$0.60 - 0.18245 \leq M \leq 0.60 + 0.18245$$

$$0.41754 \leq M \leq 0.78245$$

Por lo tanto, se tiene el 95% de confianza de que en toda la población de sujetos alcohólicos no menos del 41.7% ni más del 78.2% presentan rasgos fóbicos.

Categoría	Absoluto	Total
G.E.	18	30
G.C.	7	30

Razón G.E. respecto a G.C. $\frac{18}{7} = 2.57$

Lo que significa que por cada no alcohólico que presenta rasgos fóbicos hay 2.57 alcohólicos que presentan dicho rasgo.

Para los No Alcohólicos

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = \sqrt{\frac{(0.233)(0.766)}{30}} = 0.077211$$

$$\begin{aligned}
 p - z\sigma &\leq M \leq p + z\sigma \\
 0.23\bar{3} - 2.04 (0.077211) &\leq M \leq 0.23\bar{3} + 2.04 (0.077211) \\
 0.23\bar{3} - 0.157511 &\leq M \leq 0.23\bar{3} + 0.157511 \\
 0.075 &\leq M \leq 0.3908
 \end{aligned}$$

Es decir que en la población total se espera que no más del 39.08% pueden presentar rasgos fóbicos con un mínimo del 7.5%.

Comparación de Rasgos Depresivos

H0. La proporción de rasgos depresivos en el grupo de alcohólicos es igual a la del grupo de no alcohólicos.

H1. La presencia de rasgos depresivos en el grupo de alcohólicos es diferente a la del grupo de no alcohólicos.

Reglas de Decisión

- Se acepta H0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021.
- Se rechaza H0 y se acepta H1 si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021.

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q}\left[\frac{n_1+n_2}{n_1n_2}\right]}} \quad \hat{p} = \frac{x_1+x_2}{n_1+n_2} = \frac{16+13}{30+30} = \frac{29}{60} = 0.48\bar{3}$$

$$t = \frac{0.53\bar{3} - 0.48\bar{3}}{\sqrt{(0.48\bar{3})(0.51\bar{6})\left[\frac{30+30}{(30)(30)}\right]}} = \frac{0.1}{\sqrt{0.2497\left[\frac{60}{900}\right]}} = \frac{0.1}{\sqrt{0.01664}}$$

$$t = \frac{0.1}{0.129026} = 0.775$$

De la tabla U = 58 α = 5% t crítica = 2.021

Por lo tanto, se acepta H_0 y se concluye que dichos rasgos se presentan en la misma proporción en ambos grupos.

Categoría	Absoluto	Total
Grupo Exp.	16	30
Grupo Control	13	30

Razón de G.E. respecto a G.C. $\frac{16}{13} = 1.23$

Por lo tanto por cada sujeto no alcohólico con rasgos depresivos hay 1.23 sujetos alcohólicos con dichos rasgos.

Comparación de Rasgos Históricos

H0. Los rasgos históricos se presentan en la misma proporción en la población de alcohólicos que en la población no alcohólica.

H1. La presencia de rasgos históricos es mayor en la población alcohólica que en la población alcohólica que en la población no alcohólica.

Reglas de Decisión

- Se acepta H_0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021.
- Se rechaza H_0 y se acepta H_1 si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021.

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q}\left[\frac{n_1+n_2}{n_1n_2}\right]}} \quad \hat{p} = \frac{x_1+x_2}{n_1+n_2} = \frac{8+10}{30+30} = 0.3$$

$$\hat{q} = 1 - \hat{p} = 1 - 0.3 = 0.7$$

$$t = \frac{0.26\bar{6} - 0.33\bar{3}}{\sqrt{(0.3)(0.7)\left[\frac{30+30}{(30)(30)}\right]}} = \frac{0.26\bar{6} - 0.33\bar{3}}{\sqrt{0.21\left[\frac{60}{900}\right]}} = \frac{0.26\bar{6} - 0.33\bar{3}}{\sqrt{0.014}}$$

$$t = \frac{-0.06\bar{6}}{0.11832} = 0.5633$$

De tabla U= n1 + n2 - 2 = 58 α = 5% 1 cola 2.704

2 colas 2.021

Por lo tanto se acepta H0 y se concluye que dichos rasgos están presente en la misma proporción en ambas poblaciones.

Como Razón:

Categoría	Absoluto	Total
G.E.	8	30
G.C.	10	30

Razón de G.E. con respecto al G.C. $\frac{8}{10} = 0.8$

Lo que significa que por cada sujeto no alcohólico que muestre rasgos histéricos, 0.8 menos de un alcohólico los presenta.

Comparación de Rasgos Obsesivos

H0. Los rasgos obsesivos están presentes en la misma proporción en los sujetos no alcohólicos que en los sujetos alcohólicos.

H1. Existe diferencia en la proporción de sujetos alcohólicos y no

alcohólicos que presentan rasgos obsesivos.

Reglas de Decisión

- Se acepta H_0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021 .
- Se rechaza H_0 y se acepta H_1 si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021 .

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q}\left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right]}}$$

$$\hat{p} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2} = \frac{9 + 11}{30 + 30} = 0.3\bar{3}$$

$$\hat{q} = 1 - \hat{p} = 1 - 0.3\bar{3} = 0.6\bar{6}$$

$$t = \frac{0.3\bar{0} - 0.36\bar{6}}{(0.33)(0.66)\left[\frac{30+30}{(30)(30)}\right]} = \frac{0.3\bar{0} - 0.36\bar{6}}{\sqrt{6.222\left[\frac{60}{900}\right]}} = \frac{0.3\bar{0} - 0.36\bar{6}}{\sqrt{0.014814}}$$

$$t = \frac{0.06\bar{6}}{0.121714} = 0.5471$$

De tabla U = 58 $\alpha = 5\%$ t crítica = 2.021

Por lo tanto se acepta H_0 y se concluye que los rasgos obsesivos ocurren en la misma proporción entre los sujetos alcohólicos y no alcohólicos.

Categoría	Absoluto	Total
G.E.	9	30
G.C.	11	30

Razón de G.E. respecto a G.C. $\frac{9}{11} = 0.818$

Que indica que por cada sujeto no alcohólico que presenta rasgos obsesivos menos de un sujeto alcohólico los muestra también.

Comparación de Rasgos de Ambivalencia de la Identidad

- H0.** La proporción de sujetos alcohólicos con rasgos de ambivalencia es igual a la proporción de sujetos no alcohólicos.
- H1.** Son distintas las proporciones de sujetos alcohólicos y no alcohólicos que presentan rasgos de ambivalencia.

Reglas de Decisión

- a. Se acepta H0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021.
- b. Se rechaza H0 y se acepta H1 si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021.

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q}\left[\frac{n_1+n_2}{n_1n_2}\right]}}$$

$$\hat{p} = \frac{x_1+x_2}{n_1+n_2} = \frac{23+18}{30+30} = 0.68\bar{3}$$

$$\hat{q} = 1 - \hat{p} = 1 - 0.68\bar{3} = 0.31\hat{6}$$

$$\tau = \frac{0.76\bar{6} - 0.60}{\sqrt{(0.68\bar{3})(0.31\hat{6})\left[\frac{30+30}{(30)(30)}\right]}} = \frac{0.76\bar{6} - 0.60}{\sqrt{0.21638\left[\frac{60}{900}\right]}} = \frac{0.76\bar{6} - 0.60}{\sqrt{0.014425}}$$

$$= \frac{0.16\bar{6}}{0.12010} = 1.387$$

De tabla U = 58 $\alpha = 5\%$ t crítica = 2.021

Por lo tanto, se acepta H0 y se concluye que dichos rasgos están presentes en ambos grupos en la misma proporción.

Como Razón:

Categoría	Absoluto	Total
G.E.	23	30
G.C.	18	30

Razón de G.E. con respecto al G.C. $\frac{23}{18} = 1.27$

Por cada sujeto no alcohólico con rasgos de ambivalencia hay 1.27 sujetos alcohólicos que los presentan.

Comparación de Rasgos Esquizoides:

H0. Los rasgos esquizoides se presentan en la misma proporción en sujetos alcohólicos que en sujetos no alcohólicos.

H1. La proporción de rasgos esquizoides es distinta entre los sujetos alcohólicos y los nos alcohólicos.

Reglas de Decisión

- Se acepta H0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021.
- Se rechaza H0 y se acepta H1 si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021.

$$t = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}\hat{q}\left[\frac{n_1+n_2}{n_1n_2}\right]}} \quad \hat{p} = \frac{x_1+x_2}{n_1+n_2} = \frac{14+12}{30+30} = 0.43\bar{3}$$

$$\bar{q} = 1 - p = 0.56\bar{6}$$

$$t = \frac{0.46\bar{6} - 0.40}{\sqrt{(0.43\bar{3})(0.56\bar{6})\left[\frac{30+30}{(30)(30)}\right]}} = \frac{0.06\bar{6}}{\sqrt{0.24555\left[\frac{60}{900}\right]}} = \frac{0.06\bar{6}}{0.01637}$$

$$t = \frac{0.06\bar{6}}{0.12797} = 0.521$$

De tabla U = 58 $\alpha = 5\%$ t crítica = 2.021

Por lo tanto se acepta H0 y se concluye que la proporción de rasgos esquizoides es la misma en ambos grupos.

Como Razón:

Categoría	Absoluto	Total
G.E.	14	30
G.C.	12	30

Razón de G.E. con respecto al G.C. = $\frac{14}{12} = 1.16$

Que indica que por cada sujeto no alcohólico con rasgos esquizoides hay 1.16 sujetos alcohólicos que los presentan.

CAPITULO VII

RESULTADOS

FIJACION ORAL EN EL ALCOHOLICO

Para afirmar o rechazar la hipótesis respecto a la fijación oral en el sujeto alcohólico se utilizó la prueba de independencia mediante la chi cuadrada (χ^2). De acuerdo a las reglas de decisión:

- a. Se acepta la H_0 si el valor de x es menor de 3.84.
- b. Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 si el valor obtenido de x es mayor a 3.84.

En este caso el valor de $x = 26.934$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la H_a .

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE ALCOHOLICO Y NO ALCOHOLICO

Con el fin de establecer diferencias de personalidad entre los sujetos alcohólicos y los no alcohólicos se hizo una comparación de proporciones en la que se empleó la distribución t de Student. De acuerdo a las reglas de decisión para cada caso:

- a. Se acepta H_0 si el valor de t es mayor que -2.021 pero menor que 2.021.
- b. Se rechaza H_0 y se acepta H_a si t es menor que -2.021 o mayor que 2.021.

Se tomaron en cuenta los tipos de personalidad que aparecieron más frecuentemente en la interpretación del instrumento.

Entre las diferentes tipos de personalidad se encontró un aspecto referido al yo de los sujetos:

Comparación:

1. **Difusión y dilusión del yo en sujeto alcohólico y no alcohólico.** En este caso $t = 4.0599$.
Por lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_a .
2. **Comparación de rasgos fóbicos.** En este caso $t = 2.8804$ por lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_a .
3. **Comparación de rasgos depresivos.** En este caso el valor de $t=0.775$, por lo tanto se acepta H_0 y se rechaza H_a .
4. **Comparación de rasgos histéricos.** En este caso el valor de $t= 0.5633$, por lo tanto se acepta H_0 y se rechaza H_a .
5. **Comparación de rasgos obsesivos.** En este caso $t=0.5471$, por lo tanto se acepta H_0 y se rechaza H_a .
6. **Comparación de rasgos de ambivalencia en la identidad.** En este caso $t = 1.387$, por lo tanto se acepta H_0 y se rechaza H_a .
7. **Comparación de rasgos esquizoides.** En este caso $t=0.521$, por lo tanto se acepta H_0 y se rechaza H_a .

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos estadísticamente, puede decirse que sí existe una diferencia significativa entre el grupo experimental (sujetos alcohólicos) y el grupo control (sujetos no alcohólicos), por lo que se acepta la hipótesis alterna, que plantea que la conducta alcohólica tiene su origen en la fijación del individuo a la etapa oral del desarrollo psicosexual, en la cual el placer se obtiene a través de la boca y las frustraciones sufrida durante esta etapa traen como consecuencia el desarrollo del hábito de beber.

Durante la aplicación del instrumento en la institución Alcohólicos Anónimos, se observó que los sujetos que no fumaban, hasta antes de ingresar al grupo e iniciar su rehabilitación, comenzaron a hacerlo, lo mismo sucedió con el café, que beben de manera considerable. Estas conductas dan la pauta para pensar que al substituir el alcohol por tabaco y café, la fijación oral y las ansiedades pertenecientes a esta fase del desarrollo se encuentran presentes en las personas. Por otra parte, se observó que la propia institución cumple con estas necesidades orales sirviendo constantemente café, té y refrescos.

Otro aspecto observado en el grupo de Alcohólicos Anónimos es la necesidad que tienen los sujetos de contar con un continente afectivo. Para cada sujeto, el grupo se convierte en el depositario de los conflictos, frustraciones, ansiedades y sentimientos negativos contribuyendo así a

calmar la angustia de sus miembros. Esta es una de las cualidades más importantes de la institución la cual ayuda a las personas en su proceso cotidiano de rehabilitación.

Comparación de diferentes rasgos de personalidad entre sujetos alcohólicos y no alcohólicos.

Independientemente de la hipótesis inicial planteada respecto a la oralidad en el alcohólico, se hizo una comparación de distintos rasgos de personalidad entre sujetos alcohólicos y no alcohólicos, obteniendo la información mediante la interpretación del mismo instrumento. Se compararon los siguientes rasgos (encontrados con mayor frecuencia en las respuestas):

1. Rasgos de difusión y dilusión del yo
2. Rasgos fóbicos
3. Rasgos depresivos
4. Rasgos histéricos
5. Rasgos obsesivos
6. Rasgos de ambivalencia en la identidad
7. Rasgos esquizoides

1. Rasgos de difusión y dilusión del yo

De acuerdo a la interpretación del test y a los resultados obtenidos estadísticamente puede decirse que existe una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control respecto a este rasgo. La dilusión y difusión del yo se observa en los alcohólicos en un nivel del 60%, respecto a

un 10% del grupo control.

Este rasgo de difusión y dilución del yo se obtuvo en base al tipo de respuestas recogidas por el test, respuestas que muestran la necesidad del sujeto de diluirse o fundirse en objetos amorfos. O. Fenichel dice que "el superyo ha sido definido como aquella parte de la psique que es soluble al alcohol"^{*}. En este caso, al parecer, las personas desean diluir o difundir su yo completamente en un intento de no darse cuenta, de evadir completamente la realidad. Las elecciones son objetos amorfos tales como niebla, viento, aire, agua, etc. Esto sucede en el individuo además de la necesidad de desinhibición y de poder expresarse sin temer a la censura del superyo.

Este hallazgo encontrado en los sujetos alcohólicos podría ser la base de estudios posteriores, lo cual enriquecería lo que se conoce hasta hoy sobre la personalidad del sujeto bebedor.

2. Rasgos Fóbicos

De acuerdo a la interpretación del test y a los datos obtenidos estadísticamente, puede concluirse que hay una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control respecto a la incidencia de rasgos fóbicos. En el grupo experimental este rasgo alcanza un nivel del 60% respecto a un 23.33% del grupo control.

Los rasgos fóbicos en el alcohólico no han sido estudiados, sin

* Fenichel O. Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Ed. Paidós, 1966, pág. 427.

embargo, es probable que el sujeto alcohólico utilice la bebida como acompañante fóbico, ya que ella le proporciona seguridad y le ayuda a enfrentar las situaciones de la vida cotidiana.

En cuanto a la presencia de rasgos depresivos, histéricos, ambivalencia en la identidad, rasgos obsesivos y esquizoides, no se encontró diferencia significativa en los porcentajes obtenidos de ambos grupos; sin embargo, es importante puntualizar que en el caso de rasgos depresivos, el 100% de los sujetos alcohólicos afirman haber estado deprimidos, casi todos ellos la mayor parte de su vida. Mencionan sentimientos de culpa, soledad, sentimientos de inferioridad y frustración que les hacía sentir deprimidos. A pesar de ello, no pudo comprobarse depresión en los sujetos alcohólicos estadísticamente. Es probable que la razón por la cual este rasgo no apareciera en forma significativa en el grupo de bebedores podría deberse a la presencia de alguna variable no controlada.

Finalmente, debe agregarse, que además de interesante resultaría provechoso organizar la formación de grupos de alcohólicos con fines psicoterapéuticos, lo cual proporcionaría más conocimiento y experiencia en lo referente a las características de personalidad en el alcohólico y ayudaría a tales individuos a un mejor manejo de sus vidas, mediante el conocimiento análisis y elaboración de sus conflictos internos.

APENDICE 1

El test desiderativo de acuerdo al profesor Jaime Bernstein.

Elecciones

1. Qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser persona.
(1ª elección)
2. Ni persona ni... (animal, planta y objeto según lo elegido en la primera elección).
(2ª elección)
3. Ni persona ni... (descarte de las 2 categorías correspondientes a las 2 elecciones anteriores).
(3ª elección)

Del mismo modo y con signo inverso se eligen los 3 elementos rechazados, cada uno con la explicación respectiva.

Rechazos

1. Qué es lo que menos le gustaría ser si no pudiera ser persona
(1ª elección).
2. Ni persona ni... (animal, planta u objeto) según lo elegido en la primera.
(2ª elección).
3. Ni persona ni... (se hace igual que en las elecciones positivas).
(3ª elección).

Apéndice 2

Datos obtenidos según el cuestionario aplicado al grupo experimental

Casos	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	T. Pertenecer a A.A.	T. de ser bebedor	Frecuencia
1	25	Soltero	Secundaria	Ninguna	9 meses	7 años	3-4 días seguidos
2	25	Soltero	Profesional	Dentista	1 año	9 años	C/fin de semana
3	25	Casado	Secundaria	Agente de Ventas	4 años	7 años	2 veces por semana
4	26	Casado	2° de secundaria	Peluquero	8 meses	13 años	3-4 días seguidos
5	26	Casado	Secundaria	Computación	6 meses	10 años	C/tercer día
6	26	Casado	Preparatoria	Empleado	2 años 4 meses	12 años	3 veces/semana o fin de semana
7	26	Casado	Primaria	Evarista	1 año 2 meses	11 años	Hasta 6 días seguidos
8	27	Casado	Primaria	Agente de Ventas	2 años 2 meses	14 años	Diario
9	27	Soltero	Secundaria	Artesano	2 años	15 años	10-15 días seguidos
10	27	Casado	Primaria	Pelotari Profesional	1 año	6 años	5-6 días seguidos
11	27	Soltero	Profesional Leyes	Ninguna	6 meses	15 años	C/tercer día
12	28	Soltero	Profesional	Médico	7 meses	12 años	Varios días seguidos
13	28	Soltero	Primaria	Ninguna	3 años	8 años	Varios días seguidos
14	28	Casado	Secundaria	Agente de Ventas	1 año 6 meses	13 años	C/semana Al final diario
15	28	Soltero	Técnico en Radio y TV.	Hojalatero	2 años 2 meses	13 años	C/semana. Al final diario

Casos	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	T. Pertenecer a A.A.	T. de ser bebedor	Frecuencia
16	28	Soltero	Secundaria	Obrero	2 años	12 años	Diario
17	28	Casado	Vocacional	Transportista	2 años	12 años	Caso diario
18	29	Casado	Profesional	Inspector Control de Calidad	1 año	14 años	4 - 5 días seguidos
19	29	Casado	Vocacional	Empleado	3 años	12 años	4 - 5 días seguidos
20	31	Casado	Profesional	Comerciante	3 años	14 años	Diario
21	31	Soltero	Profesional	Bibliotecario	1 año 6 meses	12 años	Diario con receso 2-3 días
22	31	Casado	Primaria	Obrero	1 año 9 meses	18 años	4 - 5 días seguidos
23	32	Casado	Profesional	Contador Público	1 año 9 meses	13 años	Dos veces por semana
24	33	Soltero	Profesional	Empleado Federal	6 meses	18 años	Diario
25	33	Casado	Carrera Comercial	Comisionista	1 año	15 años	C/3er día al final Diario
26	33	Casado	Profesional	Contador Público	3 años	15 años	3 veces por semana
27	34	Casado	Secundaria	Obrero	4 años	16 años	Diario
28	35	Unión Libre	Profesional	Empleado	1 año	15 años	3 veces por semana
29	35	Casado	Profesional	Agente de Seguros	2 años 3 meses	16 años	3 días seguidos receso 3 días
30	35	Casado	Primaria	Contador aunque no lo soy	2 años	18 años	Diario

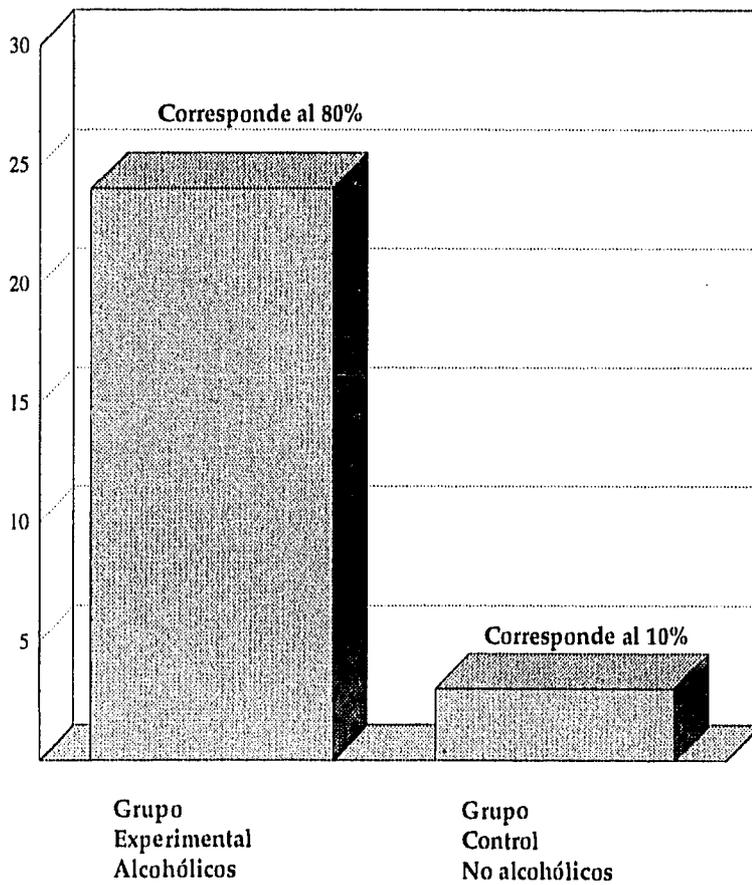
Casos	Conciencia de Alcoholismo	Bebía		Circunstancias precipitantes	Sensaciones placenteras producidas por el alcohol
		Solo	Acompañado		
1	Al llegar a AA	Al final	C/amigos	No	Euforia, pero al final ya no había euforia
2	2 años antes de venir a AA	Si	C/gente poco	No	Relajamiento físico contenido
3	Poco antes de venir a AA	A veces	C/amigos	Soledad, miedo al enfrentamiento	Desinhibición, euforia fuga
4	Al llegar a AA	Pocas veces	C/amigos	Necesidad de fuga	Ninguna
5	Al llegar a AA	Al final	C/amigos familia	No	Desinhibición, seguridad fuga
6	Al llegar a AA	Al final	C/amigos familiares	El sufrimiento, pero no lo sabía	Calma, olvidaba las responsabilidades
7	Al llegar a AA	Pocas veces	C/amigos	Murió mi madre	Fuga de la realidad
8	Al llegar a AA	No	C/amigos	No, tal vez falta de madurez	Desinhibición
9	Años antes de venir a AA	Casi nunca	C/amigos	Frustración	Fuga, Desinhibición
10	Después de venir a AA	Pocas veces	C/amigos familiares	Se divorciaron mis padres	Fuga, euforia
11	1 año antes de venir a AA	No	C/amigos o prostitutas	Sensación de soledad	Seguridad, euforia
12	Años antes de venir a AA	Al final	C/cualquiera	Soledad, incomprensión	Sensación de integración social, desinhibición
13	Al llegar a AA	No	C/amigos	No	Euforia, superioridad
14	Al llegar a AA	Casi nunca	C/cualquiera	No	Alegría, desinhibición
15	Al llegar a AA	Al final	C/bandas de vagos	Frustración	Sensación de Valentía

Casos	Conciencia de Alcoholismo	Bebía		Circunstancias precipitantes	Sensaciones placenteras producidas por el alcohol
		Solo	Acompañado		
16	6 años después de beber	No	Con amigos	Decepciones y presiones	Fuga
17	Poco antes de venir a AA	A veces	Con amigos	No, pero tenía complejos	Euforia
18	Al llegar a AA	A veces	Con cualquiera	No	Euforia, fuga
19	Al llegar a AA	A veces	Con amigos	Murió mi novia complejos	Fuga
20	Años antes de venir a AA	Al final	Con prostitutas	No	Euforia, evación
21	Al llegar a AA	Sí		No	Fuga, Euforia, desinhibición
22	Poco antes de venir a AA	A veces	Con amigos familiares	No	Seguridad, desinhibición
23	Al llegar a AA	Al final	Con amigos	No	Relajamiento físico Euforia
24	Años antes de venir a AA	Casi nunca	Con amigos familiares	No	Seguridad
25	Al llegar a AA	Al final	Con amigos	Abandono de mi esposa	Ninguna, desde antes de beber empezaba a sufrir
26	10 años antes de venir a AA	Sí		No	Evación
27	Al llegar a AA	Sí	Con amigos muy poco	Frustración, limitaciones	Ninguna, solamente evación
28	Meses antes de venir a AA	Sí		Necesidad de fuga	Mareo agradable
29	Meses antes de venir a AA	Sí		Problemas, angustia presión	Seguridad, desinhibición
30	Años antes de venir a AA	Sí	Con amigos muy poco	Abandono de mi esposa	Euforia, alegría, superioridad

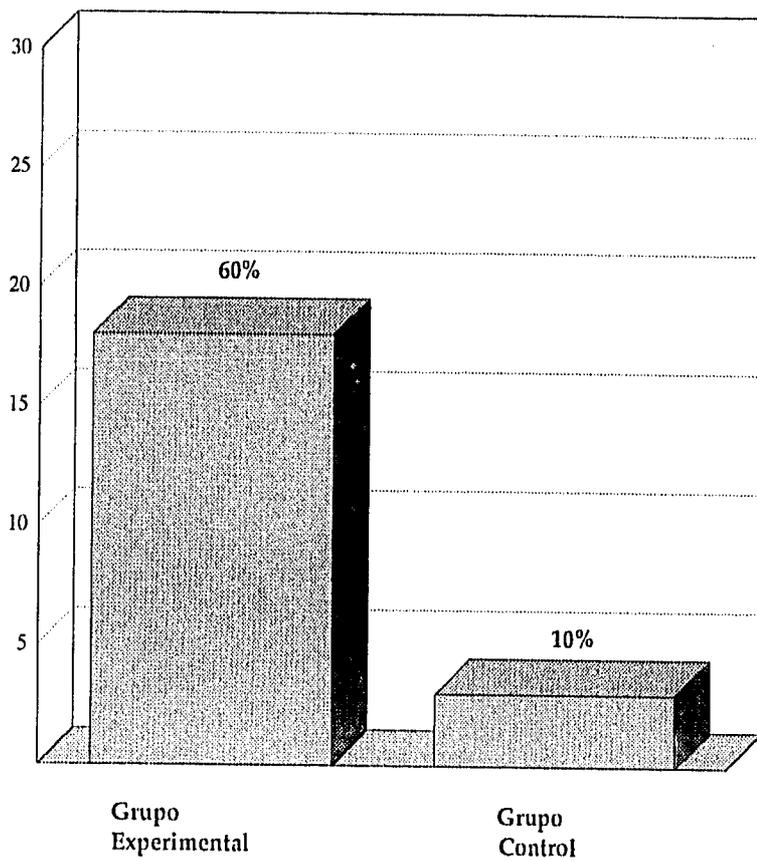
Casos	Factores depresivos	Causas de depresión	Casos	Factores depresivos	Causas de depresión
1	Sí	Sentimientos de inferioridad	16	Sí	No sé, siempre estaba deprimido
2	Sí	Por la realidad de soledad	17	Sí	No sé, pero me deprimía
3	Sí	Falta de comunicación Soledad	18	Sí	Desconozco las causas
4	Sí	Frustración por la pobreza en que vivía	19	Sí	Desconozco las causas
5	Sí	Desconozco las causas	20	Sí	Abandono materno, Sentimientos de culpa
6	Sí	Sentimientos de culpa	21	Sí	Rechazo de mí mismo
7	Sí	Sensación de vacío interior	22	Sí	Desconozco las causas, pero me deprimía
8	Sí	Rechazo de mí mismo	23	Sí	Rechazo de mí mismo no sé
9	Sí	Sentimientos de soledad	24	Sí	Sentimientos de soledad
10	Sí	Desconozco las causas	25	Sí	Abandono de mi esposa
11	Sí	Desconozco las causas	26	Sí	Causas imprecisas
12	Sí	Desconozco las causas	27	Sí	No sé, me sentía deprimido
13	Sí	Abandono de la madre	28	Sí	Sentimientos de soledad, de abandono
14	Sí	Temores, inhibiciones causas imprecisas	29	Sí	Sentimientos de soledad, rechazo de mí mismo
15	Sí	Sentimientos de soledad	30	Sí	Sentimientos de inferioridad

Apéndice 3

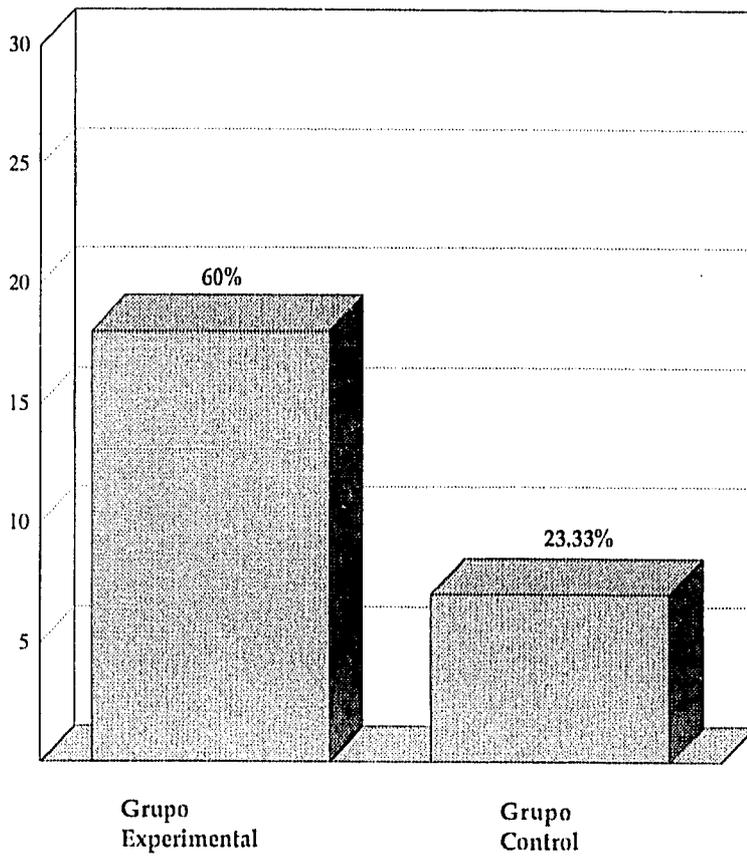
Simbología de contenido oral encontrado en ambos grupos según el porcentaje



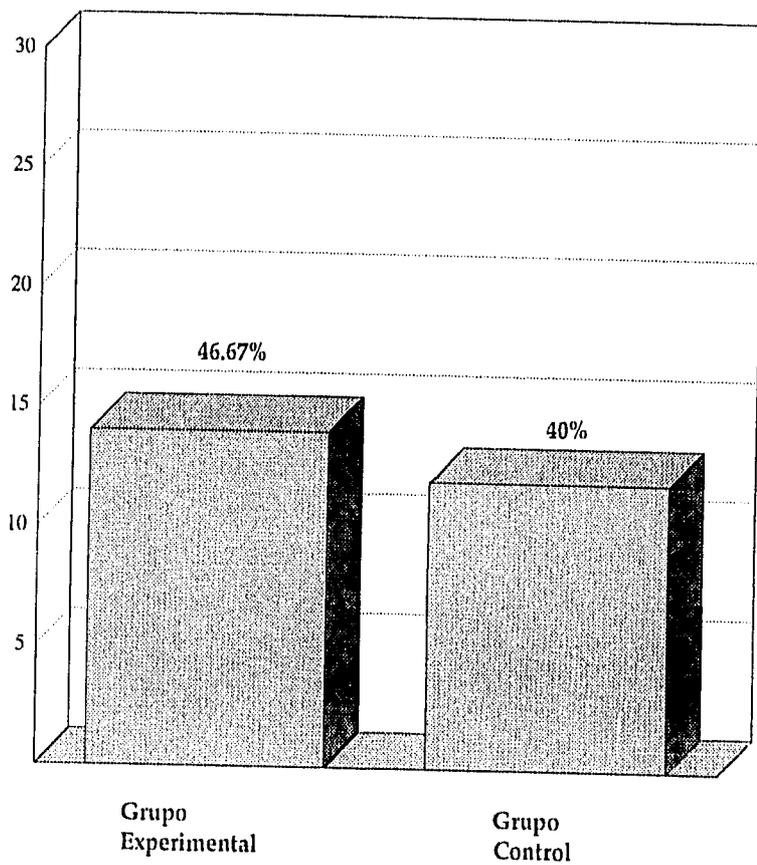
**Comparación de aspectos de
Difusión y dilución del yo
en ambos grupos**



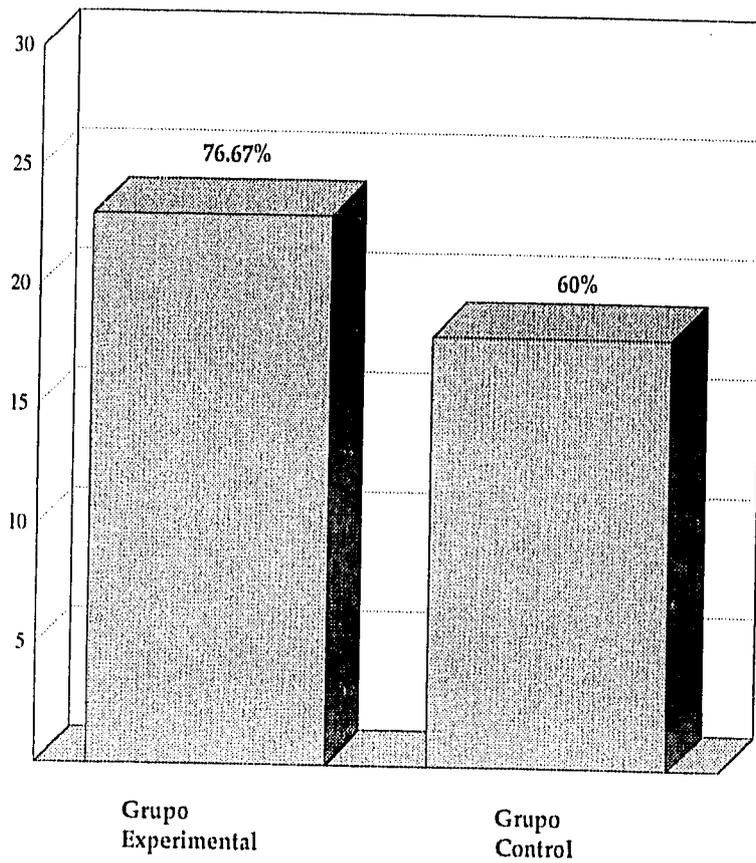
**Comprobación de
Rasgos fóbicos encontrados
en ambos grupos**



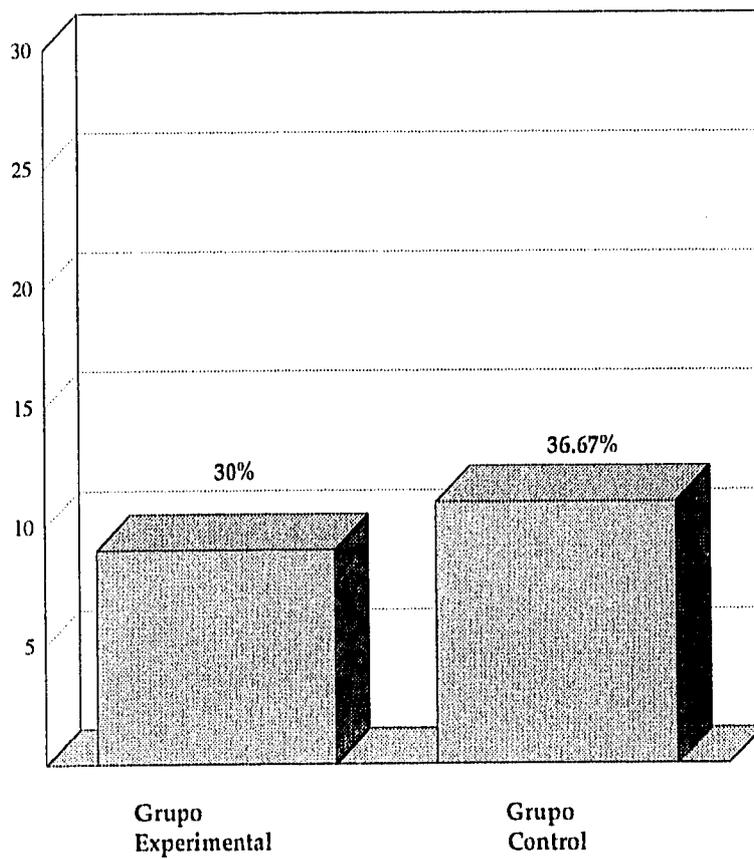
Comparación de Rasgos esquizoides de ambos grupos



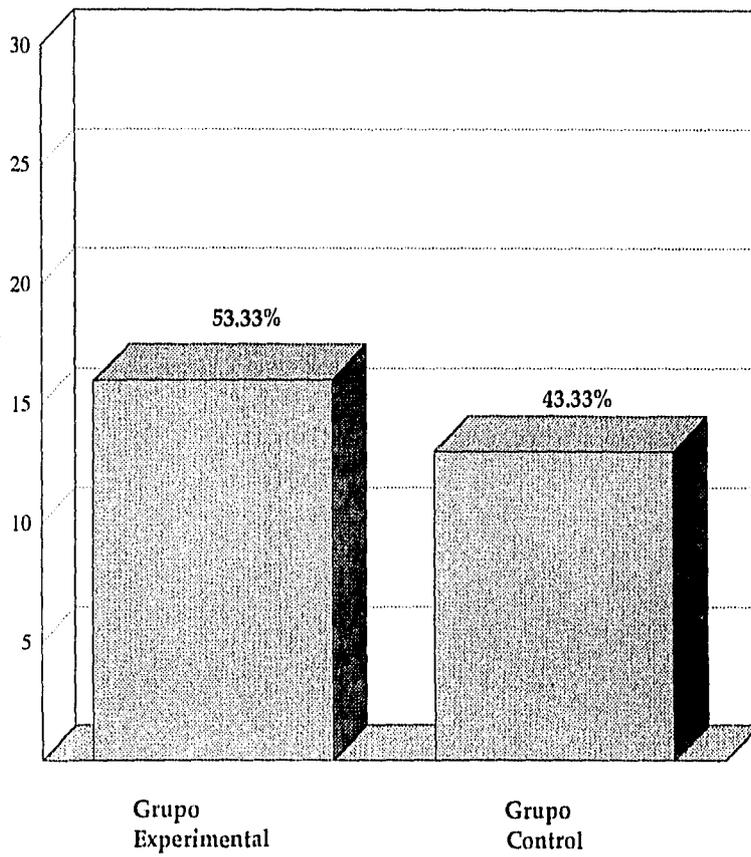
**Comparación de
Rasgos de ambivalencia de la
identidad masculino-femenina**



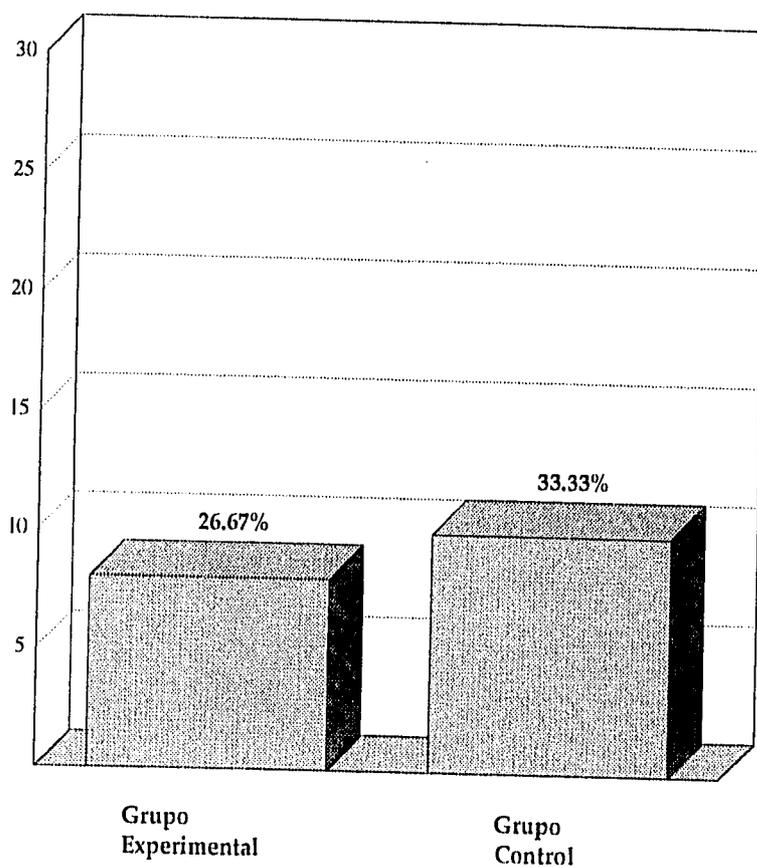
Comparación de Rasgos Obsesivos en ambos grupos



**Comparación de
Rasgos Depresivos
encontrados en ambos grupos**



Comparación de Rasgos Históricos en ambos sexos



Apéndice 4

Encuesta dirigida al grupo experimental (alcohólicos)

1. Nombre.
2. Edad.
3. Estado civil
4. Escolaridad.
5. Ocupación.
6. ¿Desde cuándo pertenece a A.A.?
7. ¿Durante cuánto tiempo fue bebedor?
8. ¿Con qué frecuencia bebía?
9. ¿Desde cuándo se dio cuenta de que era alcohólico?
10. ¿Cómo empezó a tomar?
11. ¿Bebía solo?
12. ¿Con quién lo hacía?
13. ¿Sucedió algo especial que lo llevara a buscar la bebida?
14. ¿Qué efecto agradable le proporcionaba el alcohol?
15. ¿Hubo etapas en su vida en que se sintiera deprimido?
16. ¿Por qué?

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham K. -Psicoanálisis Clínico. Melancolía y Neurosis Obsesiva: Dos Etapas de la Fase Anal-Sádica de la Libido. Ed. Hormé, 1980, Buenos Aires.
2. Elorza H. Estadística para las Ciencias del Comportamiento; Ed. Harla, 1986, México.
3. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray-Masson, 1980, Barcelona.
4. Fenichel O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis; Ed. Paidós, 1966, Buenos Aires.
5. Freud S. Compendio de Psicoanálisis; Obras Completas Tomo III, Ed. Biblioteca Nueva, 1938(1940), Madrid.
6. Freud S. Tres Ensayos para una Teoría Sexual; Obras Completas, Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva, 1920, Madrid.
7. Freud S. Duelo y Melancolía; Obras Completas, Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva, 1915(1917), Madrid.
8. Guerra Guerra A.J. El Alcoholismo en México. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1977, México.
9. Grassano de Piccolo E. Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas. Ed. Nueva Visión, 1977, Buenos Aires.

10. Grinberg. L. Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Ed. Paidos, 1978, Buenos Aires.
11. Kerlinger F. Investigación del Comportamiento. Ed. McGraw-Hill, 1988, México.
12. Klein M. Sobre la Teoría de la Ansiedad y la Culpa (Desarrollos en Psicoanálisis). Obras Completas. Tomo III. Ed. Paidos-Hormé, Buenos Aires.
13. Klein M. Algunas Conclusiones Teóricas Sobre la Vida Emocional del Lactante. (Desarrollos en Psicoanálisis). Obras Completas. Tomo III. Ed. Paidos-Hormé, Buenos Aires.
14. Kolb C. L. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Meicana, 1977, México.
15. Levin J. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Ed. Harla, 1989, México.
16. Menéndez E. Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica. Ed. Patria, 1990, México.
17. Segal H. Introducción a la Obra de Melanie Klein. Obras Completas. Tomo I. Ed. Paidos-Hormé, Buenos Aires.
18. Siquier de Ocampo M. L., García Arzeno M. E., Grassano de Piccolo E. y Colab. Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Ed.

Nueva Visión, 1987, Buenos Aires.

19. Tallafiero A. Curso Básico de Psicoanálisis. Ed. Paidós, 1976, Buenos Aires.
20. Velasco Fernández R. Alcoholismo. Vision Integral. Ed. Trillas, 1988, México.
21. Works Publishing Inc. 44 Preguntas y Respuestas acerca del Programa de Recuperación del Alcoholismo. Impreso y distribuido por Central Mexicana de los Servicios Generales de A.A., A.C., 1092, México.