

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
Colegio de Psicología



FILOSOFIA  
Y LETRAS

PSICODINAMIA DEL ALCOHOLICO

Revisión bibliográfica con casos  
clínicos ilustrativos y un apén-  
dice sobre su tratamiento.

TESIS que presenta  
JAIME DE LEGN DE LA MORA  
para obtener el grado de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA.

México, D.F. 1964



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

A MI ESPOSA

A MIS PADRES

MI AGRADECIMIENTO A:

DR. HECTOR PRADO HUANTE

DR. EDUARDO ZAJUR

DR. JAIME CARDEÑA

DR. GUILLERMO MONTAÑO

## I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	Revisión de conceptos de la teoría psicoanalítica
	13
CAPITULO II	Constelación familiar del - alcohólico.
	31
CAPITULO III	Psicodinamia del alcohólico.
	45
CAPITULO IV	Datos clínicos
	68
CAPITULO V	Conclusiones
	98
APENDICE	Algunos aspectos del trata- miento del alcoholismo con - base en las conclusiones ob- tenidas.
	100
BIBLIOGRAFIA	114

## INTRODUCCION.

No obstante ser el alcoholismo un problema que puede situarse desde los principios de la historia y que en la actualidad ha tomado proporciones alarmantes, las múltiples aportaciones de investigadores de los distintos campos relacionados con este tema, como son el psicológico, el médico, el sociológico, etc., no han permitido todavía una comprensión profunda y uniforme del mismo, como lo demuestran: la diversidad de opiniones que llegan a ser contrarias en algunos casos, aún dentro de la misma especialidad, y el éxito tan relativo logrado en la profilaxis y la terapéutica de este problema.

Ha sido tradicional la postura de rechazo de la sociedad hacia el alcohólico por considerarlo como un individuo "débil", "degenerado" y "perverso", cuando en realidad es un enfermo que requiere ayuda. Parece haber sido Thomas Trotter, alrededor de 1800, la primera persona que entendiera al alcoholismo como una enfermedad. Decía Trotter (14): "Hablando desde un punto de vista estrictamente médico, creo que la embriaguez es una enfermedad producida por causas desconocidas y que dan origen a cambios orgánicos que alteran las funciones de la salud". Pero ha tenido que pasar más de un siglo, desde Trotter, para que se elaboren trabajos serios e investigaciones controladas, de los cuales han surgido líneas conceptuales bien marcadas que van dando lugar al plantea-

miento de nuevas perspectivas en la comprensión total -- del tema.

Revisando algunas estadísticas, es posible darse -- cuenta de la difusión tan grande que ha tenido el alcoholismo y suponer las graves implicaciones de orden social, legal y económico que tiene.

Estudios efectuados por Protín, Horwitz, Honorato, Dijón y Araujo, y recopilados por Ferrara (14), arrojan-- las cifras siguientes que muestran el enorme consumo que en la actualidad se hace de las bebidas alcohólicas. -- (Los datos obtenidos en litros por año para una persona, están dados en alcohol absoluto, es decir, el contenido de alcohol de las diferentes bebidas tales como los vi-- nos generosos, destilados, cerveza, etc.):

Francia	22.7 lts.	(1948)
Argentina	20.5	(1959)
Chile	19.8	
Italia	14.5	(1954)
Suiza	13	(1954)
Bélgica	9.4	(1954)
Venezuela	8.9	(1952)
E.E.U.U.	7.5	(1954)
Perú	6.1	
Inglaterra	6	(1954)
Alemania	4.2	

En lo que se refiere a estadísticas de alcohóli--cos, distintos autores dan cifras aproximadas solamente, pues es comprensible la dificultad que presenta elaborar las con exactitud por el poco control que se tiene sobre ellos; así por ejemplo, Jellinek encuentra que por cada-

100,000 habitantes de 20 o más años, en México existen 4,452 alcohólicos, en Chile 4,501 y en los Estados Unidos 4,920.

El informe sobre el primer período de sesiones de la Subcomisión de Alcoholismo de la Comisión de Técnicas en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, realizado en Ginebra en 1951, contiene los datos que a continuación se citan (21):

País	Número aproximado de alcohólicos (por 100,000 adultos)	
E.E.U.U.	3,952	(1948)
Francia	2,850	(1945)
Suecia	2,580	(1946)
Suiza	2,305	(1947)
Dinamarca	1,950	(1948)
Noruega	1,560	(1947)
Finlandia	1,430	(1947)
Australia	1,340	(1947)
Inglaterra y Gales	1,100	(1948)
Italia	500	(1942)

Al abordar el complejo problema del alcoholismo, surge de inmediato la necesidad de definir qué es un alcohólico. En nuestra cultura occidental el ingerir bebidas alcohólicas es una costumbre muy arraigada. Cualquier acontecimiento social hace una buena ocasión para beber. Esta tolerancia al alcohol, facilita su uso a personas que buscan un escape de los conflictos internos o externos de la vida diaria o simplemente proporciona en el momento el valor, la alegría o el olvido necesarios para actuar adecuadamente ante una determinada situación.

Ahora bien, ¿ hasta dónde se puede considerar que -

una persona bebe normalmente y cuándo deja de hacerlo -- para ingresar al grupo de los alcohólicos? Se antoja -- muy difícil, a la vez que inútil, definir los límites en -- tre la bebida normal y el alcoholismo en relación con -- las cantidades y la frecuencia con que se bebe. Existen -- alcohólicos que tienen largos períodos de sobriedad com- -- pleta, otros toman grandes cantidades sin llegar a un -- estado de embriaguez grave y muchos, por el contrario, se -- intoxican con pequeñas cantidades.

La Organización Mundial de la Salud, por interme- -- dio del Subcomité de Alcoholismo, ha llamado alcohólicos a "aquéllas personas que beben en exceso y que dependen -- del alcohol al grado de provocar un disturbio mental --- evidente o de interferir con su salud física y mental -- sus relaciones interpersonales y su buena conducta so- -- cial y económica; y que, por lo tanto, requieren trata- -- miento" (14).

Keller y Efron (33) proponen una definición simi- -- lar: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, psíquica o somática, o psico-somática, la cual se manifiesta a -- sí misma como un desorden de conducta. Está caracteri- -- zada por el ingerir repetidamente bebidas alcohólicas a -- un grado que excesa el uso dietético aceptado por las -- costumbres sociales de la comunidad y que interfiere con la salud del bebedor, o su funcionamiento social o econó- -- mico".

McCord (33) define al alcohólico como a "aquél ou- -- yo ingerir repetida de bebidas alcohólicas interfiere --



con sus relaciones interpersonales o su funcionamiento social o económico".

Las tres definiciones destacan la interferencia -- del alcohol con la salud y el hecho de beber repetidamente, lo cual nos da un criterio útil para delimitar el -- padecimiento; sin embargo, no hacen hincapié en otro aspecto primordial que es la compulsión a beber que puede -- por sí sola marcar el límite entre beber normalmente y -- hacerlo en forma anormal. Esta compulsión está íntima-- mente relacionada con el significado sutil e imperativo -- que tiene el alcohol para el alcohólico. Afirma Lolli que "la cualidad que caracteriza al adicto es su "dispo-- sición" a reaccionar a los efectos del alcohol en tal -- forma que algunas de sus necesidades urgentes y anorma-- les son satisfechas aunque breve e inadecuadamente"(31).

Al crearse una depresión del sistema nervioso cen-- tral por el efecto farmacotóxico del alcohol, se produ-- cen ciertos cambios deseados en la dinámica de los con-- flictos. Estos cambios reducen las inhibiciones, elevan la autoestima y rechazan la ansiedad. Al desaparecer la acción del alcohol sobre el organismo, retorna la con-- flictiva existente antes de la ingestión, pero agravada. Se forma así un círculo vicioso que el alcohólico no pue-- de romper por sí mismo. Su vida girará en torno a la be-- bida y la necesidad de ella irá en aumento. K. Mennin-- ger (36) señala, con acierto, que el alcoholismo no pue-- de ser considerado como una enfermedad, sino como una -- huida suicida de la enfermedad.

El alcoholismo es, sin duda, uno de los padecimientos más patéticos. Las enormes demandas del alcohólico—que traen aparejadas una continua insatisfacción, su falta de persistencia en la que emprende, su inestabilidad emocional, su dependencia y su baja tolerancia a las --- frustraciones, se conjugan para hacerle una vida infeliz, vacía, sin satisfacciones genuinas, sin logros de importancia. En muy pocas ocasiones se empieza a beber des---pués de haber alcanzado un triunfo significativo.

Los autores psicoanalíticos y varios psiquiatras,—entienden en la actualidad el alcoholismo como el síntoma de una variedad inespecífica de desviaciones mentales y lo explican en términos psicodinámicos. Con la particularidad de que el síntoma en sí constituye un grave problema que ha tomado significancia de padecimiento y que hace necesaria una psicoterapia dirigida al tratamiento, tanto del síntoma como de los conflictos que le dieron---origen. Sin embargo, algunos investigadores no descartan la posibilidad de que exista un componente constitucional. Otros atribuyen el alcoholismo a un padecimiento o deficiencia orgánica o fisiológica, basándose para ---ello en las alteraciones encontradas en el sistema endócrino, en el metabolismo o en algunas constantes biológicas. Smith (53), por ejemplo, supone que en los alcohólicos hay una susceptibilidad constitucional de las glándulas suprarrenales al alcohol, genéticamente transmitida. Encuentra este autor una semejanza bioquímica y clínica---entre el delirium tremens y las crisis adisonianas; en ---ambos, el potasio del plasma y el nitrógeno están eleva-

das, el sodio y el cloro disminuidos; y la acidosis, el malestar, el vómito, el pulso lento y la presión sanguínea baja están presentes; en los dos hay fiebre alta. -- Reporta hallazgos de cambios semejantes bioquímicos aunque menos severos en la intoxicación alcohólica aguda y en la insuficiencia suprarrenal cortical.

Roger J. Williams, en su teoría genotrófica, (61) afirma que determinados defectos enzimáticos hacen que se conviertan más lentamente los carbohidratos metabolizados y, consecuentemente, inadecuados como fuentes de rápida energía y que el alcohol ya experimentado como una fuente que reemplaza esta situación, es anhelado por la persona con esta condición. Para fundamentar lo anterior, mostró cómo ratas privadas de vitamina B, seleccionan con rapidez entre diferentes tomas una dilución de alcohol con agua.

Un experimento semejante realizaron en Chile Jorge Madrones, Natividad Segorua y Arturo Hederra (32); tratando de demostrar que la falta de vitamina B produce deseo de alcohol en las ratas.

William Sheldon (37), llega al extremo de afirmar en su análisis de constitución física, que existe una relación positiva entre lo que llamó "mesomorphy" (tipo de cuerpo fuerte y musculado) y alcoholismo.

J.W. Tintera, y H.W. Lovell (59), coinciden con James J. Smith, en afirmar que es un funcionamiento inadecuado de las glándulas endócrinas lo que produce el alcoholismo. Recientemente, Manfred Bleuler (7) apoyó esta opinión después de estudiar en clínicas mentales, a

pacientes alcohólicos en quienes encontró una mayor incidencia de desórdenes endócrinos que en la población general.

Los anteriores enfoques "organicistas", basan sus conclusiones en datos empíricos mal interpretados, pues excluyen la posibilidad de que las alteraciones bioquímicas encontradas sean consecuencia de la acción tóxica que el alcohol ejerce sobre el organismo; que, consecuentemente, se verá dañado en su estructura celular y alterado en el funcionamiento de varias de sus sistemas.

Por su parte, los sociólogos tratan de explicar el origen y la mayor o menor incidencia del alcoholismo en función de algunos patrones culturalmente determinados, como lo expresa claramente Albert D. Ullman (60), quien dice: "Si las costumbres, valores y sanciones de la bebida -junto con las actitudes de los distintos segmentos del grupo o sociedad- están bien establecidos, conocidos y convenidos por todos, y son consistentes con el resto de la cultura, la proporción de alcoholismo será baja".

Robert Freed's Dales (6) sugiere que condiciones socio-culturales afectan la incidencia de alcoholismo en tres formas: "Primero está el grado en el que la cultura opera para ajustar necesidades agudas, o tensiones internas. (Segunda son)... los tipos de actitudes hacia el beber que la cultura produce en sus miembros... El factor crucial parece ser, o bien una actitud hacia el beber que sugiera positivamente al individuo que beber es un medio de descargar sus tensiones internas o que tal pensamiento

suscite fuerte contraansiedad. (La tercera es)... el -- grado en que la cultura provee medios substitutos adecuados de satisfacción".

A este respecto, se han hecho varios estudios que abarcan distintos factores culturales, religiosos, étnicos y económicos; habiéndose encontrado cierta correlación con el alcoholismo.

Freeds Bales, por ejemplo, examinó los porcentajes diferenciales de alcoholismo entre los judíos y los irlandeses inmigrados en los Estados Unidos. Encontró poco alcoholismo en la primera generación de judíos ortodoxos y muy altos porcentajes entre la primera y segunda generación de irlandeses. Bales lo explica por la actitud ritualista de los judíos hacia el alcohol: "El vino es sagrado...las actitudes hacia el beber están entrelazadas con las actitudes hacia lo sagrado".

Para los irlandeses, señala Snyder (54), "volverse al alcoholismo es deshacerse de series de necesidades -- agudas". En su patria beber tiene un significado más de convivencia que de ritual... Al inmigrar encuentra varios problemas de ajuste que le crean tensión, y como la cultura lo facilita, usa el alcohol para resolver su tensión".

En resumen, las investigaciones sociológicas han llevado a los especialistas de este campo a concluir que el alcoholismo tendrá su mayor incidencia en grupos étnicos en los que la tensión es alta y los hábitos de bebida no están sujetos a un control social consistente.

Otros sociólogos como J.W. Riley y Charles F. Marden (49), buscaron relaciones entre alcoholismo y clase social en los Estados Unidos, encontrando que se bebía más en los niveles económicos altos y entre los graduados de high school que entre los individuos de status socio-económico bajo. McCord, por el contrario, encontró mayor incidencia de alcoholismo en la clase media.

En el presente trabajo no se considerarán las posibilidades señaladas anteriormente, es decir, las teorías "organicistas" y las socio-culturales. Se tratará exclusivamente con los aspectos psicodinámicas del alcoholismo; entendiéndolo a éste como una entidad psicopatológica.

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO EMPLEADO:

Este trabajo tiene como fundamento la revisión de conceptos psicodinámicos relativos al alcoholismo, expresados por distintos autores. Se ha creído conveniente incluir un capítulo que contiene un resumen de la teoría psicoanalítica que es la base teórica de la cual han surgido y por la cual se explican las hipótesis presentadas.

Las conclusiones a las que se llegue, pueden ser corroboradas en los casos clínicos, tanto de observación directa como de revisión bibliográfica del Capítulo IV.

Así, se ha seguido la siguiente planeación:

- 1.- Revisión de conceptos psicodinámicos expresados por diferentes autores.
- 2.- Observación directa de seis casos de alcohólicos internados en el Hospital Central Militar.
- 3.- Revisión bibliográfica de historias clínicas de alcohólicos.
- 4.- Conclusiones.

De los casos de observación directa y revisión bibliográfica, se ha hecho un resumen de las historias clínicas, destacando los aspectos de importancia que, principalmente, ilustren los enunciados presentados. Obviamente no tienen fines estadísticos.

Los incisos anteriores se han incluido en distintos capítulos, para un mejor delineamiento de los factores psicopatológicos concurrentes en el alcoholismo; si-

guiendo el ordenamiento señalado en el índice.



## CAPITULO I

### CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORIA PSICOANALITICA

Como ya se mencionó en la introducción, el alcoholismo es el síntoma de una enfermedad mental subyacente. Para entender qué es y cómo se origina esta enfermedad, es necesario utilizar un marco teórico general de conocimientos, el cual nos dará las bases para la comprensión de este padecimiento en particular.

El marco teórico que se utilizará en este trabajo será el de la teoría psicoanalítica, la cual explica en gran parte la etiología de la mayoría de los trastornos mentales y aporta las bases necesarias para entender el funcionamiento del psiquismo en general.

Aunque poco se ha escrito sobre el alcoholismo -- con este enfoque, se puede con la aplicación de los conceptos psicodinámicos, explicar en gran parte la problemática del mismo y orientar hacia un tratamiento terapéutico adecuada.

En este capítulo se bosquejarán brevemente algunas de los conocimientos aportados por Freud y sus seguidores, para sentar las bases teóricas que se utilizarán en los subsiguientes.

a) CONCEPTOS METAPSICOLÓGICOS: Cualquier proceso mental puede ser estudiado desde tres planos distintos:--

el topográfico o estructural, el dinámico y el económico, aunque para entenderlo en su totalidad se tiene que referir conjuntamente a los tres.

El topográfico incluye las tres cualidades psíquicas: consciente, preconsciente e inconsciente, que son las premisas fundamentales del psicoanálisis. Todos los procesos que se originan en el aparato mental tendrán una de estas tres cualidades.

Lo consciente es un estado transitorio en el que el hombre se da cuenta. Es la percepción más inmediata (16). Una representación consciente en un momento dado, no lo es ya en el inmediatamente ulterior, aunque pueda volver a serlo bajo condiciones fácilmente dadas. Lo consciente opera con el principio de realidad. No tiene memoria.

Lo preconsciente es lo latente, lo que se puede hacer consciente utilizando la atención. Son huellas mnémicas de hechos, ideas, pensamientos, percepciones, etc., a las que no se opone ninguna fuerza represiva para su acceso a la conciencia. Los contenidos preconscientes se hacen conscientes al enlazarse con representaciones verbales (16).

Lo inconsciente es todo lo que permanece fuera de la conciencia. Muchas tendencias mentales, deseos, anhelos, ideas, etc. que una vez fueron conscientes o que nunca lo fueron (represión primaria), quedan por la acción de la represión, fuera del campo de la conciencia. Es lo reprimido. Se excluyen de la personalidad consciente cuando pueden provocar autocondenación, pero, y éste fue

una de los grandes hallazgos de Freud, estos contenidos inconscientes siguen actuando, pues poseen una energía - desplazable llamada catexis que los impulsa a buscar su expresión en el campo consciente.

Por la acción de las fuerzas al servicio del Yo de nominadas contracatexis que se lo impiden, los contenidos inconscientes utilizan formas desplazadas o desviadas para manifestarse produciendo los síntomas, sueños y errores de la vida cotidiana, considerando al síntoma - (31) como un fenómeno que surge de y acompaña a un desorden o padecimiento particular y sirve como una indicación del mismo.

Al producirse un síntoma es indicativo de que la represión fué parcialmente vencida (sólo en la psicosis se rinde casi en su totalidad), manifestándose el impulso inconsciente, no en su forma original, sino desvirtuado por la acción de la censura.

Los contenidos inconscientes están regidos en su forma de operar por el proceso primario, con las siguientes características:

- 1.- No existen contradicciones, es decir, pueden existir y actuar simultáneamente los contrarios.
- 2.- No se rigen por el concepto de tiempo.
- 3.- La realidad externa es reemplazada por la interna.
- 4.- Funcionan de acuerdo con el principio del placer, buscando satisfacción inmediata.

En el plano dinámico se consideran tres instancias:

el Yo, el Ello y el Superyó.

El Yo es una estructura que se forma de una diferenciación del Ello, cuando éste entra en contacto con el medio ambiente (Hartmann, Kriss y Loewenstein suponen que ya hay rudimentos de un Yo desde el nacimiento). Se define como "La organización coherente de todos los procesos psíquicos" (16).

El Yo es concebido como un producto del desarrollo, el que consiste en la adaptación de los impulsos instintivos heredados entre sí y el ambiente (5).

La función del Yo, según Freud, es llevar a cabo lo que ordinariamente se considera una conducta racional coordinada y está dirigida a mantener una condición constante (nivel de excitación) dentro del organismo (principio de estabilidad).

Las cuatro facultades básicas del Yo son:

- 1.- Percepción interna de las necesidades instintivas.
- 2.- Percepción externa de las condiciones existentes de las que depende la gratificación de las necesidades subjetivas.
- 3.- La facultad integradora mediante la cual el Yo coordina los impulsos instintivos entre sí y con los requerimientos del Superyó y los adapta a las condiciones ambientales.
- 4.- La facultad ejecutiva, mediante la cual controla la conducta volitiva. Gracias a esta última, el Yo puede completar los resultados -

de su función integradora que fundamentalmente consiste en la facultad cognocitiva racional.

Para mantener la homeostasis y poder controlar los impulsos instintivos, el Yo emplea los llamados mecanismos de defensa, entre los cuales el fundamental es la represión. Cuando ésta falla, el Yo se ve precisado a -- utilizar otros mecanismos, tales como la formación reactiva, la racionalización, la identificación, el desplazamiento, la proyección, el aislamiento, la regresión, la negación, la minimización, etc.

El Ello es el reservorio o depósito heredado de -- las exigencias cásticas instintivas que no armonizan entre sí ni con los hechos de la realidad. Comprende, además, a los impulsos, deseos, etc. que fueron reprimidos.

El Ello tiene las siguientes características (8):

- 1.- Es la fuente de energía del individuo y forma su reservorio de libido.
- 2.- Tiene la finalidad de gratificar las necesidades libidinales obedeciendo al principio del placer.
- 3.- Es amoral y alógico, sin unidad de propósito.
- 4.- Contiene todas las adquisiciones filogenéticas.

Es del Ello de donde surgen las necesidades instintivas que buscan su acceso a la conciencia para su realización. Por ser el Yo el encargado de controlar las --- inervaciones matricias, a él le corresponden la acepta---ción o rechazo de estas pulsiones. Lo hace mediante una deliberación consciente en la que considera a la vez, --

tanto las condiciones del medio, como la existencia de otras tendencias en conflicto. Así se acepta o se rechaza, pero conscientemente.

Sin embargo, existen otros deseos cuya sola presencia en la conciencia crearía un gran conflicto. Son estas pulsiones sobre las que actúa la represión. Son inhibidas aún antes de que puedan tornarse conscientes.

El Superyó, que es la tercera instancia psíquica, es una estructura que se forma por introyección de las personas de autoridad, principalmente los padres. Siendo ellos los depositarios de las normas que rigen la sociedad, con los que tiene sus primeros contactos el niño, son precisamente ellos, los padres, los encargados de transmitírselas.

Se supone que el Superyó queda definitivamente establecido al resolverse el complejo de Edipo (entre el quinto y sexto año de vida). Melanie Klein lo sitúa desde los primeros años de vida, interpretando los sueños y figuras terroríficas de los niños ya como un producto de la intervención directa del Superyó.

Puede decirse entonces que el Superyó es el representante de las exigencias de la sociedad. Entre otras funciones tiene la de conciencia moral. Es por sus demandas que el Yo actúa reprimiendo los impulsos instintivos inadecuados.

La angustia que producen los contenidos reprimidos - condenados por el Superyó, que buscan su realización, es la señal de alarma que moviliza las defensas del Yo para reforzar la represión. Muchas de las exigencias del Ello -

sufren un cambio en su objetivo y finalidad por la intervención conjunta del Yo y del Superyó, transformándolas en tendencias socialmente aceptadas. En esta forma pueden realizarse produciendo las creaciones artísticas, interés por la ciencia, etc. A este proceso se denomina -- Sublimación. Es una adaptación de los contenidos del --- Ello a las normas sociales.

→ El tercer plano, desde el cual puede estudiarse el psiquismo, es el económico. Trata sobre el consumo de -- energía psíquica de los distintos procesos mentales. Es -- característica del Yo buscar las soluciones que representen un menor gasto de energía. Así, utiliza para lograrla la repetición de pautas aprendidas. Este factor econó -- mico está también en estrecha relación con la polarización placer-displacer. Ya se mencionó que el principio del -- placer rige los procesos anímicos, buscando siempre de -- inmediato la solución de una tensión -displacer- acción - intervenida por el factor realidad que retarda la satis -- facción, subordinándola a las exigencias del medio.

? → b) TEORIA DE LOS INSTINTOS: Haciendo una equipara -- ción con los procesos anabólicos y catabólicos del funcio -- namiento biológico, Freud considera dos instintos funda -- mentales que engloban a todos los demás: el instinto de -- vida, llamado Eros, que persigue la búsqueda de objetos y está empeñado en lograr unidades cada vez más elevadas, -- y el instinto de muerte, Tanatos, que busca la desinte -- gración de las unidades alcanzadas.

Los instintos en sí mismos no se pueden observar directamente (25). Sólo vemos sus manifestaciones psíquicas, tales como impulsos y emociones, que se alían con ideas y dan nacimiento a deseos. Los representantes de los instintos están acompañados de ciertos cambios de naturaleza motora y secretora y nos aparecen como emociones.

→ Dentro de los instintos de vida se pueden agrupar aquellos que tratan sólo con necesidades físicas, tales como respiración, hambre, sed, etc. y los que tratan con necesidades sexuales. (Debe entenderse el término sexualidad en un sentido mucho más amplio que el de genitalidad, que sólo es una componente de lo sexual. Lo sexual incluye todo lo placentero).

Los primeros tienen un proceso de satisfacción muy sencillo y rígido (55). Cambios somáticos inducen experiencias sensoriales que llevan a acciones específicas para eliminar la tensión. La pauta común en este grupo de instintos es su necesidad de rápida satisfacción, con muy pocas variantes entre los individuos.

El otro grupo, los instintos sexuales, opera en una forma más vasta y complicada. Si no se gratifican en su forma original tienen la capacidad de cambiar, de alterar la finalidad y objeto, desaparecer de la conciencia o reaparecer con diferentes disfraces.

Los instintos sexuales poseen una energía a la que Freud denominó libido, de la que parece existir desde el nacimiento un reservorio. Esta energía no puede-



ni debe compararse con las energías conocidas. Se rige con otros principios y posee distintas cualidades.

→ Los instintos tienen tres características: fuente, objetivo y finalidad. La fuente es el status físico-químico del organismo. El objetivo es algo que pertenece al mundo exterior con lo que, o a través de lo cual, el instinto logra su satisfacción. La finalidad es su satisfacción lograda por una descarga que hace desaparecer la condición física de excitación.

→ El instinto de muerte, Tanatos, actúa desde el momento del nacimiento y se refiere a la tendencia de la vida orgánica a retornar a su estado inorgánico original. El proceso de vivir implica tensión y el impulso hacia la muerte busca librarse de aquélla.

→ Con este concepto Freud trató de explicar el origen de los impulsos autodestructivos (suicidio, alcoholismo, etc.) Todos los fenómenos mentales son explicables en términos de fusión o mezcla de los dos instintos básicos.

o) DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD: Dentro de la teoría psicoanalítica, se considera que los primeros cinco años de vida son fundamentales para el desarrollo de la personalidad del individuo. Es en este período en el que se estructuran las pautas de conducta con las que se reaccionará posteriormente.

→ El cuidado, el cariño, la aceptación y la eficiencia de los padres para satisfacer las demandas del infante, son condiciones indispensables para un desarrollo saludable. Si el niño crece en un ambiente armonioso, -

de comprensión y consistencia, adquirirá la seguridad necesaria para enfrentarse a las situaciones adversas que forzosamente se le presentarán en el curso de su vida. Si por el contrario, el niño es objeto de privaciones y rechazo por parte de los padres en este período, definitivamente ésto lo llevará a una forma de neurosis y aún de psicosis en los casos graves, que lo limitarán para el goce pleno de la vida al que todos tienen derecho. ←

En la actualidad se ha extendido el interés de los investigadores psicoanalíticos por el estudio psicológico de la vida intrauterina. Greenacre (25) concluye que la constitución, la experiencia prenatal, el nacimiento y la situación inmediata al nacimiento, juegan una parte en la creación de una predisposición a la ansiedad. Este tipo de "preansiedad" difiere de la ansiedad posterior en su falta de contenido psicológico y opera a un nivel de reflejo.

Se sabe que el feto es capaz de una amplia variedad de actividades: movimientos, patadas, reacción a estímulos externos con aumento de movimientos. Hace mención Greenacre al incremento de las palpitaciones del corazón del feto registradas después de un sonido fuerte y agudo (a las 30 semanas) producido cerca del vientre materno. Las investigaciones del Instituto Fels muestran que en las madres embarazadas hay un alto índice de stress emocional que repercute en un incremento de la actividad del feto. Con base en los descubrimientos anteriores Sontag concluye que "el estado psicofi-

siológico de la madre ejerce una influencia sobre el -- patrón de comportamiento del feto normal".

Puede aceptarse que en el momento del nacimiento-- experimenta el infante el primer trauma de importancia. Pasa de una situación en la que sus necesidades se ven-- satisfechas de inmediato y en la que los estímulos son-- amortiguados hasta casi pasar inadvertidos, a otra en -- la cual en un momento sufrirá simultáneamente el impac-- to de varios factores, tales como asfixia, frío, calor, hambre, etc. "Estas excitaciones producen por vez pri-- mera la necesidad de contrarrestarlas provocando la pri-- mera tendencia mental que es la tendencia a librarse -- del estado de tensión", asevera Fenichel (13).

La ausencia de un Yo coordinador es la correspon-- dencia psicodinámica a la falta de maduración del siste-- ma nervioso, en el que las fibras nerviosas no han alcan-- zado aún la mielinización necesaria para que se establez-- ca un sistema organizado en el que se perciban claramen-- te los estímulos y se seleccionen las respuestas adecua-- das.

En efecto, en el momento del nacimiento sólo exis-- tirá el Ello; posteriormente, a partir de éste y gracias a la influencia del medio ambiente, se formará el Yo. El infante empezará, entonces, a sentirse como algo distin-- to del medio que lo rodea.

El período pregenital, que abarca desde el naci-- miento hasta el momento de alcanzar la genitalidad, está constituido por tres etapas: infancia, latencia y puber-- tad.

En la infancia se pueden apreciar continuas manifestaciones de tipo sexual con supremacía en la producción de placer alguna parte específica del cuerpo. Esta parte del cuerpo que domina en la producción de placer (al ser estimulada), se denomina zona erógena y se crea por una mayor acumulación de libido en ella. De acuerdo con la zona erógena dominante se ha dividido la infancia en tres etapas: etapa oral, subdividida en oral receptiva y sádico-oral; etapa anal, que comprende la etapa anal expulsiva (sádico-anal) y la anal retentiva, y -- por último, la etapa fálica. En este orden predeterminado se suceden interpolándose unas con otras.

Cuando el niño encuentra en su desarrollo gratificaciones o frustraciones excesivas, o en forma alternada e inconsistente gratificaciones y frustraciones, en una de estas etapas, se producirá una fijación que le impedirá pasar normalmente esa etapa y seguir su desarrollo sanamente. Cuando posteriormente sufre alguna frustración, tenderá en ciertos aspectos de su personalidad a regresar al punto de fijación establecido. Más aún, si las frustraciones son graves, desarrollará una neurosis o psicosis determinada (intervienen por supuesto, además, otros factores en la génesis del padecimiento), lo que depende de la etapa en que las sufrió.

Estas etapas de la infancia se caracterizan por ser primordialmente autoeróticas, es decir, el infante se procura el placer a sí mismo.

En la etapa oral el placer se deriva principalmen

te de la boca. Las sensaciones que se experimentan en el chupeteo hacen que éste continúe después de saciar - el hambre e inclusive llega a establecerse como una actividad independiente de la alimentación.

Se supone que las primeras ideas se refieren a cosas que traen satisfacción y que desaparecen momentáneamente. Al producirse esto, el niño alucina el objeto-satisfactor y es el pecho materno el primero.

No existe aún una diferenciación entre el niño y los objetos que lo rodean. Esta se adquiere gradualmente y se reconoce como primer objeto total a la madre.

Los mecanismos que operan principalmente en esta etapa son: la introyección, la proyección, la negación, la fijación y la regresión. La introyección se deriva del acto de tragar, la proyección del acto de escupir. Así, el primer juicio será sobre si un objeto es o no comestible. La introyección es la base para la identificación primaria (primeras relaciones de objeto).

Según Abraham (2 y 3), al brotar los dientes, se inicia una nueva fase de la etapa oral denominada "sádico oral", en la que la finalidad es morder al objeto. -- Surge entonces la ambivalencia hacia él.

La segunda etapa de la organización de la libido es la anal (aproximadamente del segundo al cuarto año de vida), en la que la zona erógena anal domina a las demás y se produce un goce con la excreción. Posteriormente, se busca la retención de las heces. Juega un papel importante la atención que le dan los adultos a las funcione

nes anales en el sentido higiénico. El niño llega a valorar las heces y retarda la expulsión; juega con ellas, las retiene para obtener placer y las expulsa cuando son odiadas. Esta forma perdurará en las relaciones con los objetos. Se les amará y se les retendrá; se les odiará y se les expulsará o rechazará.

El Yo ya más desarrollado y utilizando el principio de realidad, pospone ciertas reacciones y llega a condenar los impulsos inapropiados. Las prohibiciones de los padres son internalizadas, creando así las etapas tempranas del Superyó que opera bajo las normas del temor al castigo y temor a la pérdida de amor.

Es característico de esta etapa el sadismo, es decir, se deriva placer con la agresión hacia los objetos. Existen también rudimentos de masoquismo. Bajo ciertas circunstancias el niño experimenta placer al ser golpeado, y él mismo provoca esta situación.

Los mecanismos propios de esta etapa, además de los descritos en la oral, son la formación reactiva y el aislamiento.

Es esta etapa de primordial importancia, porque en ella se inicia un control más efectivo y completo del sistema motor. El niño empieza a caminar y a lograr con ello cierta independencia. Interviene también en la adquisición de ésta, el control de los esfínteres característica de este período. El niño aprende hábitos higiénicos, aprende a hablar y a desarrollar el juicio.

La tercera etapa en el desarrollo psicosexual del-

niño, es la fálica, que se extiende aproximadamente del tercer al quinto año de vida. Se presenta en esta etapa un gran interés del niño por sus genitales (centro de la actividad sexual) así como por los de otros niños y niñas. Practica la masturbación. Hace intentos de contacto sexual con miembros del sexo opuesto. Presenta también una gran tendencia exhibicionista y voyeurismo.

Nace en el niño un temor de perder el pene denominado "ansiedad de castración", que está ligado a la culpa por la masturbación, aunque surge mayormente por las fantasías edípicas que acompañan a la misma. En la niña es el clitoris el centro de actividad sexual. El conocimiento del pene resulta en una envidia del mismo y en la idea de que una vez lo tuvieron y lo perdieron -- como castigo.

El climax de la sexualidad infantil es el complejo de Edipo, que consiste en amor sexual hacia el padre del sexo opuesto y sentimientos hostiles hacia el padre del mismo sexo. Su adecuada resolución es prerequisite a una vida sexual adulta saludable.

La forma especial en la que se presenta el complejo de Edipo dependerá de las experiencias anteriores, entre las que destacan (25):

1.- Eventos traumáticos tales como seducciones -- prematuras reales o fantaseadas; observación de escenas sexuales entre los padres u otros adultos ("escena primaria"); nacimiento de un hermano que demanda ahora ma-

por atención de la madre.

2.- Amor sexual inconsciente de los padres hacia sus hijos, que crea toda clase de tentación y culpa.

3.- Los hijos únicos sufren más intensamente puesto que no tienen hermanos alrededor que les reduzca la presión.

4.- La ausencia de uno de los padres causa complicaciones en las actitudes tanto hacia el padre que vive, como al que falta.

5.- Los conflictos y discusiones entre los padres, especialmente concernientes al niño, intensifican los problemas edípicos.

6.- Moral familiar con respecto a la masturbación.

7.- El status social de los padres altera la forma particular del Edipo. Los niños de la clase baja, por ejemplo, están más expuestos a experiencias sexuales y agresivas.

El temor a la castración hace que el niño renuncie a sus deseos incestuosos. Las relaciones objetales del complejo de Edipo son reemplazadas regresivamente por -- identificaciones que substituyen los impulsos sexuales y hostiles hacia los padres (13). El niño ya no compete con el padre, ahora trata de ser como él, más bien como el ideal de él, internalizada. Así resuelve los conflictos de odio, culpa y ansiedad. Dice Freud (16) "De este modo podemos admitir como resultado general de la fase sexual dominada por el complejo de Edipo la presencia en el Yo de un residuo, consistente en el establecimiento -



de estas dos identificaciones enlazadas entre sí. Esta modificación del Yo conserva su significación especial y se opone al contenido restante del Yo en calidad de "ideal del Yo o Superyó".

Queda así definitivamente instaurado el Superyó - una vez que se ha resuelto el complejo de Edipo.

Se pasa entonces al período de latencia en el que hay una inhibición casi total de actividades sexuales pregenitales. La energía sexual es en gran parte sublimada y también actúa como defensa la formación reactiva. Surge gran interés por el aprendizaje, especialmente -- sobre cosas de tipo concreto.

Después de este período de relativa calma y equilibrio, se inicia la adolescencia en la que fuerzas fisiológicas estimulan los procesos instintivos y rompen el equilibrio logrado. Surge nuevamente de lleno la -- sexualidad volviendo el interés del adolescente hacia -- sus genitales.

Aparecen los impulsos heterosexuales mezclados -- con patrones de sexualidad infantil a los que recurre -- el adolescente por temor a la nueva genitalidad, pero -- actúan también actitudes de ascetismo como defensas que intentan la eliminación de toda la sexualidad. Esta es la base de los sentimientos tan contradictorios del --- adolescente.

En el adolescente pueden presentarse actividades sexuales tales como la masturbación y las relaciones -- homosexuales. Esta última la explica Fenichel en térmi

nos de timidez con respecto al sexo opuesto, de tradi---  
ción cultural y de orientación narcisística de la mayor-  
parte de las necesidades objetales.

Al término de la adolescencia queda estructurada -  
casi en definitiva la personalidad del individuo. La for-  
ma como haya resuelto las distintas etapas por las que -  
pasó, le capacitarán a una vida saludable, creativa y de  
goce genital, o por el contrario, lo llevará a una neuro-  
sis o psicosis que persistirá en su vida, dificultándo-  
le en grado extremo relacionarse con sus semejantes y re-  
solver con acierto y decisión los obstáculos que surjan.

Una vez presentado este bosquejo de los fundamen-  
tos de la teoría psicoanalítica que nos servirán de base  
para la comprensión de la psicodinámica del alcoholismo,  
tema de este trabajo, podemos ahora ocuparnos del mismo-  
en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II

### CONSTELACION FAMILIAR DEL ALCOHOLICO

Varios autores, basándose en que muchos alcohólicos han sido creados por padres alcohólicos, sostienen la posición de que el alcoholismo es hereditario. Desde luego, no discuten que el alcohol **dañe** a los espermatozoides o a los óvulos. Más bien postulan una "inestabilidad" inespecífica heredada, que bajo ciertas condiciones resultará en alcoholismo. Los seguidores de esta línea de pensamiento explican así el origen de todos los trastornos mentales, tanto neuróticos como psicóticos.

Sin embargo, se infiere desde luego de lo expuesto en el capítulo anterior, que el núcleo familiar en el que se desarrolla cada individuo será decisivo en la estructura de su personalidad y en la producción de padecimientos mentales de cualquier tipo, según las condiciones del mismo.

Es obvio que no se puede hablar de una familia tipo con idénticas características, patología, educación, etc. en los alcohólicos o en cualquier enfermo mental, pues cada persona posee su individualidad propia y su estructura psicológica muy especial, desarro-

llándose, por lo tanto, una dinámica distinta y única - en cada familia. Aunque determinadas personas puedan - pertenecer a un mismo grupo dentro de la nosología ---- psiquiátrica que los identifica con rasgos comunes, de- berán desde luego tener otros que los diferencie en va- rios aspectos.

Más aún , en una misma estructura familiar, y es- lo más común, se producen personalidades muy distintas- y se encuentran patologías muy diversas, pero es claro- que ello se debe a que cada niño encuentra condiciones- diferentes al nacer. Ya sea que le antecidieron otros- hermanos; que sea hijo único; que nazcan después de él- otros niños; que cambie la situación económica y, por - ende, el estrato social, etc. En fin, una gran canti- dad de variantes puede presentarse en una misma familia que alteren el medio en el que se crea cada nuevo miem- bro.

No obstante lo anterior, deben existir algunas -- similitudes en la personalidad de los padres y en el am- biente familiar de personas con trastornos mentales de- igual diagnóstico, que actúan para que se origine un -- padecimiento determinado y no otro.

Robert P. Knight expone en sus trabajos "The Psy- chodynamics of Chronic Alcoholism" (29) y "The Dyna--- mics and Treatment of Chronic Alcohol Addiction" (30), algunas características de padres de alcohólicos, seña- lando que sus hallazgos coinciden con los del Dr. Wall del Westchester Division del New York Hospital, efec--

tuados en cien madres de alcohólicos hombres.

Presenta a la madre (caso n.º 7) como sobreindulgente y sobreprotectora. Consistentemente actúa como intercesor ante el padre en la obtención de indulgencia para el hijo. Es una madre que busca la pacificación del niño con medios orales. El niño aprende entonces a librarse de la tensión con este tipo de gratificaciones. El destete lo vive el infante como una traición. Seguramente que una madre así, que sobre satisface las necesidades orales normales, propicia aún más demandas, con la natural esperanza del niño de que éstas serán satisfechas en igual forma. Tal estimulación creará demandas de satisfacción tan grandes que excedan las posibilidades de gratificación de la realidad, sintiéndose el niño por ello frustrado y con rabia. La madre redoblará sus esfuerzos para compensar "esta falta" hasta que al final el patrón de excesiva dependencia, pasividad, excesivas demandas y explosiones de ira se establece en la personalidad del niño.

La suspicacia que produce una madre de este tipo en el análisis, hace especular a Knight sobre una ambivalencia hacia el hijo. Bajo la sobrecompensación y amor posesivo de la madre (que le impide al hijo crecer) puede esconderse su propia hostilidad y rechazo, producto de la frialdad y falta de cariño del esposo. Es probable que el niño, inconscientemente, perciba y reaccione a este rechazo.

Karl Menninger (36), Joseph Chessel (10), Ber---

nard S. Robbin (50) y Edward Strecher (56), coinciden con la descripción que hace Knight en los casos clínicos que presentan en sus trabajos.

→ Respecto al padre, Knight lo describe como un hombre severo y dominante, que en pocas ocasiones demuestra afecto. Las indulgencias para con sus hijos son esporádicas e inconstantes.

Es común que un padre con estas características, reaccione contra la actitud de la madre que impide al niño independizarse y exija a éste que se desenvuelva solo. Pero por la inconsistencia de sus intervenciones y por los fracasos del hijo al tratar de conseguir lo que se le pide, difícilmente lo logrará. Es posible también que el padre se oponga inconscientemente a que el hijo salga de su pasividad para evitar que se convierta en una amenaza.

Ocasionalmente se encuentra un padre sobreindulgente, pero el tipo frío, distante y exigente parece ser más frecuente. La sobreindulgencia del padre complica el cuadro y sólo aumentaría las demandas del niño. ←

→ Ernest Simmel (52), basándose en su experiencia clínica, concluye que padre, madre, o ambos, de pacientes alcohólicos, son emocionalmente inmaduros, personas inestables. Se permiten a sí mismos gratificaciones y placeres que prohíben a sus hijos.

Expresa Simmel: "Para tales padres, es un tipo de defensa del Yo contra las protestas del Superyó pa-

ra suprimir en sus hijos manifestaciones de reacciones -  
instintivas, que ellos mismos son incapaces de reprimir".

"Ellos se permiten accesos de rabia, pero prohí--  
ben estrictamente un brote de mal genio de sus hijos. -  
La madre puede mostrar todos los signos de indulgencia -  
de erotismo anal consigo misma, siendo sucia y descuida--  
da en el aseo de la casa, pero ser tiránica en forzar --  
al niño a la limpieza".

"El efecto más severamente traumático en el niño--  
al crearle un Superyó de dos caras, que algunas veces --  
prohíbe y otras alienta las mismas gratificaciones ins--  
tintivas; viene de padres que combinan actitudes de se--  
ducción incestuosa manifiestas hacia sus niños con una -  
educación sobrepuritana en asuntos de sexo. Tales pa--  
dres, directa o indirectamente, tratan de obtener grati--  
ficación sexual de sus hijos, pero si el niño responde--  
mostrando signos de excitación sexual o reacciona a la -  
estimulación con la masturbación, los padres lo castiga--  
rán severamente".

"No es raro -agrega Simmel- que tales prototipos--  
paternos ayuden a crear Superyos múltiples que pueden --  
oponerse a demandas instintivas del Ello, pero que pue--  
den ser también sobornados por él".

William McCord (33), llega a interesantes conclu--  
siones basándose en lo que se llamó el "Proyecto Cam--  
bridge - Somerville", iniciado en el año de 1935 por-

el Dr. Richard Clarke Cabot, de la Universidad de Harvard, que tenía por objeto prevenir la delincuencia. En él se utilizaron a 650 niños, de aproximadamente 9 años de edad, de los cuales 325 fueron entrevistados semanalmente por una trabajadora social, visitados periódicamente por un consejero y asistidos médica y educacionalmente durante cinco años. A este grupo se le denominó "Grupo Tratado" y se llevó un concienzudo registro de él, que incluía factores socio-económicos, estructura familiar, interacción familiar, actitud y comportamiento paternos, prácticas infantiles, salud, etc. Fueron aproximadamente 70 variables las consignadas en los expedientes.

Después de un meticuloso examen, se aparejó a cada uno de estos niños con otro de características lo más semejantes posible, en lo que se refería a salud física, inteligencia, ajuste emocional y ambiente familiar. A este segundo grupo de 325 niños se le denominó "Grupo Control" y no recibió ninguna de las atenciones mencionadas para el primero.

En 1948, después de analizar los resultados, se concluyó que el propósito original había fracasado. Aproximadamente igual número de los niños del "Grupo Tratado" y de los del "Grupo Control" fueron convictos de crímenes similares.

En 1957 McCord tomó los estudios realizadas en 255 niños de cada grupo, que eran de los que se podía tener noticia entonces. El 10% de esos niños se convirtió en



alcohólico después de cumplir los 30 años.

McCord Del análisis de los datos, encuentra este autor - varias factores del ambiente familiar que predisponen - al alcoholismo. Uno de ellos es el "Conflicto Intenso" caracterizado por discusiones frecuentes entre los pa-- dres sobre cualquier tópico, y que muchas veces termi-- nan en ataques físicos, amenazas y separaciones tempora-- les.

En la primera columna del cuadro siguiente se ang-- ta el grado de conflicto, seguido, entre paréntesis, -- del número de familias con estas características. Las -- cifras de la columna de la extremo derecha representan-- los porcentajes de los niños que vivieron en esas fami-- lias y que posteriormente cayeren en el alcoholismo:

#### Conflicto parental y alcoholismo

	Por ciento que se hicie-- ron alcohólicas.
Poco conflicto (N:53)	11
Algún conflicto (N:56)	9
Conflicto intenso (N: 48)	25

→Otro factor que encuentra McCord en la génesis del alcoholismo, es el que llamó desviación sexual de los - padres, caracterizada por el incesto (usualmente entre-- el padre y las hijas) y el nacimiento de hijos ilegíti-- mos.

Desviación sexual dentro de la familia y alcoholismo

Por ciento que se hicieron alcohólicos:

Ilegitimidad o incesto presentes (N: 25)	36
Sin ilegitimidad o incesto (N: 126)	12

En el Capítulo IV de su libro, McCord expone características de la personalidad de la madre y su actitud hacia los hijos. Esta última tiene las siguientes posibilidades:

Puede ser la madre activamente afectuosa cuando le agrada la presencia del niño, lo considera como persona, habla con orgullo de su carácter y de sus actividades y muestra en otras varias formas el cariño hacia él.

Puede ser la madre pasivamente afectuosa, cuando sin ser expresiva, demuestra cuidado al niño. Otras son rechazantes casi constantemente y otras más quedan clasificadas como alternantes, siendo en ocasiones afectuosas y en ocasiones rechazantes:

Actitud materna hacia el niño y alcoholismo:

Por ciento que se hicieron alcohólicos:

Madre activamente afectuosa (N:99)	8
Madre pasivamente afectuosa (N:37)	19
Madre rechazante (N:24)	21
Madre alternante (N:23)	35

Al combinar la actitud de la madre hacia el hijo con el grado de conflicto, se observa más claramente cómo ambas características, aparentemente, favorecen el alcoholismo.

Conflicto parental, actitudes maternas y alcoholismo:

Actitud materna:	Por ciento que se hicieron alcohólicos:			
	Conflicto parental:			
	Poco	Intenso		
Activamente afectuosa	(N:61)	5	(N:23)	13
Pasivamente afectuosa	(N:21)	10	(N:10)	30
Rechazante	(N:13)	15	(N: 7)	29
Alternante	(N:13)	23	(N: 0)	50

Considerando como desviación de conducta al alcoholismo, infidelidad sexual y criminalidad abierta, McCord obtiene las cifras siguientes al relacionarlas con el alcoholismo:

Desviación materna y alcoholismo

	Por ciento que se hicieron alcohólicos:
Madre alcohólica (N: 15)	33
Madre con desviación, sin alcoholismo (N: 12)	33
Madre sin desviación (N:157)	13

En lo relativo al papel de la madre en la familia, este autor hace una división de cinco tipos distintos:-- llama "dictadora" a la que claramente domina a la familia sin consultar o considerar otras opiniones; a las que participan activamente en las decisiones las llama -

"líder"; al grupo de madres que casi no toman decisiones: "pasivas"; "mártir" a las madres que son a la vez pasivas (debido a que no toman decisiones) y dominantes (porque no aceptan las decisiones tomadas por otros); y, por último, "negligentes" a los que ni dirigen ni siguen. No había evidencia de que ellas mismas se consideraran "mártires" por su poca participación en los asuntos de familia.

Papel de la madre en la familia y alcoholismo:

Por ciento que se hicieron alcohólicas:

Dictadora (N:9)	11
Líder (N: 124)	13
Pasiva (N:30)	13
Mártir (N: 10)	40
Negligente (N:8)	50

En esta forma analiza McCord, otros factores, encontrando, en resumen, las siguientes influencias tempranas en el ambiente familiar, que predisponen al alcoholismo:

- 1.- Alternancia materna entre afecto activo y rechazo.
- 2.- Evasión materna a los problemas que se presentan.
- 3.- Desviación -criminal, promiscua, alcohólica- en la conducta de la madre.
- 4.- Denigración de la madre por el padre.

5.- Relación antagónica entre los padres.

6.- Resentimiento de la madre por su papel en la familia.

A estas características las considera McCord como generadoras de lo que llama "conflicto de dependencia"- al cual define como "el choque entre el deseo del cuida de materno y el deseo igualmente fuerte de independen--  
cia". Este conflicto genera una ansiedad que lleva ---  
posteriormente al alcoholismo. El 73% de los alcohóli-  
cos de la muestra representativa tuVieron en su familia,  
al menos, una de estas características.

Al hecho de que para aliviar la ansiedad producida por los conflictos señalados, recurra la persona al al-  
coholismo y no caiga en otro tipo de padecimiento, lo ex  
plica McCord por el "papel confuso" que se refiere a una  
imagen confusa del papel masculino en los hombres, origi-  
nada por un rechazo del papel masculino representado por  
sus padres y por la poca orientación recibida para acep-  
tar la responsabilidad.

Se llega a la situación anterior por una serie de  
factores derivadas principalmente de la personalidad del  
padre y de su actitud hacia los hijos. A continuación-  
se apuntan algunos de estos factores:

Actitud paterna hacia el niño y alcoholismo

Por ciento que se hicie--  
ron alcohólicos.

Padre activamente afectuoso (N: 55)	11
Padre pasivamente afectuoso (N: 47)	15
Padre alternante (N: 14)	14

Padre pasivamente rechazante (N: 19)	16
Padre activamente rechazante (N: 20)	30

### Reacción paterna a las crisis y alcoholismo

Por ciento que se hicieron alcohólicos:

Reacción realista a las crisis (N:51)	9
Reacción agresiva a las crisis (N:19)	11
Reacción evasiva a las crisis (N:56)	25

### Desviación paterna y alcoholismo

Por ciento que se hicieron alcohólicos:

Padre alcohólico (N: 51)	22
Padre con desviación, no alcohólico (N: 23)	17
Padre sin desviación (N:103)	11

### Demandas parentales hacia el niño y alcoholismo

Por ciento que se hicieron alcohólicos:

Demandas altas (N:5)	4
Demandas moderadas (N:92)	20
Demandas pequeñas (N: 4)	20

Supervisión del niño en la infancia y alcoholismo

	Por ciento que se hicieron alcohólicos
Presente (N: 114)	11
Esporádica (N: 56)	18
Ausente (N: 17)	41

Los factores de conflicto de dependencia y los factores de confusión de papel, están altamente correlacionados, como lo demuestra el cuadro siguiente, en el que se mantuvo constante al primero de ellos.

Confusión de papel, conflicto de dependencia y Alcoholismo

	Por ciento que se hicieron alcohólicos:	
	<u>Factores de Dependencia</u>	
Confusión de papel:	Ausente	Presente
Ausente	(N:78) 4	(N:37) 5
Presente	(N:25)24	(N:47) 38

Como es lógico suponer, los porcentajes de alcoholismo son mayores entre sujetos cuyo pasado contiene el más alto número de los factores señalados.

Impacto acumulativo de diecisiete factores relacionados al alcoholismo

Número de factores:	Por ciento que se hicieron alcohólicos:
0 (N:5)	0
1-2 (N:59)	3
3-4 (N:55)	11

5-6	(N:31)	13
7-8	(N:22)	23
9-10	(N:12)	75
11-13	(N: 3)	100

De los factores expuestos, los considerados como más importantes son: alternancia materna, desviación -- materna, antagonismo parental, evasión parental, persona extraña (usualmente el abuelo) en conflicto con los valores parentales e imposición de pocas demandas:

Seis variables críticas y alcoholismo

Cantidad:		Por ciento que se hicieron alcohólicos:
0	(N: 97)	4
1	(N: 44)	16
2	(N: 33)	21
3	(N: 11)	82
4	(N: 2)	100

En los casos clínicos presentados por Benjamín -- Karpman en su libro "The alcoholic Woman" (28), se observa que, principalmente, la madre de sus pacientes -- alcohólicas, difiere en su personalidad y normas educativas con las señaladas anteriormente. La describe como una madre autoritaria, autosuficiente, dominante, -- cruel, violenta y muy poco gratificante (Casos 8, 9 y -- 10). Al padre o padrastro, en su caso, lo presenta como un hombre distante, irritable y nervioso.



### CAPITULO III

#### PSICODINAMIA DEL ALCOHOLICO

→ 1.- SERIE COMPLEMENTARIA.- La diversidad de las desviaciones o contenidos patológicos subyacentes al alcoholismo ha dado origen a múltiples diagnósticos para este padecimiento, al tratar de ubicarlo en la nosología psiquiátrica. Se piensa, por ejemplo, que el alcohólico es un psicópata por su conducta compulsiva antisocial y su irresponsabilidad; un perverso por la satisfacción sexual derivada del acto de beber; un esquizoide por la pobreza y desintegración de su Yo y por la falta de relaciones profundas con el mundo real o un "borderline" por la alternancia entre una actuación psicótica, que en muchos casos realiza en estado de ebriedad, y que es seguida de un aparente regular ajuste en la sobriedad.

Creemos, sin embargo, que el alcohólico no puede ser integrado exclusivamente dentro de uno solo de estos diagnósticos, porque sería parcial e insuficiente su comprensión. Si bien es cierto que en él están contenidas todas estas condiciones y otras más que intentamos analizar.

→ En primer término se presenta el problema de que exista un factor hereditario que determine o influya en

la especificidad del padecimiento. Si nos apegamos a la teoría psicoanalítica, debemos aceptar tal posibilidad. En efecto, Freud (18 y 20) supone que cualquier padecimiento neurótico es el resultado de una serie complementaria en la que intervienen varios factores: uno hereditario ("condición" o "disposición hereditaria"); sucesos sexuales infantiles ("causas específicas" o "disposición adquirida"); y sucesos accidentales traumáticos ("causas concurrentes").

Dice Freud (18): "En la patogenia de las grandes-neurosis, la herencia representa el papel de una condición, poderosa en todos los casos, y hasta indispensable en la mayor parte de los mismos. No podría ciertamente prescindir de la colaboración de las causas específicas, pero su importancia queda demostrada por el hecho de que las mismas causas, actuando sobre un individuo sano, no producirían ningún efecto patológico manifiesto, mientras que su acción sobre una persona predispuesta hará surgir la neurosis, cuya intensidad y extensión dependerán del grado de tal condición hereditaria" ←

Sobre el mismo tema, pero tratado concretamente en la depresión -que como posteriormente veremos tiene una estrecha relación con el alcoholismo- nos dice --- Abraham (1): "De acuerdo con mi experiencia psiquiátrica, y especialmente psicoanalítica, puedo decir que no existe una herencia directa de una tendencia a desarrollar estados maníaco depresivos. Sólo se observa en una pequeña proporción de casos de melancolía. Entre -

mis enfermos con diagnóstico clínico estricto de estados maniaco depresivos, no he tenido uno solo en cuya familia existieran otros miembros afectados de algún desorden de la misma naturaleza, sin bien, por otra parte, abundan las neurosis de otros tipos. Me inclino, por consiguiente, a pensar que lo que realmente es constitucional y hereditario es una sobreacentuación del erotismo oral..."

Ya en el campo específico del alcoholismo, Knight (29), por ejemplo, propone que en la etiología del mismo puede existir un factor constitucional al que denomina "factor X" que contribuye o determina la especificidad de la bebida.

Jellinek (33) nos dice al respecto: "La única conclusión permisible es que no se hereda una disposición al alcoholismo sino más bien una constitución que implica una inestabilidad tal que no ofrece suficiente resistencia a los riesgos sociales de la embriaguez".

→ Lolli (31) afirma que "El énfasis etiológico que usualmente se da a los factores ambientales se justifica por la impresionante evidencia de dificultades en la infancia y en la edad adulta, anteriores al inicio de la adicción. El hecho de que estas dificultades son algunas veces observadas en individuos que no son adictos al alcohol sugiere el necesario, aunque menor, papel jugado por la herencia, la cual puede ser ahora interpretada solamente como una transmisión genética de una mal definida susceptibilidad a experiencias difíciles de la vida. Los respectivos impactos de la herencia y-

el medio ambiente pueden variar grandemente de persona a persona, con una probable preponderancia de natura so bre natura en todos los casos".

Es preciso señalar que las anteriores consideraciones suponen que lo que se transmite en forma hereditaria es una susceptibilidad a posteriores influencias y no propiamente la pauta adictiva. Postura esta última que toman algunos organicistas que refieren la etiología de todas las enfermedades mentales casi exclusivamente a los factores heredogenéticos, aclarando que --- ellos transmiten directamente el padecimiento como tal.

## 2.- PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO.

a) Oralidad y depresión.- Si bien es cierto que los diagnósticos antes mencionados -psicópata, perverso, esquizoide y "borderline"- son válidos y satisfacen una parte de la intrincada patología del alcohólico, -- como ya se dijo, la atención para comprender mejor la estructura caracterológica y la personalidad de estos enfermos, debe dirigirse a la oralidad y a la depresión, que son los puntos clave de su padecimiento.

La forma de conducirse de los alcohólicos en la vida está siempre matizada por tales peculiaridades. -- Son personas pasivas, poco o nada emprendedoras. Abandonan los estudios y cambian constantemente de trabajo, -- resienten la responsabilidad y tienden a apoyarse en -- otros. Muchos dependen económicamente de sus padres, -- de su esposa y hasta de sus hijos. Exigen cuidado y-

trato especial de las personas que los rodean. Sienten merecer todas las atenciones y cuidados, pero son eguistas. Alardean de que el alcoholismo no es problema para ellos y que en cualquier momento, cuando se decidan, podrán dejar de beber (casos 1,2,3,4 y 5).

En un plano más profundo destacan en la personalidad del alcohólico la muy baja tolerancia a las frustraciones, la dificultad para resistir las demandas instintivas y soportar las tensiones sintiéndolas como si --- fueran traumas peligrosos. "Sus acciones -dice Savitt- (51)- no están dirigidas, o están menos dirigidas, al propósito positivo de lograr una meta, sino más bien -- el propósito negativo de librarse de la tensión. Su -- propósito no es el placer sino discontinuar el dolor. Cualquier tensión es sentida como el niño sintió el hambre, esto es, es una amenaza de su existencia".

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de pruebas proyectivas, se han podido corroborar muchas de los hallazgos clínicos y aportar nuevos aspectos en el conocimiento de la personalidad del alcohólico.

En una investigación dirigida por el Dr. E. Millán (37) se aplicó una prueba proyectiva, el Rorschach, a una muestra de 49 alcohólicos de características similares en cuando a edad, sexo, años de ingerir bebidas, escolaridad y nivel social; habiéndose obtenido respuestas notablemente similares, y que se resumen a continuación:

- 1.- Alto nivel de aspiraciones sin bases realistas.
- 2.- Póbres controles de impulso.
- 3.- Tendencia al aislamiento del medio e incapacidad para adquirir relaciones con otros individuos sobre bases de igualdad.
- 4.- Egocentrismo en cuanto a sus moldes de pensamiento y riqueza imaginativa.
- 5.- Cambios de carácter con pobres controles.

En otra investigación realizada por Halpern (37)- en 47 pacientes alcohólicos a los que se les formó historia psiquiátrica y se les aplicó el Rorschach, se encontraron las siguientes similitudes:

- 1.- Impulsividad y arrojó hacia situaciones desconocidas.
- 2.- Uso de mecanismos negativos.
- 3.- Deseo profundo de asumir un rol pasivo, y
- 4.- Necesidad de autocastigo.

Resume Halpern los resultados obtenidos del Rorschach en la siguiente forma: "El alcohólico es desajustado, inmaduro, con pocas defensas para aliviar sus sentimientos de inadaptación. Su actitud es la de no reconocer limitaciones a lo inadecuado de su personalidad. Con objeto de convencerse a sí mismo de que no tiene necesidad de restringir sus reacciones, es exhibicionista, autocastigándose y estimulando el rechazo de los demás. Hay grandiosidad y sentimientos de omnipotencia en su conducta. Si es incapaz de aceptar sus limitaciones y lo inadecuado de sus acciones, su conflicto deberá situarse fuera de sí mismo y, por lo tanto, -

exteriorizarse. Existe una tremenda agresividad en sus actitudes, lo que sobresale en muchas de sus reacciones, aunque muchos alcohólicos no exhiben ningún grado de actividad o agresión, sino de pasividad en manejar sus diarias dificultades que al final resulta lo mismo: situar los problemas fuera de sí y no hacer ningún esfuerzo de su parte".

→ Los rasgos típicamente orales y la depresión del alcohólico, nos refieren hasta la etapa oral de su desarrollo psicosexual, al tratar de situar el inicio de su patología.

Cuando el niño se alimenta en el pecho materno no únicamente está satisfaciendo la primordial necesidad nutritiva. Está obteniendo, al mismo tiempo, un genuino placer sexual, a través de la mucosa labial, con el pezón materno primero y después también con sus propios dedos, cuando la actividad del chupeteo se ha separado de la actividad alimenticia, constituyéndose en una fuente independiente de placer autoerótico; pero no todo el placer en esta etapa se logra por la boca. Géro (23) propone una nueva concepción de lo "oral". "Cuando el niño está en el pecho de la madre — señala este autor — se le producen sensaciones muy complejas las que son, sin duda, indiferenciadas mientras las experimenta. Sólo por un acto de disección imaginaria llegaríamos a distinguir sus respectivos aspectos. La placentera estimulación de la mucosa bucal es sólo uno de los factores y representa la verdadera esencia del erotismo oral. Inse-

parable a ésta aparece el placentero contacto con la piel y la confortable sensación de tibieza emanando del cuerpo de la madre".

→ Los desengaños sufridos por el niño en esta etapa, traerán como primera consecuencia una fijación de la libido que posteriormente puede resultar en la estructuración de un carácter básicamente oral. Será este punto de fijación a donde regrese la libido cuando en posteriores situaciones encuentre dificultades. Pero lo que es más importante, y está relacionado íntimamente a lo anterior, es el inicio de una identificación y de un manejo de objetos, ambos en forma patológica, y que se acentuarán en la etapa sádico-anal.

En efecto, el conflicto en la segunda fase de la etapa oral caracterizada, como ya se mencionó en el Capítulo I, por la aparición de la ambivalencia com- puesta a la vez de impulsos amorosos y agresivos, se verá agravada por el predominio del sadismo aumentado por las frustraciones. El niño en esta situación incorpora al objeto, pero marcadamente domina en este acto la agresión al tratar de destruirlo; acto al anterior que le produce culpa por vez primera.

Al pasar a la etapa anal prosigue con este manejo defectuoso de la agresión y de las relaciones de objeto. Se efectúa, entonces, una segunda fijación. Ahora ya no sólo actúa el sadismo destruyendo al objeto, sino manejándolo como algo de pertenencia propia. Lo retiene o expulsa a voluntad. La pérdida de objeto



puede ser percibida como destrucción sádica o como eliminación anal. Lo anterior sólo aumentará su culpa y le hará sentirse abandonado y con la necesidad en aumento del objeto que le satisface sus necesidades, por lo que se verá obligado a introyectarlo e identificarse -- con él para preservarlo y así conservar su amor. Esta identificación permite al Yo encontrar en sí mismo al objeto perdido y se hace sobre una base narcisista, según lo señala Rado (47). Lo verdaderamente importante es, en este caso, el propio placer.

Freud en su trabajo "Duelo y Melancolía" (17) nos presenta por primera vez este mecanismo: "El conflicto -dice Freud- entre el Yo y la persona amada se convierte entonces en un conflicto entre la crítica del Yo y el Yo modificado por la identificación".

Según Garma (22) la introyección del objeto es doble. Una se realiza en el Superyó, tomando el objeto el papel de conciencia, confirmado esto posteriormente por las autocríticas análogas a las que la madre le pudo haber hecho en la infancia; y otra introyección en el Yo, que se manifiesta en el contenido de los autorreproches como una crítica despiadada al objeto. Desde luego, esta introyección no cumple con su cometido pues persistirán las demandas de amor y de satisfacción de las necesidades. Pero ahora ya puede solicitar y recibir sin culpa porque ya no dirige su agresión a la madre, recuperando ésta su lugar real en el afecto de la persona, aunque permanecerán la decepción-

y la sensación de no ser totalmente satisfecho.

Puede pensarse, entonces, que el anterior proceso de introyección difiere del normal y obligado de las personas sanas en que se hace, como ya se dijo, con gran ambivalencia y con el propósito narcisista que rebasa los límites del medio ambiente de satisfacer las enormes demandas surgidas por la frustración.

Una vez establecido este patrón-base de la depresión- en la personalidad, persistirá a través de futuras relaciones. Es decir, primero abandona el sujeto a su objeto original -madre- alrededor del cual gira toda su vida emocional; posteriormente este rechazo o abandono de objetos se extiende a todas las personas -- cercanas en su familia; después a otros sujetos más alejados, hasta hacerlo con todos los seres humanos. Retira su libido de casi todo lo que antes tenía interés -- para él como profesión, trabajo, diversión, etc. Pero a diferencia del esquizofrénico, en el que sucede lo mismo, el deprimido resiente tal pérdida ligándola a sus sentimientos de inferioridad.

\*Las relaciones de objeto son abandonadas desde su comienzo. Aparentemente, el depresivo inicia relaciones positivas -en los períodos asintomáticos- pero en cuanto el Yo entra en conflicto agudo con el objeto, lo abandona. Esta acción le produce una regresión hasta el punto de mayor fijación que es la etapa oral, y busca entonces destruir al objeto devorándolo; como una expresión de la incorporación, que le permite agredir -

pero en forma muy primitiva. Posteriormente se identifica con el objeto para retenerlo, repitiendo así los mismos conflictos que en la infancia.

Esta forma patológica de relación de objeto tiene, desde luego, varias consecuencias. La persona que así actúa no se percibe a sí mismo como el agresor, sino como el agredido. Desde un principio se estableció en él un sentimiento de haber sido abandonada. Sus requerimientos y necesidad de amor del tipo materno irán en aumento y no podrán ser ya satisfechos por ser desmedidos y puramente infantiles.

Los característicos autorreproches y autoacusaciones del depresivo, están en realidad dirigidos contra el decepcionante objeto introyectado y son consecuencia de los desengaños sufridos.

Según Garma (22), la represión de los deseos oral canibalísticos y sádico-anales dirigidos hacia la madre, origina los autorreproches de considerarse a sí mismo como un criminal, puesto que se desea inconscientemente la muerte de la madre. Se establece, además, un claro sentimiento de minusvalía que se origina, en parte, por la interpretación que hace de no merecer cuando no recibe lo que anhela y que se explica también por el sentimiento de incapacidad para vencer los conflictos que le impiden realizar libremente sus deseos.

Abraham (1), explica el curso que sigue la agresión en esta situación, suponiendo de antemano que en la actitud libidinal hacia los objetos predomina el

odio... Esta actitud -odio- se dirige primero contra - los parientes mas cercanos y luego se generaliza. Es -- posible expresarla en la fórmula siguiente: "No puedo - amar a la gente; tengo que odiarla". "Los intensos sentimientos de incapacidad -agrega Abraham- que sufren ta les pacientes, proviene de esta penosa percepción interior. Si el contenido de la percepción se reprime y - se proyecta hacia el exterior, el sujeto cree que no es amado por los que le rodean, sino odiado. Esta idea es separada de su conexo causal primario junto con su propia tonalidad de odio, para ser asociada a otros defectos psicicos y físicos. Según parece, la acumulación- de tales sentimientos de inferioridad favorece la apari ción de estados depresivos".

"Así llegamos a la segunda fórmula: "La gente no me quiere, sino que me odia... por mis defectos innu tos. Por lo tanto, me siento infeliz y deprimido". -- "Sin embargo, los impulsos sádicos reprimidos no permanecen en inactividad; por el contrario, acusan una tendencia a volver a la conciencia y aparecen bajo diver-- sas formas: en sueños y en actos sintomáticos, pero es pecialmente en la inclinación a molestar a los demás.."

Más adelante expone Abraham: "La supresión de estos frecuentes impulsos de odio y venganza dá lugar a nuevos estados mórbidos, tales como los sentimientos de culpa".

"...Como resultado de la represión del sadis-- mo, surge la depresión, la angustia y las autoacusacio--

nes; pero al quedar bloqueada una fuente tan importante de placer, manantial de instintos activos, habrán de -- reforzarse necesariamente las tendencias masoquistas. El paciente adoptará entonces una actitud pasiva y derivará placer de su sufrimiento y del continuo cabilar sobre sí mismo. Así, aún la más profunda sosobra melancólica contiene una fuente oculta de placer..."

Abraham (3) considera que para que se produzca un estado depresivo es condición que se reúnan todos los siguientes factores:

- 1.- Un factor constitucional que, como se señaló anteriormente, se refiere a una sobrecalentación del erotismo oral.
- 2.- Una fijación especial de la libido en el nivel oral. "Las personas con una intensificación constitucional de este tipo de erotismo oral, son muy exigentes en sus demandas de gratificación de sus zonas erógenas y reaccionan con gran displacer a cualquier frustración".
- 3.- Una injuria severa al narcisismo infantil producida por sucesivos desencuentros amorosos.
- 4.- La existencia de un primer desencuentro amoroso con anterioridad a la época en que los deseos edípicos han sido vencidos.
- 5.- La repetición en la vida ulterior de este desencuentro primario.

➤ Los elementos patológicos de la personalidad - que aporta la génesis de la depresión, explican en gran parte la dinámica de los conflictos del alcohólico. Su conducta está primordialmente dirigida a satisfacer sus anhelos infantiles de cuidado y cariño maternos que comprende también placenteras sensaciones de la boca, piel y tibieza en el estómago; que en él están indiferenciados del anhelo de seguridad, auto aprecio y omnipotencia, tal como en el lactante.

Se comprende ahora, que no puede el alcohólico amar activamente o simplemente establecer relaciones equitativas sobre una base equitativa de dar y recibir. Necesita de las personas suministros narcisísticos que eleven su auto-estima; al no conseguirlo -porque ninguno es capaz de procurarle la satisfacción ansiada- cambia de objeto con frecuencia. Busca influir en las personas de las que espera gratificaciones, ya sea con pasividad y sometimiento o demostrándoles su desdicha y acusándolas de ser las causantes de ella.

Desde luego, su actitud de culpa, rabia, angustia y exigencias desmedidas, no es la más propicia para obtener lo que busca, independientemente de que nadie puede dárselo, y su sentimiento de rechazo y abandono llega a tener un sentido real. Es decir, crea el alcohólico un ambiente tan negativo en sus relaciones que genera un repudio auténtico por parte de ellas; encontrando con eso la explicación aparente para sus sentimientos y lamentaciones.

No es difícil suponer que en esta inestable--  
situación las decepciones prosigan. No encuentra el --  
amparo, cariño y tibieza protectora del cuerpo de la --  
madre que necesita con tanta vehemencia y las relacio--  
nes de objeto se hacen progresivamente más débiles. Así,  
el objeto satisfactor principal pasa, en un momento ---  
dado, de ser una persona a una cosa: la bebida. En ---  
ella encuentra, aunque sea por breves instantes y en --  
forma incompleta, la satisfacción de sus demandas ora--  
les infantiles -el pecho materno-, el restablecimiento-  
del principio del placer, la elevación de su auto-esti-  
ma y el sentimiento infantil de omnipotencia y euforia.  
En este estado, el alcohólico abandona la realidad, se  
desinhibe y se libra de ansiedades y culpas momentánea-  
mente, pasando por un período maniaco logrado en forma-  
artificial con la ingestión de alcohol.

Pero llega a su término el efecto farmacotóxi-  
co del alcohol, junto con las ganancias obtenidas por --  
su mediación y se presentan de nueva cuenta las deman--  
das de la realidad y la conflictiva emocional anterior,  
ahora agravada por el aumento en los sentimientos de --  
culpa. "La sensación de culpa -dice Menninger (36)- no-  
corresponde tanto a la agresividad inmediata implicada-  
en la bebida, como a la agresividad fundamental que hay  
tras ella". Surgen nuevamente las tensiones y domina la  
impulsividad para deshacerse de ellas. La situación de  
espera se hace más intolerable hasta que logra volver --  
al estado mágico de elación. Gradualmente se intensifi

ca la necesidad de la bebida, las dosis se hacen cada vez más altas y se acortan los períodos de sobriedad. Las conexiones con la realidad van desapareciendo paulatinamente. Llega un momento en el que la bebida no puede resolver las tensiones, presentándose entonces según Rado (47) - tres posibilidades:

- 1.- La huida a un período libre, es decir, de abstinencia que podrá durar algunas semanas o meses;
- 2.- La caída en una reacción psicótica, que estará definida en su tipo por los rasgos patológicos dominantes anteriores a la quiebra; y
- 3.- El suicidio o intento de suicidio, que no dejan de ser frecuentes.

b) Manejo de la agresión. - Ya anteriormente se trató parcialmente el problema de la agresión, siguiendo la línea de pensamiento de Abraham. Ahora se expandirá otro aspecto de importancia al respecto:

→ Puede considerarse que el alcoholismo, en sí, es un "suicidio crónico" y progresivo que, en último análisis, tiene funciones semejantes a las del suicidio real. Se busca, en parte, destruir al decepcionante objeto introyectado, la madre, aunque con ello sólo se logra la autodestrucción.

Los impulsos sádicos del alcohólico, no pueden ser dirigidos al exterior como tales contra las personas hacia las que siente rabia, porque depende preci-



samente de ellas su autoestima; no puede renunciar a -- sus objetos de amor, teme perderlos. Pero se venga de ellos destruyéndose a sí mismo. La agresión que logra dirigir al exterior tiene una fórmula muy pasiva: lastima a las gentes que lo rodean con sus reproches y de-- mandas, pero más aún con su conducta desordenada y caditica. Ocasionalmente, en estado de embriaguez, se enfurece y actúa con crueldad y bizarría, pero es más común que la bebida le sirva precisamente como anestesia-- para ahogar la hostilidad tan fuerte que busca irrum-- pir, logrando que ésta se realice en forma indirecta.

Menninger piensa al respecto que "El alcoho-- lismo puede ser considerado como una forma de autodes-- trucción, que deriva de los elementos de agresividad -- excitados por el erotismo no satisfecho y frustrado y -- es sentimiento de una necesidad de castigo basada en -- una sensación de culpa relacionada con la agresividad.-- Su cualidad ulterior es que, en un sentido práctico, la autodestrucción se cumple a pesar de y al mismo tiempo por medio del mismo recurso utilizado por el sujeto que sufre para aliviar su dolor y evitar su temida autodes-- trucción".

c) Sexualidad.- Algunos autores han clasificado al alcoholismo como perversión, basándose en el ca-- rácter sexual de este padecimiento, al cual consideran-- como una expresión de contenidos sexuales inconscientes que han sufrido una alteración en el objetivo y finali-- dad originales, razón por la que, de acuerdo con la teg

ría psicoanalítica, puede agruparse dentro de las perversiones.

Es lógico suponer que un desarrollo psicosexual tan conflictivo y unas relaciones de objeto tan enfermizas traerán como consecuencia la incapacidad del alcohólico para alcanzar una genitalidad normal.

En una personalidad de este tipo, en la que dominan los rasgos infantiles y que busca, por lo tanto, satisfacer necesidades de ese mismo tipo, será muy difícil llegar a una madurez en su vida sexual en la que se logre un goce genuino en la relación íntima con la mujer. La actividad sexual del alcohólico es en apariencia normal; sin embargo, un análisis más profundo de la misma revela una gran inmadurez y en muchos casos se presentan perversiones tales como el fellatio, coito a retro, etc., o síntomas de impotencia del tipo de eyacuación precoz, eyáculo exportas, etc.

Puede también su sexualidad no sólo aparentar normalidad sino hasta una hipersexualidad para compensar su impotencia real. "En general, -dice Fenichel (13)- la actividad sexual exagerada es una obsesión, tal como cualquier otra actividad exagerada; es decir, es un derivado, un intento fracasado de utilizar el aparato genital para la descarga de alguna necesidad rechazada y bloqueada, de carácter no genital".

Lo anterior nos dice claramente lo que le sucede al alcohólico en su esfera sexual. Naturalmente buscará en la mujer no a la compañera con la que pueda compartir deseos y satisfacción maduras, sino nuevamente a-

la madre que le brinde la satisfacción de las demandas - infantiles ya mencionadas. Es obvio que la pobreza de - sus relaciones de objeto se extenderá también en este -- campo.

Pero la bebida tiene, además, una participación - activa en la dinámica sexual del alcohólico. Se apunta - con insistencia que en el bebedor se encuentran nucleos - homosexuales reprimidos que tienen por origen, según --- Knight (30) y Fenichel (13), el acercamiento pasivo y - sumiso al padre, que una vez intentó siendo niño, como - consecuencia de las obligadas frustraciones que le - inflingía la madre.

Abraham (4) piensa que debido al efecto supresor - de resistencias del alcohol, se debilitan y hasta se eli - minan los productos de la sublimación. Esto trae como - consecuencia que se liberen los componentes homosexuales - existentes, comportándose entonces el alcohólico en for - ma que le sería muy penosa y desagradable en estado de - sobriedad. Puede observarse fácilmente en los bares y - cantinas la familiaridad y ternura con que se tratan los - que se acompañan para beber

Rado explica la homosexualidad en el alcohólico - como una protección contra el masoquismo, cambiando la - finalidad genital que resultará en la elección de un --- objeto homosexual. Pero el temor a la castración logra - que se reprima el impulso homosexual.

Así, propone Rado tres etapas en el cambio a la - homosexualidad:

1.- Debilitamiento de la masculinidad genital ---  
(por intimidación debida a la amenaza de castración, --  
desviación de la libido en la farmacotimia, etc.)

2.- La confluencia de placer genital y masoquismo  
en el compromiso; homosexualidad pasiva.

3.- Desarrollo de homosexualidad de la forma pasiva a la activa como resultado de una vigorosa acción --  
reparatoria de parte del Yo.

Simmel (48) hace algunas especulaciones relativas al contenido sexual de la bebida: "La pugna del ---  
alcohólico consigo mismo o con su medio de combatir o --  
entregarse a la bebida es una repetición actual de su --  
batalla original contra o por la masturbación. Es decir,  
la bebida es un sustituto masturbatorio desgenitalizado. De acuerdo con lo anterior, la euforia alcohólica e  
restablece la sensación orgástica negada en la infancia  
por el temor de castración y sentimientos de culpa que--  
acompañan a la masturbación".

En la etapa de desarrollo de las relaciones objetales, la masturbación ayuda al niño a resolver sus ---  
conflictos instintivos dentro de sí mismo sin solicitar  
la gratificación de los objetos que le han causado un --  
trauma narcisista al negarse a dar lo que de ellos se --  
solicitaba. Así, el niño pierde relaciones objetales.--  
En el alcoholismo se repite esta situación, pues se encuentra el placer orgástico en la bebida, lo cual hace perder ligas con objetos frustrantes por no necesitar --  
de ellos en ese momento para satisfacer sus urgencias --

instintivas. Más aún, la necesidad de contacto sexual se transforma en deseo de contacto interno devorando al objeto como forma oral muy regresiva de relación de objeto.

3.- CLASIFICACION DE LOS ALCOHOLICOS.-->Varios autores han intentado hacer clasificaciones dentro del grupo de los alcohólicos, puesto que, obviamente, no todos presentan iguales características, dinámica y pronóstico.

> Knight (30) divide a los alcohólicos en esenciales y reactivos. En este <sup>3.</sup>trabajo se ha tratado exclusivamente con el alcohólico esencial, que es el de mayor gravedad y de más difícil pronóstico. El alcoholismo reactivo es también, desde luego, crónico, y presenta como el esencial problemas orales, aunque de menor gravedad, y en él se busca también con la bebida una protección a la depresión. Pero en este tipo de alcohólico se encuentra una mayor madurez psicosexual; tuvo un mejor desarrollo y presenta rasgos obsesivos que le han permitido alcanzar logros de importancia y cierta independencia. La bebida en estos sujetos se presenta en forma crónica, siempre después de que algún factor desencadenante les produce un desequilibrio emocional temporal y una regresión a la pasividad. Si bien es verdad que acostumbraban beber con cierta frecuencia desde antes, en forma "social". Es el tipo de alcohólico que normalmente busca tratamiento psiquiátrico y que tiene un buen pronóstico.

Ruth Fox (15), basándose en las clasificaciones de Haggard y Jellinek, divide a los alcohólicos en bebedores sintomáticos; adictos primarios y adictos secundarios. Los bebedores sintomáticos son aquéllos en los que la bebida es secundaria a una bien definida enfermedad mental, tal como esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, etc. Este tipo de enfermo presenta, al igual que en los casos de psicosis alcohólica, un comportamiento bizarro y muy desorganizado en estado de embriaguez.

El alcoholismo primario y el secundario corresponden, respectivamente, al esencial y al reactivo, según la clasificación de Knight.

Simmel, por su parte, divide a los alcohólicos en:

- 1.- Bebedor social
- 2.- Bebedor reactivo
- 3.- Bebedor neurótico, y
- 4.- Bebedor adicto,

aclarando que en los cuatro grupos el alcoholismo sirve como un medio de balancear un equilibrio mental dañado.

En los dos primeros grupos el alcohol defiende al Yo contra el impacto de circunstancias externas. En los dos últimos, defiende al Yo contra amenazas de conflictos inconscientes internos, que sólo secundariamente dañan la capacidad del Yo para alternar con la realidad.

Este agrupamiento que hace Simmel es, en síntesis,

igual a los expuestos <sup>alcohólicos</sup> arriba, sólo que la afina un poco más subdividiendo cada uno de los dos grupos anteriores.

Los dos primeros, esto es, alcoholismo social y -- reactivo, tienen las mismas características que el alcoholismo denominada reactivo por Knight. Aunque Simmel sugiere que estos dos son una defensa del Yo contra impactos del medio ambiente, debe considerarse que la forma específica de defensa patológica que emplea el Yo habla ya de deficiencias en su estructura; deficiencias, - desde luego muy arcaicas que, como en todo tipo de alcohólico, se encuentran desde la etapa oral.

El alcoholismo social es el más benigno de todos y se refiere a aquellos sujetos que requieren de ciertas cantidades de alcohol para poder relacionarse adecuadamente. Arreglan cualquier negocio o celebran cualquier acontecimiento bebiendo.

El bebedor reactivo busca en el alcohol una forma de sobrellevar algunas experiencias dolorosas que se le han presentado.

Las dos últimas categorías -neurótico y adicto- se refieren al alcohólico esencial -según Knight-, objeto de este trabajo. → Difieren entre sí sólo en gravedad. Considera Simmel al adicto como un caso de mayor regresión -- que el bebedor neurótico. Sin embargo, la bebida tiene igual finalidad en ambos y el origen del padecimiento es el mismo.

CAPITULO IVDATOS CLINICOS

a) Historiales clínicos de observación directa:

CASO No. 1

G.B.V. (Sargento lo.)

35 años

Datos de admisión: Es referido al H.C.M. por presentar sensación de angustia y temor; temblor intenso de todo el cuerpo, vómito, insomnio, anorexia, pérdida de peso y cefalea.

Historia familiar y personal: Procede de familia de clase media, de Tampico. Desde los primeros meses radicó en México. Su padre, General Brigadier, retirado, de 70 años, fué al matrimonio viudo y con dos hijos. La madre, de mediana educación, se casó a los 17 años. El paciente es el primero de cuatro hermanos, con diferencias de uno y medio, tres y cinco años, siendo la menor mujer. Fué alimentado de pecho sólo un mes, en el que presentó cuadro de disentería que lo puso al borde de la muerte. Había poca relación afectiva entre los padres y entre éstos y los hijos. El padre permanecía fuera de la casa gran parte del día. Buscaba orden y



respeto en el hogar. Comía aparte platillos preparados especialmente para él. La madre proporcionaba atenciones y cuidados, pero poca afecto, imponiendo orden y meticulosidad en amistades, períodos de juego, horas de comida y de acostarse. Presentaba preocupación constante por los celos del marido.

El paciente controló esfínteres pronto, pero cerca de los 6 años presentó enuresis. Siempre durmió con su hermano menor. Sólo unos meses, a la edad de 7 años, durmió con su hermano mayor, realizando contactos incestuosos con él y, posteriormente, con la hermana mayor también. Ingresó a la escuela a los 5 años. Temía a los maestros, pero después "hice concha y hasta me volví payaso y jugueteón" (sic); faltando constantemente. Lo expulsaron.

Inició la masturbación a los 10 años, asustándose mucho por ello. A los 11 años tuvo sus primeras relaciones con prostitutas. En 1944, a la edad de 16 años, se dio de alta en la Escuela de Aviación. A los 15 días se cambió a Oficinista, después de observar un accidente de aviación. A los 20 años empezó a tomar cerveza, sin excederse. A los 21 se dio de alta en la Escuela de Meteorología, graduándose a los 23. En una ocasión, estando "medio tomado", le ordenó su padre, en presencia de un amigo, que se fuera a dormir. Se disgustó y al negarse a obedecer fué fuertemente golpeado por su padre con un fuste hasta que intervino la madre. Al día siguiente le pidió perdón al padre y se confesó culpa--

ble. Al salir de la Escuela le propuso matrimonio a su novia y en los quince días que tenía de plazo para presentarse en Mazatlán, a donde fué asignado, se casaron. A los 3 días empezaron las dificultades porque él se iba de parranda con los amigos. La señora intentó suicidarse con barbitúricos por los continuos problemas. A los cinco meses regresaron a México. Lo abandonó su esposa durante dos meses, pero volvió a instancias de él. Nació entonces la única hija. A los 24 años fué escogido para ir a Panamá a un curso de Meteorología. Resintió mucho la disciplina en ese centro y pidió ser mandado a México de regreso, después de revelarse y no asistir a clases. Siguieron las dificultades con su esposa y lo abandonó nuevamente siete meses. Volvieron para separarse una vez más. A raíz del abandono, bebió grandes cantidades de alcohol durante diez días (5 copas de alcohol diluido en agua, diariamente) y fué arrestado por faltas a la disciplina. En la cárcel presentó alucinaciones en las que oía a su hija que lo llamaba angustiosamente. Lo internaron en el manicomio 15 días y después lo mandaron a la sala de Neuropsiquiatría del H.C.M., dándosele de alta al mes.

Estudio Psicológico: Se le aplicaron las siguientes pruebas:

Rorschach, T.A.T., Wechsler, Bender-Gestalt y Machover. Inteligencia Superior (132). Capacidad para razonamiento analítico y concreto, pero también pensamiento abstracto. No hay signos de psicosis ni padecimiento orgánico.

nico. Mecanismos defensivos del tipo obsesivo-compulsivos. Se preocupa demasiado por ser aceptado. Su actitud externa ante las normas sociales es de conformismo y sumisión, pero tiene rasgos paranoides: mucha ambición y fuertes deseos de alcanzar una alta posición social. --- Prefiere restringir su ambición a cambio de la seguridad. Esto lo logra negando sus impulsos agresivos; suprimiendo su iniciativa y dependiendo para todo de las exigencias del ambiente. Se somete para que le den. La imagen que tiene de sí mismo es la de un ser cansado, gastado e impotente. Niega su sexualidad, que está envuelta en sentimientos de culpa y en la reprobación de un Superyó terriblemente punitivo. En el aspecto sexual se identifica con el padre, pero más por temor a la competencia con él. Siente peligroso el ser abiertamente masculino. La inhibición y negación de sus impulsos sexuales proviene también de la ambivalencia que hay en sus relaciones con la figura femenina. Por una parte depende de la figura materna y necesita de su aprobación y, por la otra, hay algo grotesco en su imagen de la mujer, a la que él desprecia. Probablemente sintió a su madre como seductora y al mismo tiempo insuficiente de fuerza intelectual para respaldarlo.

## CASO No. 2

J.G.S.

34 años.

Datos de admisión: Desde hace cuatro o cinco años ingiere bebidas alcohólicas hasta embriagarse completamente, e incluso perder el conocimiento. Ha permanecido en estado de ebriedad por periodos que llegan a un mes, teniendo lapsos de sobriedad que oscilan de una semana a seis meses. Afirma que bebe por falta de comprensión de sus familiares y amigos.

Historia familiar y personal: Casado, comerciante de clase media, originario del D.F. Su familia paga la cuota de treinta pesos diarios asignada por permanecer en el H.C.M. El padre murió a la edad de 65 años (5 años antes al internamiento del paciente), de probable cirrosis hepática. Fué alcohólico. Dedicado al comercio. Desobligado, majadero, dejaba las responsabilidades a su esposa, quien tenía que trabajar para sostener el hogar. Golpeaba con frecuencia a sus hijos. Se separó de su esposa cuando el paciente tenía veinte años. Describe a su madre como bondadosa, apasible, sufrida y trabajadora (ambivalente según tests). El paciente es el cuarto de once hermanos. Vive con tres de ellos junto con su madre. Todos dedicados al comercio en la Merced donde tienen dos puestos de fruta y legumbres. El paciente fué producto de embarazo aceptado con indiferencia. Fué amamantado un año y medio. Controló los

esfinteros al año, a base de golpes y baños de agua --- fría. Lo cuidó su hermana mayor, muy rígida, con quien durmió hasta los dos años. Era un niño travieso, in--- quieto y "peleonero". Abandonó la escuela a los trece años, después de repetir varios grados. Se inició en el trabajo como mecánico. A los 14 años se va a Oaxaca a trabajar con un amigo en un taller. Regresa a México y después de dos años va a los E.E.U.U. como bracero du--- rante año y medio. Vuelve a trabajar con su amigo quien "lo echa a perder" invitándolo a beber con frecuencia. -- Ahora tiene cien mil pesos dedicándose al comercio con su -- madre y los invierte en agricultura junto con sus herma nos. Lo pierden todo y él se siente culpable por no -- cumplir con sus obligaciones por tomar con exceso. Tra ta con un cliente que lo invita a beber diariamente y - le llega a hacer proposiciones homosexuales, que él no - acepta.

Inicia la masturbación a los quince años con mucha cul- pa. La abandona a los diecisiete al tener relaciones - sexuales con una amiga virgen (cuatro o cinco veces). - Queda embarazada esta mujer y la abandona por "no tener dinero con qué sostenerla". Esto le produce mas culpa. -- A los 19 años lo obliga su madre a casarse por lo civil con una novia a la que no quería, pero con la que había tenido relaciones sexuales. No llega a celebrarse la - boda religiosa porque la muchacha se va con otro hom--- bre. Este hecho le produce rabia al paciente porque -- ella iba a tener un hijo. Se divorcia y se dedica a --

beber con exceso. A los 22 años se casa con su actual - esposa después de tres meses de noviazgo y siendo amante de una mujer divorciada, a la que sigue frecuentando --- aún después de casado. Describe a su esposa como seria, seca, alejada de él, sufrida y "aguantadora". La noche de bodas la cachetó y realizó el coito "sólo por compromiso". Duda que haya sido virgen. Han procreado seis -- hijos. Antes hubo dos abortos. Ha tenido cuatro amantes- desde que se casó.

Enfermedad actual: Empezó a beber a los dieciséis años - con sus compañeros de trabajo cada ocho días, sin em--- briagarse. Se empezó a embriagar cuando fué plantado -- por la novia en la iglesia. Ya casado tomaba diariamente hasta por un mes. Dejó de tomar casi siete años por no hacer sufrir a su familia y por la prosperidad del -- negocio. Desde hace cinco años reanudó la bebida tomando cada quince días y después cada ocho. Al segundo -- año lo hacía diariamente. Desde el fracaso en la agri-- cultura toma hasta perderse por un mes, dejando de beber períodos de seis meses. Fué tratado por un médico con - inyecciones, pero dice fué **perro** pues seguía tomando. Su madre pagaba este tratamiento. Dos años antes de inter- narse lo corren sus hermanos de la casa junto con su es- posa e hijos. Regresa por mediación de la madre. Si no toma se siente triste y con nostalgia. No entiende por - qué. Actúa como autómatas, le dá miedo dormirse por las - pesadillas que sueña y por eso toma todo el tiempo. Si - bebe se siente fuerte y alegre. Llora en las entrevistas.

Tres años antes de haber sido internado mató accidentalmente a un amigo con una pistola.

Examen Psicológico: Se aplicaron las siguientes pruebas: Rorschach, T.A.T., Wechsler y Gachover. Inteligencia normal baja, sin intereses intelectuales. Empobrecimiento de funciones intelectuales y afectivas. Concretismo y bloqueo en las respuestas por angustia flotante. Sensibilidad en aspectos sociales; normas concretas de relación. Núcleo depresivo muy notorio.

## CASO No. 3

L.M.M. (Capitán 2o. de Caballería)

30 años.

Datos de admisión: Tres encames en el H.C.M., con un total de 349 días. Último ingreso 4-III-62. Salida por abandono: 24-XII-62.- Evolución aparente de tres meses, irritabilidad, insomnio, sudoración profusa de manos y pies, "pesadillas", depresión, ansiedad y angustia.

Historia familiar y personal: El padre vive actualmente, es alcohólico, de 53 años, ha tenido múltiples ocupaciones, actualmente es policía. Casado tres veces. Su primera esposa fué la madre del paciente, murió a los 35 años cuando éste tenía 8. El paciente culpa veladamente al padre de esta muerte. El padre es descrito como muy trabajador, pero aficionado a constantes aventuras amorosas y a la parranda. El enfermo fué testigo de riñas entre sus padres, en las que ella era golpeada. De este primer matrimonio hubo 5 hijos. El paciente es el segundo. Un año después de la muerte de su madre, el padre se casó con una mujer celosa, intrigante y castigadora, con quien tuvo 2 hijos. Los hijos de su primer matrimonio lo obligaron a divorciarse y se casó nuevamente con su actual madrastra, con quien procreó un hijo más. El paciente recibió pecho materno durante menos de un año. Describe a su madre como una mujer muy meticulosa, limpia y puntual en la atención de sus hijos. La agresión continua de la primera madrastra obligó al paciente



a internarse en la Escuela para hijos del Ejército de -  
 Guadalajara y a cursar Secundaria en un internado fede-  
 ral. La tristeza y el aislamiento fueron característi-  
 cos de este período y los atribuye a la pérdida de la -  
 madre. Ingresó al Colegio Militar en 1951. La vida en-  
 las Corporaciones lo decepcionó de inmediato y se dedi-  
 có a tomar desde que ésta se inició. Se encargó de su  
 hermano, que también tomaba, y en una ocasión apareció-  
 muerto ahogado en un río. Percibe su responsabilidad e  
 hipertrofia su culpa. Ha vivido en amasiato con tres -  
 mujeres. María Luisa seis años mayor que él, casada, --  
 prima de su primera madrastra, que lo sedujo desde que  
 era Cadete y lo manejó a su antojo. Terminó a los ---  
 tres años por sentirse culpable del adulterio. Fue des-  
 cubierto por el esposo, que era buen amigo, dentro de -  
 su propia casa, y el paciente lo golpeó hasta dejarlo -  
 inconsciente. Después conoció a otra mujer, Esperanza-  
 4 años mayor que él, que regenteaba un prostíbulo. Tuvo  
 un hijo con ella que actualmente tiene tres años y al -  
 que no quiere. Tiene también relaciones de amasiato --  
 con Eva, de 23 años, con quien tiene una niña de tres -  
 años, a la que tampoco quiere.

Pruebas Psicológicas: Se le aplicaron las siguientes --  
 pruebas:

Rorschach, T.A.T., Wechsler y Machover. Graves proble-  
 mas orales a través de los cuales se puede entrever que  
 fué muy abandonado, a tal grado que carece de figuras -

identificativas sólidas. Nucleo depresivo. Parece que le reclama al mundo lo que le ha negado, robándolo o autosatisfaciéndose por medio de la bebida. Esto lo llena de culpa y lo hace sentir que se está destruyendo, -- sensación que cree controlar dejando de beber en el momento que quiera y hacerse una persona importante y llena de éxito, lo cual sirve para controlar su angustia. El paciente, para no deprimirse, se emborracha. El embriagarse le crea culpa y la culpa lo lleva a reparar. La reparación es débil y está matizada por rasgos obsesivo compulsivos. Los rasgos psicopáticos son llevados a cabo bajo el estado de embriaguez.

Procesos afectivos: Se observan tres aspectos del estado de ánimo: El primero y más relevante es francamente melancólico, con ideas infravalorativas y de culpa. El segundo es de caracteres hipomaniacos y, el tercero, -- cuando se siente lesionado en sus intereses, desproporcionado a la causa. Relaciones interpersonales superficiales, ocasionales y de corta duración.

## CASO No. 4

F.G.R. (Capitán Segundo)

35 años.

Datos de admisión: Reingresa a los ocho días de haber salido del Hospital por presentar cuadro de alucinaciones auditivas y visuales, agresividad, delirio de persecución (durante dos meses después de beber güevos --- días continuamente).



FILOSOFIA  
Y LETRAS

Historia familiar y personal: El paciente es producto de unión libre, disuelta a poca de su nacimiento. Sus progenitores poseen hijos de uniones anteriores. El paciente es el menor de todos (5 hermanos paternos y 2 maternos). Su medio hermano Arnulfo, de 40 años, bueno pero no afectuoso, se hizo cargo del paciente económica y decentemente desde que éste tenía 9 años de edad. Vivió con su madre hasta los cuatro años. Después con su padre hasta los nueve y posteriormente volvió con la madre, quien lo saca subrepticamente de casa de su padre al negarse éste a dejarla partir. Era el hijo predilecto. El padre fué un hombre severo, rígido y castigador. Tuvo el paciente dos madrostras, una de las cuales lo trató muy mal. Lo corría con frecuencia de la casa, - teniendo que ir a refugiarse a casa de la madre de sus medio hermanos, que fué muy bueno con él. Su madre era una mujer consentidora y despreocupada en la educación de los hijos. El paciente la culpa de ser vaga y malcriado, pues no lo reprendió como era debido. Sentía ---

que lo quería poco. Sabía que su madre sostenía relaciones sexuales con otros hombres. Dice haber tenido nodriza y como tenía el cuello torcido le dieron leche de chiva para que se le compusiera. A los tres o cuatro años su hermana María le ofrecía el pecho sin leche. -- Tuvo incontinencia urinaria hasta los 9 años, desapareciendo automáticamente cuando pasó a vivir con su madre. Fué un niño inquieto, travieso y curioso. Cursó la primaria. En Secundaria faltó mucho por irse a los prostíbulos. A los 19 años fué a Estados Unidos a trabajar como bracero. Regresó después de un año e instaló una tienda de abarrotes que quebró al poco tiempo. Ingresó entonces al Ejército en donde hace chorros durante dos años y medio para poder entrar al Colegio Militar. Obtuvo ahí el quinto lugar en el examen de admisión. Fué buen alumno en general.

Se masturba a los doce años con gran culpa y temor de dañar el cerebro. Abandona esta práctica a los quince años, porque cada vez que la hacía se le "dormía" la pierna izquierda. Inicia relaciones con prostitutas -- con miedo en un principio. Hace once años vive con una mujer que fué obrera y a quien considera buena aunque "gritona" y de fuerte genio. Han procreado cinco hijos. La esposa describe al paciente como un magnífico conyuge y padre cariñoso, responsable y comedido.

A los 16 años comenzó a ingerir bebidas alcohólicas -- ocasionalmente. Desde hace cinco años lo hacía hasta -- cada tercer día (7 u 8 cervezas); primero con amigos, -- después solo en su casa. A mediados de diciembre comen

zó a estar intranquilo, temía ser mal recibido por el Comandante de la Compañía en Apatzingan, a donde fue transferido. Bebió diariamente durante nueve días. En el tren que lo llevaba con su familia a su nuevo destino empezó a alucinar: oía que de un tubo salían voces de personas que antes lo habían invitado a beber, acusándolo de homosexual y amenazando que lo iban a golpear en Apatzingan y a quitarle la mujer porque "él ya no podía con ella". En Apatzingan presenta ideas de referencia. Alucina ser abusado por tres soldados y que cambia de sexo porque su hermano, que estaba debajo de la cama, le sopló. Lo internan en un hospital y huye a un cerro. Lo encuentran en una cueva mojado y sucio. Relata que estando ahí vio a su hermana entregarse a un hombre. En el cuarto del hospital asegura haber visto que su esposa tenía relaciones sexuales con todos los soldados de la compañía formados en hilera. En el separo intenta suicidarse arrojándose en tres ocasiones de cabeza al suelo desde la ventana.

Examen Psicológico: Se le aplicaron las siguientes pruebas:

Rorschach, T.A.T. y Machover. Repite continuamente material sexual. Sus defensas principales son muy débiles: negación, formación reactiva e intelectualización. Las experiencias formativas de sus primeros años fueron caóticas. No se estructuró el Yo en esa etapa. A los dos o tres años se le da al Yo alguna estructura. Presenta confusión de percepciones internas y externas. El

Superyo es muy rígido. Fue muy estimulado sexualmente. Espera seguir siempre el camino que le indiquen. Considera a la mujer como seductora y promiscua. Presenta - fantasías incestuosas y de regresar al seno materno. No hay una identificación definida. Predominan las figu--ras femeninas.

CASO No. 5

S.M. (Sargento lo.)

41 años.

Datos de admisión: Sufre pérdidas del conocimiento posteriores a intoxicaciones alcohólicas. Tuvo cuatro el día que fué llevado al H.C.M. por su esposa. En dos ocasiones anteriores estuvo en el Hospital pero no esperó su turno para la consulta por no perder el trabajo. Está desesperado por los problemas que tiene con su mujer y, según dice, esta lo ha arrastrado al alcoholismo. Su principal problema, agrega, es la falta de voluntad.

Historia familiar y personal: Su padre era un hombre bueno, que lo defendía de sus hermanas empeñadas en molestarlo. Era sumamente religioso. Pertenecía a una Orden. Sin embargo, en algunas ocasiones golpeaba a su esposa. Su madre era muy sufrida y abnegada. Cuando tenía dificultades con su esposo salía corriendo a la calle gritando hasta que caía presa de un ataque. Asegura el paciente que fueron 24 hermanos, de los cuales --viven actualmente 8. Vivió los seis primeros años de su vida con sus padres en Salamanca. Fué mandado durante dos años a un internado en un pueblo cercano. Volvió a su casa por dos años y regresó al internado por otros dos. Después ingresó a un Seminario en donde permaneció hasta los 16 años. Allí llevaba una vida muy rígida y llena de sacrificios. Esto le permitía controlar las tentaciones que se le presentaban. No tenía amigos

íntimos. En una ocasión, cuando salió a una feria, conoció a una muchacha de la que se enamoró. Esto le hizo sentir que no tenía vocación para el Sacerdocio y abandonó el Seminario. Fué a trabajar a una fábrica y después de algún tiempo ingresó al Ejército. En México siguió estudiando hasta el segundo año de Leyes. Cuando terminó la Preparatoria conoció a su actual mujer llevándosela a vivir con él en unión libre durante dos años. En este lapso dice haber sido completamente feliz y que su esposa, que fué sirvienta, era una mujer comprensiva, respetuosa y cariñosa. Se casó con ella por lo civil y entonces empezaron las dificultades. La acusa de hacerle poco caso por estar con las amigas. Ha llegado a golpearla en varias ocasiones. Se han separado 17 veces, buscando siempre el paciente la reconciliación. Han procreado 9 hijos. Hace varios años empezó a tomar, pero lo hacía cada quince o cada ocho días. Desde hace dos años se inició definitivamente en el alcoholismo tomando cada tercer día y después todos los días. Ha sido demandado varias veces por su mujer por insultos y amenazas de muerte. Las relaciones con sus hijos han sido poco afectuosas. Los considera unos rebeldes. Se empezó a masturbar después de los 16 años. Busca las relaciones sexuales con la mujer por ser la única forma en que puede relacionarse con ella. Ha practicado relaciones homosexuales desempeñando la parte pasiva. Se queja de que en el hospital no lo comprenden. Hace varios años intentó suicidarse con barbitúricos y posteriormente ha tenido



la idea de hacerlo en varias ocasiones.

CASO No. 6

E.M.L. (Sargento 2o.)

28 años.

Datos de admisión: Fué remitido del Hospital Regional de Guadalajara por presentar cuadro psicótico con desorientación en tiempo y espacio y alucinaciones.

Historia familiar y personal: El paciente nació en Querétaro en un rancho propiedad de sus abuelos maternos. -- Pocos días después de su nacimiento el padre abandonó -- el hogar para irse a vivir con otra mujer, regresando un mes del año únicamente a vivir con su familia. Era una persona brutal que gustaba de golpear a todos en forma -- cruel. Era alcohólico. El paciente describe a su madre -- como una mujer cariñosa, trabajadora y abnegada. Fué --- amamantado hasta los 16 meses. El paciente vivió con su madre hasta los 17 años y según ella fué siempre un niño de conducta intachable. Fué el quinto de siete herma--- nos. Periódicamente lo llevaba su padre a la casa de su amante en donde se aburría mucho. A los doce años se -- fué a vivir con sus abuelos para trabajar en la panade--- ría de un tío. Sus abuelos eran algo cariñosos con él. -- Un año después regresa al lado de su madre y la encuen--- tra unida en amasiato con un hombre a quien llega a -- querer por ser éste cariñoso. A la edad de 17 años in--- gresa al Ejército. Poco tiempo después, en una visita -- que hace a su madre, se entera que vive en amasiato con otro hombre lo que le produce rabia y deseos de matarlo. Quiere vivir intensamente y se emborracha con mucha fre-

cuencia. No le alcanzan las 24 horas del día, según dice.

Desde niño practica la masturbación, dejándola cuando -- tiene sus primeras relaciones sexuales con una sirvienta a los catorce años. Se hace de una novia, a quien repudia después al enterarse que trabaja en un cabaret. Decide entonces no casarse y sólo divertirse con las mujeres. Llega a tener hasta veinticinco amantes en un período de varios años. La mujer con la que vive actualmente es -- bastante mayor que él, pues tiene 38 años. Piensa dejar la cuando encuentre una mujer joven para formar un verdadero hogar.

Empezó a beber a la edad de catorce años, instigado por su cuñado y para sentirse hombre. A la edad de diecisiete años lo hace con frecuencia, tomando hasta cinco ---- días sin interrupción. Sufre entonces la primera alucinación auditiva. Se repitió sólo hasta tres meses antes de su internamiento en el hospital, cuando oía voces y veía caras que no conocía. "Las voces eran de una pareja que vivía en amasiato en su casa cuando chico" (probablemente de su madre y amante). La mujer se burla de su virilidad acusándolo de homosexual, pero le hace reclamaciones amorosas. Sentía que se le deslizaban serpientes enormes por el pecho. Cree que es por un embrujamiento que le hizo una de sus amantes.

b) Historiales clínicos de revisión bibliográfica:

CASO No. 7

Tomado de: *The Psychodynamics of Chronic Alcoholism*  
Robert P. Knight.

El caso descrito a continuación se refiere a un hombre - de 34 años que 10 años atrás empezó a beber con exceso, - agravándose los últimos dos años.

Historia familiar y personal: El paciente fué el menor - de 3 hermanos. Uno, 9 años mayor que él, fué también --- alcohólico crónico. El otro tuvo un episodio alcohólico en el que realizó un mal matrimonio que posteriormente - fué anulado. Una tía materna fué internada en un hospital psiquiátrico con diagnóstico de demencia precoz. --- Tres tíos paternos fueron alcohólicos por muchos años; - sin embargo, en los padres del paciente no habian antecede- dentes alcohólicos. La madre fué siempre con el pacien- te sobreindulgente y sobreprotectora. Continuamente tra- taba de ampararlo de la disciplina y severidad paterna - y consistentemente actuaba como intercesor en los inten- tos del paciente para obtener favores del padre. Si al-

cias en forma muy esporádica e inconsistente, frecuentemente sólo después de haber sido inducido por las súplicas de la esposa.

El paciente siempre consiguió, o daba por hecho que conseguiría, lo que él quisiera de su madre. Cuando trataba de obtener algo de su padre en la misma forma, frecuentemente era frustrado. Sus demandas pasivas, en base a sus gratificaciones infantiles, eran tan grandes que no podía ser completamente satisfecho ni aún por su propia madre. Este hecho, unido a un vago sentimiento de traición hacia ella, lo impelió a volverse más y más hacia su padre en busca de pruebas de cariño en forma de indulgencias. En ocasiones el padre accedía inmediatamente y, sin explicación a las demandas del niño, --- creándole sorpresa; frecuentemente negaba las solicitudes del hijo. Algunas veces lo complacía después, cuando la madre intervenía. Usualmente requería una rígida contabilidad de las dádivas pasadas de dinero, antes de dar más. El paciente relata una experiencia típica e ilustrativa a los 5 años: con frecuencia lo enviaba su madre a una tienda de la vecindad a comprar comestibles. Se le enseñó a decir "cárguelo". Esto llegó a ser una frase mágica para él. Podía obtener mucha comida y sin problemas sólo diciéndo "cárguelo". Empezó a pedir también dulces en la misma forma y cada vez en mayor cantidad. Cuando llegó la cuenta a las manos del padre, sin comprensión ni explicación lo golpeó severamente. En su vida escolar el paciente siempre subordinaba lo que de-

él se requería a lo que él deseaba hacer. Se le envió a una escuela militar como medida disciplinaria. Nunca se ajustó lo suficiente para terminar su trabajo escolar. El padre trataba de forzarlo a ser independiente actuando con severidad y frustrándolo, sin conseguirlo. Ya de adulto el paciente dependía continuamente del dinero de su padre.

Empezó a beber para demostrar su masculinidad y sobreponerse a la inferioridad que sentía por su pasividad e infantilismo. Trató de demostrar su potencia heterosexual por los mismos motivos que le impelieron a iniciar la bebida; pero nunca fue capaz de lograr cariño verdadero de alguna mujer por su típico resentimiento y desprecio subyacente hacia ella. Se casó pero pronto se divorció. El día de su boda no se atrevió a embriagarse pero se tomó un litro de un jugo que según le dijeron transmitía potencia sexual. Hacia los hombres era conscientemente amistoso y tenía muchos compañeros para beber, pero pocos verdaderos amigos. Mostraba un comportamiento común de los alcohólicos hacia ellos cuando bebía, siendo tierno y afectuoso, jurando amistad eterna y mostrándose muy amoroso. Cuando estaba sobrio tenía que lo acusasen de afeminado.

Después de diez años de alcoholismo crónico, fracasos repetidos en el matrimonio y en el trabajo, finalmente inició el tratamiento bajo fuerte presión de sus padres.

CASO No. 8

Tomado de: The Alcoholic Woman. Benjamin Karpman.

Paciente de 35 años del sexo femenino.

Historia familiar y personal: El padre de la paciente -- era un hombre sumamente religioso, distante, violento, -- que no fumaba ni bebía. Tomaba parte prominente en las actividades de la Iglesia. Atendía una tienda de su -- propiedad. La madre autoritaria, autosuficiente, masculina, dominante y cruel; golpeaba a sus hijas con frecuencia por las faltas más insignificantes. El ambiente en el hogar de la paciente era de rigidez extrema -- con horarios estrictos. Sin embargo, en lo referente a la alimentación había mucha liberalidad. La paciente -- fué la menor de seis hermanos. El mayor (único hombre) se casó dos veces. Murió cuando la paciente tenía doce años; la hermana mayor, soltera, profesora de escuela; -- la segunda hermana casada, sin hijos; a la tercera la -- considera la paciente como esposa y madre ejemplar; la cuarta, independiente y rebelde, se fugó del hogar y se casó a los diecisiete años.

En su infancia la paciente gustaba de los juegos de los niños de su edad y ya desde entonces (5 ó 6 años) se -- sintió rechazada de los padres y reconoció la preferencia de ellos hacia sus hermanas. Sólo se fijaban en -- ella para recriminarla; no obstante, sentía que era mejor eso a nada. Pronto se decepcionó por la irracional-

lidad de los padres al castigarla. En la escuela se le desarrolló un temor a la competencia con sus hermanas. Se graduó en High School a los 18 años.

En la vida adulta tuvo varios trabajos como empleada del Gobierno, profesora rural, etc., pero todos los abandonó por sentirse inadecuada en ellos. Presenta una falta -- marcada de propósitos o ideales en la vida. No sabe qué hacer y en una ocasión trató de resolver esta incertidumbre con un intento de suicidio.

A pesar de que en su hogar el sexo era tabú, a los 6 años de edad realizaba juegos sexuales con otros niños. Se masturbó a los 8 años creándole este hecho temor y sentimientos de culpa. Su madre no sabía como educarlas en lo relativo al sexo y tenía que golpearlas sin motivo para prevenir que mancharan su nombre. A los 20 años la paciente tuvo su primera relación sexual en un hotel con el hijo de un carnicero. Sufrió una gran desilusión. Después se hizo amante de un militar alcohólico casado, 11 años mayor que ella. Empezó a beber a instancias de su amante y dice haberlo hecho únicamente para saber qué sentía él. Se cansó de esta situación de amasiato y se casó con un hombre epiléptico de escasos medios económicos que conoció un mes antes. No logró ser feliz y volvió a tener relaciones con su primer amante, al que dejó por irse con un abogado alcohólico que la golpeaba brutalmente. Ya en esta época no podía dejar de beber con frecuencia. Regresó con su marido, quien suplió a su familia la enviaran a un hospital psiquiá--



trios, lo cual hicieron, y permaneció ahí algún tiempo. Al saber se divorció de su esposa. Se casó entonces con un soldado muy parecido a su padre. Tuvo relaciones --- sexuales con muchos hombres sin experimentar placer con ninguno de ellos. Espera encontrarlo "la próxima vez".

CASO No. 9

Tomado de: The Alcoholic Woman. Benjamin Karpman  
Paciente de 29 años del sexo femenino.

Historia familiar y personal: El padre de la paciente, -  
alcohólico, murió cuando ella tenía dos años de edad. Su  
madre se volvió a casar con un hombre temeroso de ella y  
bondadoso en ocasiones. La madre era una mujer religio-  
sa fanática, muy violenta y casi psicótica. La paciente-  
fue la menor de 5 hijos. A todos se les internó en un -  
orfanatorio de la Iglesia desde muy pequeños, durante --  
doce años. El mayor de los hermanos murió de poliomiel-  
itis a los 13 años; el segundo huyó del orfanatorio a los  
doce años y no volvieron a saber de él; el tercero murió  
a los trece años de meningitis y la única hermana de la-  
paciente murió también a los doce años, de influenza.  
La paciente estudió hasta High School terminando a los -  
quince años. Se quedó en su casa ayudando a la madre a -  
atender huéspedes que tenía. Desarrolló ambivalencia --  
hacia su madre, quien después de golpearla cruelmente le  
daba dinero para que se comprara lo que deseara. Sentía-  
hacia ella gran rabia primero y amor después.  
A los 14 años la sedujo un huésped de su casa de 30 años.  
Tuvo varios contactos con él y con otros hombres; un an-  
ciano le daba un dólar por realizar prácticas perversas.  
Se casó con otro huésped de su hogar, con el que tuvo re-  
laciones sexuales premaritales y un aborto seis meses --

antes de casarse.

Se inició en el alcoholismo poco tiempo antes de casarse, como "escape" a pensamientos melancólicos; como compensación de sentimientos de inferioridad y como huida del desagradable medio ambiente en que vivía.

En un lapso de 9 años la arrestaron en 15 ocasiones: la primera por robo a la edad de 15 años y las siguientes -- por ebriedad y conducta desordenada.

Tuvo tres intentos de suicidio: con barbitúricos uno de ellos, con alfileres otro y cortándose las venas con vidrio el tercero.

Posteriormente presentó delirium tremens.

## CASO No. 10

Tomado de: The Alcoholic Woman. Benjamin Karpman  
Paciente de 26 años del sexo femenino.

Historia familiar y personal: Padre de 48 años irritable, nervioso e intolerante. No gustaba de los niños. Alcohólico durante los últimos 10 años. Sufría ataques y períodos de confusión. Tratado en un hospital psiquiátrico. Frecuentemente golpeaba a su esposa y a sus hijos. La madre, de 49 años, trabajaba como empleada en el Gobierno para ayudar económicamente a su esposa. La paciente la describe como una madre devota y objetiva. Solamente tuvo una hermana gemela, que era también alcohólica. Fueron alimentadas al pecho once meses. La paciente fué una niña muy enfermiza, en contraste con su hermana que era bastante sana. Desde que estaba en Kindergarden, a los 5 años, fué un problema en la escuela por falta de cooperación. Temía a los niños y al ridículo. A los 15 años ingresó a una escuela vocacional. Faltó mucho por irse con un hombre casado con el que tenía relaciones sexuales promiscuas bebiendo whiskey. Tuvo tempranos sentimientos de inferioridad. Odiaba al padre y tenía fantasías y ensueños constantes, principalmente de escapar y tener relaciones con distintos hombres a la salida de la escuela. Su ambición era salir del sucio barrio donde vivía. Poseía buena inteligencia y cierta cultura. Nunca trabajó. Inició relaciones sexuales desde la segunda cita, durante tres

años, con el hombre con el que se casó al cumplir los -- 18 años. Nunca sintió placer en las relaciones sexuales, aunque simulaba gran pasión. Practicaban perversiones sexuales. Se separaron a los cinco años de matrimonio.

Empezó a beber a los 15 años porque el alcohol le daba -- valor y la hacía sentirse menos temerosa de la gente. Le causa ansiedad la idea de ser esclava de algo (alcohol). Teme a los hombres, a embarazarse, a las enfermedades, -- pero sobre todo a la homosexualidad. Sin embargo, tiene frecuentes fantasías homosexuales y desde pequeña tuvo -- juegos de este tipo con su hermana durante varios años, -- creándole ésto sentimientos de culpa. Posteriormente -- tiene otros episodios de homosexualidad con amigas y vecinas. Dice haber tenido relaciones sexuales aproximada -- mente con 300 hombres. Tuvo un intento de suicidio. Fue internada en un hospital con delirium tremens.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES.

1o.- El alcoholismo es el síntoma de una serie de desórdenes de personalidad subyacentes.

2o.- Primordialmente una crianza defectuosa es el origen de esos trastornos. La etiología del alcoholismo debe referirse esencialmente al ambiente familiar en el que se desarrolla el individuo en sus primeros años de vida.

3o.- Dichos trastornos incapacitan al alcohólico para ajustarse adecuadamente al medio ambiente.

4o.- De las hipótesis sociológicas presentadas, se concluye que, efectivamente, algunos aspectos estructurales de la sociedad pueden favorecer el alcoholismo. Debe existir una interacción muy intrincada de factores de tipo social que lo faciliten.

5o.- La acción de tales factores es indirecta, pues son los padres los depositarios de las normas sociales y culturales y a ellos corresponde transmitir las y educar a sus hijos dentro de los lineamientos establecidos.

6o.- Las conclusiones a las que llegó McCord relativas a las características de padres de alcohólicos en el estudio basado en el Proyecto Cambridge-Somerville, -

deben tomarse con reserva por la carencia de profundidad en las relaciones de los entrevistadores con las familias estudiadas. Sin embargo, tienden a corroborar que en hogares donde no existe armonía, salud mental y cariño hacia los hijos, es alto el porcentaje de alcoholismo.

7o.- No es posible establecer con exactitud la constelación familiar en el alcohólico. En el aspecto específico de la actitud de los padres hacia los hijos se presentan, al parecer indistintamente, la sobregratificación, la sobrefrustración, o la alternancia inconsistente de ambas.

8o.- Cualesquiera de las actitudes anteriores pueden generar un condicionamiento a la oralidad e impedir la elaboración correcta para superar la depresión, estructurándose así las bases para un posterior desarrollo del alcoholismo.

9o.- La simbiosis determina las relaciones interpersonales del alcohólico, haciéndolas casi nulas o francamente neuróticas.

10o.- Faltan aún por detectar otros factores psicológicos de los presentados en esta tesis, que inducen al alcoholismo en la búsqueda de un "equilibrio" emocional. La comprensión hasta ahora de este padecimiento deja mucho que desear; sin embargo, existen ya conocimientos firmes que permitirán futuras investigaciones en este campo.

A P E N D I C E

Algunos aspectos del tratamiento del alcoholismo con base en las conclusiones obtenidas.

→La gran cantidad de alcohólicos diseminados en todo el mundo ha constituido y constituye un grave problema que se ha tratado de resolver en todos los campos relacionados con la terapéutica. Ha surgido así una variedad muy grande de métodos para atacarlo y que pueden dividirse en:

Psicológicos  
Farmacológicos  
Mixtos, y  
Otras formas de terapia

Todas estas formas de tratamiento han tenido éxito, pero sólo hasta cierta medida. No existe a la fecha una terapia tan eficaz que pueda aliviar este padecimiento - en un gran porcentaje de los casos sometidos a ella.

Es precisamente la personalidad del alcohólico y - su forma de externalizar su conflictiva lo que hace muy difícil el tratamiento; falta con frecuencia a las sesiones o llega en estado de ebriedad. El síntoma de su padecimiento, esto es, el alcoholismo, se ha constituido - en ego-sintónico, lo cual hace que sea el alcohólico mismo el que se opone a erradicarlo, considerando las ganancias secundarias que le aporta en la dinámica de sus con



flictos. Por otro lado, la vida tan miserable que ha -- llevado le ha creado un ambiente de rechazo del que puede obtener tan sólo escasas satisfacciones y que no le -- permite superarse y lograr el apoyo necesario para em-- prender y continuar con éxito cualquier forma de trata-- miento.

En cualquier forma de tratamiento que se utilice, -- debe considerarse de antemano que el paciente no podrá -- beber una copa más en el resto de su vida. Deberá abste-- nerse totalmente, ya que si no lo hace caerá nuevamente -- en la situación anterior. La experiencia de muchos ca-- sos muestra que basta una ocasión en la que beba un pa-- ciente dado de alta para que reincida al poco tiempo y -- lo siga haciendo con mayor frecuencia cada vez. Puede -- deducirse de lo anterior que el alcohólico nunca estará -- curado totalmente. Será siempre un alcohólico en poten-- cia y una vez terminado el tratamiento sólo su firme vo-- luntad y un ambiente propicio lo podrá mantener a salvo.

Debe tomarse en cuenta, asimismo, que la personali-- dad enferma del alcohólico lo orilló, antes de su trata-- miento, a buscar relaciones interpersonales enfermas tam-- bién en su mayoría y que una vez dado de alta volverá al mismo ambiente. Claro que entonces ya se habrá forja-- do metas, nuevos propósitos y una firme convicción de -- rehacer su vida; pero tendrá que enfrentarse a una tarea muy difícil. Es por ello que para poder alcanzar un gra-- do aceptable de curación se requiere una terapia lo sufi-- cientemente profunda como para permitirle resolver has--

ta donde sea posible su conflictiva emocional y madurar-  
lo necesario para enfrentarse con el menor de los ries-  
gos a su nueva situación.

Es, desde luego, indispensable en los casos graves  
hospitalizar al paciente para tener un control efectivo-  
sobre él, aunque en esta situación surge una serie de --  
problemas por su comportamiento que hacen necesario to--  
mar medidas especiales. Normalmente el alcohólico que -  
es internado clama constantemente por salir; le interesa  
muy poco curarse y piensa que sólo los psicóticos deben-  
ser hospitalizados; se vuelve impaciente, grosero y has-  
ta pendenciero; coopera muy poco con los médicos e in---  
fringe continuamente las reglas del hospital. Además -  
del tipo de tratamiento que se elija durante el interna-  
miento es conveniente darles terapia ocupacional, la ---  
cual les permite descargar tendencias agresivas. En algu-  
nos hospitales se sigue la norma de dar bebidas alcohóli-  
cas a los pacientes e irles reduciendo la dosis gradual-  
mente hasta suprimirla del todo cuando se considera que-  
el paciente puede soportar la ausencia del alcohol. Su-  
ponen los partidarios de este método que la suspensión -  
drástica y repentina del alcohol puede producirles un --  
choque severo y, en algunos casos, crearles el sentimien-  
to de que son castigados. E.F. Morris (Leonel State Hos-  
pital de Kansas) (45), recomienda dos onzas cada cuatro-  
horas durante los dos primeros días. Lecoq y Bruel en -  
Francia y A.S. Paterson en Londres (45) suministran en -  
forma intravenosa una solución de 25% de alcohol en glu-

cosa y 50 c.c. de extracto de hígado, de una a cuatro veces por día. Consideran que en esta forma suprimen la urgencia de beber. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones para tratamiento de alcohólicos se suspende el alcohol totalmente desde el ingreso del paciente y ésta parece ser la medida más acertada pues no se ha encontrado, fuera del normal disgusto del enfermo, otro tipo de reacción peligrosa para su salud. Si el desconfort o agitación llegan a ser severos se prescriben sedantes. El hospital compensará la pérdida de la bebida y su valor simbólico gratificando con el cuidado y la atención las necesidades infantiles inconscientes del enfermo.

➤a) Tratamientos Psicológicos.- Dentro de la terapéutica psicológica se puede considerar al psicoanálisis como la más completa y efectiva forma de tratamiento, puesto que se persigue el conocimiento y erradicación de la conflictiva emocional que dió origen al síntoma y no solamente suprimirlo. Sin embargo, el psicoanálisis en este caso no debe conducirse estrictamente dentro de los lineamientos ortodoxos. El alcohólico de inmediato sentiría como rechazo la actitud impersonal del analista, por lo que es conveniente tomar una postura más activa, afectuosa, tierna e indulgente. Las recaídas que se presenten se analizarán sin reproches ni crítica. Esta situación creará en el paciente una dependencia del analista que ayudará a substituir la que ha tenido del alcohol y otras figuras negativas. Le --

evitará, además, hasta cierto grado, la frustración a la que responde tan desorganizadamente. Knight propone que se le sugiera beber jugos, refrescos, etc. cuando sienta la necesidad de bebidas alcohólicas.

Otro tipo de tratamiento psicológico muy efectivo es la psicoterapia orientada psicoanalíticamente. En ella es importante dar al paciente alcohólico apoyo en las primeras etapas, para fortalecer su Yo. Cuando se ha logrado establecer un rapport adecuado, y esto sólo se consigue si el alcohólico se siente aceptado, comprendido y hasta cierto punto protegido, puede iniciarse el análisis de las resistencias. Se recomienda que en la entrevista inicial se discuta francamente la naturaleza del alcoholismo como expresión de serios problemas de personalidad y se le haga ver la necesidad de empezar a tratarse en forma consistente, ya que no podrá curarse por sí mismo. Es también aconsejable tener una serie de entrevistas con el miembro de la familia más cercano al paciente, esposa si está casado o alguno de los padres si es soltero, para ponerlo en antecedentes del tratamiento y solicitar su cooperación.

Glady Price (15) encontró que muchas esposas de alcohólicos son personas dependientes que llegan a ser hostiles y agresivas hacia sus maridos al encontrarlos también dependientes. Reaccionan al rechazo que sienten cuando el marido bebe haciéndose más demandantes o asumiendo más responsabilidad. La esposa puede, inconscientemente, combatir el tratamiento por interpretar al

alcoholismo como una prueba de la inferioridad del esposo. Si la esposa es del tipo maternal puede también oponerse al tratamiento por temor de que al recuperarse su marido no la necesite más. La División de Alcoholismo de la Clínica de New Hampshire ha reportado varios fracasos en el tratamiento de alcohólicos por la falta de cooperación del "protector".

Es necesario en las primeras entrevistas obtener una descripción del comportamiento del paciente en estado de sobriedad y cuando está intoxicado. Asimismo deben examinarse las circunstancias bajo las cuales se empezó a beber, cuándo se llegó a beber con exceso y cuándo la bebida excesiva se hizo continua. Una vez que la terapia toma un curso normal, se seguirán los lineamientos usados en las terapias para psiconeuróticos, sólo cuidando de no frustrar al paciente en tanto no haya adquirido cierta fuerza su Yo y organizado lo más posible sus defensas.

Para el caso de alcohólicos reactivos una terapia de apoyo puede ser suficiente, puesto que son personas bien integradas que sólo necesitan reforzar sus defensas.

Se ha utilizado también con éxito en el tratamiento del alcoholismo la psicoterapia de grupo. Desde luego la más efectiva es la que emplea bases psicodinámicas, aunque se emplean también variaciones como la "discusión didáctica" (McCarthy); "discusión didáctica -- con la meta de hacer aceptar al paciente ingresar a ---

Alcohólicos Anónimos" (Heath); "represiva-inspirativa" (Mueller) y "psicoterapia analítica de grupo" (Pfeffer, Friedland, Wortis). Aaron Stein (9) introdujo en algunos hospitales de Nueva York en 1958 una modalidad de esta forma de terapia a la que denominó "Ward Group Sessions". En ella toman parte pacientes, enfermeras, -- trabajadoras sociales. Cada sesión es dirigida por el Psiquiatra en turno. La duración de las sesiones es de 20 a 30 minutos y se realizan diariamente durante los 10 días que siguen al internamiento del paciente. En ocasiones se tratan las quejas de los pacientes sobre las restricciones, comida, medicamentos, etc. Se les instruye, asimismo, sobre lo que es el alcoholismo y los distintos tratamientos que se utilizan. Se enfatiza que la sobriedad no es la meta final sino ayudarles a establecer nuevas pautas de reacción y a desarrollar actitudes más maduras. La finalidad de estas sesiones es hacerles reconocer la necesidad de lograr tales cambios y de motivarlos con ello a un tratamiento en forma; pero sirven también para satisfacer el deseo de cercanas relaciones interpersonales.

Es imperativo para la buena marcha y para lograr el éxito de cualquier tratamiento que se utilice en pacientes alcohólicos, el suprimir la bebida desde el inicio. Para lograr este propósito se está utilizando con buen resultado la hipnosis, que puede considerarse una gran ayuda y de especial utilidad para este tipo de enfermos que, por su pasividad, no se hacen responsables-

del tratamiento. Si el paciente es accesible a las sugerencias y buen sujeto para hipnosis, puede ser ésta el auxiliar ideal. Puede seguirse el método que propone Wolberg (62), de condicionar aversión al alcohol con sugerencias post-hipnóticas. En esta situación al alcohólico le repugna el olor del alcohol y presentará vómitos si llega a ingerirlo. Pero, señala Wolberg, el ambiente ideal para la hipnoterapia se logra en estos casos en una institución hospitalaria. Las limitaciones de la hipnosis se refieren principalmente a que no todos los sujetos pueden ser hipnotizados en el grado deseado. Muchos terapeutas en la actualidad se resisten a su empleo por considerarla un método irracional; pero no cabe duda que si se utiliza en forma adecuada por terapeutas que la conozcan lo suficiente y tengan al mismo tiempo amplios conocimientos psicodinámicos, será una de las armas principales para combatir este padecimiento.

En el caso del alcoholismo no sólo es aconsejable, sino necesario, suprimir el síntoma, pues causa por sí mismo más problemas al paciente que la enfermedad que le dió origen. No debe olvidarse, sin embargo, que es un logro muy pobre en este caso el erradicar temporalmente la ingestión de bebidas alcohólicas. Para que ésta sea permanente debe resolverse en todo lo posible la problemática emocional y ésta se logra sólo con métodos psicoterapéuticos, aunque no tengan una teoría y una dinámica definidas, como es el caso de los tratamientos --

que efectúan grupos tales como Alcohólicos Anónimos.

b) **Tratamientos Farmacológicos.**— Muchos de los seguidores de este tipo de tratamientos se han convencido que si bien pueden ser de gran ayuda para suprimir la bebida temporalmente, no bastan por sí solos para lograr una recuperación completa. Es necesario, como ya se dijo antes, combinarlo con un tratamiento psicoterapéutico no sólo para ayudar al paciente a madurar emocionalmente, sino para ayudarlo a compensar la eliminación de su síntoma.

El objetivo de la mayor parte de los fármacos, es crear una aversión por medio del reflejo condicionado a la vista, olor, gusto y pensamiento del alcohol, produciéndose náusea o vómito al contacto con él. Requiere una técnica bien aprendida y mucho cuidado en su aplicación. Entre los principales productos que se emplean están:

1) "Emetine". F. Lemerey y W.L. Voegtlin (41) en el Shadel Sanatorium de Seattle, Wash., reportan haber tratado 5,000 pacientes durante 15 años con este producto, con los siguientes resultados (cabe hacer notar que se empleó al mismo tiempo psicoterapia informal realizada por médicos y otros pacientes curados): De 4,096 pacientes, que son de los que se tuvo información posterior, 60% permanecieron abstemios por lo menos un año después del tratamiento; 51% un mínimo de dos años; 38% un mínimo de 5 años; y 23% no menos de 10 años.



J. Thimann (Boston) (12), reportó que el 51% de sus 245 pacientes se abstuvieron por lo menos un año y 30%-- cuatro años o más.

2) "Antabuse" (Tetraethylthiuramdisulfide). Este compuesto orgánico fué casualmente descubierto en Dinamarca en 1948. Parece ser que actúa en algunos sistemas enzimáticos en el hígado, necesarios para el metabolismo del acetaldeído, el cual al acumularse en la sangre produce una reacción sistemática severa que ocurre cuando un individuo saturado de "Antabuse" bebe alcohol. Esta reacción consiste en bochorno, palpitación, dificultad en el respirar, dolor de cabeza, sentimiento de recelo, náusea y vómito. Puede llegar hasta un cuadro semejante al shock quirúrgico por una caída en la presión sistólica de la sangre. La severidad de la reacción depende de tres factores: a) dosis de "Antabuse"; b) cantidad de alcohol ingerida; c) tipo de paciente. Si se dan dosis excesivas pueda el paciente, al ingerir alcohol, perder la conciencia y sufrir colapsos. En otros casos, puede presentar cuadros psicóticos agudos leves consistentes en letargo, fatiga, indisposición al trabajo, depresión moderada, desorientación, amnesia, insomnio y ansiedad; pudiéndose producir también delirios paranoides y sobreactividad maniaca.

En el Alcoholic Treatment Center de Nueva York suministran una píldora diaria durante dos o tres semanas, antes de dar la dosis de alcohol de prueba consistente en tres cuartos de onza de whisky. Si no ocurre reac---

ción dentro de los 20 o 30 minutos siguientes, se repite igual o menos cantidad de whisky. Después se reduce la dosis de "Antabuse" a media tableta (0.25 gr.) o un cuarto de tableta. Con esta dosis no se han presentado síntomas adversos. Si la reacción es muy fuerte al ingerir alcohol se aplican de 2 a 4 c.c. de Coramina intramuscular y 1000 mgr. de vitamina C en forma intravenosa. Puede ser necesario aplicar oxígeno y 1000 c.c. de solución salina intravenosa para el shock (15).

No se debe suministrar "Antabuse" a pacientes con tendencias suicidas, ni a vagabundos, psicópatas o psicóticos.

El Dr. Ebb Hoff (15) presenta un estudio con 200 casos de alcohólicos tratados en períodos de 10 meses o un año utilizando "Antabuse" y psicoterapia en forma combinada, con los siguientes resultados: 39% sobriedad desde el inicio del tratamiento; 20% sobriedad después de una recaída; 15% mostraron mejoría en las relaciones familiares, alargaron los períodos de sobriedad en los que su trabajo mejoró; 20% sin mejora; 6% no localizados.

E. Jacobsen (41), reportó que el 57% de 112 pacientes tratados con "Antabuse" lograron recobrar socialmente después del tratamiento. El criterio empleado no fué abstinencia.

L. Wexberg's reportó que el 58% de 112 pacientes mejoraron.

En el Road Island State Hospital, I. Shaw reportó abstinencia, por lo menos durante 6 meses, del 19% de --

43 pacientes.

3) "Apomorfina". Es otra forma de tratamiento de aversión usada por G. de Moisiere y H. Feldmann de Suiza (41). Reportaron que el 31% de 500 pacientes permanecieron completamente abstemios "desde el tratamiento". Parece que el lapso fué de un año.

c) Tratamientos mixtos.- Son propiamente los psicológicos combinados con cualesquiera de los farmacológicos antes señalados. Este procedimiento es muy usado en los hospitales y centros para el tratamiento del alcoholismo.

En varios de los porcentajes expuestos anteriormente se hace mención al empleo de psicoterapia coordinada con fármacos, por lo que dichos porcentajes no reflejan fielmente la acción del producto empleado considerando que deben existir diferencias en el enfoque, en la calidad y en la profundidad de la terapia psicológica utilizada.

Ya en repetidas ocasiones se mencionó la utilidad que reporta el poder controlar la bebida en los alcohólicos en tanto se lleva a cabo un tratamiento psicológico. Requiere este procedimiento de hospitalización en la mayoría de los casos para poder tener un control aceptable sobre los pacientes en la administración de los productos empleados y poder evitar el peligro que les acarrearía el beber alcohol estando bajo el efecto de los medicamentos; asimismo para reducir cualquier efecto negativo en la reacción que presenten.

Se observa que es pequeño el porcentaje de pacientes tratados que alcanzan un lapso de tiempo considerable de sobriedad. Puede esto deberse a que en las instituciones en que se efectuaron esos estudios el interés primordial se centró sobre los medicamentos, reduciendo el tiempo de la terapia psicológica al necesario para el tratamiento medicamentoso. Si una vez dado de alta en el hospital el paciente sigue por un período razonable en terapia de consulta externa, los resultados tendrán que ser mucho mejores. No hay indicios a la fecha de que se siga este procedimiento en forma rutinaria en algún centro de tratamiento del alcoholismo.

d) Otras formas de terapia.-- Se refieren a las que efectúan grupos de ex-alcohólicos, como los llamados Alcohólicos Anónimos o los de la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación.

Son bastante aceptables los logros alcanzados por estas agrupaciones. Varias instituciones afirman que han conseguido éxito en una proporción que varía del 25% al 75% de los casos.

E.A. Bohince y A.C. Grensteen (41) en un estudio efectuado, encontraron que el 26% de 582 miembros puede considerarse como éxito puesto que permanecieron abstemios por no menos de 16 a 54 meses.

Puede ser beneficioso para pacientes que no son completamente irreligiosos o psicóticos.

Su funcionamiento y metas se expresan a través de las palabras de uno de sus fundadores, quien dijo: "A.A.

es una Sociedad donde hombres y mujeres se entienden cada uno, donde los clamores de sí mismo se pierden en --- nuestro gran objetivo común, donde podemos aprender suficiente paciencia, tolerancia, honestidad, humildad y servicio para dominar nuestros amos anteriores: inseguri---dad, resentimiento y sueños de poder insatisfechos".

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abraham Karl            Sobre la exploración y el tratamiento psicoanalítico de las psicosis maniaco-depresivas y estados análogos.  
Revista de Psicoanálisis. Vol.III  
No. 3 Pag. 314-331 Enero 1946.
- 2.-                            Primera fase pregenital de la libido. Revista de Psicoanálisis.  
Vol. III No. 3 Pag. 586-614  
Enero 1946.
- 3.-                            Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales.  
Revista de Psicoanálisis. Vol.II  
No. 2 Pag. 274-349 Octubre 1944.
- 4.-                            Relaciones psicofísicas entre sexualidad y alcoholismo.  
Revista de Psicoanálisis. Vol.IV  
No. 3 Pag. 583-592. 1947.
- 5.- Alexander Franz        Psiquiatría dinámica.  
Editorial Paidós. Buenos Aires.  
1958.
- 6.- Sales Freed R.           Cultural differences in rates of alcoholism.  
Quarterly Journal. Vol. VI Pag. -  
482. Marzo 1946 (citado por McCord).
- 7.- Bleuler Manfred        Familial and personal background of chronic alcoholics, in The ---



Basic book Inc. N.Y. 1952

- 16.- Freud Sigmund      El Yo y el Ello.  
Obras Completas. Vol. I Pag. 1213  
a 1234. Biblioteca Nueva. Madrid-  
1948.
- 17.-                      La Aflicción y la Melancolía.  
Obras Completas. Vol. I Pag. 1087  
a 1095. Biblioteca Nueva.  
Madrid 1948.
- 18.-                      La Herencia y la Teoría de las --  
Neurosis.  
Obras Completas. Vol. I Pag. 205-  
a 212. Biblioteca Nueva. Madrid-  
1948.
- 19.-                      Mas allá del principio del placer.  
Obras Completas. Vol. I Pag. 1111  
a 1139. Biblioteca Nueva.  
Madrid 1948.
- 20.-                      Teoría Sexual.- Modos de forma---  
ción de síntomas.  
Obras Completas. Vol. II. Pag. --  
244-254. Biblioteca Nueva. Madrid  
1948.
- 21.- Fromm Erich      Psicoanálisis de la Sociedad Con-  
temporánea.  
Fondo de Cultura Económica. México,  
D.F. 1960
- 22.- Garma Angel      Investigaciones Psicoanalíticas -  
en la Melancolía y Estados afi---  
nes. Revista de Psicoanálisis -  
Vol. III No. 3 Pag. 385-422.  
Enero 1946.




- 23.- Géro Georg            La construcción de la depresión.  
Revista de Psicoanálisis. Vol.III  
No. 3 Pag. 543-585. 1946
- 24.- Gliedman Lester H. Temporal Orientation on Chronic -  
Alcoholism.  
Marland Review on Alcoholism. Ju-  
lio 1955.
- 25.- Glover Edward        The Technique of Psychoanalysis.  
International Universities Press-  
Inc. Pag. 213-216. N.Y. 1958.
- 26.- Graenberg León A    The definition of an intoxicating  
beverage.  
Laboratory of Applied Physiology.  
Yale University. 1955
- 27.- Hirsh Joseph         The problem drinker  
Duell, Sloan and Pearce. N.Y.1949.
- 28.- Karpman Benjamin    The Alcoholic Woman  
Linacre Press. Washington 1948.
- 29.- Knight Robert P.    The psychodynamics of chronic al-  
coholism.  
Journal of Nervous and Mental Di-  
sease. Vol. 86. Pag. 539-548.  
1936.
- 30.-                        The dynamics and treatment of ---  
chronic alcohol addiction.  
Bulletin of the Menninger Clinic.  
Vol. I No. 7 Pag. 233-250.  
Sept. 1937.
- 31.- Lolli Giorgio        The addictive drinker.- An outli-  
ne of abnormal psychology.  
Modern Library. N.Y. 1954.

- 32.- Madrones Jorge, Segorúa Natividad y Hederra Arturo. Heredity of experimental alcohol preferences in rats. Quarterly Journal. Vol. XIV- No. 1 Marzo 1953.
- 33.- McCord William. Origins of Alcoholism. Stanford University Press. Calif. 1960
- 34.- The Familial genesis of psychoses. Psychiatry. Vol. XXV. Feb. 1962.
- 35.- Mc G. Kelley Douglas. Rorschach Studies in acute-experimental alcoholic intoxication. The American Journal of Psychiatry. Vol. 97. No. 4-6. 1941.
- 36.- Menninger Karl A. El hombre contra sí mismo. Editorial Locado. Buenos Aires 1952.
- 37.- Millán Ezequiel B. Personalidad del Alcohólico. Trabajo presentado durante la semana nacional de Salud-Mental. 1962.
- 38.- Moore Merril. Alcoholism: Some contemporary opinions. American Journal of Psychiatry. Vol. 97 nums. 4-6 pag. 1455-1460. 1941.
- 39.- Noyes Arthur P. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. 1961.

- 40.- Peltenburg Cathrin Casework with the alcoholic patient. National Committee on - Alcoholism, Inc. New. York 1955.
- 41.- Quarterly Journal - Comparing treatments for alcohol of Studies on Alcoholism Yale University. 1954  
hol.
- 42.- Dependency relationships of alcoholics.  
Yale University. 1954.
- 43.- Delirium Tremens and "Rum Fits"  
Yale University. 1954.
- 44.- Nutrition with Psychology in -- the treatment of alcoholic liver disorders.  
Yale University. 1954
- 45.- Sudden versus gradual withdrawal of alcohol in the treatment of addiction.  
Yale University. 1954;
- 46.- The treatment of post-intoxication symptoms with injections - and kindness  
Yale University. 1954.
- 47.- Rado Sandor The Psychoanalysis of Pharmacothymia (drug addiction)  
Psychoanalysis of behavior (collected papers).  
Grune and Stratton. New York. 1956.
- 48.- Rascovsky Arnaldo El Psiquismo Fetal  
Editorial Paidos.  
Buenos Aires. 1960

- 49.- Riley John W. y Marden Charles F. "The Social Pattern of Alcoholic Drinking". Quarterly Journal. Vol. VIII.- Pags. 265-273.
- 50.- Robbin S. Bernar A note of the significance of infantil nutritional disturbances in the development of alcoholism. Psychoanalytic Quarterly. Vol. 22, Pag. 53-59. 1935
- 51.- Savitt Robert A. Psychoanalytic Studies on Addiction. Ego structure in narcotic addiction. Psychoanalytic Quarterly. Vol. 32, Num. 1, Pag. 43 a 57. 1963
- 52.- Simmel Ernst Alcoholism and Addiction The Psychoanalytic Quarterly, - Vol. XVII., Pag. 6-31. 1948
- 53.- Smith James J. The Endocrine basis and Hormonal Therapy of alcoholism. New York State Journal of Medicine, Vol. 50, Pags. 1704-1706 y 1711-1715 Año 1950 (Citado por McCord)
- 54.- Snyder Charles R. Alcohol and the Jews. Yale Center of Alcohol Studies. 1958
- 55.- Sterva Richard Los instintos. Revista de Psicoanálisis. Vol. II No. 2. Octubre 1944.
- 56.- Strecher Edward Some thoughts concerning the Psychology and Therapy of Alcoholism. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 89. Pag. 191-205. 1937.

- 57.- Thompson Walter R. The treatment of Chronic Alcoholism. American Journal of Psychiatry, Vol. VIII. Pag. 846 a 855. 1942.
- 58.- Tiebout Harry M. The Role of Psychiatry in the field of Alcoholism. Laboratory of Applied Physiology, Yale University.
- 59.- Tintera J.W. y Lovell H.W. Endocrine Treatment of Alcoholism. Geriatrics. Vol. IV, Pag. 274-278. 1949. 
- 60.- Ullman Albert D. Sociocultural Background of the American Academy of Political and Social Science. Vol. 315. Pag. 50. Enero 1958. (citado por McCord)
- 61.- Williams Roger J. The Genetotrophic concept - Nutritional Deficiencies and Alcoholism. Annals of the New York Academy of Science. Vol. 57. -- Pag. 794-811. 1954- (citado por McCord)
- 62.- Wolberg Lewis R. Medical Hypnosis. Vol. I Pags. 323-342, Grune and Stratton. New York. 1948.
- 63.- Wortis S. Bernard y Pfeffer A.Z. The management of alcoholism. Veterans Administration Technical. Bulletin. 1959.