



**MAURICIO KELLER R.**

**LAS ALTERACIONES GUESTALTICAS  
EN LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS**

**Psicol.  
K291a  
1962  
C.1**

**1962**

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y EDUCACION

Psicol.  
K291a  
1962  
C1



LAS ALTERACIONES GUESTALTICAS  
EN LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS



1500

MAURICIO KELLER R.

Tesis de Prueba para optar  
al Título de Psicólogo.

Cátedra de Psicopatología  
Dr. Mario Flimán K.

Director de Tesis  
Dr. Enrique de Vos L.

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
BIBLIOTECA

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

Una de las motivaciones fundamentales que nos llevó a elegir el tema de la presente investigación ha sido la conciencia de que el alcoholismo y los problemas derivados de la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas constituye uno de los problemas más graves no sólo en el campo psicopatológico y de la salud pública, sino también en el terreno social económico y familiar.

La magnitud del problema es tal, que para nuestro país la estimación del número de alcohólicos es de 6.000 por 100.000 personas mayores de quince años, lo que totaliza la alarmante cifra de .... 180.000 alcohólicos para la población actual. Chile tiene el triste privilegio de ocupar junto a Suiza el primer lugar en el mundo por el número de alcohólicos con complicaciones físicas y/o mentales.

Dentro de la gran amplitud de este campo psicopatológico, nuestro interés se centró en investigar el grado de alteración general de la personalidad que parece producirse consecutivamente a la in-



gestión excesiva de bebidas alcohólicas.

La personalidad del enfermo alcohólico ha sido objeto de un sinnúmero de investigaciones provenientes tanto del campo científico como del no técnico.

A la pregunta de si existe una personalidad previa específica del paciente alcohólico se han ofrecido en respuesta una multiplicidad de hipótesis. Esta misma diversidad atestigua muy elocuentemente sobre la ausencia de una evidencia concluyente en favor de ninguna teoría en particular. Es más, muchos niegan la existencia de tal personalidad específica, por ejemplo, el profesor E.M. Jellinek, Consultor en alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud, quién dice respecto a la "personalidad alcohólica": "Las agresiones, sentimientos de culpabilidad, remordimiento, actitud de aislamiento, etc., que se manifiesta durante las diferentes fases de alcoholismo son, en gran parte, consecuencias de la bebida excesiva, pero al mismo tiempo constituyen fuentes de mayores excesos. Además de aliviar mediante el alcohol los síntomas de un conflicto subyacente de la personalidad, el alcoholismo trata entonces de aliviar bebiendo aún mayor cantidad de alcohol las tensiones provocadas por sus hábitos de beber.

De manera general estas reacciones a la ingestión excesiva de alcohol, que tienen una apariencia neurótica, dan la impresión de la existencia de una "personalidad alcohólica", a pesar de constituir formas de conductas secundarias superpuestas que presentan algunas características comunes, particularmente, una escasa capacidad para

sobrepensarse a las tensiones .- No se destaca, sin embargo, rasgo psicológico específico ninguno, ni características físicas que inevitablemente conduzca al consumo excesivo sintomático.- Fuera de impedimentos psicológicos, y quizás físicos, debe haber una verdadera constelación de factores sociales y económicos que faciliten, en un terreno propicio el desarrollo del alcoholismo, ya sea de carácter alcoholémico o no".

Earl Schaefer, Solomon Machever, Frank Pusze, Karen Machever, Francis Plumeau e Israel Zwerling han realizado los estudios más serios sobre esta materia.

Schaefer hace un análisis factorial y describe cinco tipos de personalidad del alcohólico, a saber: A.- una personalidad esquizoide; B.- Una personalidad relativamente normal.- C.- Una personalidad incontrolada con una reacción de angustia frente a la frustración y a la tensión.- D.- Una personalidad emocionalmente inestable y E.- Una personalidad psiconeurótica con pronunciados conflictos en la esfera sexual y sentimientos de inadecuación.

Machever y Pusze describen una serie numerosa de rasgos de personalidad en las que predominan la esquizoidia y la homosexualidad y que son enfocados desde el punto de vista psicoanalítico. Sin embargo se plantean la pregunta de hasta que punto pueda ser que los rasgos encontrados que caracterizan al alcohólico sean un antecedente o una consecuencia de la adicción.

Para nosotros que hemos estado trabajando durante varios años en el Instituto de Reeducación Mental, que ha dedicado duran-

te 14 años sus servicios asistenciales preferentemente al enfermo alcohólico, con más de 1.100 atenciones al año, estas disquisiciones sobre una personalidad específica del alcohólico, son de una validez relativa, por cuanto como personalidad básica pre-existente al hábito alcohólico, debemos considerar un factor común a todas ellas, el cual es un posible trastorno psíquico orgánico producido por un estado de intoxicación más o menos permanente y mantenido por espacio de varios años.

Nos llamó siempre la atención las grandes alteraciones que observamos en el test gúestáltico visomotor de Bender, obtenido de nuestros enfermos alcohólicos, alteraciones que parecían corresponder a aquellas descritas por Lauretta Bender y también por Pascal y Suttell, en los enfermos orgánicos cerebrales.

Es entonces, también ésta, otra de las motivaciones fundamentales de la presente investigación: Esclarecer si la intoxicación prolongada efecto de la ingestión alcohólica se traducía en alteraciones permanentes de funciones mentales como se da en el síndrome psíquico orgánico, a través de las alteraciones gúestálticas vistas en el test de Bender.

## C A P I T U L O    I I

### Las alteraciones cerebrales en los alcohólicos

Laurette Bender, la autora del test gúestáltico viscometer, comunica sus hallazgos en relación a las enfermedades orgánicas cerebrales diciendo en resumen, que en estos cuadros patológicos las lesiones en los centros integradores superiores llevaría las respuestas a un nivel integrador inferior. En relación con el alcoholismo, estudió la psicosis alcohólica y llega a la siguiente conclusión: Las perturbaciones gúestálticas en las psicosis alcohólicas se comprenden mejor a la luz de un conocimiento profundo de la encefalopatía grave del mismo origen, en la cual una lesión progresiva en los ventrículos cerebrales puede producir la muerte. Esta perturbación orgánica está asociada con una profunda exaubilación de la conciencia, con dificultades perceptuales que dan como resultado gestalten visualizadas en forma incompleta y con dificultades motoras con impulsos crecientes hacia los movimientos rítmicos. A causa de esa combinación, las gestalten viscometeras en las figuras copiadas resultan profundamente perturbadas, de modo que la figura reproducida queda incompleta y distorsionada por repetición de trazos. En condiciones menos graves aparece la

psicosis de Korsakoff con una menor exhuberancia de la conciencia y mayor número de signos de perturbación de los impulsos motores en las tendencias perseverativas de la figura producida. Trátase de una perseveración de los impulsos motores e movimientos rítmicos y no de una perseveración de la forma tal como aparece en los casos de afasias sensoriales, si bien, inclusive en estas últimas, la perseveración exhibe un importante elemento motor. En los estados alucinatorios órnicos de tipo alcohólico la gestalt como un todo es bien percibida, pero en los dibujos los contornos aparecen esfumados, acaso, en parte a causa de dificultades perceptuales; en parte, al temblor que afecta al sujeto, y asimismo a causa del impulso motor a la repetición de las líneas. En los estados confusionales las dificultades motoras son menos marcadas, pero las fallas perceptuales ocupan el primer plano y revelan perturbaciones en la integración de las partes dentro del todo y en la orientación de la figura sobre el fondo.

Sobre los trastornos cerebrales en los enfermos alcohólicos existen trabajos en diversos campos científicos tales como la neuropatología, electroencefalografía, neuroradiología, etc. Incluso dentro de la anatomía patológica, por ejemplo, el excelente trabajo de M. Tommasi titulado "Las encefalopatías de los alcohólicos" (Ensayo de una clasificación anatómopatológica y patogénica) en que plantea lo siguiente: Los daños del alcohol pueden ser clasificados de la siguiente manera: 1).- Lesiones cerebrales consecutivas a la intoxicación aguda con alcohol (edema cerebral con hemorragias petequiales en el cerebro



y especialmente en el cerebelo); 2).- Daño cerebral en el alcoholismo crónico: a) condiciones carenciales (especialmente carencia de vitamina B<sub>1</sub>) aquí, las hemorragias y otras lesiones vasculares se hallan en las paredes del tercer ventrículo, en los cuerpos mamilares y en el núcleo vagal; estas lesiones son especialmente típicas del abuso crónico del alcohol y constituyen la encefalopatía de Gayet y Wernicke; clínicamente, este síndrome anatómopatológico no corresponde a un cuadro claramente definido, a menudo llega a manifestarse en un delirium tremens; b) una profunda encefalopatía carencial la cual da lugar al síndrome de Korsakoff; Las lesiones anatómo-patológicas corresponden a aquellas de la encefalopatía de Gayet-Wernicke, pero aquí, los cuerpos mamilares están también siempre afectados; c) daño metabólico y neurovegetativo, el cual llega a manifestarse clínicamente en la forma de un delirium tremens; d) procesos degenerativos y atróficos en el cerebro. Clínicamente esta siempre se encuentra que corresponde a una demencia. Anatómopatológicamente, en cambio, la demencia puede ser causada por el síndrome de Marchiafava-Bignami o por la esclerosis laminar cerebral de Morel, o especialmente, atrofia cerebral y aún más especialmente, atrofia del cerebelo.

Las investigaciones electroencefalográficas y pneumoencefalográficas son en la actualidad numerosas y de gran valor aclaratorio, por ejemplo los trabajos de Bennett, Dait, Mowery y Davis de Berkely California. Estos autores publicaron un trabajo titulado "El valor de la electroencefalografía en la enfermedad del cerebro de los

de los alcohólicos". En un estudio hecho en 90 alcohólicos crónicos, hallaron diversas alteraciones electroencefalográficas que incluyen actividad lenta y descargas episculares. Recomiendan el EEG para el diagnóstico precoz y el pronóstico de la patología cerebral irreversible del alcoholismo crónico.

Fau y Chateau de París comunican sus hallazgos en alcoholismo crónico estudiados con pneumoencefalografía en que mostraban atrofia muscular y sistemas extrapiramidales y atrofia cerebral.

Especialmente interesante es el trabajo de Lafon, Pages, Passeauant, Labange, Minvielle y Cadilhac titulado "Hallazgo electroencefalográfico y pneumoencefalográfico en el curso del alcoholismo crónico"; de 100 alcohólicos, 78% mostraron atrofia cerebral al Pneumoencefalograma; la atrofia era principalmente sub-cortical, difusa y simétrica, pero ocasionalmente localizada. Aunque la atrofia era más común en el paciente con demencia, ocurría también en pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas no aparentes. Las anomalías electroencefalográficas aparecieron en 80% de los casos.

Los exámenes seriados de EEG y PEG muestran una anomalía progresiva y definen una encefalopatía en desarrollo.

### CAPITULO III

#### El test gúestáltico viso-motor de Bender.

##### 1.- Bases teóricas.

La base científica de este test la constituye la psicología de la percepción tal como ha sido tratada por la Psicología de la Gestalt cuyos principales representantes son Köhler, Koffka, Werner, Wolff, Wertheimer, Goldstein y Schilder.

La influencia esencial la ejerció el cuerpo teórico de los principios gúestálticos y el concepto de "gute gestalt" tal como fueron establecidos por Max Wertheimer.

Otras influencias teóricas las ejercieron las investigaciones de psicología del niño normal y anormal de Kurt Koffka, Kurt Levin, Heinz Werner, W. Wolff y las investigaciones de David Papaport sobre el pensar conceptual y las estructuras de la emoción y la memoria.

La misma autora del test Lauretta Bender, dice: "La función gúestáltica puede definirse como aquella función del organismo integrado por la cual este responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt. Todos los procesos integradores del sistema nervioso se producen en constelaciones, patrones o gestalten. Esta integración ocurre no por suma, resta o asociación, sino por diferenciación o por el aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su marco.

A lo que parece, un organismo integrado nunca responde de otra manera. El escenario total del estímulo y el estado de integración del organismo determinan el patrón de respuesta. Partiendo de esta tesis puede utilizarse una constelación estimulante dada, en marcos más o menos similares, y estudiar la función gnestáltica en las diversas condiciones integradoras patológicas de los diferentes desórdenes orgánicos y funcionales, nerviosos y mentales.

Pascal y Sutell elaboraron una escala de cuantificación de las alteraciones que se producían en la reproducción de los dibujos del Bender, consistente en 105 ítems de desviaciones a cada uno de los cuales se le asignó un puntaje de acuerdo a su importancia en relación a la mayor o menor frecuencia dada por pacientes psiquiátricos, y cuyos valores fluctúan desde uno en el ítem 3 del dibujo 4 hasta 8 en desviaciones con alta significación patológica, como por ejemplo la rotación de los dibujos. Así llegaron a dar las normas para la evaluación del test estableciendo la dicotomía paciente y no paciente psiquiátrico, de acuerdo a los puntajes standard. Si por ejemplo un sujeto obtiene un puntaje  $Z = 80$  las probabilidades de ser normal son de 1 en 1000; con un puntaje  $Z = 72$  las probabilidades son de 1 en 100; con un puntaje  $Z = 67$  las probabilidades de ser normal son 5 en 100. Estos puntajes fueron obtenidos en una muestra de enfermos mentales hospitalizados. Para la población normal el puntaje  $Z$  promedio es de 50.

Para nuestros enfermos alcohólicos hemos tomado el puntaje  $Z = 67$ , a partir del cual consideraremos la existencia de importantes alteraciones gnestálticas viso-motoras.

El test de Horschach, como es sabido, es considerado como un examen que logra captar finamente, y a veces en períodos pre-clínicos, las disfunciones que produce la alteración orgánica cerebral.

Para calificar el síndrome psíquico orgánico que se obtiene en esta prueba se siguieron las bases establecidas por Behm en que se añaden las observaciones de Oberholzer y Piotrovsky.

## 2.- Descripción del Test.

El test giestáltico viso-motor de Bender consta de 9 dibujos simples a saber:

- a) Dibujo A. Está formado por un círculo y un cuadrado adyacente. Este dibujo es tomado más bien como dibujo introductorio y no se computa.
- b) Dibujo 1. Está compuesto de una serie horizontal de 12 puntos pareados.
- c) Dibujo 2. Se percibe generalmente como una serie de 3 círculos ordenados oblicuamente.
- d) La figura 3 es una serie de puntos dispuestos en forma angulada como punta de flecha.
- e) Dibujo 4. Está formado por un cuadrado abierto y una línea en forma de campana en el ángulo inferior derecho.
- f) Dibujo 5. Está compuesto por puntos que forman un círculo incompleto con un trazo recto inclinado.
- g) Dibujo 6. Está formado por dos líneas sinusoidales de diferente longitud de onda que se cortan oblicuamente.

h) Dibujo 7. Está constituido por dos rombos iguales invertidos uno respecto del otro y que se cortan oblicuamente.

i) Dibujo 8. Se percibe como un rombo alargado que lleva en su interior y al medio otro rombo pequeño.

### 3.- Administración del Test.

Simplemente se dice al sujeto que va a copiar 9 dibujos para lo cual se les va presentando de a uno. Es importante decirle al sujeto el número de dibujos que debe copiar para que pueda planear la disposición y el tamaño. Se le debe decir, también, que no diseñe los dibujos sino que haga figuras de líneas simples. Asimismo se le dice que no hay tiempo límite para la ejecución de la prueba.

### 4.- Tabulación y cómputo.

Para la tabulación y el cómputo se ha utilizado la técnica desarrollada por Pascal-Suttell, ya mencionadas, que consiste en la elaboración de 105 ítems de desviaciones para la totalidad de los 8 dibujos computables más la configuración total. Cada ítem tiene un puntaje dado. Los puntajes se acumulan por cada dibujo más el puntaje del test como un todo o configuración, con lo que se obtiene un puntaje final bruto que se convierte en puntaje Z o normalizado de acuerdo a una tabla.

Describiremos a continuación los 105 ítems de desviación y sus respectivos puntajes.

Dibujo N° 1

Item	Puntaje
1.- Línea ondulante	2
2.- Variabilidad	3
3.- Tildes	2
4.- Círculos	3
5.- Número de puntos c/u	2
6.- Doble hilera	3
7.- Repase	2
8.- 2° intento c/u	3
9.- Rotación	3
10.- Omisión	3

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 1 \_\_\_\_\_

Dibujo N° 2

Item	Puntaje
1.- Línea ondulante	2
2.- Tildes o puntos	3
3.- Forma del círculo	3
4.- Número de círculos	3
5.- Círculos tocándose	5
6.- Desviación	3
7.- Número de Colum.c/u	2
8.- Figura en dos líneas	3
9.- Líneas guías	2
10.- Repase	2
11.- 2° intento c/u	3
12.- Rotación	3
13.- Omisión	3

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 2 \_\_\_\_\_

Dibujo N° 3

Item	Puntaje
1.- Asimetría	3
2.- Variabilidad	3
3.- Tildes	2
4.- Círculos	3
5.- Número de puntos	2
6.- Hilera extra	3
7.- Enromado	3
8.- Distorsión	3
9.- Líneas guías	2
10.- Repase	2
11.- Segundo intent.c/u	3
12.- Rotación	3
13.- Omisión	3

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 3 \_\_\_\_\_

Dibujo N° 4

Item	Puntaje
1.- Curvas asimétricas	3
2.- Curva quebrada	4
3.- Curva no contrada	1
4.- Ondulaciones	4
5.- Separación	3
6.- Rotación de la curva	3
7.- Retoque	3
8.- Temblor	4
9.- Distorsión	3
10.- Líneas guías	2
11.- Segundo intent.c/u	3
12.- Rotación	3
13.- Omisión	3

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 4 \_\_\_\_\_

Dibujo N° 5

Item	Puntaje
1.- Asimetría	3
2.- Variabilidad	3
3.- Tildes	2
4.- Círculos	3

Dibujo N° 6

Item	Puntaje
1.- Asimetría	3
2.- Angulos	2
3.- Puntos de cruce c/u	2
4.- Curva extra	3

5.- Extensión peg.al punto	2
6.- Rotac.de la extensión	3
7.- Número de puntos	2
8.- Distorsión	8
9.- Líneas guías	2
10.- Repase	2
11.- Segundo intent.c/u	3
12.- Rotación	8
13.- Omisión	8

5.- Doble línea c/u	1
6.- Retoque	8
7.- Temblor	4
8.- Distorsión	8
9.- Líneas guías	2
10.- Repase	2
11.- Segundo intent.c/u	3
12.- Rotación	8
13.- Omisión	8

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 5 \_\_\_\_\_

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 6 \_\_\_\_\_

Dibujo N° 7

Dibujo N° 8

Item	
1.- Term. abiertas	8
2.- Angulos extra	3
3.- Falta de ángulos	3
4.- Extra scot.	3
5.- Doble línea c/u	1
6.- Temblor	4
7.- Distorsión c/u	8
8.- Líneas gruesas	2
9.- Segundo intent.c/u	3
10.- Rotación	8
11.- Omisión	8
12.-	

Item	
1.- Term. abiertas	8
2.- Angulos extra	3
3.- Falta de ángulos	3
4.- Extra scot.	3
5.- Doble línea c/u	1
6.- Temblor	4
7.- Distorsión c/u	8
8.- Líneas gruesas	2
9.- Segundo intent.c/u	2
10.- Segundo intent.c/u	3
11.- Rotación	8
12.- Omisión	8

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 7 \_\_\_\_\_

TOTAL PUNTAJE DIBUJO N° 8 \_\_\_\_\_

CONFIGURACION

TOTALES

1.- Ing. dibujo A.	2
2.- Sobreposición	2
3.- Comprensión	3
4.- Líneas dibujadas	2
5.- rden	2
6.- Sin orden	2
7.- Tamaño relativo	8

1.- _____	4.- _____	7.- _____
2.- _____	5.- _____	8.- _____
3.- _____	6.- _____	Conf. _____

PUNTAJE TOTAL BRUTO \_\_\_\_\_

PUNTAJE 2 \_\_\_\_\_



## CAPITULO IV

### Material y Método.-

El material de estudio lo constituyó un grupo de 220 enfermos alcohólicos tomados al azar como muestra al 20% de la población total de alcohólicos que ingresan al Instituto de Reeducación Mental en un año.

Todos estos enfermos son alcohólicos en fase crónica de acuerdo a la clasificación de E.Jellinek, aceptada por la Organización Mundial de la Salud. Esta fase crónica se caracteriza por la dependencia tanto psíquica como física del alcohol. Esta dependencia se traduce en los dos síndromas de conducta considerados típicos de la enfermedad: la incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol o la incapacidad de abstenerse de ingerir alcohol; el síndrome de privación y el trago en ayunas, y la característica principal cual es las crisis de ingestión de alcohol.

Clinicamente, ninguno de estos pacientes estaba afectado de psicosis y se hallaban sin signos clínicos de intoxicación, ya que los exámenes fueron tomados después de 10 días de hospitalización con tratamiento desintoxicante desde el primer día de ingreso.

Como control se tomó, del mismo consultorio, un grupo de 44 pacientes neuróticos, no alcohólicos y habiéndose establecido clínicamente la ausencia de rasgos orgánicos cerebrales.

La edad promedio de los grupos es de 36,4 años para los alcohólicos y de 34,5 para el grupo de control.

A ambos grupos de enfermos se les aplicó, en forma individual, el test gúestáltico viso-motor de Bender, en una hoja de papel blanco tipo máquina original cuyo tamaño es de 21 x 29 centímetros, copiando los dibujos con un lápiz tipo standard, vale decir, de una misma marca de fábrica y de un mismo grado de dureza del grafito; se eligió el 2 H, por cuanto, tal graduación tiene una dureza intermedia, poco blanda, con el objeto de no facilitar algunos tipos de desviaciones, tales como el repase. De esta manera, cuando ésta alteración se hiciera presente, se tendría mayor seguridad de corresponder, no a un defecto del instrumento, sino a una auténtica conducta del sujeto.

Para el cómputo del B-G, se utilizó la técnica de Pascal y Suttell descrita en el Capítulo III.

Para la determinación del nivel intelectual con el objeto de descartar la deficiencia mental se les aplicó el test de matrices progresivas de Raven en su escala general en forma colectiva y autoadministrada, en grupos de 10 enfermos, en una sala amplia, con mesas separadas, que facilitaban la vigilancia ejercida por las tres personas que actuaron en la toma de la prueba.

La deficiencia mental por su bajo nivel de ~~maduración~~ del sistema nervioso central, produce grandes alteraciones gustálticas, lo que se traduce en el H-8, con la técnica de Pascal y Suttell en muy altos puntajes. Por esta razón y para evitar la superposición de cuadros clínicos es que se administró el test de Raver, y así eliminar de la experiencia a los enfermos alcohólicos que obtuvieran un rango V en esta prueba.

Se aplicó el Rorschach a 99 enfermos alcohólicos, también tomados al azar, en una muestra al 45% del grupo de 220 tomados para la primera experiencia.

Este test fue aplicado en la siguiente técnica combinada: Los protocolos de respuestas se obtuvieron aplicando el test en forma colectiva a grupos de 10 enfermos, proyectando las láminas en una pantalla. Inmediatamente después, fueron encuestados individualmente para obtener los factores de localización y los determinantes y resolver probables dudas.

Una vez conseguidos los exámenes y sus resultados, se hizo el cómputo y se procedió a someter el material obtenido a un análisis estadístico, utilizando en la comparación de los grupos experimental y de control, las pruebas de significación de las diferencias, tanto para el grupo total de 220 enfermos alcohólicos en relación al grupo de 44 enfermos neuróticos, en lo que respecta a sus rendimientos al Ronder gestalt, tanto para los puntajes totales, como también en cada uno de los 105 ítems.

La comparación con el test de Rorschach se hizo con la muestra de 99 alcohólicos, en relación a sus puntajes totales al Bender gestalt y el diagnóstico No. de síndrome psicótico orgánico, utilizando también el mismo test estadístico de significación.

CAPITULO V

Resultados

Tabla N° 1

Pacientes	Promedio puntaje Z
Alcohólicos	71.2
Neuróticos	50.2

La tabla N° 1 muestra el puntaje Z promedio obtenido por los enfermos alcohólicos y por los enfermos neuróticos.

Tabla N° 2

Pacientes	Puntaje Z		
	- de 67	67 y +	Total
Alcohólicos	103	112	220
Neuróticos	44	0	44

La tabla N° 2 muestra el número de enfermos alcohólicos y neuróticos que obtuvieron puntaje menores, iguales y superiores a Z = 67.

Tabla N° 3

Pacientes	Frec. de Z = 67 y +	%	Frec. de Z - de 67	%	N
Alcohólicas	112	55.5	108	44.5	220
Neuróticos	0	0	44	100.0	44
Total	112	42.42	152	57.58	264

$\chi^2 = 5.2$  significativo a la probabilidad de  $P = 0.1$

La tabla N° 3 muestra el significado de las diferencias de las frecuencias de los grupos de alcohólicas y neuróticas respecto al puntaje crítico  $Z = 67$  y se observa que el resultado es 5.2, lo que indica que existe una diferencia estadísticamente significativa a la probabilidad de  $P = 0.1$

DIBUJO N° 1

Item N° 7 Repaso

T A B L A N° 4

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	97	44.09	123	55.91	220
Neuróticos	5	10.10	39	81.82	44
TOTAL	102	39.77	159	60.23	264

$\chi^2 = 0.21$

Dibajo N° 2

T A B L A N° 5

Item N° 1 Línea estalante

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	171	77.73	49	22.27	220
Neuróticos	21	47.73	23	52.27	44
TOTAL	192	73.73	72	27.27	264

$\chi^2 = 4.35$

Dibajo N° 2

T A B L A N° 6

Item N° 2 Variabilidad

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	54	24.54	166	75.46	220
Neuróticos	0	-	44	100.00	44
TOTAL	54	20.45	210	79.55	264

$\chi^2 = 6.55$

DIBUJO N° 2

TABLA N° 7

Item N° 10 Repase

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	54	24.55	166	75.45	220
Neuróticos	3	6.82	41	93.18	44
TOTAL	57	21.59	207	78.41	264

$\chi^2 = 1.05$

Dibujo N° 3

TABLA N° 8

Item N° 11 Segundo intento

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	15	6.82	205	93.18	220
Neuróticos	0	0.00	44	100.0	44
TOTAL	15	5.68	249	94.32	264

$\chi^2 = 1.70$

Dibujo N° 4

TABLA N° 9

Item N° 12 Notación

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	22	10.00	198	89.99	220
Neuróticos	1	2.27	43	97.73	44
TOTAL	23	8.72	241	91.28	264

$\chi^2 = 1.00$





Item N° 3 Corva no controlada

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	55	25.07	162	74.92	220
Neuróticos	19	49.22	23	59.62	44
TOTAL	77	29.27	187	70.73	264

$\chi^2 = 2.25$

Dibujó N° 4

Item N° 4 Indulaciones

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	37	16.82	183	83.18	220
Neuróticos	2	4.55	42	95.45	44
TOTAL	39	14.77	225	85.23	264

$\chi^2 = 2.10$

Dibujó N° 4

Item N° 5 Tachiar

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	21	9.54	199	90.46	220
Neuróticos	0	-	44	100.00	44
TOTAL	21	7.96	243	92.04	264

$\chi^2 = 2.15$

Item N° 10 Líneas Gulas

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	70	31.81	150	68.19	220
Neuróticos	4	9.09	39	88.91	44
TOTAL	74	28.03	189	71.97	264

$\chi^2 = 4.83$

Dibujo N° 4

Item N° 11 Segundo Intento

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	99	31.30	201	68.69	300
Neuróticos	6	13.64	38	86.36	44
TOTAL	105	30.41	239	69.59	344

$\chi^2 = 2.98$

Dibujo N° 5

Item N° 1 Asimetría

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	17	7.73	203	92.27	220
Neuróticos	0	-	44	100.00	44
TOTAL	17	6.44	247	93.56	264

$\chi^2 = 1.98$

Item N° 5 Ent. pagado al punto

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	180	37.22	94	42.72	220
Neuróticos	17	39.54	27	61.95	44
TOTAL	143	54.27	121	45.93	264

$\chi^2 = 2.27$

Dibujó N° 6

6 Rotación de la ent.

Item N°

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	13	9.91	207	94.09	220
Neuróticos	0	-	44	100.00	44
TOTAL	13	4.93	251	95.06	264

$\chi^2 = 1.33$

Dibujó 8

10 Trazado

Item N°

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	74	33.64	146	66.36	220
Neuróticos	0	13.64	44	66.36	44
TOTAL	74	30.30	190	69.70	264

$\chi^2 = 2.54$



Item N° 1 Asimetría

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	30	28.58	101	78.18	220
Neuróticos	1	2.27	40	97.73	44
TOTAL	31	28.73	141	77.27	264

$\chi^2 = 2.53$

Dibujo N° 8

Item N° 4 Curva extra

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	18	5.91	207	94.09	220
Neuróticos	0	0	44	100.00	44
TOTAL	18	4.92	251	95.08	264

$\chi^2 = 1.03$

Dibujo N° 6

Item N° 5 Noble Iliaca

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	87	39.55	133	60.45	220
Neuróticos	7	15.91	37	84.09	44
TOTAL	94	35.61	170	64.39	264

$\chi^2 = 3.27$

DIBUJO N° 6

T A B L A N° 22

Item N° 7 Tumbler

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	35	15.91	185	84.09	220
Neuróticos	1	2.27	43	97.73	44
TOTAL	36	13.64	223	86.36	264

$\chi^2 = 2.41$

Dibujo N° 8

T A B L A N° 23

Item N° 11 Segundo intento

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	64	29.09	156	70.91	220
Neuróticos	3	6.82	41	93.18	44
TOTAL	67	25.38	197	74.62	264

$\chi^2 = 2.39$

Dibujo N° 7

T A B L A N° 24

Item N° 9 Falta de agujeros

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	36	16.37	184	83.63	220
Neuróticos	2	4.55	42	95.45	44
TOTAL	38	14.39	222	85.61	264

$\chi^2 = 2.06$

Item N° 3 Tumbler

TABLA N° 25

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	19	6.64	201	91.36	220
Neuróticos	0	-	44	100.00	44
TOTAL	19	7.23	245	92.77	264

$\chi^2 = 2.04$

Dibujo N° 7

Item N° 7 Distorsión

TABLA N° 26

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	19	6.64	201	91.36	220
Neuróticos	0	-	44	100.00	44
TOTAL	19	7.23	245	92.77	264

$\chi^2 = 2.04$

Dibujo N° 7

Item N° 8 Líneas gruesas

TABLA N° 27

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	68	49.09	102	50.90	220
Neuróticos	0	20.45	35	79.55	44
TOTAL	68	36.74	137	63.26	264

$\chi^2 = 2.06$

Item N° 8 Líneas guías

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	75	34.10	145	75.90	220
Neuróticos	4	9.09	40	10.91	44
TOTAL	79	29.92	185	70.08	264

$\chi^2 = 2.31$

Dibujo N° 9

Item N° 9 Repaso

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	37	16.92	183	83.08	220
Neuróticos	1	2.27	43	97.73	44
TOTAL	38	14.39	226	85.61	264

$\chi^2 = 2.32$

Dibujo N° 10

Item N° 10 Segundo Intelecto

Pacientes	Alteración		No alteración		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Alcohólicos	39	22.73	170	77.27	220
Neuróticos	3	6.82	41	93.18	44
TOTAL	42	20.07	211	79.93	264

$\chi^2 = 2.41$

T A B L A N° 34

Configuración Item N° 7	Tamaño relativo				TOTAL
	Alteración		No alteración		
	N°	%	N°	%	
Alcohólicos	78	35.45	142	64.55	220
Neuróticos	8	6.82	41	93.18	44
TOTAL	81	30.68	183	69.32	264

$$\chi^2 = 2.77$$

T A B L A N° 35

Test	N°	%	N°	%	TOTAL
B-0	52	100	0	0	52
No.	49	94.2	3	5.8	52
TOTAL	101	97.12	3	2.88	104

$$\chi^2 = 1.8$$

La tabla N° 35 muestra la comparación del diagnóstico Rorschach de síndrome psíquico orgánico con los puntajes standard en el Bender mayores de 07 obtenidos por los enfermos alcohólicos. Se observa que el  $\chi^2$  es igual a 1.8 lo que indica que hay una concordancia que es estadísticamente significativa a la probabilidad de  $P = 0.5$



## CAPITULO VI

### Discusión

Como se desprende de los resultados las alteraciones gustálticas dada por nuestros enfermos alcohólicos crónicos son de gravedad ya que corresponden en forma significativa a un síndrome psíquico orgánico. Este aserto es corroborado, como se vió, por los trabajos realizados en la neuropatología, electroencefalografía y aún por la anatomía patológica.

No es de extrañar entonces que las alteraciones más significativas sean el repaso, las líneas gruesas, el segundo intento, el temblor, la variabilidad, la rotación y el tamaño relativo, pues estas alteraciones configuran en su conjunto la expresión viso-motora de los síntomas descritos en las encefalopatías de Gayet-Wernicke, en los procesos degenerativos y atróficos del cerebro y aún atrofia del cerebelo.

El segundo intento y el tamaño relativo confirman el planteamiento de Lauretta Bender de corresponder a fallas en el juicio

anticipatorio. Las fallas en el juicio anticipatorio corresponden a un signé premonitorio de los procesos demenciales.

La variabilidad y la rotación, corresponden a la perseveración y a una falla en la orientación espacial respectivamente. No es raro que la rotación aparezca como un ítem significativo, pues dicha alteración está frecuentemente relacionada con trastornos del lóbulo temporal. Y por otra parte es sabido, que la función gestáltica visomotora está ligada de preferencia a las áreas parieto-temporales.

En el presente trabajo la variabilidad se da como un ítem significativo en el dibujo N° 2, y se refiere específicamente a la sustitución de círculos por puntos, y tiene el carácter de un síntoma de perseveración figurativa, ya que puntos es el padrón visomotor de la figura inmediatamente anterior. Como es sabido la perseveración, clínicamente, es un exponente inequívoco de alteración orgánica cerebral.

El temblor se da, aún en personas normales, después del sexto decenio de vida, como un signo de sebestud del sistema nervioso central y es exponente de un proceso de atrofia cerebral generalizada que puede tener distintos grados. Esto hace suponer que esta alteración gestáltica visomotora es un signo prematuro de un proceso atrofiante cerebral que se produce en el enfermo alcohólico crónico.

Las líneas guías parecen ser un esfuerzo tendiente a controlar el temblor, síntoma antes citado.

Según Pascal y Suttell el repaso, con tan alta signi-



ficación estadística en nuestro trabajo, se da en los estados paranoides. Es sabido que en los alcohólicos existen subyacentemente un modo de expresión paranoídeo reaccional, provocado por las actitudes críticas provenientes del medio ambiente respecto de hábito de ingestión excesiva de alcohol.

Creemos, también, que en los alcohólicos, el repaso, junto a las líneas guías y al segundo intento, estaría expresando una defensa contra la angustia típica en los enfermos orgánicos cerebrales.

Respecto de la concordancia estadísticamente significativa entre el diagnóstico Rorschach de síndrome psíquico orgánico y las alteraciones gestálticas con puntaje  $Z$  superiores a 67, ello viene a ser una nueva corroboración de los hallazgos anteriormente descritos.

El  $F\beta$  alto con un  $F + \beta$  disminuido, la construcción del tipo vivencial, pocas respuestas  $M$  y estereotipia animal configuran un cuadro de empobrecimiento de la personalidad. Esto está de acuerdo con lo que es dable observar clínicamente en los procesos demenciales, como ser, pérdida de intereses hacia la situación ambiental, fallos del enjuiciamiento de sí mismo, y una conducta formal de bajo nivel que se conoce como actitud de "fachada".

Todos estos signos descritos en relación al comportamiento de los enfermos orgánicos cerebrales es también, aunque en menor grado, lo que se observa en la conducta típica del alcohólico expuesta por Jellinek en su descripción de las fases del alcoholismo.

## CAPITULO VII

### Resumen y Conclusiones

Se hace un análisis del problema que plantea la "personalidad del alcohólico" y se llega a la conclusión de que existen dificultades serias, por una superposición de cuadros clínicos, para establecer la existencia de una personalidad específica previa al hábito alcohólico.

Se exponen los hallazgos en diversos campos científicos tales como la electroencefalografía y pneumoencefalografía, la neurorradiología, neuropatología, anatomía patológica y psicología, que fundamentan los trastornos orgánicos cerebrales provocados por el alcoholismo crónico.

Se presentan las bases teóricas del test gestáltico visomotor de Bender, su descripción, tabulación, administración y campo de aplicación con la técnica de Pascal y Suttell.

Se expone enseguida la experiencia del autor del presente trabajo, en la que se hizo un estudio de las alteraciones gestálticas visomotoras vistas a través del test de Bender aplicando la técnica de

cuantificación dada por Pascal y Suttell, en un grupo de 220 enfermos alcohólicos crónicos cuya edad promedio fue de 36,4 años, previamente desintoxicados y entre los que no se contaban deficientes desde el punto de vista del nivel intelectual.

Como control se tomó un grupo de 44 enfermos neuróticos cuya edad promedio fue de 34,5 años y en los que no había deficiencia mental ni sistema alguno de organicidad cerebral.

Para calificar a nuestros enfermos alcohólicos se eligió, de acuerdo a la experiencia de Pascal y Suttell, el puntaje standard  $Z = 67$ , que corresponde al puntaje dado por las alteraciones gestálticas que indican que el sujeto que las produce es un paciente psiquiátrico que requiere hospitalización, con una significación estadística a la probabilidad del 5% que sea por azar.

Del grupo de 220 alcohólicos se obtuvo una muestra al 45% y se les aplicó el test de Horschach con el objeto de estudiar el síndrome psicótico orgánico y establecer la concordancia con las alteraciones gestálticas.

Del análisis de los resultados se obtienen las siguientes conclusiones:

1°.- El puntaje promedio de los alcohólicos es de  $Z = 71,2$  que como hemos visto indica que las alteraciones gestálticas que lo producen se dan solo en pacientes psiquiátricos que requieren hospitalización con una probabilidad muy cercana al 1% (P al 1% le da  $Z = 72$ ) de que ello se deba al azar.

2°.- El puntaje promedio obtenido por los neuróticos que sirvieron como grupo de control, fue de  $Z = 50.2$  y corresponde al puntaje standard promedio normal.

3°.- El 55.45% de los enfermos alcohólicos obtuvo un puntaje  $Z = 67$  y superior.

4°.- Se observa que los pacientes neuróticos no dan alteraciones gestálticas que hagan llegar el puntaje standard de ninguno de ellos al  $Z = 67$ .

5°.- Respecto a las alteraciones gestálticas existe una diferencia estadísticamente significativa entre los neuróticos y los alcohólicos.

6°.- Existen diferencias significativas entre el grupo del alcohólicos y los neuróticos en los siguientes ítems de desviación:

- a) Dibujo 1. Repase.
- b) Dibujo 2. Línea ondulante, variabilidad y repase.
- c) Dibujo 3. Segundo intento y rotación.
- d) Dibujo 4. Curva no centrada, ondulaciones, temblor, líneas guías y segundo intento.
- e) Dibujo 5. Asimetría, extensión pegada al punto, rotación de la curva y repase.
- f) Dibujo 6. Asimetría, curva extra, doble línea, temblor y segundo intento.
- g) Dibujo 7. Falta de ángulos, temblor, distorsión, líneas guías, segundo intento y rotación.

h) Dibujo 8. Temblor, líneas guías, repaso y segundo intento.

1) Configuración. Tamaño relativo

7°.- En el grupo de 99 enfermos alcohólicos existe una concordancia que es estadísticamente significativa, entre las alteraciones gestálticas que dan  $Z = 67$  o superior y el síndrome psicótico orgánico de Rorschach.

Se desprende, finalmente, a nuestro juicio, que el test gestáltico visp-motor de Bender es un instrumento de gran utilidad clínica para determinar probables alteraciones orgánicas cerebrales en los enfermos alcohólicos.

Si un enfermo alcohólico crónico da un puntaje  $Z = 67$  o superior en el test de Bender, recomendamos someterlo a exámenes exhaustivos que incluyan el electroencefalograma, para pesquisar una probable encefalopatía.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beck, S.- Rorschach's Test. Grune and Stratton New York. 1950.
- 2.- Bender, Laurtta.- Test qualitativo viso-motor. Editorial Paidós.
- 3.- Bennett, Dolt, Mawery y Davis.- El valor de la electroencefalografía en la enfermedad del cerebro de los alcohólicos. Berkeley Calif. Trans. Amer. Neurol. Ass. 1956.
- 4.- Becker, R. and Halpern, F.- The clinical application of the Rorschach Test. Grune and Stratton. New York. 1945.
- 5.- Bohm, E.- Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach. Ed. Morata. Madrid. 1956.
- 6.- Cavalcanti Borges, J.C.- Primeiros ensaios com o B.G. Test. Resultados em esquizofrénicos. Fac. de Medicina. Univ. de Recife.
- 7.- Cressilneck, H.B. and Michael, C.M.- Performance on the Bender Gestalt under hypnetic age regression. Med. Sch. Univ. of Texas. Journal Abnorm. Soc. Psychol. 1957.
- 8.- Golberg, F.H.- The performance of schizophrenic, retarded, and normal children on the B.-G Test. Amer. J. Ment. Defic. 1957.
- 9.- Fauz R.- et Chateau R.- Encéphalopathies subaiguës alcooliques a prédominance amyotrophique et atrophie cérébrale. Rev. Neurol. Paris. 1956.
- 10.- Horvitz y Honorato.- Importancia del alcoholismo y de los problemas derivados del alcohol. Simposium sobre alcoholismo y problemas del alcohol. Santiago, Chile, 1957.
- 11.- Jollinek, E.M.- Fases de la alcoholomanía. Segundo informe del Sub-Comité de Alcoholismo de la Organ. Mundial de la Salud.
- 12.- Lafon, R., Pages, P., Passouant, P.- Laboge, R.M., Minvielle, J. et Cadillac J.- Les données de la pneumoencéphalographie et de l'électroencephalographie aus cours de l'alcoolisme chronique ... Rev. Neurol. (Paris) 1956.



- 13.- Mardones y Varela.- Definición y clasificación del alcoholismo.y los problemas del alcohol. Simposium sobre alcoholismo y Problemas del alcohol. Stgo. Chile.
- 14.- Schaefer, E.- Personality Structure of Chronic Alcoholics in Out-patient Psychotherapy. The Catholic Univ. of América Press. Washington D.C., 1954.
- 15.- Okino, H.- Studies of the B-G test.- Dept. Neuropsychiat. Sch.of Med. Univ. Osaka. Folia Psychiat. Neurol. Jap. 1956.
- 16.- Pascal and Suttell.- The Bender<sup>U</sup> Gestalt Test.- Quantification and validity for adults.- Grune and Stratton.- New York. 1951.
- 17.- Raven, J.C.- Test de Matrices Progressivas.- Ed. Paidós. 1954.
- 18.- Rorschach, H.- Psico diagnóstico.- Ed. Paidós. B.Aires. 1948.
- 19.- Tommasi, M.- Les encéphalopathies des alcooliques.- (Essai de classification anatomo-pathologique et pathogenique) ev. Lyon. Med. 1958.
- 20.- Zwerling, I.- Psychiatric Finding in and interdisciplinaty study of Forty-Six Alcoholic patients.- Quarterly Journal of Studies on Alcohol; 1959.

