

DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO

VICTORIA SAU SÁNCHEZ

Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial
Universidad de Barcelona
Colaboradora del Dispensario de Alcoholismo
Hospital Clínico de Barcelona

La Organización Mundial de la Salud, en su octava y última revisión para la clasificación de los trastornos mentales (Ginebra, 1976), en su apartado 305 define el alcoholismo como «un trastorno en el cual el consumo del alcohol va en detrimento de la salud y del funcionamiento social de la persona, por un período de tiempo». En el apartado 303.2 define la *adicción alcohólica* como «un estado de dependencia física y emocional del consumo regular o periódico del alcohol, durante el cual la persona experimenta una compulsión hacia la bebida. Cuando cesa el consumo de alcohol hay síntomas de privación que pueden ser graves». Por último, en el apartado 291 define los diversos tipos de *psicosis alcohólicas*. (1)

Las características propias del alcoholismo hacen que alrededor del paciente alcohólico se mueva un equipo de profesionales interrelacionados entre sí: médico internista, psiquiatra, psicólogo, asistente social. El médico puede diagnosticar lesiones orgánicas de posible origen alcohólico, tales como gastritis, polineuritis, afecciones hepáticas y otras, pero no relacionarlas con la dependencia. El psiquiatra puede acercarse a un diagnóstico de alcoholismo en situaciones de «delirium tremens» u otras encefalopatías tales como la epilepsia alcohólica, las alucinaciones auditivas y otras, si bien suponen un avanzado estado de enfermedad. La asistente social, por su parte, tiene los datos empíricos para sospechar con fundamento la existencia de alcoholismo: deterioro de la relación familiar; pérdida de status en el trabajo, con absentismo más o menos justificado; relaciones sociales perturbadas, con pérdida de amistades y/o quejas del vecindario por conducta poco apropiada. Pero el diagnóstico en cuanto tal no es de su competencia.

Aparte de las lesiones orgánicas —que corresponden, por otra parte, a una fase muy avanzada del proceso—, son los trastornos de conducta los que hacen del alcohólico ante todo un enfermo psíquico. Y es al psicólogo a quien compete, desde esta perspectiva, hacer un diagnóstico. El psicólogo tiene a su disposición los instrumentos para llevar a cabo dicho diagnóstico, no sólo en la fase *crucial* sino también en la *prodrómica* —según términos de Jellinek—. La fase prodrómica implica dependencia psíquica del alcohol; la fase crucial, más avanzada, incluye también la dependencia física, con síntomas de privación si se suspende la ingesta.

Descubrir, para poder tratarlo adecuadamente, al alcohólico/a que aparece en un centro sanitario, ingresado a veces a través de una urgencia por accidente, ataque de epilepsia u otra causa no forzosamente relacionada con el alcohol, o confirmar un diagnóstico que a través del contacto con otros profesionales de la salud se ofrece como probable, es tarea del psicólogo y fruto de una correcta interrelación entre aquellos.

Por supuesto que el conocimiento de las pautas de bebida del individuo que se va a explorar sería, en ocasiones, dato suficiente para este diagnóstico, aunque quedaría por discriminar el nivel de gravedad. Pero se da la circunstancia de que el enfermo alcohólico oculta por sistema la cantidad de bebida que ingiere, la cual es desconocida en su totalidad también por sus familiares. Además, el grupo familiar, acomplejado por la connotación peyorativa que comporta socialmente hacer uso excesivo del alcohol, tampoco dice la verdad. Este círculo vicioso de falsedades es más rígido y cerrado cuando la persona afectada es una mujer.

Metodología

Un diagnóstico psicológico del alcoholismo para su mayor corrección debe tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Entrevista clínica.
2. Estudio de la psicomotilidad.
3. Items de Jellinek.
4. Estudio de personalidad.
5. Test de inteligencia.

1. La entrevista clínica. Es la primera y más importante fuente de datos para el psicólogo. Una historia clínica bien estructurada puede suministrar los datos significativos necesarios y suficientes para proseguir con una exploración psicológica objetiva, encaminada a la consecución de un diagnóstico en firme. Para ello deberá explorar cuatro áreas: individual, familiar, laboral y social.

1.1. Area individual. Los primeros datos los proporciona el propio sujeto con su sola presencia. La obesidad si es una mujer, o el «estómago de barril» si se trata de un hombre, son frecuentes en cierto período del proceso alcohólico; pero también pueden serlo la anemia y el estado «pelagroso» de la piel por carencia vitamínica. En cuanto a la conducta, es probable que el individuo presente cierta agitación y nerviosismo. Si ha ido a la consulta sin beber, es posible que se observe temblor en las manos. En este momento, por supuesto, el psicólogo todavía no sabe si se encuentra ante un enfermo alcohólico y, en caso afirmativo, si el sujeto se halla en la fase prodrómica o en la crucial.

A través del diálogo hay que obtener datos acerca de la salud del entrevistado. Las dolencias hepáticas, las úlceras gástricas, las miocarditis y polineuritis deben alertar al profesional. Los vómitos y náuseas matinales son típicos en estos enfermos. La anorexia y el insomnio serán tenidos en cuenta. Otro factor importante es el sexual. El alcohó-

lico es *siempre* un individuo con problemas sexuales que a menudo, además, se niega a reconocer como propios y atribuye a su pareja —si es un hombre— dando lugar a la conocida celotipia alcohólica. En la mujer se observa, al contrario, una mayor disponibilidad sexual, salvo cuando ya se ha vencido la fase de tolerancia al alcohol y éste la mantiene amodorrada o en estado no deseable. En la mujer hay que interesarse también por posibles trastornos menstruales, cuyos síntomas —especialmente los del síndrome premenstrual— la iniciaron a veces —erróneamente— en la ingesta de bebidas de fuerte graduación.

Por último, será necesario averiguar si ha habido accidentes —caseros, de coche o laborales— así como su frecuencia. El enfermo alcohólico, debido a su pérdida de reflejos a causa del tóxico, es fácilmente víctima de tales accidentes, los cuales nadie suele relacionar con el alcohol mientras el individuo es capaz de controlar su conducta y no da muestras de desorganización.

- 1.2. Área familiar. La conducta del individuo en el seno de la familia es significativa en cuanto es el medio en el que se desenvuelve con menos inhibiciones. Las personas que conviven con él/ella pueden, en función de dicha convivencia, captar cambios de estado de ánimo y de carácter, así como rasgos menores de la conducta, más difíciles de detectar desde el exterior. No siempre los familiares saben lo que realmente bebe el enfermo —aparte de que con cantidades idénticas unos individuos se alcoholizan y otros no— porque buena parte de la ingesta éste la hace a escondidas, pero sí conocen actitudes: irritabilidad extemporánea; salidas de casa injustificadas —para ir a beber— para las cuales provoca una pelea previa; incapacidad para soportar los ruidos; descontento general.

En la mujer aparece un evidente abandono de los trabajos caseros que es fuente de disputas graves.

Las relaciones familiares aparecen deterioradas en mayor o menor grado según la fase de alcoholización en que se encuentra el sujeto.

- 1.3. Área laboral. Los datos relacionados con el trabajo son difíciles de obtener si el individuo no ha sido enviado al centro asistencial por la propia empresa, a causa de su desajuste. Es de esperar que las relaciones humanas con los compañeros/as de trabajo no sean satisfactorias, aunque el sujeto hace responsables a los demás de que esto sea así.

El rasgo típico del enfermo alcohólico en su conducta laboral es el absentismo. Los accidentes, a los que nos hemos referido en el apartado 1.1. son a veces la excusa para aquél.

- 1.4. Área social. El enfermo alcohólico va cerrándose progresivamente en sí mismo y en su problema. Su relación patológica con el alcohol le

impide la comunicación con los demás. Hay que observar como significativos el aislamiento, la pérdida de amigos y/o la sustitución de los antiguos por otros que le facilitan las posibilidades de beber sin experimentar sentimientos de culpa, bien porque sean bebedores excesivos, bien porque saquen provecho de algún modo de su ingesta.

Si a través de la entrevista clínica, que incluye también a los familiares que conviven con el sujeto que se explora, se han obtenido los datos suficientes para afirmar que estamos ante un caso de alcoholismo, pasaremos algunas o todas las pruebas que a continuación se relacionan.

2. Estudio de la psicomotilidad. No es la psicomotilidad de un modo general sino la coordinación visomotora la que queda selectivamente alterada en el estado incipiente del alcoholismo, como lo demostraron Binois y Lefetz (1962). De ahí que sea necesario elegir un test visomotor. Los autores mencionados encontraron que el «test de punteado de Lahy» revelaba, mejor que otras pruebas visomotoras, resultados afectados por el alcoholismo. El «test de punteado» de Lahy consiste en puntear por medio de un estilete el mayor número posible de círculos que aparecen por una ventana.

La prueba de expresión gráfica de Resten (1956), que consiste en el trazado de una serie de líneas paralelas, se muestra también muy sensible para detectar trastornos psicomotores de origen alcohólico. (2)

El test visomotor de Bender es una prueba psicométrica que reúne las condiciones para detectar el alcoholismo, aunque éste sea incipiente. No solamente siguiendo la técnica de Pascal y Suttell (1951) que discrimina entre «sano» y «enfermo», sino en cuanto a su cualidad de coordinación visomotora. Tanto la dificultad del punteado, como las paralelas y también la presión del lápiz sobre el papel y el hecho de copiar de un modelo, que según señala Alonso Fernández (1968) son variables altamente discriminativas, se encuentran de alguna manera presentes en el test de Bender y pueden detectar la presencia del alcoholismo en un sujeto que todavía no presenta signos externos de su trastorno.

J. E. Bell (1964) tiene una Tabla de Indicadores Patognómicos basados en el test de Bender por la que se detectan las siguientes psicosis alcohólicas: encefalopatías alcohólicas graves; estados alucinatorios crónicos; estados confusionales. (3)

3. Items de Jellinek. Cuestionario de Jellinek (1960) que investiga las pautas de bebida y forma de beber. Se pasa al propio paciente y al familiar o persona allegada más próxima a éste.

Si la entrevista y el test visomotor no bastan para descartar el diagnóstico de alcoholismo, se procederá a investigar las pautas de bebida del sujeto y cómo vive éste su relación con el alcohol.

El cuestionario se pasa al propio interesado y a un familiar para poder cotejar las respuestas de uno y otro, porque también el grado de desviación con respecto a la sinceridad es un dato a tener en cuenta.

A través de su cuestionario —que consta de 43 ítems, algunos subdivididos en dos o más preguntas— Jellinek distingue una primera fase de dependencia psíquica o alcoholomanía, que él denomina *prodromica* (en la que el sujeto hace la tolerancia al alcohol pero se inhibe de beber ante personas que puedan emitir un juicio crítico respecto a la cantidad), y una segunda fase, la *crucial*, en la que ya se producen evidentes fallos de memoria —amnesia lacunar sin necesidad de que el individuo esté ebrio— y trastornos de la conducta en general, de carácter grave. (4)

En Barcelona, los doctores F. Freixa y L. Bach (1975) adaptaron el cuestionario de Jellinek a las características de una población mediterránea, con pautas de bebida diferentes de las anglosajonas, que fueron las tenidas en cuenta por Jellinek, cambiando el orden de aparición clínica de algunos ítems. (5)

4. Personalidad. La personalidad del alcohólico/a ha sido ampliamente estudiada con objeto de descubrir una probable «personalidad prealcohólica» que pudiera actuar como un preventivo de la intoxicación, pero todo ello con resultados infructuosos.

Hay, eso sí, unos rasgos básicos comunes a todos los afectados por esta dolencia: gran labilidad emocional, escasa resistencia a la frustración, inmadurez e infantilismo. Dichos rasgos, sin embargo, se encuentran también en personas no afectadas por el alcohol.

El sujeto que ya depende del tóxico en mayor o menor medida presenta, no obstante, trastornos de personalidad detectables a través de pruebas psicológicas, sean cuestionarios de personalidad o pruebas proyectivas. El resultado de las mismas es un dato a añadir a la exploración que venimos efectuando.

- 4.1. Cuestionarios. El cuestionario Multifásico Minnesota de la Personalidad es el único que ha dado resultados positivos según Brown (1950), Button (1956), Hampton (1951), Hewitt (1943) y Manson (1948). (6)

Un perfil alcohólico se caracteriza por un alto puntaje en la escala 4 (Dp). Chotlos y Deiter encontraron también este perfil en el Hospital de Veteranos del Ejército, en Topenka, Kansas. (7)

La desviación psicopática detectada por el M.M.P.I. incluye en efecto muchos de los rasgos propios de los alcohólicos: agresividad, rebeldía frente a las normas sociales y conducta tipificada generalmente como asocial. Hombres y mujeres estudiados por Guthrie (1952), con un puntaje alto en la escala 4, resultaron generalmente alcohólicos. (8)

Núñez (1968) en su guía interpretativa del M.M.P.I. encuentra posi-

bilidades de alcoholismo también en las combinaciones 1-3-8, 1-3-9, 1-2-3-4 y 2-3-4 de las escalas del cuestionario. (9)

- 4.2 Técnicas proyectivas. Rorschach. El test de Rorschach, aunque empleado a veces en el estudio de la personalidad de los alcohólicos, no es válido en cuanto a discriminar entre la persona alcohólica y la que no lo es. Bohm dice: «No conocemos un síndrome Rorschach específico del alcoholismo crónico.» (10)

Menos todavía es de esperar, pues, un diagnóstico precoz de la dolencia.

Chotlos y Deiter dicen: «En muchas categorías del test de Rorschach las frecuencias son tan bajas que se necesitarían muestras muy amplias para realizar afirmaciones definitivas acerca de las mismas.» (11)

- 4.3. Técnicas proyectivas: gráficos. El test proyectivo gráfico H.T.P. (casa, árbol, persona), y el animal, de Levy, pueden suministrar datos que apoyen un diagnóstico de alcoholismo, pero sin que basten por sí solos para confirmarlo. Los resultados que se obtienen en estas pruebas son de interés. Algunas de las ventajas de los proyectivos gráficos son:

- 1.^a Fáciles de realizar.
- 2.^a El paciente se expresa a un nivel más primitivo que cuando ejecuta un test de inteligencia, contesta un cuestionario o interpreta las láminas del Rorschach.
- 3.^a Es un test motor, aunque menos válido que los visomotores porque no copia un modelo.
- 4.^a Permite observar el grado de desorganización y desintegración del sujeto.

Según Hammer: «Se ha comprobado que uno de los grupos sintomáticos que se manifiestan con más claridad en los dibujos que en las técnicas proyectivas, es el de los alcohólicos.» (12)

A título informativo diré que es frecuente que los alcohólicos sitúen sus dibujos en la parte superior de la hoja de papel, y carezcan de base. Esto respondería en parte a su estado de «flotación». Otra característica que se repite en el dibujo de la persona es la de dibujar únicamente la cabeza. Realmente es ahí, en la cabeza, donde está afectado el alcohólico.

5. Inteligencia. No se trata aquí precisamente de hallar un CI sino de encontrar el grado de deterioro intelectual que sufre el sujeto.

El test más apropiado es la Escala Wechler para Adultos (WAIS).

Esta prueba se reserva para el final porque para que se desprenda de la misma un grado de deterioro el individuo debe encontrarse en una fase avanzada del alcoholismo. El WAIS no resulta discriminativo para

la fase prodrómica. A pesar de todo es útil y conveniente su empleo en la medida en que aporta un dato objetivo más al diagnóstico, y también porque sirve para distinguir entre «deterioro» y «no deterioro».

Zimmerman, Woo-Sam y Glasser indican cómo se obtiene el cociente de deterioro dividiendo la suma de los resultados de los subtests que «no se mantienen» por la de los que «se mantienen», y las correcciones que otros autores han llevado a cabo, ninguna de las cuales resultó satisfactoria para Wechler, como así lo señaló en 1958. (13)

Alonso Fernández (1968) obtiene el «índice de deterioro bruto» con la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Subtests que se mantienen} - \text{Subtests que no se mantienen}}{\text{Subtests que se mantienen}}$$

X 100

Subtests que se mantienen

El índice de deterioro patológico se obtiene restando del «índice de deterioro bruto» el de «deterioro fisiológico», cuyos valores, expresados en tantos por ciento, varían según edades. (14)

El índice de deterioro, por sí mismo, no da todavía una referencia clara de que el mismo se deba a una afección de alcoholismo, aunque así habremos de sospecharlo si las pruebas anteriores han ido confirmando la hipótesis de diagnóstico. Un diagnóstico diferencial en este sentido, sin embargo, lo da el subtest de cubos de Kosh. Según Alonso Fernández (1968), «La peculiaridad más acusada de la deteriorización alcohólica en el marco de las comunes variaciones de los distintos subtest consiste en la frecuencia con que se observa en el subtest mosaico o cubos de Kosh una nota de desviación negativa mucho más acentuada que la que aparece en equivalentes deterioros orgánicos de otras etiologías.»

El WAIS tiene además subtests de los que «no se mantienen» cuya ejecución requiere aquellas facultades que hemos visto que el alcohólico ve disminuir o pierde por efecto de la ingesta, como por ejemplo la memoria (memoria inmediata de dígitos) y la coordinación visomotora (claves).

Conclusión.

Todas estas pruebas que hemos enumerado y descrito constituyen la herramienta natural del psicólogo. De su conocimiento y correcto uso por parte de éste se habrán de derivar diagnósticos fiables y, en la patología del alcoholismo a que de forma específica nos venimos refiriendo, cuanto más precoces, mejor, para bien del individuo y de la sociedad.

NOTAS

- (1) OMS: *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación*, Ginebra, 1976.
- (2) ALONSO FERNÁNDEZ: «Las pruebas psicológicas en el diagnóstico del alcoholismo», *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1968, vol. XXIII, tomo L, p. 274.
- (3) BELL, J. E.: *Técnicas proyectivas*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
- (4) JELLINEK: *The Disease concept of alcoholism*, N. Jersey, Hillhouse Press, 1960.
- (5) FREIXA, R.; BACH, L.: «Clínica de la enfermedad alcohólica», *Tauta*, 1975, 51, p. 29.
- (6) CHOTLOS, J. W.; DEYTER, J. B.: Consideraciones psicológicas en la etiología del alcoholismo». En PITTMAN: *Alcoholismo: un enfoque interdisciplinario*, Buenos Aires, Hormé, 1976, p. 40.
- (7) Id.
- (8) Id.
- (9) NÚÑEZ, R.: *Aplicación del inventario multifásico de la personalidad a la psicopatología*, México, El Manual Moderno, 1968, p. 72 y ss.
- (10) BOHM, E.: *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*, Madrid, Morata, 1973, p. 366.
- (11) CHOTLOS y DEYTER: *Op. cit.*, p. 41.
- (12) HAMMER, E.: *Tests proyectivos gráficos*, Buenos Aires, Paidós, 1976, p. 367.
- (13) ZIMMERMAN, WOO-SAM y GLASSER: *Interpretación clínica de la Escala de Intelligencia de Wechsler para Adultos*, Madrid, TEA, 1976, pp. 24-25.
- (14) ALONSO FERNÁNDEZ: *Op. cit.*, p. 273.

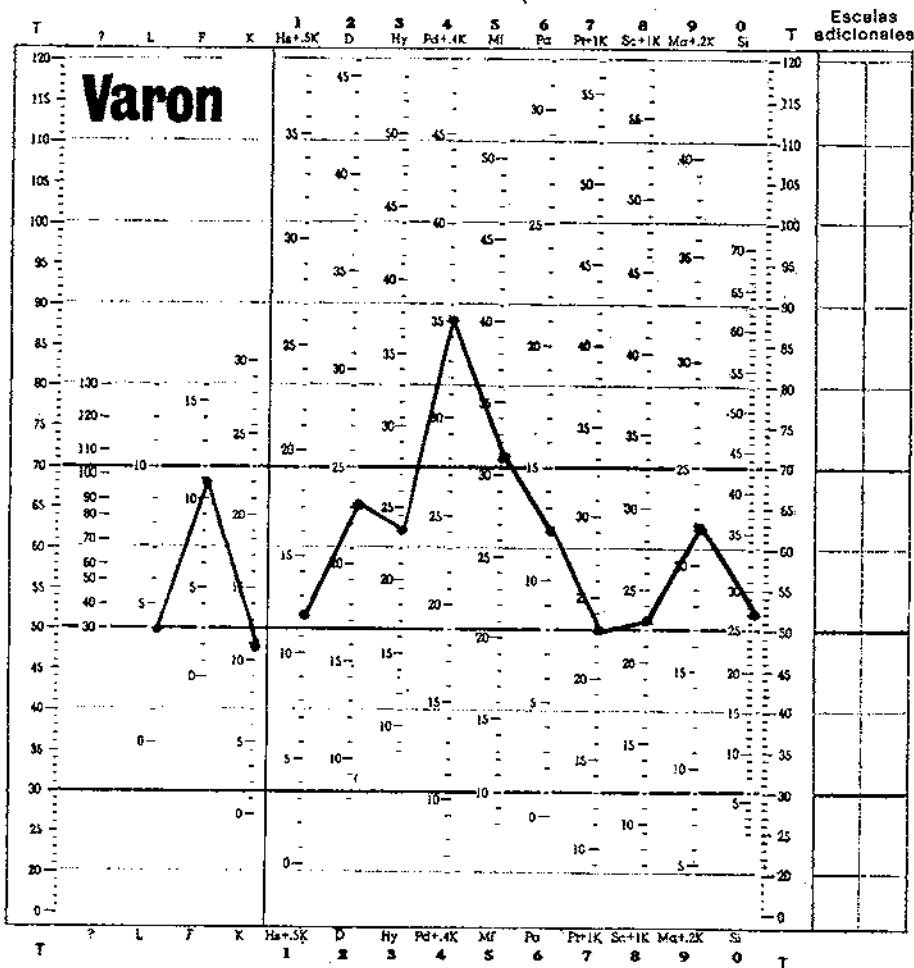


Figs. 1 y 2. Dibujo de la persona realizado por un alcohólico varón, de 32 años de edad, tres días después de una recaída con fuerte crisis de la que no recuerda nada. Dibujó primero la mujer y sólo en segundo lugar el hombre. La boca extremadamente abierta de este último refleja un factor de oralidad relacionado con la ingesta de alcohol.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

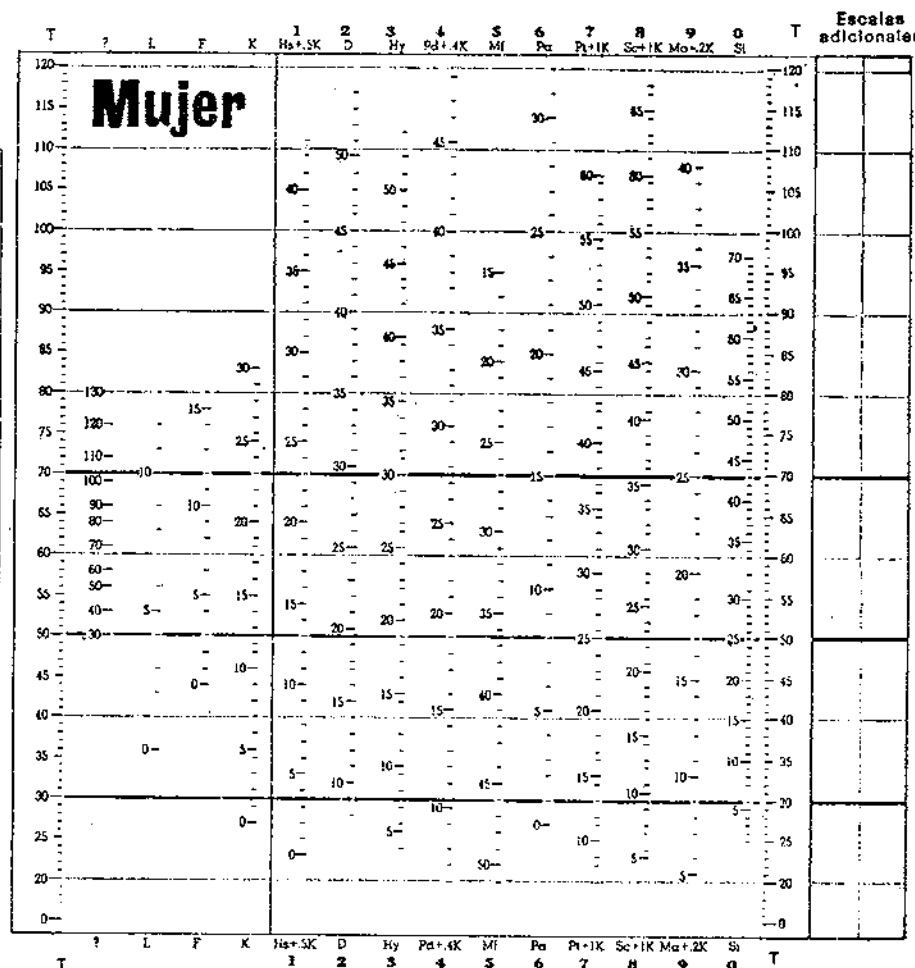
Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: J. C. Edad: 40 Sexo: V Estado civil: C
 Profesión/Estudios: Bachiller Superior Empresa/Centro de estudios: _____



Fracciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	5	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	0	0	0



Puntuaciones directas: 2 3 11 11 6 23 23 31 31 12 12 20 27
 Añadir K: 6 4 11 11 2
 P. D. Corregida: 12 30 23 23 22

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: _____ Corregido por: _____

FIG. 3. Perfil del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI), correspondiente a un hombre de 40 años, con una abstinencia superior a seis meses. Dentro de la normalidad del patrón de rasgos, el elevado puntaje de la escala 4 (Pd) se presenta como característico.

RESUMEN

Del grupo de profesionales que actúan o pueden actuar alrededor del enfermo alcohólico todavía no diagnosticado como tal —médico internista, psiquiatra, psicólogo, asistente social—, es al psicólogo a quien compete dicho diagnóstico por tratarse, ante todo, de un trastorno de la conducta.

La labor de diagnóstico consta de una serie de pruebas escalonadas que van desde la entrevista, exhaustiva y estructurada, hasta las pruebas psicométricas y proyectivas.

La elección de las pruebas más adecuadas para un diagnóstico de alcoholismo, el correcto manejo de los resultados de las mismas, y el conocimiento de la psicopatología del alcoholismo, por parte del psicólogo, es de esperar que redunden —además— en un diagnóstico precoz del mismo, del que se beneficiarán el propio paciente y la sociedad.

RÉSUMÉ

Du groupe de professionnels qui agissent ou peuvent s'agir à côté du malade alcoolique encore sans diagnostiquer (médecin, psychiatre, psychologue, assistant social) c' est au psychologue à qui concerne ce diagnostic pour se traiter avant tout d'un trouble de la conduite.

La tâche du diagnostic se compose d'une série de preuves échelonnées à partir d'une entretetienne exhaustive et structurée, jusqu'unes preuves psychométriques et projectives.

L'élection des preuves les plus convenables pour un diagnostic de l'alcoolisme, le correct usage des résultats obtenus, et la connaissance de la psychopatologie de l'alcoolisme de la part du psychologue, c'est d'espérer qu'arrivent à apporter en plus un diagnostic précoce de celui-là et même supposera un bénéfice autant pour le propre malade que pour la société.

SUMMARY

An alcoholic patient whose illness hasn't been diagnosed is surrounded by a wide range of professionals such as interns, psychiatrists, psychologists and social workers. As the patient shows an upsetted behaviour the psychologist must be the one to determine the nature of his disease.

The psychologist's diagnosis is based upon a series of staggered tests which include not only an inquiry and structured interview, but also psychometrical and projective tests.

A right election of the most accurate tests for the achievement of a precocious diagnostic on alcoholism, the correct handling of the results of those tests and a leep knowledge of the psychopatology of alcoholism will surely be to the advantage of the society and the patient himself.

RESUM

Del grup de professionals que actuen o poden actuar prop del malalt alcohòlic encara no diagnosticat —metge internista, psiquiatra, psicòleg, assistent/a social— és el psicòleg la persona més indicada per a portar a terme l'esmentat diagnòstic per tractar-se principalment d'un trastorn de conducta.

La tasca del diagnòstic comporta una sèrie de proves escalonades que van des de l'entrevista, exhaustiva i estructurada, a les proves psicomètriques i projectives.

Saber escollir les proves més adients per a un diagnòstic de l'alcoholisme, l'adequat ús dels resultats d'aquestes, i el coneixement de la psicopatologia alcohòlica, per part del psicòleg, és d'esperar que puguin donar com a resultat un diagnòstic preventiu d'aquell, del que en treuran profit tant el propi malalt com la societat.

BIBLIOGRAFIA

- ATZPURI DÍAZ, J. J.: «Contribución de la etiología del alcoholismo» *Drogalcohol* octubre 1976 (1.ª parte) y enero 1977 (2.ª parte), Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), pp. 15-44 y 8-39, respectivamente.
- ALONSO FERNÁNDEZ: «Las pruebas psicológicas en el diagnóstico del alcoholismo» *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1968, Vol. XXIII, tomo 1, pp. 269-285.
- BILL, J. E.: *Técnicas proyectivas*, B. Aires, Paidós, 1964.
- BINDER, L.: *Test gestáltico visomotor*, B. Aires, Paidós, 1974.
- BOHM, E.: *Manual del psicodiagnóstico de Roschach*, Madrid, Morata, 1973.
- BOGANI, E.: *El alcoholismo, enfermedad social*, Barcelona, Plaza y Janés, 1975.
- DALLAYRAC, D.: *Dossier Alcoholisme*, París, R. Laffont, 1971.
- HAMMER, E.: *Tests proyectivos gráficos*, B. Aires, Paidós, 1976.
- JALINEK: *The Disease concept of alcoholisme*. N. Jersey, Hillhouse Press, 1960.
- NUÑEZ, R.: *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a la Psicopatología*, México, El Manual Moderno, 1968.
- PIQUERAS: *Informe sobre el alcoholismo*, Oviedo. Ed. Naranco, 1973.
- PRITMAN, D.: *Alcoholismo: un enfoque interdisciplinario*, B. Aires, Hormé, 1976.
- ROLDÁN, E. y SANTO DOMINGO, J.: «El alcoholismo en la mujer española», 1968, *Boletín Informativo del Instituto de Medicina*, n.º 109, pp. 10-19.
- TAVTA: *Medicina y Sociedad: «Alcoholismo»* (número monográfico), n.º 51, junio 1975 Madrid.
- VÁZQUEZ NOGUEROL, M. y PIETRAFESA, G. A.: «Enfoque psicológico y terapéutico del alcoholismo» *Drogalcohol*, Vol. IV, n.º 1, enero 1979, pp. 3-10, Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).
- ZIMMERMAN, WOO-SAM y GLASSER: *Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos*, Madrid, TEA 1976.