

Relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos de las principales ciudades de Boyacá (Colombia).

Relationship between alcoholism and clinical personality traits in alcoholic anonymous groups of the main cities of Boyacá (Colombia).

Relação entre traços de personalidade e alcoolismo clínica em alcoólicos anônimos grupos nas principais cidades de Boyacá (Colombia).

...

Oscar J. Vega G^{1*} Fernando Juárez A.²

Recibido: Mayo de 2014. Aceptado: Diciembre de 2014

Citación Vancouver: Vega OJ, Juárez F. Relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos de las principales ciudades de Boyacá (Colombia). Salud Soc Uptc. 2014;1(2):40-45

Resumen

Introducción: El alcoholismo ha sido el problema de investigación en salud mental más relevante a través de los años, tanto a nivel nacional como mundial. Las derivaciones psicopatológicas del consumo apuntan a la conformación de trastornos psicológicos, la afectación de las relaciones sociales y el deterioro sustancial de la calidad, expectativa de vida y las actividades instrumentales de la vida diaria de personas y comunidades, condición que afecta de forma análoga el funcionamiento de los grupos y familias que la componen.

Objetivo: Relacionar situaciones precipitantes de recaída y subescalas de personalidad entre miembros de los grupos de alcohólicos anónimos de cuatro ciudades principales de Boyacá (Colombia). **Materiales y Métodos:** Los cuestionarios de alcoholismo "Inventario de situaciones precipitantes de recaída" (RPI), e "Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (forma corta)" (MMPI) fueron aplicados a 78 sujetos pertenecientes a diferentes grupos de alcohólicos anónimos de Boyacá. Se aplicó un diseño de investigación correlacional múltiple. **Resultados:** Las situaciones precipitantes de recaída se relacionaron de forma positiva moderada con psicastenia, paranoia y depresión; débilmente con esquizofrenia, validez e histeria. **Conclusión:** El alcoholismo se relacionó de manera significativa con todas las escalas

de personalidad, excepto con hipomanía. En este caso, el abuso y/o la abstinencia de alcohol influyen en el desarrollo de síntomas de trastornos de la personalidad.

Palabras clave: Alcohólicos Anónimos, Alcoholismo, Apoyo social, Consumo de bebidas alcohólicas, Grupos de ayuda, Inventario de personalidad. (Fuente: DeCS).

Abstract

Introduction: Alcoholism has been the research problem more relevant mental health through the years, nationally as well as globally. Psychopathological consumption leads point to the formation of psychological disorders, the involvement of social relations and the substantial deterioration in the quality, life expectancy and instrumental activities of daily living of individuals and communities. This condition affects the functioning of groups and families that compose it. **Objective:** Relate precipitating relapse situations and personality subscales among members of Alcoholics Anonymous groups of four major cities in Boyacá (Colombia). **Materials and Methods:** Questionnaires alcoholism "Inventory of precipitating relapse situations" (RPI) and "Minnesota Multipha-

1. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Tunja – Colombia)

2. Universidad del Rosario. (Bogotá – Colombia)

* E-mail para correspondencia: neptuno949@outlook.es

sic Personality Inventory (short form)" (MMPI) were applied to 78 subjects belonging to different groups of alcoholics anonymous of Boyacá. Multiple design correlational research was applied. **Results:** The precipitating relapse situations were related positively moderate with psicastenia, paranoia and depression; weakly with schizophrenia, validity and hysteria. **Conclusion:** Alcoholism was associated significantly with all scales of personality, except with hypomania. In this case, abuse and/or alcohol withdrawal influence the development of symptoms of personality disorders.

Key words: Alcoholics Anonymous, Alcoholism, Social Support, Alcohol Drinking, Self-Help Groups, Personality Inventory. (Source: DeCS).

Resumo

Introdução: O alcoolismo tem sido o problema de pesquisa mais relevantes da saúde mental ao longo dos anos, tanto a nível nacional como a nível mundial. Consumo psychopathological leva apontam para a formação de distúrbios psicológicos, o envolvimento das relações sociais e da deterioração substancial da qualidade, a expectativa de vida e as atividades instrumentais da vida diária das pessoas e das comunidades, o que afeta de forma análoga a funcionamento dos grupos e famílias que a compõem. **Objetivo:** Relacionar situações de recaída e sub-escalas de personalidade entre os membros dos grupos de Alcoólicos Anônimos de quatro grandes cidades em Boyacá (Colômbia). **Materiais e Métodos:** Questionários alcoolismo "Inventário de precipitar situações de recaída" (RPI) e "Minnesota Multiphasic Inventário de Personalidade (forma abreviada)" (MMPI) foram aplicados a 78 indivíduos pertencentes a diferentes grupos de alcoólicos anônimos Boyacá. Design múltiplo pesquisa correlacional foi aplicado. **Resultados:** As situações de recaída precipitados foram relacionadas positivamente com psicastenia, paranóia e depressão; fracamente com esquizofrenia, validade e histeria. **Conclusão:** O alcoolismo foi associado significativamente com todas as escalas de personalidade, exceto com hipomania. Neste caso, abuso e/ou a retirada do álcool influenciar o desenvolvimento de sintomas de transtornos de personalidade.

Palavras-chave: Alcoólicos Anônimos, Alcoolismo, Apoio Social, Consumo de Bebidas Alcoólicas, Grupos de Autoajuda, Inventário de Personalidade. (Fonte: DeCS).

INTRODUCCIÓN

Existen dos tipos de temperamentos o personalidades que conducen a dos subgrupos generales de alcoholícos, clasificados como tipo 1 y tipo 2. Los alcoholícos del tipo 1 son alcoholícos de aparición tardía que rara vez beben de forma espontánea y no muestran conductas agresivas al beber, son individuos dependientes, que experimentan considerable miedo y culpabilidad, y usan el alcohol como medio para evitar el dolor de la evitación (refuerzo negativo); en contraste

los alcoholícos del tipo 2 desarrollan su alcoholismo a edades tempranas y presentan la tendencia a consumir alcohol de forma continuada así como conducta agresiva cuando beben, análogo a una forma de autoestimulación (refuerzo positivo) (1).

Los hombres y las mujeres no muestran los mismos patrones de abuso, y por lo menos una forma de abuso alcohólico es heredable y se encuentra solo en los hombres (tipo 2), además; las hijas de madres alcohólicas son particularmente susceptibles, independientemente de la presencia de padres alcohólicos. También los factores ambientales se asocian significativamente con el tipo más común de abuso de alcohol. Rasgos como el nivel de actividad elevada, la emocionalidad alta, la atención reducida de forma persistente, la baja sociabilidad y la escasa "capacidad de tranquilización" han sido identificados en alcoholícos (2).

Los factores de postratamiento como el manejo del estilo emocional, el entorno laboral/familiar del paciente y el apoyo social, se consideran determinantes críticos de la capacidad del paciente para mantener y fortalecer los cambios posteriores a la suspensión. Los individuos pueden seguir estando irritables, inquietos y depresivos durante otros cuatro o seis meses y pueden presentar dificultades para pensar o dormir durante todo un año; se esfuerzan por usar su energía mental para bloquear los pensamientos indeseados relacionados con el consumo, esto por su parte concede paradójicamente más poder al pensamiento indeseado (3).

En otros estudios se concluye que los alcoholícos tienden también a centrarse en aspectos positivos inmediatos de la bebida y a ignorar las consecuencias negativas a largo plazo. Muchas veces los alcoholícos han desarrollado un autoimagen negativa y dificultad para expresar sus conflictos emocionales internos; presentan una fuerte tendencia a subestimarse y un sentimiento aplastante de no ser reconocidos como individuos con sentimientos y pensamientos únicos. Entre las condiciones bajo las que aparecía la dependencia, se mencionaron la tensión interna con nerviosismo, la inestabilidad y la irritabilidad como los disparadores más comunes que les conducían a beber (4). Se considera que clínicamente, los alcoholícos deben desarrollar una sensación de fortaleza o de capacidad para superar las exigencias de la vida sin la necesidad de beber, lo que ha sido denominado sensación de autoeficacia. La terapia de exposición a las señales, ayuda inicialmente a los adictos a reconocer la conexión existente entre las señales ambientales y la dependencia y después a elaborar estrategias para debilitar tales conexiones, estos pacientes se sienten más cómodos con programas que desarrollan sus destrezas en áreas de manejo de dinero, educación, relaciones padres/hijos, destrezas para educar a los hijos, actividades recreativas, control emocional y comunicación (5).

El objetivo de esta investigación fue identificar los rasgos clínicos de personalidad que mide el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) forma corta o Minimult (6) que tuvieran mayor relación con los instrumentos para medir situaciones de riesgo del alcoholismo mediante el "Inventario de situaciones precipitantes de recaída" (RPI) (7) entre los

miembros de alcohólicos anónimos (AA) de cuatro centros ubicados en las principales ciudades del departamento de Boyacá - Colombia (Tunja, Paipa, Duitama y Sogamoso). Con esta investigación se pretendió identificar los patrones de personalidad más frecuentes en las personas que acuden por ayuda terapéutica a los grupos de AA mencionados anteriormente.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación corresponde al tipo correlacional múltiple. La población en estudio fueron individuos que pertenecen a los grupos de alcohólicos anónimos del corredor industrial de Boyacá (Tunja, Paipa, Duitama y Sogamoso), que acuden voluntariamente por apoyo. Se tomó como muestra la totalidad de los sujetos pertenecientes a los grupos de alcohólicos anónimos de dichas ciudades. Las variables propuestas fueron: los rasgos de personalidad que mide el MMPI y las situaciones precipitantes de recaída.

Para la medición y análisis de la variable personalidad, se empleó el MMPI (forma corta) que consta de 71 frases afirmativas sobre diferentes temas propios de la evaluación psicopatológica; dicho instrumento está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social. El sujeto debe identificar el mayor número posible de frases como ciertas o falsas con respecto a sí mismo y hacer la anotación correspondiente en la hoja de respuestas. En cuanto a la validez total de la prueba, se ha encontrado que una puntuación alta en una escala predice positivamente el diagnóstico final correspondiente, estimado en más del 60% de los nuevos casos de admisión psiquiátrica. Este porcentaje es derivado de la diferenciación entre varias clases de casos clínicos. La confiabilidad para los 11 factores que mide la prueba, se calculó utilizando la forma individual completa, alternativamente con la versión breve en un periodo de tres días entre la aplicación y la reaplicación con pacientes psiquiátricos. Los coeficientes de confiabilidad para las escalas de la forma corta fueron (6): L (Mentira) = 0,85; F (Validez) = 0,93; K (actitudes defensivas) = 0,76 (Escala de validez) Hs (Hipocondriasis) = 0,67; D (Depresión) = 0,80; Hi (Histeria) = 0,87; Dp (desviación psicopática) = 0,52; Pa (Paranoia) = 0,78; Pt (Psicastenia) = 0,72; Es (Esquizofrenia) = 0,89 y Ma (Hipomanía) = 0,59.

El Inventario de Situaciones Precipitantes de recaída (RPI) consta de 25 ítems, en los que el paciente tiene que determinar el grado de peligrosidad de las situaciones propuestas según una escala de tipo Likert que tiene por objetivo identificar las situaciones interpersonales y emocionales que el sujeto percibe como de alto riesgo. El contenido de los ítems se refiere a: emociones negativas, acontecimientos externos, situaciones de ansiedad social y distorsiones cognitivas; el riesgo de recaída es tanto menor, cuanto más bajo es el grado de peligrosidad percibida en las situaciones de riesgo (7).

Para el desarrollo del estudio se entregaron a cada uno de los individuos pertenecientes a los 13 grupos de Alcohóli-

cos Anónimos de las ciudades mencionadas anteriormente, un paquete con los tres instrumentos para su aplicación. A continuación se calificaron las pruebas, se tabularon los datos mediante el procedimiento estándar para cada una de las pruebas y se trazaron los perfiles de personalidad; posteriormente se transcribieron los valores totales para situaciones precipitantes de recaída; conductas de afrontamiento, además de las puntuaciones T para cada una de las subescalas del Minimult y los valores para edad y tiempo de permanencia en el grupo de apoyo dentro de un libro de códigos diseñado en Excel para tal fin. Se obtuvieron estadísticas descriptivas de las diferentes variables para el diseño de las tablas; posteriormente se analizó y graficó la relación entre cada una de las variables de edad, tiempo de permanencia en el grupo de apoyo, RPI, y las diferentes escalas del MMPI.

RESULTADOS

La distribución de sujetos de la muestra por ciudad fue: Tunja (24), Paipa (19), Duitama (20) y Sogamoso (15), para un total de 78 sujetos entre 13 grupos de ayuda de alcohólicos anónimos. En la tabla uno se presenta las estadísticas descriptivas para cada una de las variables de la investigación.

Tabla 1. Estadística descriptiva de las variables de Alcoholismo y Personalidad

Variables	\bar{X}	Me-diana	Desviación Estándar	Varian-za	Máx.	Mín.
RPI*	39.8	43	16.3	267.6	65	3
Validez	73.0	75	11.72	137.47	105	50
Hipocondría	61.4	58	14.25	203.23	109	37
Depresión	68.58	71	14.43	208.37	105	41
Histeria	61.76	62	9.39	88.23	86	40
D. Psicopática	70.05	70	11.75	138.26	106	40
Paranoia	65.5	66	12.21	149.18	109	43
Psicastenia	63.97	65	13.72	188.37	91	34
Esquizofrenia	71.15	72	19.63	385.49	130	35
Hipomanía	59.56	58.5	9.60	92.27	85	42

*Situaciones precipitantes de recaída

Posteriormente a la recolección de los datos por medio del auto-diligenciamiento de los instrumentos, los coeficientes de correlación fueron analizados con respecto a sus niveles de confiabilidad para 76 grados de libertad (N-2), correspondiendo de acuerdo a valores de r no menores a 0,224 para un nivel de significancia de 0,05, y valores superiores a 0,291 para un nivel de significancia de 0,01 (8). Dichos coeficientes fueron clasificados con respecto a la siguiente

escala: a) entre 0,0 y 0,19 muy débiles; b) entre 0,2 y 0,29 débiles; c) entre 0,3 y 0,49 moderadas; d) entre 0,5 y 0,79 fuertes; y e) entre 0,8 y 1,0 muy fuertes (Tabla 2). Se analizaron de acuerdo al corte en el valor mínimo significativo (0,224), específico de acuerdo a los grados de libertad correspondientes según el tamaño de la muestra (9).

Tabla 2. Análisis estadístico de correlación de las variables propuestas en el estudio

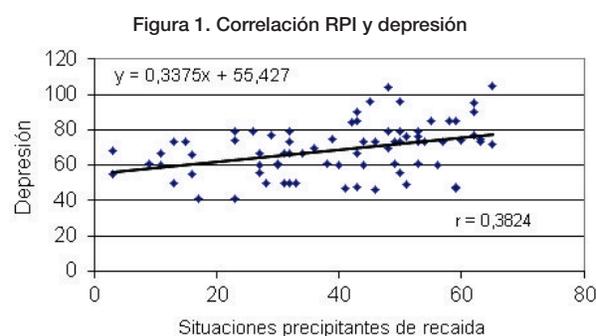
Relación de variables	Coefficiente de correlación	Nivel de significación estadística
Alcoholismo (RPI) y Psicastenia	0,459	Moderada
Alcoholismo (RPI) y Paranoia	0,390	Moderada
Alcoholismo (RPI) y Depresión	0,382	Moderada
Alcoholismo (RPI) y Esquizofrenia	0,304	Débil significativa al 0,01
Alcoholismo (RPI) y Validez	0,292	Débil significativa al 0,01
Alcoholismo (RPI) e Histeria	0,258	Débil significativa al 0,05
Alcoholismo (RPI) y Psicopatía	0,237	Débil significativa al 0,05
Alcoholismo (RPI) e Hipocondría	0,237	Débil significativa al 0,05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

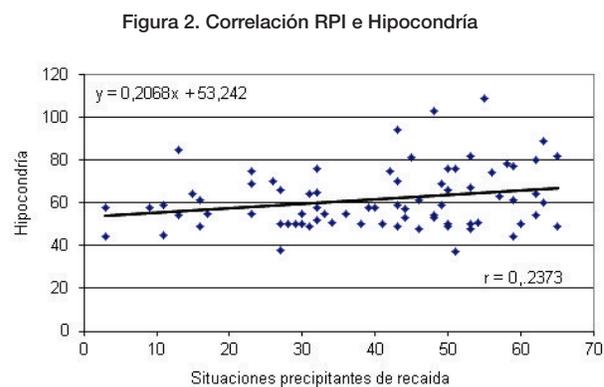
Según Glanz y colaboradores, la caracterización de los rasgos de personalidad más frecuentes entre los pacientes alcohólicos identifican cuatro aspectos esenciales para posibles intervenciones clínicas: a) valorar la probabilidad de implicación en el tratamiento y de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas; b) modificar las características del tratamiento para adaptarlas de forma individualizada al paciente; c) establecer apropiadamente los objetivos terapéuticos; y d) determinar la necesidad de una mayor o menor rigidez en la estructuración del contexto terapéutico (10).

Se ha establecido en estudios anteriores que los bebedores ligeros y moderados (que bebían entre 1 y 5 copas de vino al día o su equivalente en otro tipo de alcohol) tenían las mejores perspectivas de vida, mientras que los no bebedores y los grandes bebedores mostraban el riesgo más alto de mortalidad; dichos resultados demostraron que los bebedores ligeros tenían la tasa de mortalidad más baja, los no bebedores tenían una mortalidad comparable a la de los bebedores moderados y ambos mostraban una mortalidad un 50% más elevada que la de los bebedores ligeros, los grandes bebedores mostraban la tasa de mortalidad más elevada, duplicando la de los bebedores ligeros, mostrando una relación en U entre el consumo ligero de alcohol y la mortalidad total o lo que es lo mismo, una asociación inversa entre alcohol y enfermedades cardiovasculares(11). El presente estudio pudo establecer otro ejemplo de relaciones paradójicas (efectos saludables del consumo moderado

de alcohol) que se comprueba por la ausencia de relación entre alcoholismo y la escala de hipomanía, que fue casi nula (0,05), siendo la única escala que no se correlacionó con RPI. A pesar de estos resultados paradójicos no se puede negar la relación existente entre alcoholismo (RPI) y depresión ($r = 0,382$), esto confirma que existe una relación importante entre la depresión y la conducta de tomar en exceso como lo narra el manual de psicología de la salud de Vázquez y colaboradores. Se comprueba que aunque no hay evidencia de que el consumo ligero de alcohol prevenga estados de depresión mayor en relación a la abstinencia, si se ha constatado que los bebedores ligeros son los que presentan menos síntomas recientes de un afecto deprimido comparados con los abstemios y los grandes bebedores (11). (Figura 1).

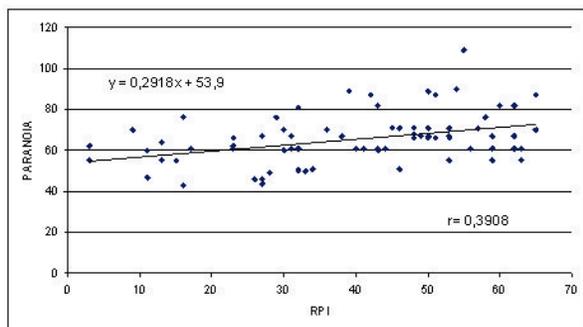


Buela-Casal y colaboradores consideran que factores tales como la reducción de la ansiedad o depresión, el aumento en el reconocimiento social, la aprobación por parte de los compañeros, la puesta en práctica de mayores habilidades sociales o la evitación del síndrome de abstinencia, pueden determinar (sin que se sepa el peso específico de cada uno de estos factores) la adquisición y el mantenimiento de la conducta adictiva. En la presente investigación se encontró una relación muy débil pero significativa entre RPI con Hipocondría ($r = 0,237$) (Figura 2). Los estímulos neutros asociados con el alcohol pueden ser de amplio rango (por ejemplo las fiestas, los lugares de consumo, los ratos de ocio, etc.) estos, llegan a desencadenar el deseo o la conducta de consumir bebidas alcohólicas y explican en muchos casos la dependencia psicológica y los procesos de recaída ulteriores (12).



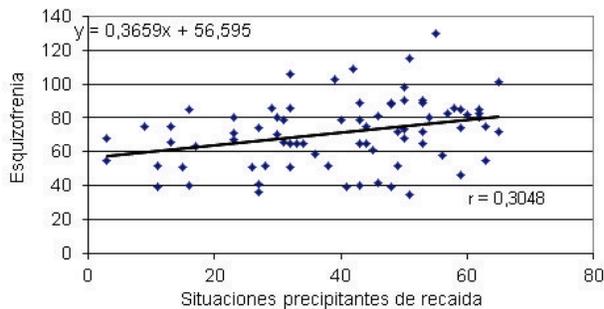
En una investigación con grupos de alcohólicos anónimos realizada en la ciudad de Tunja, se aplicó y analizó el Cuestionario para Evaluar el Nivel de Desarrollo de los Problemas Asociados al Consumo de Alcohol (CEAL), lo que permitió identificar que durante la intoxicación alcohólica son frecuentes las alteraciones emocionales, las alteraciones cognitivas y las alteraciones del estado de conciencia; dentro de los problemas más frecuentes relacionados con el abuso se encuentran las alteraciones de la vida laboral y las alteraciones de la vida familiar; los problemas más frecuentes relacionados con la dependencia fueron el craving (deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada previamente) y la pérdida de autocontrol (12); esta clases de alteraciones se ven confirmadas por la relación del alcoholismo con las escalas de Paranoia ($r = 0,390$), esquizofrenia ($r = 0,304$) y desviación psicopática ($r = 0,237$) (13) encontradas en este estudio (Figuras 3-5).

Figura 3. Correlación RPI y paranoia



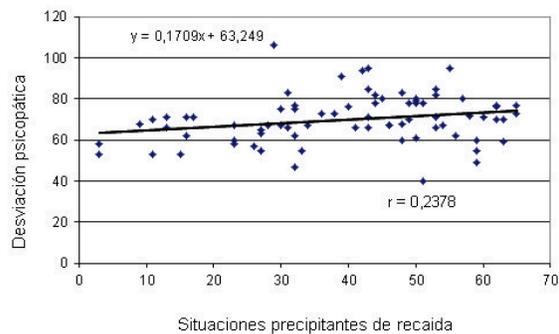
Situaciones precipitantes de recaída

Figura 4. Correlación RPI y esquizofrenia



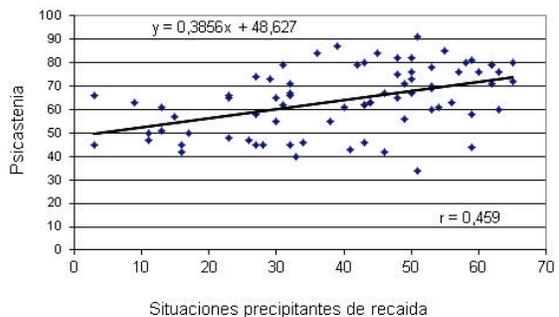
Situaciones precipitantes de recaída

Figura 5. Correlación RPI y desviación psicopática



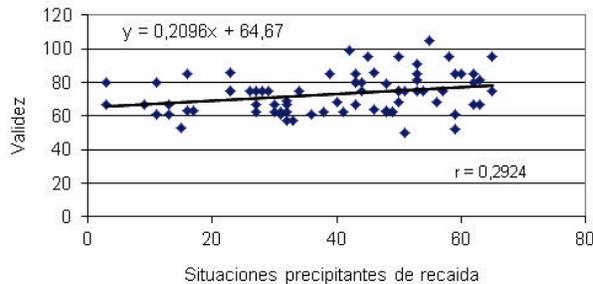
La comunidad de AA es una de las pocas opciones de soporte grupal disponible para personas que buscan ayuda para superar un problema de abuso de alcohol, algunas razones del porqué deben identificarse alternativas a los doce pasos se perfilan en la investigación de Walters, estas razones incluyen las connotaciones religiosas, la orientación externa, la afiliación con el modelo de la enfermedad, la afectación en el carácter, la deserción, la ineficacia, la pérdida de control, la abstinencia, y la dependencia; características que podrían asemejarse a las de la presente investigación por la correlación del alcoholismo con las escalas de psicastenia ($r = 0,459$) y validez ($r = 0,292$) (14).

Figura 6. Correlación RPI y desviación psicastenia



Situaciones precipitantes de recaída

Figura 7. Correlación RPI y validez

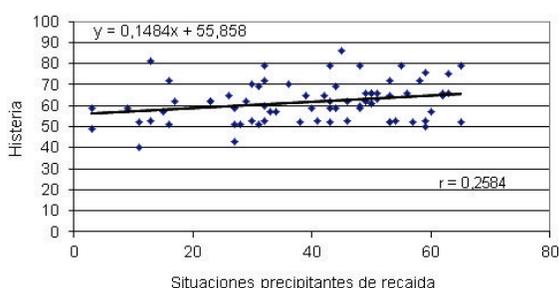


Situaciones precipitantes de recaída

Los tratamientos convencionales no han producido un gran impacto en la reducción social del alcoholismo, puesto que

el objetivo de la abstinencia no es realista para la mayoría de la población en nuestra cultura; el tratamiento sistemático de esta población puede traer beneficios enormes como la reducción de gastos por concepto de servicio médicos, aumento en la producción de bienes y servicios, disminución de los conflictos familiares y sociales (accidentes, conductas violentas, etc.), estrategias alternativas a la abstinencia serían un campo importante de evaluación para próximos estudios (13). Otro de los aspectos importantes del desarrollo de la problemática en la población estudiada que merece la atención de terapeutas especializados, son los problemas en la relación de pareja producidos por el alcoholismo, una buena parte de estos se ven reflejados como un a inferencia en la débil pero significativa relación de RPI con la escala de histeria ($r = 0,258$) (12).

Figura 8. Correlación RPI e histeria



Según los resultados del presente estudio la puntuación elevada en la escala de personalidad clínica de desviación psicopática permitirá identificar los pacientes que menos se adapten al tratamiento, así mismo, las demás escalas de personalidad clínica con puntuación elevada son las que pueden determinar la técnica, el objetivo y el enfoque terapéutico de la intervención clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

AGRADECIMIENTOS

A las doctoras en psicología de la universidad autónoma de Madrid, Raquel García González y María Alonzo Suarez por su apoyo técnico, a Laura Victoria Vega y Cándida Ferreira por su colaboración en las traducciones.

REFERENCIAS

1. Cloninger CR. Biology of personality dimensions. *Curr Opin Psychiatr*. 2000; 13(6): 611-616.
2. Bakal DA. *Psicología y salud*, vol1. Bilbao: Ed desclée de Broker; 1996.
3. Niaura RS, Rohsenow DJ, Binkoff JA, Monti, PM, Pedraza, M, Abrams DB. Relevance of Cue Reactivity to Understanding Alcohol and Smoking Relapse. *J Abnorm Psychol*. 1988; 97(2): 133-152.
4. Ortet, G., Ibanez, M. I., Llerena, A., Torrubia, R. The Underlying Traits of the Karolinska Scales of Personality (KSP). *Eur J Psychol Assess*. 2000; 18(2): 139-148.
5. Monti PM, Rohsenow DJ. Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(2): 9- 27.
6. Butcher JN., Dahlstrom WG, GrahamJR, Tellegen A Kaemmer B. *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. (Adaptación española realizada por A. Avila-Espada y F. Jiménez-Gómez). Madrid: Edit TEA Ediciones; 1999.
7. Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. and Jackson, P. Situations Related to Alcoholism Relapse. *Brit J Addict*1983; 78: 381-389.
8. McGuigan FJ. *Psicología experimental*. 6 Ed. México D.F: Prentice Hall; 1996.
9. Salkind NJ. *Métodos de investigación*. 3 Ed. México: Prentice Hall; 1997.
10. Glanz J, Grant B, Monteiro M, Tabakoff B. Study on State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence: Analysis of Demographic, Behavioral, Physiologic, and Drinking Variables That Contribute to Dependence and Seeking Treatment. *Clin Exp Res*. 2002; 26(7): 1047-1061.
11. Vázquez, Fernández y Pérez. *Manual de psicología de la salud*. 3 Ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2010.
12. Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la Salud*. 83-120. Madrid: Siglo veintiuno editores; 1996.
13. Barrera MC. *Problemas Relacionados al Consumo de Alcohol y su Nivel de Desarrollo en los Grupos de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Tunja [tesis]*. Tunja: Uptc; 2004.
14. Walters GD. Twelve Reasons Why We Need to Find Alternatives to Alcoholics Anonymous. *Addict Disord Their Treat*. 2002; 1(2): 53-59. de Ago de 2005] 1(2): 53-59. Disponible en: <http://www.gateway.ovid.com/>