

35  
Ley



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

Sensibilidad Discriminativa de los  
Reactivos Significativos de  
Koss-Butcher y Lachar-Wrobel en  
Población Alcohólica y no Alcohólica  
(Estudio Exploratorio)

T E S I S  
Que para obtener el título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
p r e s e n t a

ISVARA VANESSA CORDOVA GARRIDO

Director de Tesis: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo  
Revisor de Tesis: Mtro. Horacio Quiroga Anaya  
Comité de Tesis: Dr. Federico Puente Silva  
Mtra. Cristina Heredia Ancona  
Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo



México, D. F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

277649



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*A mi padre con cariño por su lucha  
constante y por mantener unida la familia.*

*A mi madre por apoyarme en los  
momentos más difíciles de mi vida.*

*A mis hermanos por su cariño.*

*A mi abuela Mary por ser ese ángel  
que siempre me ha llenado de bondad.*

*A mi abuela Tere por ser ese gran apoyo  
para mi familia.*

*A la Familia Arablin por permitirme  
conocerlos y por su cariño y apoyo.*



*A Dariush por ser mi razón de ser,  
por escucharme y apoyarme, por  
entregarse minuto a minuto en nuestra relación  
y por hacerme inmensamente feliz.*

## *AGRADECIMIENTOS.*

*A la Dra. Emilia Lucio:*

*Gracias por el apoyo que me brindó durante la realización de la presente tesis, por la invitación a participar en esta investigación y por todo lo que de ella he aprendido durante estos meses.*

*Al Mtro. Horacio Quiroga A:*

*Por sus apreciables sugerencias como revisor de tesis que hicieron posible culminar mi propósito.*

*A mis sinodales por sus atinadas sugerencias:*

*Dr. Federico Puente Silva.*

*Mtra. Cristina Heredia Ancona.*

*Lic. Guadalupe Santuella Hidalgo.*

*A Consuelo:*

*Por su amistad y apoyo en los momentos decisivos.*

*A Ivonne:*

*Por aportar sus conocimientos, sus sugerencias y por brindarme su amistad.*

*A Lulú, Vicki y Angeles:*

*Por su sincera amistad.*

**Este trabajo se realizó gracias al apoyo del  
Proyecto DGAPA ES301397**

**Agradecimiento al programa PROBETEL por las facilidades proporcionadas para la realización de la presente investigación.**

# ÍNDICE.

## RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

## CAPÍTULO I.

### ALCOHOLISMO.

Introducción.	1
1.1 Evolución del concepto de Alcoholismo.	3
1.2 Definiciones conceptuales del término "Alcoholismo".	6
1.3 Tipología del alcoholismo.	8
1.4 El alcoholismo desde sus diversas perspectivas.	
1.4.1 Aspectos epidemiológicos del alcoholismo.	10
1.4.2 Aspectos genéticos del alcoholismo.	13
1.4.3 Aspectos psicológicos del alcoholismo.	13
1.4.4 Aspectos laborales del alcoholismo.	16
1.4.5 Aspectos económicos del alcoholismo.	18
1.4.6 Aspectos publicitarios del alcoholismo.	19
1.4.7 Aspectos de salud pública referentes al alcoholismo.	20
1.4.8 Aspectos de seguridad social referentes al alcoholismo.	21
1.4.9 Aspectos criminalísticos del alcoholismo.	22
1.4.10 Aspectos sociológicos del alcoholismo.	23
1.5 Consecuencias del alcoholismo.	
1.5.1 La sobredosis.	24
1.5.2 Accidentes y violencia.	24
1.5.3 Problemas médicos.	25
1.6 Diagnóstico del alcoholismo.	28
1.7 Tratamiento para el alcoholismo.	



1.7.1 Tratamiento Médico.	36
1.7.2 Tratamiento Psiquiátrico.	37
1.7.3 Tratamiento Psicológico.	38
1.7.4 Tratamiento Grupos de Autoayuda.	40

## **CAPÍTULO II.**

### **EL MMPI Y EL MMPI-2.**

2.1 El MMPI.	41
2.2 El MMPI-2.	
2.2.1 Desarrollo y Construcción del MMPI-2.	49
2.2.2 Escalas del MMPI-2.	51
2.2.3 Índices útiles para el MMPI-2	
A) Índice de Golberg.	55
B) Índice de Megargee.	55
C) Tipología del dolor crónico.	55
D) Subescalas Harris-Lingoes.	55
E) Reactivos Significativos de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel.	55
2.2.4 Estudios realizados con el MMPI y el MMPI-2	
2.2.4.1 Estudios clínicos relacionados con las escalas de Alcoholismo	65
2.2.4.2 Investigaciones realizadas con los Reactivos Significativos	70

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA.**

3.1 Planteamiento y justificación del problema.	77
3.2 Objetivos.	79
3.3 Hipótesis.	80
3.4 Variables.	85
3.5 Muestra.	92
3.6 Muestreo.	92
3.7 Sujetos.	93

3.8	Diseño experimental.	94
3.9	Tipo de estudio.	94
3.10	Instrumento y materiales.	95
3.11	Procedimiento.	96
3.12	Análisis de los datos.	98

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS.**

Tabla 1:	Medidas de Tendencia Central para la variable EDAD en los grupos de sujetos alcohólicos y docentes.	99
Tabla 2:	Distribución de frecuencias respecto a la variable Estado Civil de los alcohólicos y no alcohólicos.	101
Tabla 3:	Media, Desviación Estándar y prueba t de Student con el grupo de pacientes alcohólicos y el de sujetos no alcohólicos	102
Tabla 4:	Sensibilidad Discriminativa para los Reactivos Significativos de manera individual, por medio de la prueba Chi <sup>2</sup> .	103

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

Discusión y Conclusiones	109
Alcances.	115
Limitaciones	117
Sugerencias.	119

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.** 120

### **APÉNDICE.**

## RESUMEN.

Con el fin de determinar la Sensibilidad Discriminativa de los *Reactivos Significativos* de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel, se aplicó el MMPI-2 en un grupo de 244 sujetos del sexo masculino (122 sujetos alcohólicos y 122 sujetos no alcohólicos) cuyas edades comprendían entre los 24 a los 69 años. La media de edad para el grupo alcohólico fue de 39.492 con una desviación estándar de 10.154, para los docentes la media de edad fue 40.557 y la desviación estándar de 8.812. Se realizó una comparación entre los sujetos alcohólicos y los sujetos docentes con los resultados obtenidos en los 17 grupos de *Reactivos Significativos*.

Se empleó la prueba t Student y se obtuvieron diferencias significativas ( $p=0.05$ ) en los 17 Grupos de *Reactivos Significativos*. Los 6 grupos de propuestos por Koss-Butcher: Estado de Ansiedad, Ideación de Depresión Suicida, Amenaza de Ataque, Estrés por alcoholismo, Confusión Mental e Ideas de Persecución; así como, para los 11 grupos propuestos por Lachar-Wrobel: Actitud Antisocial, Conflictos Familiares, Síntomas Somáticos, Interés y Desviación Sexual, Ansiedad y Tensión, Alteraciones del Sueño, Problemas de Ira, Depresión y Preocupación, Opiniones Desviadas, Abuso de Sustancias y Experiencia y Pensamiento Desviado. Los resultados obtenidos de la prueba t de Student en alcohólicos, en lo referente al grupo 16: "Abuso de Sustancias" de Lachar-Wrobel; mostró también diferencias significativas ( $p =0.05$ ) lo que indica que dicho grupo puede ser usado para discriminar a población alcohólica con características similares a las de la muestra que conformó el presente estudio. A fin de obtener la sensibilidad discriminativa de los *Reactivos Significativos* de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel se empleó la prueba Chi<sup>2</sup> para comparar de manera individual los reactivos que conforman cada escala y se obtuvo que los únicos que no son significativos para este propósito son los reactivos no. 2, 10, 34, 57, 75, 176, 198, 208 y 261.

Los resultados obtenidos señalan que el uso de los *Reactivos Significativos* de Lachar-Wrobel y Koss-Butcher puede resultar efectivos como indicadores de Alcoholismo. Aun cuando, los criterios de invalidez establecidos para el perfil del MMPI-2 estén presentes; dado que podrán ser explorados en forma directa durante la entrevista individual. Los *Reactivos Significativos* proporcionan indicios que servirán a manera de guía para el diagnóstico y la intervención de los profesionales de la salud.

## INTRODUCCIÓN

Los *Reactivos Significativos* del MMPI-2 conforman 17 grupos; de éstos, 6 fueron propuestos por Koss-Butcher (1973 en Koss, Butcher y Hoffman, 1976), dichos autores los conformaron mediante reactivos del MMPI que diferenciaban pacientes que experimentaban crisis o problemas psicológicos que requerían hospitalización de otros pacientes que no experimentaban tales crisis. Los grupos fueron denominados como: Estado de Ansiedad, Ideación de Depresión Suicida, Amenaza de Ataque, Estrés por Alcoholismo, Confusión Mental e Ideas de Persecución. De igual manera, los 11 grupos se concibieron por Lachar y Wrobel (1979) para describir crisis o problemas psicológicos y se les conocen como: Actitud Antisocial, Conflictos Familiares, Síntomas Somáticos, Interés y Desviación Sexual, Ansiedad y Tensión, Alteraciones del Sueño, Problemas de Ira, Depresión y Preocupación, Opiniones Desviadas, Abuso de Sustancias y Experiencia y Pensamiento Desviado. Los *Reactivos Significativos* son de los componentes del MMPI-2 más novedosos, reelaborados a partir de su reestandarización.

Los *Reactivos Significativos* permiten evaluar diferentes tipos de problemas en una población heterogénea, diferenciar con éxito varios síntomas patológicos y en este mismo sentido, diferenciar poblaciones clínicas a través de sus síntomas característicos (Lewis, 1992). Greene (1990) hizo notar con su investigación que es trascendental respecto a dichos reactivos conocer "cuántas respuestas significativas son significativas" para descartar los reactivos obsoletos; añade además como una de sus conclusiones principales que la aprobación de algunos *Reactivos Significativos* es un indicador de interés imperante (se esperaría que los sujetos normales aprobaran muy pocos).

Mediante esta investigación se pretende conocer más acerca de la Sensibilidad Discriminativa de los *Reactivos Significativos* de Lachar-Wrobel y Koss-Butcher debido a que hay cierta controversia en cuanto a su capacidad para diferenciar a poblaciones normales de otras que presentan diversas patologías. Es necesario que el presente estudio permita acumular evidencia en favor o en contra de los estudios realizados con anterioridad; así en la investigación de Evans (1984; 1984b) se encontraron resultados contradictorios al indicar que la comparación entre la muestra patológica y la normal no

arrojaba diferencias significativas. Han sido pocas las investigaciones realizadas con el MMPI-2 hasta la fecha en lo concerniente a dichos reactivos; pero a pesar de esto, han permitido esclarecer aun más la importancia de su uso así como su eficacia en determinados grupos clínicos. Es indispensable hacer mención del estudio realizado por Aronson y colaboradores (1996) para establecer la relación entre la edad y los *Reactivos Significativos*, cuyos resultados señalan que a mayor edad en la población la presencia de dichos reactivos debe ser tratada con mayor detenimiento. Por otra parte la investigación más sobresaliente es la realizada por Ladd (1996) dirigida a establecer normas para los *Reactivos Significativos* en pacientes dependientes al uso de sustancias, al hacerse una comparación con la investigación de Evans (1984; 1984b) se encontraron algunas similitudes de respuesta en ambas muestras clínicas; también se estableció que para realizar estudios posteriores donde se tomen en cuenta los *Reactivos Significativos* es necesario conocer qué tanto dichos reactivos predicen la presencia de criterios clínicos.

Por tanto, el objetivo principal de esta investigación fue encontrar diferencias significativas en las respuestas dadas a los 17 grupos de *Reactivos Significativos* por una población mexicana de pacientes alcohólicos y otra no alcohólica. Cabe señalar que los dichos reactivos no han sido creados para utilizarse de forma aislada sino como parte del inventario por lo que es importante saber si al aplicar el MMPI-2, son capaces de esclarecer situaciones particulares, como es el caso de las características básicas que sugieran que se trata de población con problemas referentes al alcoholismo. Los *Reactivos Significativos* podrán ser utilizados como indicadores que permitan abordar durante la entrevista del individuo, situaciones concernientes a su consumo de alcohol sobretodo en aquellos casos en los que el perfil del MMPI-2 resulte inválido.

Por lo que concierne al tema del alcoholismo, se considero trabajar con este tipo de padecimiento debido a su relevancia; puesto que a pesar de que ha sido abordado ampliamente por los profesionales de la salud, sus características multicausales lo hacen un fenómeno complejo cuya evidencia incrementa diariamente. Su detección oportuna mediante instrumentos precisos y completos permitirá establecer las bases de una intervención eficaz.

El MMPI-2 fue elegido para este propósito debido a que permite integrar elementos para un diagnóstico más fino y confiable; además, es un instrumento con amplia difusión a nivel mundial sustentado por numerosas investigaciones. Al ser empleado frecuentemente en la evaluación clínica, muchos son los profesionales que podrán beneficiarse al trabajar con los *Reactivos Significativos* para obtener indicadores de problemas referentes al alcoholismo. Este instrumento también ha sido ampliamente usado en la Psicología Industrial para realizar Selección de personal, para identificar cuál es el tipo de apoyo requerido por los trabajadores de una empresa y para aumentar su productividad (Butcher y Williams, 1992; Lucio, 1995).

En el Capítulo I se presentan las características generales de los pacientes alcohólicos y lo relacionado con el alcoholismo en los aspectos de Psicología y patología así como los diferentes enfoques del Síndrome de Dependencia al alcohol y sus respectivos abordajes.

En el Capítulo II, se presentan los aspectos teóricos del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su recorrido por la historia de la evolución del inventario desde su origen hasta las modificaciones realizadas por Butcher en 1989, que dieron origen al MMPI-2 y los cambios que han sufrido las diversas escalas incluyendo una completa exposición de los diversos grupos de Reactivos Significativos con el fin de comprender un poco más acerca del instrumento; también se presentan las investigaciones más importantes en torno al tema.

En el Capítulo III se da a conocer la metodología utilizada en la presente investigación.

En el Capítulo IV se presentan los resultados, el análisis estadístico de éstos y finalmente, en un apartado posterior, se presentan las conclusiones del trabajo, limitaciones y posibles sugerencias para futuras investigaciones.

# CAPÍTULO I.

## ALCOHOLISMO.

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida, el estado físico y psicológico y el ambiente en el que se consume; se denomina *estado de intoxicación alcohólica*.

La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos (McAndrew, 1989). Entre los documentos escritos más antiguos se encuentra una colección de tablillas de arcilla halladas en Mesopotamia que incluyen una lista de gastos donde está la anotación "Pan y cerveza para un día". En las inscripciones de los egipcios nobles es muy común encontrar la siguiente "Di pan a los pobres y cerveza a los sedientos". Hay testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, hebreos, griegos y romanos tenían respecto del vino y otras bebidas con contenido alcohólico; los egipcios atribuían a Osiris haberles permitido utilizar el vino, los hebreos a Noé, los griegos a Dionisios y los romanos a Baco (Jeanmarie, 1991).

El alcohol es una sustancia con acción depresiva porque disminuye el funcionamiento del sistema nervioso central, éste comienza a afectar al cuerpo rápidamente. El alcohol entra al torrente sanguíneo de la siguiente manera:

- En el estómago se absorbe una cantidad pequeña.
- En el intestino delgado se absorbe la mayoría del alcohol.
- La sangre transporta el alcohol a todo el cuerpo.
- En el hígado el alcohol se convierte en agua, dióxido de carbono y energía, a la razón de ½ onza de alcohol puro por hora.
- En el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas.

El alcohol no está expuesto a ningún proceso de digestión por lo que en su mayoría pasa primero al intestino delgado para ser absorbido por el torrente sanguíneo. Sólo una pequeña parte llega a la sangre a través de las paredes estomacales, donde es metabolizado (descompuesto para ser eliminado o aprovechado por el organismo) mediante el proceso de oxidación (se fusiona con el oxígeno y se descompone en bióxido de carbono y agua).

La química del alcohol afecta a casi todo tipo de células del cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central (Blum y Payne, 1990). En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce y se vuelve dependiente de él.

El consumo del alcohol, ha sido reconocido como integrador social y favorecedor de la convivencia. Esto es, el alcohol es una de las bebidas embriagantes que, consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar (Guerra, 1997). El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y la poderosa propaganda que recibe se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. Dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores lo que permite estimar que existen aproximadamente 28 millones de individuos catalogados como tales: 70.1% pertenece al intervalo de 19-65 años, con respecto al género 77.2% del total de la población masculina son bebedores y 57.5% de la población total de mujeres se catalogan como bebedoras (Campillo y colaboradores, 1990; SSA, 1993).



## 1.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO "ALCOHOLISMO".

Los estudiosos de los problemas ocasionados por el uso de alcohol han tenido problemas acerca de la definición de *Alcoholismo*, desde que fue acuñado dicho término por el sueco Magnus Huss en 1849 (Ver Mendelson y Mello, 1992). El alcoholismo ha sido definido en múltiples ocasiones como una falta moral, una enfermedad médica, un desorden mental, conductual o de causas culturales; mientras el desacuerdo continúa se han llevado progresos considerables, estableciendo criterios objetivos para clasificar a los pacientes que sufren alcoholismo.

Un primer progreso se manifestó cuando Rush (1790) y Woodward (1838) conceptualizaron la enfermedad como problema físico. Cien años después de la creación del término de Huss, en (1951) Ford propone el alcoholismo como *una enfermedad física, psíquica y espiritual* (Velasco, 1992).

En 1952 la OMS definió a los alcohólicos como "bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que presentan indicios de tales manifestaciones", esta definición tuvo el mérito de introducir la idea de dependencia que está implícita. Dos años después vuelve a revisar su definición y establece que el alcoholismo "es una enfermedad crónica o desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas. De manera que excediendo el uso dietético acostumbrado o de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud de los bebedores, a sus relaciones con otros y a sus actividades económicas" (Villamil y Sotomayor, 1986).

Keller (1958) establece que el alcoholismo es una enfermedad crónica, un trastorno de conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en el que excede lo socialmente aceptado e interfiere con la salud del bebedor así como con sus relaciones interpersonales o su capacidad para el trabajo". (Mendelson y Mello, 1992; Velasco, 1992).

En 1960, Jellinek define el término en su obra clásica *The Disease Concept of Alcoholism*: como "todo uso de bebidas alcohólicas que causa daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a ambos". Propuso que cuando los problemas del beber ocurren en unión a la tolerancia, la abstinencia, la pérdida del control del beber y la incapacidad para abstenerse del beber excesivo; deben de verse reunidos en un todo a manera de enfermedad (Ver Velasco, 1992). Las definiciones médicas del alcoholismo enfatizaron su naturaleza progresiva, sus características de síndrome y la importancia del rol de dependencia física; los criterios desarrollados enumeran consecuencias biomédicas asociadas al alcoholismo. La aproximación médica más comprensiva fue formulada por el National Council on Alcoholism's (NCA) Criteria Committee (1972) que establece numerosos signos físicos y psíquicos del alcoholismo definiéndolo como "un desorden progresivo cuyas consecuencias físicas son más importantes como criterios diagnósticos".

Benítez en 1975 establece al alcoholismo como "una enfermedad crónica, la acción de beber repetida e implícitamente bebidas alcohólicas, que como causa trae daños a la salud del bebedor o su funcionamiento, la sociedad y su economía". Martínez (1979) establece que la dependencia del alcohol "es el desarrollo de unas conductas desviadas características, asociadas al consumo prolongado de cantidades excesivas de alcohol". El alcoholismo se considera una enfermedad crónica de etiología no determinada, de instauración insidiosa, que muestra síntomas signos reconocibles proporcionales a su gravedad (Ver Griffith, 1997). Villamil y Sotomayor (1986) lo definen como "una

enfermedad caracterizada por la preocupación por el alcohol, pérdida del control sobre su consumo, cronicidad por la progresión y tendencia a reincidir. Asociado a impedimentos físicos, problemas emocionales y ajustes sociales, como consecuencia directa del uso persistente y excesivo del alcohol".

Las formulaciones de criterios psiquiátricos objetivos para el diagnóstico del alcoholismo fueron iniciadas en los años 70's por investigadores afiliados a la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, influenciada de manera completa por las características de la APA (1980) y así se establece la Tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) en donde el término Dependencia al alcohol fue creado para sustituir el término Alcoholismo que prevalece en el DSM-I y DSM-II. La Dependencia al alcohol fue distinguida del Abuso de alcohol por la presencia de síntomas de Tolerancia y Abstinencia.

La OMS (1989) en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE9) formuló la definición del alcoholismo como "un estado de dependencia física y emocional durante el cual un individuo presenta compulsión a beber", en el CIE-9 el alcoholismo estaba clasificado en *Otros desórdenes mentales no psicóticos*. Fue durante la décima revisión (CIE-10) donde se sustituyó el término Alcoholismo por el de Síndrome de Dependencia al Alcohol y se establece como "un estado psíquico y físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen una compulsión por tomar alcohol de manera continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y algunas veces para evitar las molestias producidas por su ausencia, pudiendo estar presente o no la tolerancia".

Mendelson y Mello (1992) definen dicho síndrome como "la interrelación de síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos caracterizados por disfunciones físicas, psicológicas y sociales independientes de la cantidad de alcohol consumido".

De Deburghraeve y Belliard (1998) definen al Síndrome de dependencia al alcohol como una enfermedad que se caracteriza por los siguientes elementos:

- Deseo insaciable y compulsivo de beber alcohol.
- Pérdida de control: imposibilidad frecuente de parar de beber.
- Dependencia física: la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad.
- Tolerancia: Necesidad de aumentar el alcohol ingerido para sentirse intoxicado.

## 1.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES DEL TERMINO "ALCOHOLISMO".

Los conceptos de "síndrome" y de "dependencia al alcohol" implícitos en las definiciones de la APA y la OMS permiten considerarlás como la base principal en las teorías actuales de las Adicciones (Edwards, 1986). Los postulados incluyen la unión de elementos cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que relatan un proceso psicobiológico donde la manifestación de dichos elementos se realiza a lo largo de un continuo.

- El DSM-IV (Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) lo conceptualiza como:

Dependencia al Alcohol (303.90), en la que "la característica esencial de la dependencia al alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo el alcohol a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con el mismo. La dependencia fisiológica al alcohol se reconoce por la presencia de tolerancia o de síntomas de abstinencia. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva del alcohol. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses:

\* Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

\* Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) Síndrome de abstinencia característico.

b) Se toma el alcohol para evitar los síntomas de abstinencia.

\* El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

\* Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.

\* Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol y en el consumo del mismo.

\* Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.

\* Se continúa tomando a pesar de tener la consciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo. (APA, 1994).

• El CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades).

Señala que de acuerdo con la OMS (1992) los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Alcohol se establecen bajo el código F10, proporcionando el F10.2 al Síndrome de Dependencia al Alcohol y definiéndolo como "un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo del alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto". La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir alcohol. La recaída en el consumo después de un breve periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico. El diagnóstico solo debe de hacerse si durante algún

momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- \* Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- \* Disminución de la capacidad para controlar el consumo del alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- \* Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por el síndrome de abstinencia o el consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- \* Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de las cantidades de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- \* Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- \* Persistencia en el consumo del alcohol pese a sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado.

El Síndrome de dependencia del alcohol habría sido definido como un concepto sindrómico por Edwards (1986) e incluido como tal en el sistema de clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-IV) representando una amalgama de síntomas físicos y psíquicos. Por todo lo anteriormente expuesto, el Síndrome de dependencia del alcohol, debe ser considerado un constructo teórico o síndrome multivariado (Rodríguez-Martos, 1989).

### 1.3 TIPOS DE ALCOHÓLICOS.

Otra aproximación al diagnóstico es crear la tipología de los alcohólicos de acuerdo con factores etiológicos específicos, patrones de consumo o características asociadas a su

consumo. El reconocimiento de la heterogeneidad de las características que definen el alcoholismo ha permitido establecer tipologías de acuerdo con una gran variedad de dimensiones como el patrón de consumo, la vulnerabilidad genética, el desarrollo del curso, el perfil de personalidad del alcohólico, la personalidad psicopática asociada al alcoholismo y otras. Jellinek (1960) realizó una profunda contribución al estudio del alcoholismo al establecer 5 categorías, dicha tipología adquirió tal arraigo que es raro que exista algún especialista que no la conozca o este familiarizado con ella. Los tipos mencionados (Ver Velasco, 1992) son:

- Tipo Alfa.
- Tipo Beta.
- Tipo Gamma.
- Tipo Delta.
- Tipo Epsilon.

Alonso Fernández (1989) describe 5 tipos; corresponden a los tipos de Jellinek (1960):

- Bebedor enfermo psíquico → Alfa.
- Bebedor alcoholizado → Beta.
- Bebedor alcohómano → Gamma.
- Bebedor excesivo regular → Delta.
- Bebedor episódico → Epsilon.

Cioninger en 1987 (Ver Velasco, 1992) propone un modelo neurobiológico del alcoholismo que distingue dos tipos generales:

- Tipo I. Alcohólico limitado al medio. Son alcohólicos que desarrollan dependencia física y sentimientos de culpa.
- Tipo II. Alcohólico del sexo masculino. Alcohólicos que tienen problemas con el alcohol en edades tempranas y presentan conducta socialmente disruptiva cuando beben.

## **1.4.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ALCOHOLISMO.**

### **GRUPOS DE RIESGO (SEXO Y EDAD).**

Muchas personas que ven a un médico han tenido un problema relacionado con el alcohol en algún momento. La mayoría son hombres, pero la incidencia del alcoholismo en las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años (47.1% de la población total de bebedores); la frecuencia en el grupo femenino es de 2 a 6 veces al año, en los grupos de mujeres de 19 a 25 años (12.9% son alcohólicas) y de 26-34 años (10.3%) es donde se encuentran las frecuencias más elevadas de consumo, es decir, en el centro de la etapa reproductiva. Los problemas predominantes que se presentan en la mujer alcohólica (9% de la población femenina) son problemas con su familia por su consumo de alcohol (SSA, 1993). La variedad de conductas y las consecuencias del beber en la mujer están relacionadas con los roles que desempeña en las diferentes culturas (Natera y Casco, 1992); en México los estudios epidemiológicos que se han realizado sobre el consumo de alcohol han reportado la necesidad de realizar estudios especiales para aproximarse de manera mas adecuada al alcoholismo en la mujer, investigaciones previas han sugerido que en el 91.5% de las mujeres dependientes al alcohol existía alcoholismo en los padres, carencias afectivas y violencia familiar (Casco y Natera, 1993).

### **HISTORIA FAMILIAR Y RASGOS DE PERSONALIDAD.**

Una familia y una salud psicológica estables son factores protectores de las personas con un riesgo genético, lamentablemente no hay manera de predecir que miembros de familias alcohólicas se encuentran en mayor peligro del alcoholismo (Calderón, Bustamante y Vasconcelos, 1980). Natera, Pérez, Borges y Medina-Mora (1994) realizaron una investigación tomando en cuenta una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1993) y obtuvieron que el alcoholismo en el padre, la embriaguez del mismo y el haber estado presente mientras el padre bebía son factores de riesgo para el Síndrome de Dependencia al Alcohol. Investigaciones similares han sido realizadas por Caraveo y colaboradores (1995) obteniendo la submuestra de dicha encuesta y de la



Encuesta Nacional de Salud Mental.

#### ADOLESCENTES ALCOHÓLICOS.

En los jóvenes se observa una disminución en la edad de inicio del consumo de alcohol, que en la actualidad se produce entre los 12 y los 14 años, con un patrón de consumo que busca una intoxicación etílica rápida. La ingestión se asocia con un estilo de vida propio y a los momentos de ocio, aunado a esto la mayoría de los pacientes jóvenes que tienen problemas de alcohol presentan también el abuso de otras sustancias, cualquier persona que empieza a beber en la adolescencia está en mayor riesgo. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1993) apoyada por investigaciones posteriores de Berenzon, Carreño, Medina-Mora, Juárez y Rojas (1994) del total de adolescentes un 53.7% de entre 12 y 18 años pertenece al grupo de los bebedores; esto ubica a más de la mitad de adolescentes, poco más de cinco millones de jóvenes a nivel nacional como individuos alcohólicos. Con respecto al género la proporción se mantiene (52.9% son hombres y el resto mujeres), existen diferencias por género siendo las mujeres quienes presentan mayores índices de percepción de riesgo hacia el consumo y más bajos de tolerancia social. De los adolescentes bebedores el 1.4% (n= 71 682) consume alcohol de 1 a 4 veces a la semana de los cuales se consideran más de 300 000 varones; el 11.2% bebe cerveza de 1 a 3 veces al mes y un 6.5% la consume diariamente, 5% consume destilados más de 3 veces al mes y el 11.9% vino de mesa. 7% del total de bebedores que son adolescentes consumieron bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez.

#### EMBARAZO.

Siempre se ha mantenido que en el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) existe una relación causa-efecto del consumo de alcohol en las embarazadas por lo que este aspecto es un motivo más que suficiente para considerar la prevención en estas mujeres ya que el consumo de alcohol acarrea parto pretérmino y aborto espontáneo. Se ha calculado que el 6% de los hijos de mujeres con alto nivel de consumo alcohólico presenta el síndrome (Borges, 1988; 1992). Otros trastornos que pueden estar presentes son bajo peso al

nacer, ciertos retrasos mentales y psicomotores, etc. Sin embargo en estudios realizados por Borges, Garrido, Cárdenas, Ibarra y Bobadilla (1993) se establece que el consumo de alcohol durante el embarazo, la lactancia y el año anterior al parto no fueron factores de riesgo de mortalidad postnatal no así el consumo paterno del último año que tenía efecto significativo en la mortalidad postnatal.

#### PERSONAS DE EDAD AVANZADA.

Debido al incremento de la longevidad se presenta entre los ancianos un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas; por consiguiente debería incrementarse la información acerca de los riesgos para su uso y los problemas de salud que acarrea, los cambios que produce en la personalidad y las alteraciones que causa el alcohol mezclado con medicamentos que frecuentemente son ingeridos por los ancianos. Según la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1993) el 2.2% de la población bebedora son ancianos y un 20.4% de la población mayor de 45 años que bebe lo hace hasta la embriaguez.

#### GRUPO ÉTNICO Y CONDICIONES SOCIALES.

Las diferencias étnicas afectan a la sensibilidad, las personas en ciertos grupos pueden estar en un riesgo menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Las personas con defecto genético como es el caso de algunos orientales debido a la ausencia de hidrogenasa tienen probabilidad de experimentar reacciones adversas al alcohol entre las cuales se encuentra el ruborizamiento, mareo y náusea (Griffith, 1997). Los riesgos para el alcoholismo son mayores en las personas con niveles educativos superiores, el porcentaje más bajo se ubica en el grupo que nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionistas (82.1% licenciados son bebedores); Es importante tomar en cuenta que con frecuencia como parte de la percepción social el proceso de alcoholización se identifica con la falta de educación, la pobreza y la incultura, los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones no corroboran dicho supuesto social (SSA, 1993). Con respecto a la ocupación los resultados desmienten la asociación del

consumo de riesgo ligado al desempleo ya que al rededor del 40% de los empleados y desempleados se encuentra dentro del grupo de alto riesgo, 16.1% son estudiantes y 5.1 dedicados al hogar.

### **1.4.2 ASPECTOS GENÉTICOS DEL ALCOHOLISMO.**

Estudiando gemelos idénticos, no idénticos y niños criados en familias adoptivas lejos de sus padres biológicos, es posible separar los efectos naturales de los aprendidos. Con solo unas pocas excepciones la tendencia de los estudios confirmaron que hay componentes genéticos en el alcoholismo (Mendelson y Mello, 1992). La dependencia al alcohol, está asociada con el incremento del voltaje de los canales de calcio de las membranas celulares y esto es provocado por la activación de los genes. Se pueden establecer algunas características genéticamente determinantes del alcoholismo sin embargo no se pueden aislar los factores y adjudicarlos solo a los genes o al ambiente sino abarcarlo como producto de la interacción entre la variación genética y el ambiente.

### **1.4.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOLISMO.**

Las consecuencias derivadas del consumo del alcohol constituyen actualmente uno de los problemas sanitarios más críticos tanto a nivel mundial como en el ámbito nacional. La mejor manera de entender los fenómenos derivados del Síndrome de Dependencia al Alcohol, es a través de un enfoque multidisciplinario en donde ningún modelo tenga supremacía sobre los otros. No se han hallado rasgos de personalidad que conduzcan específicamente al alcoholismo aunque ciertos factores como inmadurez, baja autoestima, inseguridad, búsqueda de sensaciones (tales como sentirse libre, ser extrovertido y relacionarse fácilmente con los demás) y algunos procesos psiquiátricos como los trastornos afectivos y la ansiedad generalizada aumentan la vulnerabilidad. Entre los trastornos de la personalidad, la personalidad antisocial se considera el factor de mayor predicción con respecto a los problemas alcohólicos y otras adicciones (Turull, 1992). La

personalidad borderline también compartiría una mayor probabilidad de desarrollar una dependencia alcohólica. En lo que respecta al modelo psicológico actualmente se observan varios fenómenos que deben de ser considerados como fundamentales para ubicar adecuadamente su grado de influencia en el abuso de alcohol los principales son:

#### A) Depresión y ansiedad.

Algunas personas beben para aliviar la ansiedad o la depresión, hay estudios que indican (Kusner, Sher y Beitman, 1990) que cuando los niños de padres alcohólicos son criados por padres no alcohólicos, sus riesgos para el alcoholismo permanecen altos pero oportunidades para la depresión y la ansiedad no son mayores que las de la población general. La depresión también puede desempeñar una función principal en el desarrollo de alcoholismo en los ancianos y en otros quienes son sujetos a cambios de vida no deseados, como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo(a) y los problemas médicos.

#### B) Efectos Neuropsicológicos.

Uno de los aspectos que más preocupan al enfermo alcohólico y a su familia es el grado de deterioro psíquico y orgánico producido así como las posibilidades de recuperación. Si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre interfiere con los procesos mentales superiores por lo que se deteriora la percepción visual, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión; se presentan alteraciones de funciones como la abstracción, la memoria a corto y largo plazo, el procesamiento de información, la resolución de problemas, el análisis visoespacial, la habilidad para el cálculo, el lenguaje y las funciones sensomotoras (Fernández, 1989).

#### C) Trastornos afectivos.

La proporción de personas lesionadas por intentos de suicidio que están bajo los efectos del alcohol es significativamente mayor a la observada en los no alcohólicos (Terroba, Saltijeral y Del Corral, 1986). Según lo obtenido por una encuesta realizada en 8

hospitales de la ciudad de México, el 51.5% se colocó como bebedor y el 40.5% se calificó como abstemios (Narváez, Rosovsky y López, 1991). El 80% de los pacientes dependientes al alcohol presentan sentimientos de depresión con periodos de depresión grave de dos semanas o más de duración (SSA, 1993). Se ha hablado que el trastorno depresivo tiende a manifestarse como Alcoholismo acompañado del Trastorno Antisocial en varones, y Depresión en mujeres; por lo que al presentarse un trastorno depresivo asociado al alcoholismo se requiere un tratamiento simultáneo tanto para la depresión como para el propio alcoholismo. (Molina, Román, Berruecos y Sánchez, 1993).

#### D) Trastorno de ansiedad.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad (trastorno por angustia, las fobias y el trastorno obsesivo compulsivo) es del 14.6% en la población general frente al 19.4% en las personas que presentan abuso o dependencia de alcohol, es decir que la prevalencia de los trastornos afectivos en pacientes alcohólicos es 1.5 veces mayor que en la población general. La prevalencia de alcoholismo entre las personas que padecían algún trastorno de ansiedad es también elevada: en el trastorno por angustia era del 28.7%, en el obsesivo-compulsivo del 24% y en las fobias del 17.3%, entre el 23 y el 53% de los pacientes alcohólicos han presentado fobias u otros trastornos de ansiedad. Este hallazgo sugiere que será infructuoso ayudar a las personas a superar sus ansiedades sociales, agorafobia o fobia de otros tipos mientras éstas sigan siendo agravadas por el Síndrome de Dependencia al Alcohol (ver Stockell en Aizpiri, 1996).

#### E) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Este trastorno aparece con frecuencia asociado al alcoholismo, los antecedentes infantiles de problemas de atención e hiperactividad, se unen a los síntomas actuales como la labilidad emocional, desorganización, incapacidad para completar las tareas, mal humor, impulsividad e intolerancia al estrés.

#### F) Trastornos psicóticos.

La esquizofrenia entre los pacientes alcohólicos es del 3.8%, es decir, 3 veces más que en la población general en la cual es del 1.5%. A su vez la prevalencia de alcoholismo entre los pacientes esquizofrénicos es del 33%, también tres veces más que en la población general (Tapia, 1993). El abuso de alcohol en pacientes esquizofrénicos se ha asociado a un aumento de la gravedad de los síntomas psiquiátricos, múltiples problemas sociales, abuso de otras drogas y malos resultados en el tratamiento. Por otra parte los trastornos psicóticos aparecen en pacientes alcohólicos de larga evolución con grave afectación encefalopática que es un proceso crónico que originan delirios alcohólicos y alucinaciones alcohólicas. En los delirios alcohólicos tradicionalmente se distinguen dos tipos: la celotipia y la paranoia alcohólica en los que el paciente puede llegar a ser muy agresivo y peligroso. Las alucinaciones alcohólicas son denominadas "alucinaciones de los bebedores de Wernicke" caracterizándose por el predominio de las alucinaciones auditivas que son difíciles de distinguir de las ilusiones auditivas (Benedetti, 1985; Fals, 1992); en algunos casos sólo la utilización de los neurolepticos permite mejoras parciales. Debe de establecerse el diagnóstico diferencial con el Delirium Tremens puesto que inicialmente ambos cuadros suelen parecerse.

#### 1.4.4 ASPECTOS LABORALES DEL ALCOHOLISMO.

Los estragos causados por el alcohol en el medio laboral no son siempre aparentes a simple vista, el alcohólico es con frecuencia un enfermo oculto y ocultado; sus trastornos de comportamiento serios no suelen ser atribuidos al alcohol. En México diversos estudios de corte epidemiológico (Campillo y López, 1988; 1994) coinciden en señalar que el consumo de alcohol es un problema de salud pública y que es elevado el número de alcohólicos con un bajo nivel de instrucción que pueden conjugar de manera eficaz el consumo de alcohol con su trabajo. El alcoholismo produce estragos en la industria muy

difíciles de establecer en estadísticas, incluso si el problema es conocido. He aquí algunos de los problemas:

- Baja de la productividad
- Destrozo o mal uso del material
- Deterioro de la calidad del producto fabricado
- Disminución del ritmo de producción donde está colocado.
- Gran cantidad de ausencias o tardanzas
- Retraso frecuente de la llegada al trabajo.
- Ausencia frecuente después de días de fiesta.
- Desapariciones frecuentes del puesto sin justificación previa.
- Pequeño ausentismo por enfermedades menores.
- Cambio progresivo de actitud del sujeto.
- Variaciones marcadas de humor, cóleras, pérdidas del interés por el trabajo.

#### LA LEGISLACIÓN MEXICANA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL.

La Constitución de Querétaro que entró en vigor en la Ciudad de México el 1o. de mayo de 1917 tomó en cuenta la situación social, económica y política imperante a finales del siglo XIX y la primera década del siglo XX que originó la Revolución Mexicana; así, consideró que el alcoholismo es una enfermedad individual y social que tiene su origen en el abuso del alcohol, en dosis periódicas tiende a disminuir las células del sistema nervioso. Establece, según lo expuesto por Molina y colaboradores (1989;1993) que el individuo ebrio pierde todo dominio o inhibición de su conciencia y se convierte en transmisor de taras hereditarias permaneciendo constantemente al borde de la demencia y el crimen. Por estas razones al tratar lo relativo al Contrato de Trabajo, Obligaciones y Derechos de los sujetos de la relación obrero-patronal en su Artículo 123 título Sexto referente al capítulo "Del trabajo y de la Previsión Social" en el Apartado A, fracción XII se dice: *Queda prohibido, en todo centro de trabajo, el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juegos de azar.* Está prohibido tanto para obreros

como para los patrones ingerir bebidas embriagantes y llegar al alcoholismo; así con base a la Ley Federal del Trabajo de 1970 (ver Baez en Molina, 1989) encontramos que los preceptos 112, 114, 133 y 135 prohíben a los patrones y a los trabajadores presentarse en la fábrica, taller o establecimiento de trabajo en estado de embriaguez o bajo la influencia de alguna droga. Se dio margen a la creación del Derecho Laboral o del trabajo; en el precepto 47, fracción XIII para efectos de rescisión de las relaciones de trabajo, 116, 133 frac. XI y 135 Frac. IV en cuanto a las obligaciones y prohibiciones previstas para los sujetos de la relación obrero-patronal se establece lo siguiente: "el estado de ebriedad será causa suficiente de rescisión de la relación laboral y no serán considerados como accidentes de trabajo, ni enfermedades profesionales las que ocurran encontrándose el trabajador en estado de embriaguez, cuando el trabajador se ocasiona a propósito la incapacidad o cuando el siniestro sea resultado de algún delito del que es responsable el trabajador o debido a un intento de suicidio o una riña". (Molina, 1989; 1993). Así se establece el alcoholismo es un factor que causa distorsión grave de la situación laboral y que existen leyes específicas para asegurar que una persona en estado de ebriedad pueda causar mayores estragos.

#### **1.4.5 ASPECTOS ECONÓMICOS DEL ALCOHOLISMO.**

La sociedad mexicana corresponde al esquema capitalista, se conserva en su estructura las relaciones de producción, distribución y consumo de alcohol; sus componentes han sido impuestos por una clase alta a la gran mayoría. El alcoholismo sirve para incrementar las ganancias de la clase dominante y mediatizar el poder crítico de la sociedad. Los niveles, estructura de la producción y su distribución así como el consumo de bebidas alcohólicas en México crecen en función del esquema consumista: por la manipulación publicitaria de la demanda se promueve el consumo de la bebida alcohólica con alto y bajo contenido de alcohol (Ventura, 1992).



En un estudio realizado por Rosovsky (1985) la información indica que la cantidad de alcohol disponible se ha incrementado en los últimos 20 años; la industria de las bebidas alcohólicas constituye un sector de suma importancia para la economía mexicana, destacan fundamentalmente dos productos: la cerveza y los vinos y licores. Para 1990 la cerveza absorbió el 58% y le siguieron los vinos con el 32.4% y la producción de tequila, aguardiente y agave con un 25%. Ante la perpetuidad de la demanda de bebidas alcohólicas, la publicidad crea las condiciones para un mayor consumo, para beneficio de algunos productores en expansión (La publicidad, 1982). La producción y venta son controladas por las grandes empresas que cuentan con modernas estrategias de distribución y mercadeo que limitan la instrumentación de políticas de salud contra el alcoholismo y el consumo excesivo; sin embargo la legislación mexicana en materia de alcohol puede considerarse avanzada en comparación con las implementadas por otros países en vías de desarrollo. (Ventura, 1992; SSA, 1993). Entre los principales egresos financiaron del país, destaca la población económica incapacitada por el alcoholismo, pérdidas por ausentismo, gasto público destinado a la rehabilitación de alcohólicos, gasto por daño a la propiedad, pérdida de ingresos a la unidad familiar, endeudamiento y desequilibrio económico familiar (Rosovsky, Borges, Cañanova y Villatoro, 1990). El consumo per capita en México del alcohol ha variado considerablemente entre 1979 y 1992 (Rosovsky, Narváez, Borges y González; 1992; Rosovsky, Casanova, Gutiérrez, González y Borges, 1994).

#### **1.4.6 ASPECTOS PUBLICITARIOS.**

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) es la dependencia del poder Ejecutivo Federal encargada de proteger la salud de la sociedad. Para lograr su objetivo cuenta con diversas facultades entre las que se encuentra el control de los diversos productos y servicios relacionados con la salud pública. Esta facultad está establecida en el Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (ver Galván en Molina, 1989).

Por lo que respecta a la publicidad de estos productos, existen diversos ordenamientos legales que determinan la competencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para controlarla; así, en diferentes preceptos del Código Sanitario se establecen las características de esa publicidad así como la obligación de los particulares de solicitar ante la Secretaría, la autorización correspondiente. En 1974 se emitió el Reglamento de Publicidad para Alimentos, Bebidas y Medicamentos que aún esta vigente; contempla preceptos donde se indica claramente la forma de tramitar ante la Secretaría los proyectos publicitarios, así como los requisitos que el particular, el publicista o el anunciante deben cumplir a fin de que le sean autorizados sus proyectos.

#### **1.4.7 ASPECTOS DE SALUD PÚBLICA.**

Los estragos causados por el consumo inmoderado se presentan en varios niveles, en cuanto al individuo propicia serias alteraciones en el organismo, principalmente en el hígado ocasionando cirrosis hepática que en México figura entre las cinco principales causas de defunción entre los 25 y los 64 años de edad; problemas gastrointestinales, circulatorios y una diversidad de alteraciones psíquicas graves y algunas veces irreversibles como la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakov, etc. (SSA, 1993). Algunos estudios (Molina, 1989; Smith-Di Julio, 1994; Casas, Gutiérrez y San L., 1994) señalan que entre los bebedores excesivos de alcohol el índice de mortalidad puede ser de 2 a 4 veces mayor que en la población general. Estudios realizados por Narro, Gutiérrez, López, Borges y Rosovsky (1992) y Narro, Gutiérrez, López, Phil, Borges y Rosovsky (1992) encontraron una tasa elevada de mortalidad por cirrosis hepática con tendencia ligera al incremento en el sexo masculino y el fenómeno opuesto en el femenino así como un aumento de mortalidad proporcional por esta causa.

En cuanto a los problemas que ocasiona en el nivel familiar podemos señalar: desintegración, ejemplos negativos por parte de los individuos que se alcoholizan para

con los niños, al maltrato a los hijos, el aumento de la delincuencia de los jóvenes, las carencias económicas, etc.(ver Aizpiri, 1996). Para la sociedad se encuentran: ausentismo laboral, actos de violencia, suicidios, homicidios, violaciones, accidentes de tránsito y laborales. En los años 80's y en los primeros años esta década se encontró (ver Velasco, 1992) que un 81.7% de las intoxicaciones que se atienden en los hospitales se debieron a problemas causados por la ingestión de alcohol; la mortalidad causada por la cirrosis hepática figura en noveno lugar entre la mortalidad general y la relación del alcohol con actos violentos en forma de accidentes, lesiones y homicidios en los últimos años de los años 90's alcanzó una tasa verdaderamente alarmante. La SSA (1993) a través de su programa de Prevención de Accidentes pudo establecer que el 50% de todas las defunciones por vehículos de motor se deben al alcohol, así como abarca un gran porcentaje de los accidentes de trabajo e incluso en el hogar.

#### **1.4.8 ASPECTOS DE SEGURIDAD SOCIAL RESPECTO AL ALCOHOLISMO.**

En el régimen de Seguridad Social en la República Mexicana se consideran dos grandes áreas: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Aún cuando comparten aspectos comunes, tienen diferencias que hacen recomendable su estudio por separado. En lo referente a los problemas que plantea el alcohólico, uno de los principales lo constituyen las horas de trabajo perdidas, como consecuencia directa de su conducta alcohólica plasmada en faltas los días lunes al trabajo como consecuencia de su ingestión de bebidas durante el fin de semana. La información estadística permite conocer el considerable ausentismo entre los trabajadores afiliados al I.M.S.S.; También se presenta el caso de que el trabajador trata de conseguir de los médicos las incapacidades pretextando diversas enfermedades. Resulta sumamente importante lo expuesto en la Exposición de Motivos de la Ley del Seguro Social en el sentido de que "Si es cierto que

no existe una forma capaz de impedir de modo general y absoluto las consecuencias de los riesgos de una persona en estado de ebriedad si hay un medio para proteger el salario mediante el Seguro Social que aminora las penalidades en los casos de incapacidad" (Molina, 1989).

En el I.S.S.S.T.E. se presentan fenómenos análogos a los que se acaban de describir en el IMSS pero con diferencias como las siguientes: las horas-trabajo tienen la misma importancia, sin embargo el intento del trabajador de obtener por parte de los médicos del ISSSTE la incapacidad que justifique sus faltas se torna en ocasiones más conflictiva ya que acude en ocasiones el sindicato respectivo que desarrolla mecanismos de presión al médico. Si logra obtener la incapacidad médica produce mayor conflictiva pues el trabajador alcohólico ha descubierto la manera más fácil para continuar sus hábitos alcohólicos, las faltas a su trabajo y burlas las disposiciones administrativas correspondientes. Respecto a la invalidez: hay mayor cantidad por accidentes originados debido al consumo de alcohol dentro del horario de trabajo que los accidentes fuera del mismo.

#### **1.4.9 ASPECTOS CRIMINALÍSTICOS DEL ALCOHÓLICO.**

Dos aspectos se destacan en la historia del alcoholismo en referencia a la actitud que adopta el Estado Mexicano; por una parte, la preocupación social de que debe ser combatido por los evidentes males que provoca y por otra parte, que se deben escoger medio eficaces para prevenir el consumo inmoderado de alcohol. El primer elemento de juicio lo podemos encontrar en el Código Penal de 1931 (Ceniceros, 1990; García, 1998), al adoptar el principio de la Defensa Social y la necesidad de retener a los delincuentes peligrosos para los intereses colectivos se limitó exclusivamente a cuando se encuentre al individuo en un estado de inconsciencia de sus actos que hubiera sido determinada por el empleo voluntario de sustancias embriagantes. Debe estructurarse una política general

que prevenga el delito antes que perseguirlo y aborde el problema del alcoholismo mediante diversas acciones (ver González de la Vega, 1992).

#### 1.4.10 ASPECTOS SOCIOLÓGICOS.

En México como en la mayoría de los países del mundo desde hace muchos años han sido reconocidos numerosos problemas asociados al alcoholismo, cuya problemática ha sido analizada desde diversas perspectivas teórico-metodológicas que han dado por resultado enfoques cualitativamente distintos y por consiguiente acciones diferenciales para su control. Como problema multifacético y multicausal, el alcoholismo se ha enmarcado dentro del campo de estudio de la salud mental y más recientemente de los profesionales de las ciencias sociales, al reconocerse el hecho de que los problemas asociados al consumo rebasan el campo de la salud individual del bebedor y afectan las esferas de su vida familiar y social (Calderón, 1988; Tapia, 1993). La influencia del medio ambiente familiar deteriorado, la actitud del padre y la actitud de la madre del sujeto desempeñan un papel esencial en el desarrollo del alcoholismo (Natera, 1989;1991; Natera y Holmila, 1990; Natera, Casco, Nava, Ollinger y Medina Mora, 1993). Aspectos tales como la desintegración familiar, el divorcio, los ingresos, el hacinamiento, la pobreza, la desorientación y otros son causas comunes del alcoholismo; éste es menor en los grupos sociales en donde los padres son ejemplo de los consumidores moderados, los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños pero siempre dentro de un grupo familiar unido y no se le atribuye al alcohol ningún valor subjetivo (Natera, Mora y Tiburcio, 1996). La familia del bebedor sufre también de consecuencias negativas tales como la desintegración, el maltrato al cónyuge y a los hijos, pobreza, abandono, deserción escolar, daños fetales por el alcoholismo de la madre, etc. (Natera, Casco, Herrejón y Mora, 1993; Tenorio, Figueroa y Natera, 1994).

## 1.5 CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO.

### 1.5.1 La sobredosis.

El alcohol es una droga y las personas pueden morir de una sobredosis. Esto es un peligro para los individuos que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que no pueden medir los efectos.

### 1.5.2. Accidentes y violencia.

El papel que juega el consumo de alcohol en los delitos y accidentes proporciona un considerable porcentaje en los eventos que surgen a los individuos con altos niveles de alcohol en la sangre; para López y Rosovsky (1986) en dichos accidentes un 55% manifestó embriaguez cuando ocurrió el suceso; los principales problemas previos asociados a la ingesta fueron las dificultades con la familia y la policía. En estudios posteriores (Borges, Rosovsky, Rodríguez y López, 1990; Rosovsky, 1996) se obtuvieron los siguientes resultados correlacionando el alcohol con muertes en accidentes de carretera (.91), crímenes (.78) para los hombres y muertes en accidentes carreteros (.89) y crímenes (.84) para las mujeres. En lo que respecta a los delitos, la investigación contundente de Mas (1991) presenta datos relacionados con las sentencias dictadas por las Agencias del Ministerio Público a los sujetos que cometieron algún delito y que se les detectó la presencia de alcohol en el momento de cometer el acto; los resultados indicaron correlaciones de 0.90 a 0.96. Entre los delitos cometidos en estado de ebriedad destacan las lesiones, homicidios, robos y daños en propiedad ajena y las violaciones; los accidentes de tránsito representan alrededor del 60% del total. En los casos de traumatismo captados por los servicios de urgencias del D.F. el 27.7% de los hombres y el 4.3% de las mujeres resultaron con niveles altos de alcohol en la sangre, un 54.4% participa en riñas cuando en estado de ebriedad, un 58.4% es arrestado y un 33.6% es detenido por manejar ebrio (Rosovsky, Casanova, Pérez y Narváez, 1992; Borges, Medina-Mora y Rosovsky, 1995; Rosovsky, 1996).

### 1.5.3 Problemas médicos.

El alcoholismo puede dañar el cuerpo en tantas maneras, que es imposible tratar estos problemas plenamente, lo siguientes son sólo algunos:

- **Cardiopatía.** Se estima que el 11% de todos los casos de hipertensión son causados por una ingesta alcohólica excesiva. El Alcoholismo puede lesionar el músculo del corazón que conduce a la insuficiencia cardíaca (ver Aizpiri y Marcos, 1996).
- **Sistema cardiovascular.** Las dosis moderadas causan un pequeño incremento del latido cardíaco y vasodilatación de los vasos faciales sin embargo en dosis altas de alcohol se produce un incremento del flujo sanguíneo hacia el cerebro, un decremento de la resistencia cardiovascular y se reduce la oxigenación cerebral (Griffith, 1997).
- **Hipertensión.** El consumo crónico excesivo de alcohol aumenta la presión sanguínea independiente de la edad, peso o tabaquismo, el alcoholismo es el segundo factor más importante no genético de hipertensión (Op cit.)
- **Temperatura corporal.** Grandes cantidades de alcohol pueden deprimir el mecanismo regulador de la temperatura causando una caída de la misma (Op cit.).
- **El cáncer.** El alcohol quizás no cause cáncer, pero puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias como el tabaco. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. También se asocia con un mayor riesgo para los cánceres colorrectales (Borges, 1993).
- **Trastornos mentales y neurológicos.** El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión, psicosis y trastornos mentales. Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal (Rosovsky y De la Fuente, 1988).
- **Desórdenes neuropsiquiátricos.** Produce alteraciones neurológicas resultantes de intoxicación aguda y crónica entre las cuales se pueden mencionar: hipoxia, desequilibrio electrolítico, hipoglicemia, encefalopatía hepática, etc. (Griffith, 1997).

- Problemas gastrointestinales. En el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica (acetaldehído) que puede causar daño hepático. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y de pancreatitis además de causar diarrea y hemorroides (Narro, Gutiérrez, López, Borges y Rosovsky, 1992).
- Degeneración alcohólica cerebral. Ataxia e incoordinación de las piernas debido a la deficiencia de tiamina en la cual la interacción neurotóxica del alcohol es un factor importante (Griffith, 1997).
- Encefalopatía Alcohólica. Causada por deficiencia del ácido nicotínico produce estados confusionales, pérdida de memoria global, alucinaciones visuales, apatía e hiperreflexia (Griffith, 1992).
- Encefalopatía Hepática. Reacción crónica con anomalías neurológicas y psiquiátricas tales como hiperinsomnia que puede llegar al coma y alteraciones de las funciones vitales (Griffith, 1997).
- Trastornos de la piel, musculares y óseos. El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor (Op cit.).
- Las infecciones. El alcohol suprime el sistema inmunológico y las personas son propensas a las infecciones, en particular a la neumonía (Aizpiri, 1993).
- Problemas sexuales. El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres (Op cit.).
- Gota. El beber excesivo aumenta la tendencia a causar episodios dolorosos en manos y pies causados por los altos niveles de ácido úrico depositado en conjunciones (Griffith, 1997).
- El tabaquismo. El tabaquismo es 2 a 3 veces más prevalente entre las personas que abusan sustancias que en la población general (Esles y Hermann, 1998).
- La diabetes. El alcohol puede causar hipoglicemia (disminución del azúcar sanguíneo) que es peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina (Campillo y Díaz, 1992).



- Osteoporosis. El consumo excesivo de alcohol esta asociado a reducción de la masa ósea y osteoporosis debido a las deficiencias nutricionales de calcio y vitamina D (Griffith, 1997).
- La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol dificulta la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B (tiamina) puede dar lugar al síndrome de Wernicke-Korsakoff que causa daño cerebral permanente y la muerte. La carencia de la vitamina B (ácido fólico) que causa anemia severa (Campillo y colaboradores, 1992; Esles y Hermann, 1998).
- Síndrome de dificultad respiratoria agudo. Una forma mortal de la insuficiencia del pulmón, los pacientes de terapia intensiva con antecedentes del abuso de alcohol tienen un riesgo mayor para su desarrollo durante la hospitalización (Mendelson y Mello, 1992).
- Interacciones de medicamentos. El alcohol tiene un efecto de refuerzo sobre los medicamentos que también deprimen el sistema nervioso central, incluyendo medicamentos ansiolíticos, sedativos, antidepresivos y antipsicóticos; interactúa con medicamentos para diabéticos, dificulta los medicamentos que previenen las crisis convulsivas y con aquellos usados para prevenir la coagulación de la sangre (Campillo y Díaz, 1992).
- Embarazo y desarrollo infantil. Puede tener efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo, causa síndrome alcohólico fetal que puede dar lugar al daño cerebral y tanto al retardo mental como al del crecimiento (Borges, 1988;1993; Borges y colaboradores, 1993).
- Problemas para las personas mayores. La tasa de mortalidad para las personas mayores de 60 años de edad fue 50% comparado con sólo 7% para los jóvenes (SSA, 1993).
- Efectos psicológicos sobre los niños. El alcoholismo aumenta el riesgo para el comportamiento y el abuso violentos, los niños de padres alcohólicos tienden

responder peor que otros académicamente, incidencia mayor de depresión, ansiedad, estrés y autoestima inferior a otros niños (Natera y cols. 1990; SSA, 1993; Tenorio y cols. 1994; Caraveo y cols. 1995).

## 1.6 DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO.

Las personas con alcoholismo casi siempre niegan el problema, dejando que colegas, amigos, o familiares reconozcan los síntomas y tomen las medidas hacia un tratamiento. Con el transcurso del tiempo algunas personas se vuelven tolerantes a los efectos del beber y pueden beber solos a cualquier hora del día, periódicamente dejan de beber o cambian de un licor a la cerveza o al vino, pero rara la vez duran estos períodos (Mendelson y Mello, 1992). Los alcohólicos a menudo tienen una historia de accidentes, de inestabilidad matrimonial, de inestabilidad laboral, incidentes violentos contra los cónyuges e hijos y una historia de accidentes. Aunque se identifique el alcoholismo, los pacientes a menudo no reciben tratamiento para la adicción; en un estudio el 23% de pacientes en un hospital se encontraron tener un problema de alcohol, pero sólo a 7.4% se les administró un diagnóstico que podría haber conducido a un tratamiento. (Ver Marcos en Aizpiri, 1996).

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA DIAGNOSTICAR ALCOHOLISMO.

En la actualidad se han desarrollado diversos instrumentos que funcionan a manera de tamizaje para discriminar entre la población que acude a los servicios de salud y salud mental, a posibles alcohólicos; también es posible usar otros instrumentos con objeto de realizar un diagnóstico mas preciso del alcoholismo, de las consecuencias que trae consigo, así como establecer el diagnóstico diferencial con respecto al Abuso de Alcohol.

Para implementar cualquier diagnóstico y posteriormente un tratamiento o programa de prevención en el terreno del alcohol, es necesario identificar con toda

claridad el problema sobre el cual se pretende incidir. Una de las estrategias que más información ha aportado, ha sido el desarrollo de los instrumentos de tamizaje (*screening*). El tamizaje es una forma de llevar a cabo un examen de la salud usando solo una parte del procedimiento usual de diagnóstico. La mayoría de las veces se utiliza para personas que aparentemente no presentan la condición (por ejemplo la Dependencia al Alcohol) para lograr la identificación de los que si la presenten. Las pruebas de tamizaje de Consumo y Dependencia al Alcohol se han utilizado con frecuencia para identificar a las personas que presentan problemas con el alcohol. Entre las ventajas del tamizaje se incluyen:

1. Alertar a los bebedores respecto de los riesgos de desarrollar una dependencia al alcohol o de beber en exceso.
2. Detectar el problema antes de que la dependencia sea seria, motivar a los pacientes para que modifiquen su forma de beber.
3. Descubrir a las personas en riesgo mediante la intervención breve pero efectiva, de los profesionales de la salud.

Mas allá de las bondades y limitaciones de cada uno de los diversos instrumentos de este tipo que existen en la actualidad, es necesario entender los fines para los que fueron diseñados. El instrumento pretende identificar una condición específica, presupone que esa condición está claramente definida y en el caso del Alcoholismo es evidente que esto no es sencillo; de ahí también, se hace difícil establecer cual de todos los instrumentos vigentes en la actualidad es el mejor. Es por esta razón que se mencionaran brevemente algunos de los instrumentos más ampliamente utilizados en la clínica:

- **MÉTODO DEL INFORMANTE.**

Fue creado por Jellinek (1965) y es utilizado en muchos países. Dicho método se emplea para analizar el consumo de alcohol y las costumbres que inhiben o promueven su uso. El cuestionario no pide al informante que indique sus propios hábitos de consumo sino que los informantes presentan reportes a partir de una discusión de grupo acerca de los

hábitos de consumo de alcohol en la comunidad. Haciendo un censo se determinan las ocupaciones predominantes de la población involucrada, se define un número proporcional de grupos y se selecciona al informante principal que debe de ser representativo de la población. Una vez que se ha escogido al jefe de grupo se les invita a participar y en la primera sesión contestarán un cuestionario cuyas respuestas se darán a censo y se referirán a la opinión que tienen de los hábitos de bebida de la población. El motor principal de la técnica aquí seguida consistiría en que a través de los informantes el investigador puede construir una "fotografía" de los hábitos de bebida que tienen en la comunidad. Este instrumento es un cuestionario de 66 preguntas al cual se le pueden añadir otras en caso de ser necesario. Aparentemente es largo pero en general, es bastante fácil de contestar. Investiga esencialmente la frecuencia de consumo, edad de inicio, tipo de bebida, actividades hacia la tolerancia y la abstinencia y Actividades cotidianas que se relacionan con el consumo de alcohol (Natera, 1981; Natera y Orozco, 1981).

- CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL.

Incluye datos sociodemográficos, patrón de consumo (frecuencia, cantidad y tipo de bebidas) y sus problemas asociados, razones para beber y para no beber, alcoholismo en la familia de origen y por último una sección de opiniones y actitudes respecto al alcoholismo. (Natera, Herrejón y Rojas, 1998).

- CEDULA DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA.

La Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) permite a los investigadores elaborar diagnósticos psiquiátricos. Se trata de un instrumento altamente estructurado en donde no interviene el juicio clínico del entrevistador sino la adecuación de las respuestas obtenidas, siguiendo un riguroso esquema de sondeo que investiga la sintomatología psiquiátrica, basado en dos clasificaciones diagnósticas ampliamente reconocidas: DSM-IV (APA, 1994) y el Research Diagnostic Criteria (RDC). La confiabilidad y la validez han sido evaluadas en otros países, así como en México donde se utiliza la versión en

español de Karno y cols. (Díaz, Campillo, Rosado y Hernández, 1992).

- **ALCOSENSOR III.**

Es un instrumento que permite estimar el nivel de alcohol en la sangre y cuya validez y confiabilidad ya han sido confirmadas (López, Rosovsky, Narváez, Casanova, Rodríguez, Juárez y Barrios, 1991). Este instrumento va seguido de un cuestionario donde se solicitan los datos personales y la razón por la que solicita atención, su patrón de consumo durante las últimas 6 horas, su patrón de consumo habitual y problemas que haya tenido antes en relación con el alcohol. Funciona mediante la toma de muestras de aliento.

- **MAST (Michigan Alcoholism Screening Test).**

El Examen Selectivo de Alcoholismo de Michigan es uno de los instrumentos más conocidos. Tiene dos formas: la original (25 preguntas) y la abreviada (10 preguntas); en términos generales se acepta que este instrumento identifica correctamente cerca del 70% de los alcohólicos ya conocidos en la población general. (Griffith, 1997).

- **CAGE.**

Consiste únicamente de 5 preguntas y ha sido utilizado por varios investigadores tanto en Estados Unidos como en Europa. Se acepta que este instrumento, el más breve de todos detecta aproximadamente al 50% de los bebedores problema. La prueba toma sólo un minuto; se denomina CAGE porque usa una sigla para las siguientes preguntas: (C) intentos de reducir (Cut) el beber; (A) molestia (Annoyance) con críticas acerca del beber; (G) culpa (Guilt) acerca del beber; y (E) uso del alcohol como un abridor de ojos (Eye-opener). En un estudio, 75% de las personas que respondieron "sí" a dos o más de las preguntas se identificaron correctamente como alcohólicos. Una respuesta de más de dos bebidas indica un problema de salud potencial (Griffith, 1997).

- SAAST (Self Administred Alcoholism Screening Test).

Es un examen selectivo del alcoholismo autoadministrado. Este instrumento fue desarrollado por Swenson y Morse en 1975 y que tiene entre otras ventajas la de ser autoaplicable y mantener bajo el porcentaje de falsos negativos (< 7%). Idóneamente, un instrumento de tamizaje que es simple, sencillo y específico.

- CUAAL (Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo).

Es una versión modificada del SAAST, consta de 34 reactivos y tarda en aplicarse aproximadamente 20 minutos. Puede usarse también en forma de entrevista estructurada para lo cual toma aproximadamente 5 minutos más. Los falsos positivos son similares a los del SAAST (5%). (De la Fuente y Kersenovich, 1987).

- CIDI- SAM (Composite International Diagnostic Interview- Substance Abuse Module).

Es un instrumento elaborado por la entonces Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental (ADAMHA) de los Estados Unidos y la OMS. La versión final fue aprobada en pacientes que acuden a los centros de tratamiento en Estados Unidos. La adaptación del instrumento para su aplicación en México se realizó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Mariño y Medina-Mora, 1996; Mariño, Medina-Mora, Escotto y De la Fuente, 1997). La confiabilidad de este instrumento fue probada en un estudio internacional que abarcó 18 países. Este instrumento es una entrevista estructurada que permite elaborar diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y el CIE-10. La versión adaptada del IMP se apoyó en los resultados de un estudio con orientación antropológica para la traducción de los conceptos relevantes. El cuestionario consta de las siguientes secciones: información sociodemográfica, cantidad, frecuencia y problemas relacionados con el consumo de alcohol, síntomas de dependencia al alcohol y utilización de servicios; además de una sección de drogas que incluyera las mismas variables que se utilizaron en el caso de las bebidas alcohólicas.

- **AUDIT** (Prueba de Identificación de los Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol). Este instrumento de tamizaje fue desarrollado por la OMS en 1989, en México existe una versión traducida y adaptada al español por De la Fuente (1987). Dicho instrumento pretende identificar a las personas cuyo consumo de alcohol ha llegado a ser peligroso o nocivo para su salud. Es el primer instrumento diseñado especialmente para usarse en ambientes de atención primaria a la salud. Se trata de un cuestionario de 10 reactivos específicamente relacionados con el alcohol que incluye preguntas sobre la cantidad de alcohol que se bebe, la frecuencia, la dependencia y los problemas provocados por el mismo incluyendo reacciones psicológicas adversas. A éste se le suma un segundo instrumento de tamizaje que consiste de preguntas sobre lesiones traumáticas, examen clínico y una prueba de sangre suero GGT; este segundo instrumento no se refiere específicamente al alcohol pero es particularmente importante para situaciones en las que las preguntas de alcohol no son respondidas adecuadamente (OMS, 1989). El AUDIT fue diseñado para utilizarse como una breve entrevista estructurada o como encuesta autoaplicada que puede integrarse fácilmente a una entrevista normal sobre el estado de salud, un cuestionario sobre la forma de vida o una historia clínica. Es congruente con las definiciones del CIE-10 de Dependencia al alcohol y consumo nocivo del mismo. La experiencia de los investigadores que la usan muestra que las preguntas son respondidas con exactitud, independientemente de los antecedentes culturales, edad o sexo del entrevistado. El AUDIT cuenta con estandarización internacional, ya que fue validado con pacientes de atención primaria para la salud en 6 países; las preguntas mismas se seleccionaron sobre la base de su representatividad (Sauders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, en Manual del AUDIT del IMP en Prensa). Entre las principales investigaciones realizadas con este instrumento De la Fuente y Kersenovich (1992) observaron gran confiabilidad entre las escalas aplicadas en diversos centros de salud y una elevada correlación respecto al consumo de alcohol. Encontraron también correlación con el consumo de alcohol, su validez y la capacidad para diferenciar entre los que beben poco y los que están en riesgo.

- MMPI y MMPI-2.

En cuanto a las pruebas que valoran características de personalidad, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (en su versión original y la versión revisada) ha demostrado, con las múltiples escalas que miden aspectos relacionados con el alcoholismo, ser un instrumento efectivo en la valoración psicológica y el diagnóstico diferencial de los pacientes alcohólicos. Entre las principales escalas se encuentran:

- La Escala de Alcoholismo de MacAndrew versión revisada (Mac-R): esta escala consta de 49 reactivos, se desarrolló para distinguir a pacientes psiquiátricos alcohólicos de pacientes psiquiátricos no alcohólicos para lo cual resulta muy exacta (Preng y Clapton, 1986; Svanum y Ehrman, 1992). Las investigaciones indican que un puntaje MacAndrew elevado se asocia con otros problemas adictivos tales como abuso de drogas y riesgo patológico; esta escala es usada comúnmente para medir propensión a la adicción. La mayoría de los clínicos que utilizan la escala aplican un puntaje de 26 como indicador de adicción. La escala MAC-R contiene cuatro reactivos sustitutos de unos reactivos del MMPI original que resultaron objetables. Estos reactivos discriminaron empíricamente entre pacientes alcohólicos y psiquiátricos y entre alcohólicos y normales de acuerdo a criterios similares a los que se emplearon en la versión del MMPI original (Holmes, 1982; Svanum y McGrew, 1994).

- La escala de Adicción Potencial (APS) y la Escala de Adicción (AAS): En un esfuerzo para ampliar la tasa de reconocimiento de problemas alcohol y droga con mayor especificidad dentro del MMPI-2, fueron desarrolladas las escalas APS (Addiction Potencial Scale) y AAS (Addiction Acknowledgment Scale). La escala APS consiste de 39 reactivos fueron aprobados de manera diferente por la muestra de abusadores a sustancias que por las muestras no clínicas y psiquiátricas hospitalizadas (Weed y colaboradores, 1992). En un esfuerzo para evitar los reactivos de contenido obvio en abuso potencial fueron eliminados reactivos de la APS que tenían un contenido obvio en referencia al abuso de sustancias. El AAS es una escala con 13 reactivos de contenido, fue construida usando la selección racional de los reactivos aumentada por los procedimientos de consistencia interna. Los reactivos fueron seleccionados para la AAS



debido a su contenido obvio de abuso de sustancias y por lo tanto es una escala más válida que la APS ( Sawrie, Kabat, Greene y Mann, 1996).

En suma, los instrumentos de tamizaje, usados en condiciones adecuadas pueden ser de gran utilidad para el clínico. Estos instrumentos no son de diagnóstico sino únicamente de detección. Una vez que se determina que el paciente presenta indicadores de alcoholismo, un profesional calificado y que conozca los trastornos relacionados con el alcohol, debe de llevar a cabo una evaluación más profunda. La detección en sí, por medio de los instrumentos de tamizaje, no es más que el primer paso de un proceso de identificación, diagnóstico y tratamiento del paciente. En general, el diagnóstico de los trastornos derivados del consumo de alcohol se establece mediante una evaluación del patrón de consumo, los signos y síntomas observables y la información de la historia clínica y de laboratorio. El uso de DSM-IV y CIE-10 es útil para identificar los trastornos relacionados con el alcoholismo. El valor del diagnóstico es el establecimiento de una base lógica para el tratamiento. La diferencia entre los instrumentos de tamizaje y el MMPI-2 es que este, al proporcionar un perfil completo de la personalidad permite tomar decisiones acerca de la intervención.

## **1.7 TRATAMIENTOS DEL ALCOHOLISMO.**

Una vez que se hace un diagnóstico, el paso principal es conseguir que el paciente busque tratamiento, esto requiere un esfuerzo colaborativo de los médicos, psicólogos, miembros de la familia y amigos. El paciente y la familia deben comprender que el alcoholismo es como una enfermedad y que las respuestas a esta enfermedad (necesidad, ansias, temor de la supresión) son síntomas, no fallas personales; también deben comprender que el tratamiento es difícil y a veces doloroso, pero que esta es la única esperanza para una curación (Natera, 1989;1992; Natera y Valencia, 1989; Natera y cols.1990;1992).

### 1.1.7 TRATAMIENTO MEDICO.

#### Supresión del alcoholismo.

Cuando una persona con alcoholismo deja de beber, los síntomas de supresión empiezan dentro de seis a 48 horas y alcanzan su apogeo cerca de 24 a 35 horas después de la última bebida. Durante este período la inhibición de la actividad cerebral causada por el alcohol se revierte bruscamente, las hormonas de estrés son sobreproducidas y el sistema nervioso central se sobreexcita. La meta es calmar al paciente lo más pronto posible mediante medicamentos ansiolíticos conocidos como benzodiazepinas que alivian los síntomas de supresión y ayudan a prevenir la progresión al delirium tremens; una inyección de la vitamina B tiamina puede darse para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff (Campillo y Díaz, 1992; Campillo y cols. 1992).

#### Proceso terapéutico a largo plazo.

Las personas con síntomas de supresión leves se tratan como pacientes ambulatorios, son asignados a servicios psicológicos y grupos de apoyo. El tratamiento de hospitalización (hospital psiquiátrico o centro dedicado al alcohol y al abuso de sustancias) se recomienda para los pacientes con delirium tremens (Goldstein, 1993; Esles y Hermann, 1998). Debido al costo alto de la atención hospitalaria, se cuestionan sus ventajas sobre la atención de pacientes ambulatorios (Cuadrado, 1995).

#### Unidades de atención para alcohólicos

La función más importante de estos centros es dar a los bebedores tratamiento a largo plazo; dichos centros cuentan con el personal experto y ofrecen oportunidades para el tratamiento de pacientes. Existen diversos tipos de centros de desintoxicación a fin de que puedan volver a la sobriedad y aliviar los síntomas de la suspensión o la disminución de la ingestión alcohólica.

### 1.7.2 TRATAMIENTO PSIQUIATRICO:

Tratamiento para los síntomas de supresión desde leves a moderados.

Cerca de 95% de personas tienen síntomas de supresión leves o moderados (agitación, temblores, reposo perturbado y falta de apetito). En 15-20% de las personas con síntomas moderados pueden ocurrir crisis convulsivas breves y alucinaciones pero no progresan hacia el delirium tremens (Esles y Hermann, 1998), así que pueden ser tratados como pacientes ambulatorios.

Tratamiento inicial para el delirium tremens.

Cerca de 5% de pacientes alcohólicos presentan el delirium tremens (SSA, 1993), se desarrolla 2-4 días después de la última bebida. Los síntomas incluyen fiebre, latido rápido del corazón, presión arterial alta o baja, comportamiento agresivo y alucinaciones.

Farmacoterapia para suprimir los síntomas.

- *Benzodiazepinas*: son medicamentos ansiolíticos (diazepam o valium y clordiazepóxido o librium) que inhiben la excitabilidad del cerebro, alivian síntomas de supresión y facilitan el tratamiento (Godstein, 1993).

- *Bloqueadores beta*: propranolol (Inderalici, Inderal) y atenolol (Tenormin). Son eficaces para desacelerar el ritmo cardíaco y reducir temblores. Otros son la clonidina (Catapresan, Catapres), bloqueadores del canal de calcio, bromocriptina y carbamacepina también llamado Tegretol (Griffith, 1992; Esles, 1998).

Farmacoterapia para las crisis convulsivas y síntomas severos.

Las crisis convulsivas son tratadas con una benzodiazepina y fenitoína intravenosa.

Medicamentos para mantener la abstinencia.

- *Disulfiram (Antabuse)*. Causa síntomas dolorosos, incluyendo ruborizamiento, cefalea (dolor de cabeza), náusea y vómitos si una persona bebe alcohol mientras tomando el medicamento.

- *Naltrexone (ReVia)*. Recientemente se aprobó para tratar el alcoholismo, bloquea los efectos placenteros del alcohol, ayuda a la abstinencia y evita una recaída. La reacción secundaria y adversa es la náusea que generalmente es leve y temporal.
- *Acamprosate*. Bloquea los efectos placenteros del alcohol al inhibir la transmisión del neurotransmisor ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid).
- *El antidepresivo desipramina (Norpramin, Norpramine y Pertofrane)*. La depresión es común entre las personas dependientes del alcohol, con este medicamento los individuos tienen menos días relacionados con el alcohol y un tiempo más largo entre recaídas (Velasco, 1991; Aizpiri y Marcos, 1996; Esles y Hermann, 1998).

### 1.7.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

Las etapas iniciales comienzan por parte del profesional para conocer a fondo la problemática de los hábitos del consumo de alcohol del individuo y guiar al alcohólico para que mejore el nivel de conciencia acerca de su situación personal así como controlar sus hábitos nocivos. El tratamiento psicológico busca reforzar la capacidad del individuo para controlar su ingestión alcohólica y la adaptación psicosocial de la persona.

#### \* Psicoterapia conductual.

Utilizan un enfoque estructurado y didáctico, se han empleado varias técnicas conductuales en el tratamiento de las personas con problemas de dependencia al alcohol (Esles y Hermann, 1998). La primera fue el condicionamiento aversivo que comprende el acompañamiento de la bebida con una consecuencia desagradable para el bebedor. Otras técnicas son el condicionamiento operante, la desensibilización sistemática y técnicas sociales (Keller, 1989).

#### \* Psicoterapia individual.

Las influencias psicoterapéuticas de orientación y apoyo en la modalidad persona a persona son muy variadas, entre éstas están las encaminadas a aumentar la autoestima,

con la posibilidad de poder descargarse de ideas y sentimientos emocionales dolorosos, el alivio de los sentimientos de culpa, el esclarecimiento de las actitudes y problemas a través del proceso de catarsis o de expresión en palabras, la evocación de recuerdos que necesitan revivirse pero que consciente o inconscientemente se encuentran relegados al olvido y el consejo experto del terapeuta (Tapia, 1993; Foulkes, 1996).

\* Terapia de grupo.

En este tipo de terapia el individuo puede obtener esperanza de los demás miembros del grupo y del terapeuta. El grado de autoestima y confianza en sí mismo puede mejorar considerablemente; los sentimientos, ideas y problemas pueden ventilarse de modo catártico. Ciertas experiencias que se relacionan con el grupo familiar primario pueden volverse a vivir y dramatizarse pero ahora correctivamente en el seno de la terapia de grupo. Además es de esperarse que los sujetos alcohólicos estén mejor capacitados para ver lo que respecta a las actitudes frente al alcohol y por lo tanto están en excelentes condiciones de criticar con afán constructivo (Foulkes, 1996).

\* Terapia familiar.

Este tipo de terapia orienta las relaciones interpersonales en el seno familiar donde se entrevistan a varios familiares del alcohólico, existen dos razones para relacionar a otros miembros de la familia: con frecuencia necesitan ayuda para sí mismos y en segundo lugar sus patrones de reacción ante el sujeto alcohólico pueden impedir su recuperación. La mayoría de los trabajos del alcoholismo (Lorenzo, 1987; Fouquet, 1990; Stanton, 1990; Minuchin, 1994), se han centrado en la persona del alcohólico y su cónyuge; así como diversos estudios acerca de los hijos de alcohólicos (Knowles y Schroeder, 1990; Stephan, 1996). Con mucha frecuencia las esposas o esposos de las personas que dependen del alcohol son infelices, amargados y solitarios mostrando síntomas inequívocos de codependencia (Moreau, 1998). Las parejas pueden ser ayudadas permitiéndoles que se expresen y se desahoguen, que reconozcan sus sentimientos y tomen consciencia de su situación marital (Natera, Herrejón y Casco, 1988; Natera,

Casco, Herrejón y Mora, 1993).

#### 1.7.4 GRUPOS DE AUTOAYUDA.

##### Al-Anon y Alateen.

Ofrecen ayuda para los miembros de familia y los amigos del alcohólico su orientación es religiosa. Al-Anon: es una organización independiente de A.A pero allegada a la misma, es una agrupación de autoayuda para familias de alcohólicos; sus principios y métodos de trabajo tienen mucho en común con A.A (Al-Anon, 1988). Al-Ateen: es un grupo de autoayuda que opera también junto con A.A. para ayudar a niños y adolescentes de familias que tengan un paciente alcohólico.

##### Alcohólicos Anónimos.

Fundado en 1935 es un ejemplo excelente de la interacción en grupo y permanece como el programa más conocido para ayudar a las personas con alcoholismo (Rosovsky, 1991; Rosovsky, Casanova, Pérez y Narváez, 1991;1992). Ofrece una red de apoyo muy fuerte que emplea las reuniones en grupo los siete días de la semana, las 24 horas del día en ubicaciones a través del mundo; una comprensión sobre el alcoholismo y las recaídas son los métodos estándar de AA para aumentar la autoestima y aliviar un sentido de aislamiento (Rosovsky, García, Gutiérrez, y Casanova, 1992). Alcohólicos Anónimos es una sociedad compuesta por más de 2,000,000 de alcohólicos recuperados y 12, 000 grupos en México, Estados Unidos, Canadá y otros países; estos hombres y mujeres se reúnen en grupos locales. En la actualidad, las mujeres representan el 35% del total de miembros (Pérez, González, Rosovsky y Casanova, 1992; 1992b). Con respecto a las características de A.A. en México, un 91% de los miembros son hombres y cerca del 70% tiene entre 30 y 50 años; un 90% inició su consumo de alcohol antes de los 20 años y el 92.4% ha estado borracho más de un día seguido, 3 años después de haber empezado a beber. La mayor parte bebe con frecuencia y en grandes cantidades (mas de 12 copas) antes de ingresar a A.A.. Reportaron también problemas de alcohol, emocionales y sociales (Rosovsky, Casanova, Pérez, y Narvaez, 1991).

## **CAPÍTULO II.**

### **EL MMPI Y EL MMPI-2.**

#### **2.1 EL MMPI.**

El MMPI original consiste de 566 enunciados de autorreferencia, la persona que contesta la prueba responde a cada afirmación como verdadera si se aplica a sí misma o falsa si no se aplica a sí misma. Los estímulos estructurados y el formato permiten que se clasifique como una técnica objetiva de evaluación de la personalidad.

El MMPI se publicó por primera vez en 1943 por la Psychological Corporation. Los autores de la prueba: Starke Hathaway (PhD) y Jovian McKinley (MD) se encontraban trabajando en los hospitales de la Universidad de Minnesota y esperaban que el MMPI fuera útil para la evaluación diagnóstica de rutina. A finales de la década de 1930, por lo general se hacían entrevistas o exámenes de nivel mental y evaluación psicológica para cada paciente. Se esperaba que un inventario de la personalidad de papel y lápiz, administrado en un grupo proporcionara una forma más eficiente de llegar a una evaluación psicodiagnóstica más apropiada.

Hathaway y McKinley utilizaron un enfoque de codificación empírica en la construcción de las diversas escalas del MMPI, el cual requiere que se determinen empíricamente los reactivos que diferencian entre grupos de sujetos. La mayor parte de los inventarios de personalidad de esa época, se habían elaborado según un enfoque de codificación lógica en el cual los reactivos de la prueba eran seleccionados de manera racional de acuerdo a la validez y las respuestas codificadas según el juicio subjetivo del autor de la prueba (Núñez, 1990).

El primer paso en la elaboración de las escalas básicas del MMPI fue reunir una gran cantidad de reactivos potenciales para el inventario, Hathaway y McKinley seleccionaron una amplia variedad de enunciados afirmativos tipos de personalidad de

fuentes como historias de casos e informes psicológicos y psiquiátricos, libros y escalas de actitudes personales y sociales publicadas con anterioridad. De un juego inicial de cerca de 1,000 enunciados se seleccionaron 504 que juzgaron razonablemente independientes entre sí. El siguiente paso fue seleccionar grupos criterio apropiados; uno de los criterios conocido como el grupo normal de Minnesota consistía principalmente en familiares y visitantes de los pacientes en los hospitales de la Universidad de Minnesota. Éste aumentó con los diversos grupos de sujetos normales, entre éstos se incluían uno de recién graduados de bachillerato que asistía a conferencias a la Universidad de Minnesota, uno de obreros de la Work Progress Administration y algunos pacientes médicos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. El segundo grupo principal de sujetos, más adelante conocido como sujetos clínicos estaba formado por pacientes psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Éste incluía pacientes representativos de todas las categorías diagnósticas psiquiátricas principales que se encontraban en uso en la época en la que se elaboró la prueba. Los sujetos clínicos fueron divididos en subgrupos de muestras de diversos diagnósticos clínicos, en cualquier momento que existiera alguna duda sobre el diagnóstico clínico de un paciente o cuando estuviera presente más de uno, no se incluía en este grupo de referencia clínica. Los diferentes grupos formados de sujetos clínicos fueron: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía. Otro paso en la elaboración de las escalas fue administrar los 504 reactivos originales a los grupos normales y a los de pacientes. Para los grupos de pacientes psiquiátricos se realizó un análisis de cada uno de los reactivos para identificar aquéllos que diferenciaran significativamente entre el grupo clínico y el grupo de sujetos normales. Los reactivos del MMPI identificados por este procedimiento se incluyeron en la escala MMPI resultante para este grupo clínico (Rivera, 1987).

Poco después se elaboraron dos escalas adicionales. La primera fue la escala de Masculinidad-Femineidad (Mf) que intentaba originalmente distinguir entre homosexuales y heterosexuales pero debido a las dificultades para identificar una cantidad adecuada de



reactivos que identificaran entre estos dos grupos, Hathaway y McKinley ampliaron su enfoque para la elaboración de la escala Mf para hombres y mujeres normales. También agregaron reactivos a la escala I de Terman y Miles. Segundo, la escala de Introversión Social (Is) desarrollada por Drake se incluyó como una de las escalas básicas del MMPI. Hathaway y McKinley al principio desarrollaron también cuatro ESCALAS DE VALIDEZ cuyo propósito era detectar actitudes desviadas de quienes contestaban la prueba:

- La escala "No puedo decir" (1951), es simplemente el número total de reactivos omitidos o contestados verdadero y falso a la vez.
- La escala L (1951), originalmente llamada escala de "mentira" del MMPI fue diseñada para detectar un intento ingenuo y no sofisticado de presentarse a sí mismo de manera muy favorable.
- La escala F (1951) fue diseñada para detectar individuos que enfocan la tarea de resolver la prueba en forma diferente a la que intentan los autores de la misma.
- La escala K (1948) del MMPI fue diseñada para identificar la defensividad clínica, se intentaba que una puntuación K alta fuera indicativa y cuestionara las respuestas de la persona a todos los demás reactivos (Rivera, 1987).

Después de una década de uso clínico y validación adicionales es evidente que el MMPI no era adecuadamente exitoso para el propósito para el que había sido creado en sus inicios. Aunque los pacientes tenían probabilidad de obtener puntuaciones altas en la escala clínica correspondiente, también las obtenían a menudo en otras; además muchos sujetos normales también obtenían puntuaciones altas en escalas clínicas. El nuevo enfoque trata cada escala como una entidad desconocida, y a través de la experiencia clínica y la valoración empírica se identifican los correlatos de cada escala. Para disminuir la probabilidad de que el exceso de significado se atribuya debido a los nombres de las escalas clínicas, los siguientes números de escala se asignaron a las escalas clínicas originales, escalas creadas por Hathaway y McKinley (Rivera, 1987; Núñez, 1992):

### ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS.

- 1 Hipocondriasis (1951).
- 2 Depresión (1942).
- 3 Histeria (1944).
- 4 Desviación psicopática (1944).
- 5 Masculinidad-femineidad (1956).
- 6 Paranoia (1956).
- 7 Psicastenia (1942).
- 8 Esquizofrenia (1956).
- 9 Hipomanía (1944).
- 0 Introversión social (Drake, 1946).

Además de la construcción de las escalas clínicas y de validez, el número de reactivos se utilizó para desarrollar numerosas escalas diferentes re combinando de manera diversa los 566 reactivos por medio de un análisis ya fuera factorial o procedimientos intuitivos. Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1972;1975) presentaron mas de 450 escalas adicionales. Éstas tienen denominaciones muy diversas, también difieren grandemente en el cuidado con el que se construyeron y el grado que tienen de validez cruzada, la mayor parte de las escalas adicionales no son idóneas para su uso clínico rutinario (Graham, 1992).

### ESCALAS ADICIONALES.

Se volvieron familiares por la literatura existente para su interpretación y son:

- A Ansiedad (Welsh, 1954).
- R Represión (Taylor, 1953).
- ES Fuerza del yo (Barron, 1953).
- MAS Ansiedad manifiesta (Taylor, 1953).
- Lb Lumbalgia Hanvik, 1949).
- Ca Caudalidad (William, 1952).

- Do Dominancia ((Welsh, 1954).
- Re Responsabilidad social (Edwards, 1957).

Una razón primordial para seleccionar estas escalas para su calificación computarizada es que se publicaron datos normativos para ellas (Hathaway y Briggs, 1975), aunque la revisión de la literatura existente no da mucha información de las escalas. Otras escalas del MMPI se construyeron con enfoques de codificación lógica y homogénea (según lo planteado por Hathaway y McKinley en Graham, 1992) y se consideran como suplementarias de las escalas básicas del MMPI, son:

**LAS SUBESCALAS HARRIS.**

Las escalas clínicas estándares del MMPI se construyeron por el procedimiento de codificación empírica realizadas por Harris y Serkowned. Debido a que Hathaway y McKinley no pusieron atención a la homogeneidad de la escala, las escalas clínicas son bastante heterogéneas en el contenido de los reactivos. Harris y Lingoos; 1955, 1968 (ver Nuñez, 1990) sugirieron que el análisis sistémico de estos subgrupos de reactivos puede agregar significación a la codificación de los protocolos del MMPI y proponen unas subescalas que presentan un esfuerzo más comprensivo de esta naturaleza, se utilizan ampliamente por lo clínicos, se califican rutinariamente y por computadora.

Las subescalas son:

- D1 Depresión subjetiva.
- D2 Retardo psicomotor o lentitud psicomotora.
- D3 Molestias físicas o malfuncionamiento físico.
- D4 Torpeza mental o lentitud mental.
- D5 Cavilación o pesadumbre.
- Hi1 Rechazo a la ansiedad social.
- Hi2 Necesidad de afecto.
- Hi3 Lasitud- malestar.
- Hi4 Quejas somáticas o preocupación somática.

- Hi5 Inhibición de la agresión.
- Dp1 Discordia familiar.
- Dp2 Problemas con la autoridad.
- Dp3 Imperturbabilidad social.
- Dp4A Alienación social.
- Dp4B Autoalienación o alienación personal.
- Mf1\* Narcisismo-hipersensibilidad.
- Mf2\* Intereses femeninos estereotipados.
- Mf3\* Rechazo de los intereses masculinos estereotipados.
- Mf4\* Incomodidad heterosexual-pasividad.
- Mf5\* Introspectivo-crítico.
- Mf6\* Retraimiento social.
- Pa1 Ideas persecutorias.
- Pa2 Intensidad o Hipersensibilidad.
- Pa3 Ingenuidad.
- Es1A Alienación social.
- Es1B Alienación emocional.
- Es2A Carencia del dominio del yo (cognoscitiva).
- Es2B Carencia del dominio del yo (connativa).
- Es2C Carencia del dominio del yo (inhibición anormal).
- Es3 Experiencias sensoriales excéntricas
- Es4 Pérdida de objeto.
- Es5 Carencia del dominio del ego.
- Ma1 Amoralidad.
- Ma2 Aceleración psicomotora o excitación motora.
- Ma3 Imperturbabilidad.
- Ma4 Excitación del yo o megalomanía.
- Is1\* Inferioridad-incomodidad personal.
- Is2\* Incomodidad con los demás.

- Is3\* Formalidad-rigidez personal.
- Is4\* Hipersensibilidad.
- Is5\* Desconfianza.
- Is6\* Preocupaciones físicas somáticas.

\* Harris y Linges no desarrollaron subescalas para las escalas 5 y 0 del MMPI su omisión fue consistente con otros esfuerzos de investigación tempranos que no consideraban a dichas escalas como parte de las escalas estándares. En un esfuerzo Pepper y Strong (1958) utilizaron el juicio clínico en la formación de subgrupos de reactivos para la escala 5 y 0 aunque no se encuentran estudios publicados que traten las escalas. (Ver Nuñez, 1990;1992).

## LAS ESCALAS DE CONTENIDO DE WIGGINS.

Algunos investigadores sugirieron que el contenido de las respuestas a los reactivos en el MMPI y otras técnicas estructuradas de evaluación de la personalidad, pueden agregar significación a la comprensión de la personalidad y la conducta de un examinado (Golberg, 1972; Hase y Golberg, 1967; Jackson, 1971; Koss y Butcher, 1973; ver Rivera, 1987). En tanto que se llevaron a cabo numerosos esfuerzos para construir las escalas del MMPI con base en el contenido de los reactivos Wiggins (1966), Wiggins, Golberg y Applebaum (1971) y Wiggins y Vollmar (1959) lograron una investigación más completa de las dimensiones de contenido del MMPI y desarrollaron escalas psicométricas válidas para evaluar las dimensiones de contenido. La composición de los reactivos, las instrucciones de puntuación para las escalas de contenido y las plantillas de calificación no están a la venta. (Graham, 1992).

Las escalas antes mencionadas son:

- SOC Adaptación social.
- DEP Depresión.
- FEM Intereses femeninos.
- MOR Moral inadecuada o estado de ánimo empobrecido.

- REL Fundamento religioso.
- AUT Conflicto con la autoridad.
- PSY Psicoticismo.
- ORG Síntomas orgánicos.
- FAM Problemas familiares.
- HOS Hostilidad manifiesta.
- FOB Fobias.
- HIP Hipomanía.
- SAL Mala salud o salud precaria.

#### REACTIVOS SIGNIFICATIVOS.

Cada una de las 37 frases de esta lista se basan en síntomas serios presentados por los examinados y que deben de conectarse en las entrevistas subsecuentes, ya sea con el paciente mismo o con sus acompañantes. Graham en 1952 recomienda que se usen estas informaciones como puntos de apoyo y de aviso para diagnosticar las perturbaciones psiquiátricas en los pacientes. La dirección significativa para las frases de la escala 5 (Mf) se indica tanto para hombres como para mujeres (Ver Nuñez, R., 1990; 1992).

## 2.2 EL MMPI-2.

### 2.2.1 DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL MMPI-2.

Después de 1950 el formato básico del MMPI estaba definido. Su aceptación y uso creció mucho en los Estados Unidos y fue traducido a varios idiomas, aumentándose su uso alrededor del mundo. Su empleo se hizo extensivo a diferentes propósitos: reclutamiento de personal, administración en programas académicos, etc.

Aunque el MMPI original llegó a ser el inventario de personalidad más extensamente empleado en los Estados Unidos y tal vez en el mundo, los críticos mostraban reservas acerca de algunos aspectos del instrumento. Hathaway y McKinley (1981) señalaron dificultades en la selección de los reactivos para las escalas y otras dificultades derivadas de la utilización del diagnóstico nosológico de Kraepelin, lo cual se evidenció más con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y sus posteriores revisiones (Levitt, 1990). Para comenzar desde su publicación en 1943, el MMPI no había sido revisado; a lo largo de décadas, se habían producido cambios culturales por lo que varios reactivos que en su época fueron relevantes tenían ahora un carácter objetable e intrusivo expresado en un vocabulario sexista que no estaba de acuerdo con los parámetros contemporáneos, era anticuado y obsoleto y con referencias a un material literario no familiar a las actividades fuera de uso. (Lucio, 1995).

En 1970 el Simposium del MMPI se dedicó totalmente al tema de su revisión (Butcher, 1972), en estudios posteriores se señaló la evidencia de que la gente actualmente responde de forma diferente a algunos reactivos (Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1984) con lo cual se fue cristalizando la idea de subsanar estas limitaciones a través de una revisión y reestandarización de la prueba original. En 1982 la Universidad de Minnesota designó un comité de reestandarización integrado por James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, Auke Tellegen y John R. Graham a quienes

recomendaron su revisión. Dentro de los objetivos del proyecto se planteó mantener la continuidad entre el MMPI original y su revisión, a fin de poder conservar la riqueza de los hallazgos realizados desde su publicación. Se propusieron obtener nuevas normas nacionales con una muestra más representativa, una nueva redacción en algunos de los reactivos, eliminar los considerados objetables y agregar nuevos reactivos que ampliaran las dimensiones del contenido. Se elaboró un folleto experimental (forma AX) y se realizaron estudios a fin de asegurarse que los cambios introducidos no tenían efectos significativos en la manera de responder (BenPorath y Butcher, 1988; Lucio, 1995).

En dicho folleto se mantuvieron 550 reactivos originales, eliminando 16 repetidos; se redactaron 82; 15 de ellos se cambiaron para eliminar la alusión a un género específico; se sustituyeron expresiones obsoletas, idiomáticas y aquellas que expresaban una base subcultural; se añadieron 154 nuevos reactivos y se incluyeron problemas por el abuso de alcohol y otras drogas, potencial suicida, patrones de conducta en personalidad Tipo A, ajuste marital, actitudes laborales y disposición al tratamiento (Graham, 1992; Lucio, 1995).

En 1989 luego de amplios estudios un equipo de trabajo que conformó el Comité de Reestandarización publicó una nueva versión conocida como MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom y Graham, 1989). Los principales cambios de esta nueva versión estuvieron con relación a la reestructuración de algunos reactivos; se suprimió un número mínimo de reactivos de las escalas básicas: escala F (4), escala 1 (1), escala 2 (3), escala 5 (4), escala 0 (1); se incluyeron nuevos reactivos y nuevas escalas suplementarias. Ambas pruebas a pesar de los cambios, continúan siendo similares en las escalas básicas de validez y en las escalas clínicas (Butcher y otros, 1989). Para la interpretación de los perfiles del MMPI-2 se ha encontrado que el puntaje T=65 es el punto clínicamente significativo (en el MMPI original era de T=70), ya que este puntaje cae en el percentil 92 para las 8 escalas clínicas y las escalas de contenido. Existen diferencias en el MMPI-2 ya que sus normas están basadas en una muestra más representativa y por lo tanto su



uso es más adecuado a los actuales usuarios (Lucio y Ampudia, 1995).

Estudios posteriores a la normalización del MMPI-2 han suministrado datos de la validez tanto de las escalas originales como de las nuevas de contenido, en diferentes ambientes con muestras de universitarios, pacientes con diversos diagnósticos, ambulatorios e ingresados y grupos con características especiales como viejos y militares; señalan que en la actualidad los sujetos normales tienden a responder de manera más reactiva que los de la muestra original del MMPI, lo que podría estar con relación al cambio de las instrucciones (Butcher, 1991;1993; Lucio, 1995).

### 2.2.2 ESCALAS DEL MMPI-2.

#### A) ESCALAS DE VALIDEZ.

- Escala "no lo puedo decir". Se refiere al número total de reactivos del MMPI-2 que se omiten o se responden como cierto y falso. Si se encuentran más de 30 reactivos sin responder en los primeros 370, el protocolo está invalidado.
- Escala (L) Mentira (15 reactivos). Detecta el intento del examinado poco sofisticado o ingenuo para dar una imagen favorable de sí mismo.
- Escala (F) Poca frecuencia (60 reactivos). Detecta individuos que realizan la tarea de manera diferente a lo dispuesto por los autores de la prueba. Su calificación da un buen índice de la cooperación del individuo.
- Escala (K) De corrección (30 reactivos). Identifica la defensividad clínica y desarrolla un factor de corrección para algunas escalas 1,4,7,8 y 9. Una calificación elevada señala poca disposición del sujeto para dar información personal.
- Indicadores adicionales de Validez. Originalmente fueron utilizados en el MMPI y actualmente se utilizan en el MMPI-2 sirven para validar el perfil obtenido por un sujeto. Son: Índice de Gough (F-K), Sin respuesta (escala de "no, lo puedo decir"), Escala INVER, Escala INVAR , Escala Fp y Puntaje de la escala F hasta 20 (Lucio, 1995).

## B) ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS.

El punto central en esta escala es la psicopatología (Butcher y Williams, 1992).

- Escala 1 (Hs) Hipocondriasis. Son 32 reactivos, sus reactivos reflejan síntomas particulares o quejas específicas, otros reflejan una preocupación corporal general o un enfoque de las vidas de éstos individuos centrados en sí mismos.
- Escala 2 (D) Depresión. 52 reactivos que evalúan 5 áreas de contenido que son depresión subjetiva, retardo psicomotor, mal funcionamiento físico, torpeza mental y aprehensión.
- Escala 3 (Hi) Histeria Conversiva. Los 60 reactivos reflejan quejas físicas o desórdenes específicos, así como negación de problemas en la vida personal o falta de ansiedad social: frecuentemente observada en individuos con defensas.
- Escala 4 (Dp) Desviación Psicopática. Los 50 reactivos que la componen involucran la propensión de un sujeto a reconocer problemas con la ley, así como falta de interés por la mayoría de los estándares sociales y morales de conducta.
- Escala 5 (Mf) Masculinidad-Femineidad. Los 56 reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en el que los hombres y las mujeres difieren en general. Permite conocer si existen confusiones sobre el rol de género.
- Escala 6 (Pa) Paranoia. Los 40 reactivos reflejan sensibilidades interpersonales y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros. El estar centrado en sí mismo e inseguridad se incluye en algunos de estos reactivos.
- Escala 7 (Pt) Psicastenia. La escala está formada por 48 reactivos que reflejan ansiedad, angustia o emotividad negativa y confusión de los estándares morales altos y autoculpabilidad porque las cosas no salen bien.
- Escala 8 (Es) Esquizofrenia. La escala tiene 78 reactivos, cubre un amplio rango de conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad.
- Escala 9 (Ma) Hipomanía. El contenido de los 46 reactivos cubre algunas conductas de desórdenes maniaco-depresivos, episodios maníacos y de las características

asociadas con ambición exagerada, extroversión y altas aspiraciones.

- Escala 0 (Is) Introversión Social. Los 69 reactivos de la escala proporcionan el grado de timidez social, preferencia por buscar permanecer solo, así como la carencia de asertividad social y enajenación de sí mismo.

### C) ESCALAS DE CONTENIDO.

Wiggins desarrolló para la versión original del MMPI unas escalas de contenido, pero en la revisión de 1989 ya no resultaron adecuadas para el MMPI-2, porque no representaban adecuadamente las dimensiones de contenido. Butcher, Dahlstrom y Graham en 1989 desarrollaron nuevas escalas; éstas son:

- Ansiedad (ANS, 23 reactivos)
- Miedos (MIE, 23 reactivos)
- Obsesividad (OBS, 16 reactivos)
- Depresión (DEP, 33 reactivos)
- Preocupaciones por la Salud (SAU, 36 reactivos)
- Pensamiento Delirante (DEL, 23 reactivos)
- Enojo (ENJ, 16 reactivos)
- Cinismo (CIN, 23 reactivos)
- Prácticas Antisociales (PAS, 22 reactivos)
- Personalidad Tipo A (PTA, 19 reactivos)
- Baja Autoestima (BAE, 24 reactivos)
- Incomodidad Social (ISO, 24 reactivos)
- Problemas Familiares (FAM, 25 reactivos)
- Dificultad en el Trabajo (DTR, 33 reactivos)
- Rechazo al Tratamiento (RTR, 26 reactivos)

### D) ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Dahlstrom y Welsh (1960) incluyeron en uno de los apéndices del Manual del MMPI 200 escalas, actualmente son más de 450 escalas adicionales. Los investigadores que han

creado escalas adicionales para el MMPI han utilizado métodos (lógico y homogéneo) basándose sólo en las 550 frases que integran el inventario original (Nuñez, 1990). Butcher y Williams(1992) sugirieron 13 escalas adicionales en el MMPI-2:

- Ansiedad (A)
- Represión ( R )
- Fuerza del Yo (Fyo)
- Escala de alcoholismo de MacAndrew (A-MAC, Mac-R )
- F posterior (Fp)
- Hostilidad reprimida (Hr)
- Dominancia (Do)
- Responsabilidad social (Rs)
- Desajuste profesional (Dpr)
- Género masculino (GM)
- Género femenino (GF)
- Desorden de estrés postraumático de Schlenger (EPS)
- Desorden de estrés postraumático de Keane (EPK)

### 2.2.3 ÍNDICES ÚTILES PARA EL MMPI-2

Son mediciones actuales y clínicas que sirven para dar al que interpreta la prueba, una valiosa perspectiva de la relación entre las escalas (Butcher y Williams, 1992). Hay varios índices que se mencionarán a continuación brevemente, aunque solo se trabajará en esta investigación con los *Reactivos Significativos*.

#### A) Índice Golberg.

Golberg en 1965 desarrolló un modelo para discriminar los perfiles neuróticos del MMPI, de los perfiles psicóticos, la utilidad en el MMPI-2 no ha sido ampliamente explorada y no ha sido estudiado para el MMPI-A para adolescentes.

B) Sistema de clasificación de Megargee para criminales. Este índice identifica 10 tipos repetidos a lo largo de diferentes muestras de criminales.

C) Tipología del dolor crónico. Este índice señala las características de personalidad y conductas sintomáticas de pacientes con dolores crónicos agrupándolos en 4 principales grupos P,A,I,N.

#### D) Subescalas Harris-Lingoes

Depresión subjetiva (D1), Funcionamiento físico inapropiado (D3), Lasicitud depresiva (Hi3), Quejas somáticas (Hi4), Discordia familiar (Dp1), Problemas con la autoridad (Dp2), Alienación social (Dp4), Autoalienación (Dp5), Alienación social (Es1), Falta de fuerza del yo cognoscitiva (Es2), Falta de fuerza del yo conativa (Es3) , Falta de fuerza del yo (ES4), inhibición defectuosa (Es5) ,

#### E) REACTIVOS SIGNIFICATIVOS.

El enfoque de los *Reactivos Significativos* trata de utilizar los reactivos del MMPI de forma individual, como señales o indicadores de patología, incluyendo temas específicos o problemas especiales que los pacientes están experimentando. Para el MMPI original se crearon los reactivos críticos de Gayson que fueron desarrollados a través de mediciones racionales donde se seleccionaron reactivos que reflejaban problemas particulares y de interés clínico.

El primer esfuerzo para desarrollar una validez empírica para los *Reactivos Significativos* del MMPI, fue dirigido por Koss y Butcher (1973; ver Koss y Butcher, 1976) que crearon un conjunto de *Reactivos Significativos* mediante la diferenciación de pacientes que experimentaban crisis que requerían hospitalización, de otros pacientes que no experimentaban tales crisis. Los reactivos que diferenciaban empíricamente los grupos de pacientes con crisis de otros pacientes; mostraron tener validez tanto de contenido como empírica (valoraron directamente síntomas, temas y actitudes relativas a la crisis actual lo que reportaron en el manual del MMPI). Estos reactivos mostraron tener considerable utilidad clínica cuando se usan como claves ante problemas especiales, se han aumentado 4 reactivos, al conjunto de reactivos de Estrés situacional debido a alcoholismo y al conjunto de ideación de depresión suicida.

Otro conjunto de *Reactivos Significativos* fue publicado por Lachar y Wrobel (1979) para describir diferentes crisis-problema. Aproximadamente las dos terceras partes de los reactivos Koss-Butcher fueron reaplicados en el estudio Lachar-Wrobel. Sin embargo, grupos de reactivos adicionales fueron construidos para observar diferentes áreas.

- GRUPO DE KOSS-BUTCHER.

Estado de ansiedad.

2. Tengo buen apetito. (F).
3. Despierto descansado (a) y fresco (a) casi todas las mañanas. (F).
5. El ruido me despierta fácilmente. (V).
10. Actualmente estoy tan capacitado (a) para trabajar como siempre lo he estado. (F).
15. Trabajo bajo una gran presión. (V).
28. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana. (V).
39. Mi sueño es irregular e intranquilo. (V).
59. Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana o más frecuentemente. (V).
140. Casi todas las noches me quedo dormido (a) sin tener pensamientos o ideas que me preocupen. (F).

172. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo. (V).
208. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me falta la respiración. (F).
218. Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado(a) mucho tiempo. (V).
223. No creo ser más nervioso (a) que la mayoría de las personas. (F).
301. Casi todo el tiempo me siento preocupado (a) por alguien. (V).
444. Soy una persona muy tensa. (V).
463. Varias veces a la semana siento como si algo terrible fuera a suceder. (V).
469. Algunas veces me siento al borde de una crisis nerviosa. (V).

#### Ideación de depresión suicida.

9. Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés. (F).
38. He tenido periodos de días, semanas o meses en los que no podía hacer nada, porque no tenía la energía suficiente para empezar. (V).
65. La mayor parte del tiempo me siento triste. (V).
71. En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien. (V).
75. Generalmente siento que la vida vale la pena. (F).
92. No parece importarme lo que me pase. (V).
95. Casi siempre estoy feliz. (F).
130. Definitivamente, a veces me siento inútil. (V).
146. Llora fácilmente. (V).
215. Me preocupo mucho. (V).
233. Se me dificulta comenzar a hacer las cosas. (V).
273. A menudo la vida me resulta difícil. (V).
303. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto (a). (V).
306. A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno. (V).
388. Muy rara vez me siento deprimido (a). (F).
411. A veces pienso que no sirvo para nada. (V).

- 454. Me parece tener un porvenir sin esperanzas. (V).
- 485. Con frecuencia siento que no soy tan bueno (a) como otras personas. (V).
- 506. Recientemente he pensado en matarme. (V).
- 518. He cometido bastantes errores graves en mi vida. (V).
- 520. Últimamente, he pensado en matarme. (V).
- 524. Nadie lo sabe, pero he tratado de matarme. (V).

#### Amenaza de ataque.

- 37. A veces siento ganas de destrozr las cosas. (V).
- 85. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso. (V).
- 134. A veces siento el deseo de empezar una pelea a golpes con alguna persona. (V).
- 213. Me enojo con facilidad pero se me pasa pronto. (V).
- 389. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio. (V).

#### Estrés situacional debido al alcoholismo.

- 125. Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la mayoría de las personas que conozco. (F).
- 264. He bebido alcohol en exceso. (V).
- 487. He disfrutado fumando marihuana. (V).
- 489. Tengo problemas con el alcohol o las drogas. (V).
- 502. Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos. (V).
- 511. Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana. (V).
- 518. He cometido bastantes errores graves en mi vida. (V).

#### Confusión mental.

- 24. En ocasiones los espíritus malignos se posesionan de mí. (V).
- 31. Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo. (V).
- 32. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas. (V).
- 72. A veces mi alma abandona mi cuerpo. (V).



- 96. A mi alrededor veo cosas, animales o personas que otros no ven. (V).
- 180. Algo anda mal en mi mente. (V).
- 198. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen. (V).
- 299. No me puedo concentrar en una sola cosa. (V).
- 311. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales. (V).
- 316. Tengo pensamientos extraños y poco comunes. (V).
- 325. Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas. (V).

#### Ideas persecutorias.

- 17. Estoy seguro (a) de que la vida es injusta conmigo. (V).
- 42. Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida. (V).
- 99. Alguien me tiene mala voluntad. (V).
- 124. A menudo me pregunto cuál será la verdadera intención de las personas que hacen algo bueno por mí. (V).
- 138. Creo que están conspirando contra mí. (V).
- 144. Creo que me están siguiendo. (V).
- 145. Siento que frecuentemente he sido castigado (a) sin motivo. (V).
- 162. Alguien ha intentado envenenarme. (V).
- 216. Alguien ha estado intentando robarme. (V).
- 228. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas. (V).
- 241. Es más seguro no confiar en nadie. (V).
- 251. Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente. (V).
- 259. Estoy seguro (a) de que la gente habla de mí. (V).
- 314. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño. (F).
- 333. La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí. (V).
- 361. Alguien ha tratado de influir en mi mente. (V).

## • GRUPO DE LACHAR-WROBEL.

## Actitud antisocial.

27. Por principio, cuando alguien me hace algún mal siento que, de ser posible, debería de pagarme con la misma moneda. (V).
35. Cuando era más joven, a veces robé algunas cosas. (V).
84. Cuando joven me suspendieron en la escuela una o más veces por mala conducta. (V).
105. En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta. (V).
227. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo (V).
240. A veces me ha sido imposible evitar robar o llevarme algo de una tienda. (V).
254. La mayoría de las personas hace amistades porque los amigos les pueden resultar útiles en algún momento. (V).
266. Nunca he tenido problemas con la ley. (F).
324. Puedo atemorizar fácilmente a la gente y lo hago para divertirme. (V).

## Conflictos familiares.

21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar. (V).
83. Tengo pocos disgustos con miembros de mi familia. (F).
125. Creo que mi vida es tan agradable como la mayoría de las personas que conozco. (F).
288. Mis padres y mis familiares me encuentran más fallas de las que debieran. (V).

## Síntomas somáticos.

18. Sufro de ataques de náusea y vómito. (V).
28. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana. (V).
33. Raras veces me preocupo por mi salud. (F).
40. A menudo me parece que me duele toda la cabeza. (V).
44. Una vez a la semana o más a menudo, sin causa aparente, de repente siento calor en todo el cuerpo. (V).

47. Casi nunca me ha dolido el corazón o el pecho. (F).
53. Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo. (V).
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca. (F).
59. Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana o más frecuentemente. (V).
101. A menudo siento como si tuviera una banda que me apretara la cabeza. (V).
111. Tengo muchos problemas estomacales. (V).
142. Nunca he tenido un ataque de convulsiones. (F).
159. Nunca me he desmayado. (F).
164. Nunca o casi nunca tengo mareos. (F).
175. Siento debilidad en general la mayor parte del tiempo. (V).
176. Muy pocas veces me duele la cabeza. (F).
182. He tenido ataque durante los cuales no podía controlar el habla o los movimientos, pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor. (V).
224. Padezco poca o ninguna clase de dolores. (F).
229. He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor. (V).
247. Se me adormecen una o varias partes de la piel. (V).
255. Casi nunca noto que me zumben o me silben los oídos. (F).
295. Nunca he sufrido de parálisis o alguna debilidad fuera de lo común en alguno de mis músculos. (F).
464. Gran parte del tiempo me siento cansado (a). (V).

#### Interés y desviación sexual.

12. Mi vida sexual es satisfactoria. (F).
34. Nunca he tenido dificultades a causa de mi conducta sexual. (F).
62. A menudo he deseado ser mujer. (**O si Ud. es mujer**) Nunca he lamentado ser mujer (V- Hombres, F- Mujeres).

121. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común (F).

166. Me preocupan las cuestiones sexuales. (V- Hombres y F-mujeres).

268. Quisiera que no me perturbaran pensamientos sexuales. (V).

#### Ansiedad y tensión.

15. Trabajo bajo una gran presión. (V).

17. Estoy seguro de que la vida es injusta conmigo. (V).

172. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo(V).

218. Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado(a) mucho tiempo. (V).

223. No creo ser más nervioso que la mayoría de las personas. (F).

261. Tengo muy pocos temores en comparación con los de mis amigos (F).

299. No me puedo concentrar en una sola cosa. (V).

301. Casi todo el tiempo me siento preocupado(a) por algo o por alguien. (V).

320. He tenido miedo de cosas o personas que sabía no podían hacerme daño (V).

405. Por lo general soy tranquilo(a) y no me altero fácilmente. (F).

463. Varias veces a la semana siento como si algo terrible fuera a suceder. (V).

#### Alteraciones del sueño.

5. El ruido me despierta fácilmente. (V).

30. Tengo pesadillas varias veces a la semana. (V).

39. Mi sueño es irregular e intranquilo. (V).

140. Casi todas las noches me quedo dormido(a) sin tener pensamiento o ideas que me preocupen. (F).

328. Algunas veces me vienen a la mente pensamiento sin importancia que me molestan por días. (V).

471. Con frecuencia he tenido miedo durante la noche. (V).

#### Problemas de ira.

85. A veces siento un fuerte deseo de hacer algo dañino o escandaloso. (V).

134. A veces siento el deseo de empezar una pelea a golpes con alguna persona. (V).  
213. Me enoja con facilidad pero se me pasa pronto. (V).  
389. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio. (V).

Depresión y preocupación.

2. Tengo buen apetito. (F).  
3. Despierto descansado(a) y fresco(a) casi todas las mañanas. (F).  
10. Actualmente estoy tan capacitado(a) para trabajar como siempre lo he estado. (F).  
65. La mayor parte del tiempo me siento triste. (V).  
73. Definitivamente no tengo confianza en mí mismo. (V).  
75. Generalmente siento que la vida vale la pena. (F).  
130. Definitivamente, a veces me siento un inútil. (V).  
150. Algunas veces siento que debería herirme o lastimar a otros (V).  
165. Mi memoria parece estar en buenas condiciones. (F).  
180. Algo anda mal en mi mente. (V).  
273. A menudo la vida me resulta difícil. (V).  
303. La mayor parte del tiempo debería de estar muerto(a). (V).  
339. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas. (V).  
411. A veces pienso que no sirvo para nada. (V).  
415. Me preocupo mucho por posibles desgracias. (V).  
454. Me parece tener un porvenir sin esperanzas. (V).

Opiniones desviadas.

42. Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida. (V).  
99. Alguien me tiene mala voluntad. (V).  
106. Mi manera de hablar es la misma de siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni balbuceante, ni ronca). (F).

138. Creo que están conspirando contra mí. (V).
144. Creo que me están siguiendo. (V).
162. Alguien ha intentado envenenarme. (V).
216. Alguien ha estado intentando robarme. (V).
228. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas (V).
259. Estoy seguro(a) de que la gente habla de mí. (V).
314. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño. (F).
333. La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí. (V).
336. Alguien controla mi mente. (V).
355. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me obligaba a hacer cosas hipnotizándome. (V).
361. Alguien ha tratado de influir en mi mente (V).
466. Algunas veces estoy seguro(a) que los demás pueden saber lo que estoy pensando. (V).

#### Abuso de sustancias.

168. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho. (V).
264. He bebido alcohol en exceso. (V).
429. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir. (F).

#### Experiencia y pensamiento desviado.

32. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas. (V).
60. Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas. (V).
96. A mi alrededor veo cosas, animales o personas que otros no ven. (V).
122. A veces mis pensamientos han pasado por mi mente con tanta rapidez que no he podido expresarlos en palabras. (V).
198. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen. (V).
298. A veces percibo olores raros. (V).

- 307 A veces me molesta oír tan bien. (V).  
316 Tengo pensamientos extraños y poco comunes. (V).  
319 Oigo cosas extrañas cuando estoy solo(a). (V).  
427. Nunca he tenido una visión. (F).

**“Adaptado con permiso de BUTCHER: Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Copyright 1995. Cortesía de Editorial El manual Moderno, S.A. de C.V., en coedición con Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.”**

## **2.2.4 ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MMPI Y EL MMPI-2.**

### **2.2.4.1 ESTUDIOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON LAS ESCALAS DE ALCOHOLISMO.**

Colligan y Offord (1987) realizaron un trabajo de normalización para las subescalas de Purdue (APS Y AAS) en base a una submuestra de 640 sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 99 años; tomada al azar de la muestra de 1,480 sujetos utilizada para obtener las normas contemporáneas del MMPI. Se obtuvieron datos normativos a través de rangos percentiles acumulativos en lugar de usar valores T, debido a que era inadecuado el uso de T normalizada dado el poco número de reactivos de algunas subescalas. La presentación en percentiles permite una mejor comprensión de las elevaciones encontradas y los clínicos pueden evaluar las respuestas de los pacientes a las subescalas APS y AAS con relación al patrón de respuestas de una muestra normal del mismo sexo.

Colligan y colaboradores en 1988 realizaron una comparación entre 7 escalas del MMPI para alcoholismo que fueron evaluadas por su efectividad para detectar pacientes,

se evalúa la especificidad y la sensibilidad en las 5 muestras: 736 pacientes internos por uso de alcohol y drogas, 4923 pacientes de consulta externa no selectos que completaron el MMPI para un estudio (Swenson, 1973), 7044 pacientes externos que completaron el MMPI como requisito para la evaluación del hospital, 214 pacientes internos psiquiátricos y 1408 personas normales que habían sido evaluadas con anterioridad (Colligan, 1983). En cada escala se evaluó la capacidad para identificar correctamente al paciente alcohólico y al grado de alcoholismo estimado en base a los resultados. Las escalas evaluadas en el estudio fueron: Escala AL creada por Hampton en 1951 formada por 125 reactivos que clasificó correctamente el 76% de hombres y mujeres pacientes externos y el 73% de la muestra normal. Escala AM que creó Holmes en 1953 con 59 reactivos para identificar pacientes alcohólicos 59% hombres y 49% mujeres y 54% de la muestra normal; con una sensibilidad del 90%. La escala AH que consta de 68 reactivos seleccionados por Hoyt y Sedlacek en 1958 evalúa correctamente al 100% de los alcohólicos sin embargo esta escala clasificó como alcohólicos al 100% de la muestra normal. La escala desarrollada por MacAndrew (MAC) en 1965 que tiene 59 reactivos identificó 71% de los alcohólicos pero solo 41% de los pacientes externos así como el 76% de la muestra normal. La escala AREV desarrollada por Rich y Davis en 1969 no es recomendada por sus resultados para identificar pacientes alcohólicos y clasifica al 52% de los pacientes normales como alcohólicos. La escala de Rosenberg (ROS) creada en 1972 trabajo con 27 reactivos de las escalas MAC,AL,AM,AH e identificó al 59% de los hombres y 64% de las mujeres de la muestra normal como población alcohólica. Así se puede concluir que la escala ICAS es la más fuerte de acuerdo con su consistencia y baja sensibilidad (70%), el autor sugiere que con las normas contemporáneas es necesario crear nuevas escalas que establezcan patrones de alcoholismo.

Svanum (1992) realizó una investigación con 45 alcohólicos en tratamiento (29 hombres y 16 mujeres) que reportaron dependencia al alcohol en un rango no alcohólico dentro de la escala de alcoholismo de Mac Andrew (MAC) y 45 alcohólicos que reportaron un grado de alcohol considerado como rango alcohólico en la escala MAC. Los resultados



revelaron que los alcohólicos fueron considerados como bebedores sociales, trasgresivos y agresivos cuando toman con un alto grado de problemas legales relacionados con el consumo de alcohol. Los alcohólicos considerados en un rango bajo en la escala de MAC parecen ser diferentes o menos distinguibles del tipo de alcohólico sin embargo este grupo prefiere no beber con otros. La tipología es conformada de acuerdo a las puntuaciones de la escala de MAC: así el grupo que se representa en un rango alto se denomina tipo II y el que está en un bajo rango se denomina tipo I.

Weed, Butcher, McKenna y Ben-Porath (1992) realizaron un estudio para obtener nuevas medidas para evaluar el abuso de alcohol y drogas con el MMPI-2, se denominaron APS y AAS. La Escala de Adicción Potencial consta de 39 reactivos, desarrollada para contrastar las respuestas de una muestra de individuos con abuso de sustancias con las respuestas de grupos control, una muestra normativa y otra de pacientes psiquiátricos y la Escala de Reconocimiento de la Adicción (AAS) conformada por 13 reactivos. Ambas mostraron discriminar bien entre grupos y sustancialmente mejor que otras escalas seleccionadas para evaluar problemas por abuso de sustancias. Tres muestras fueron usadas para este proyecto: una muestra normativa, una de pacientes psiquiátricos y una de personas que se encontraban en un programa de tratamiento por abuso de sustancias, los protocolos reunidos de las tres deberían de reunir ciertos requisitos. A todos los sujetos se les administró la forma AX del MMPI que consta de 704 reactivos que pronto formaron el MMPI-2 así como las escalas de abuso de sustancias MAC (MacAndrew, 1965) y la escala de Inclinación de Abuso de Sustancias (SAP). La correlación total de la muestra fue de .57 por lo que se sugiere que ambas escalas sean usadas conjuntamente. Como se demostró previamente la comparación de las medias, la escala AAS es un poco más efectiva que la APS en la discriminación entre sujetos de la muestra normativa y la de abuso de sustancias.

Greene, Weed, Butcher y Arredondo (1992) realizaron un estudio para determinar la validez cruzada de las escalas de abuso de sustancias APS (Escala de Adicción Potencial) y AAS (Escala de Reconocimiento de la Adicción). Los resultados indican que las escalas discriminan entre muestras psiquiátricas y adictos a sustancias, además de que son más efectivas para discriminar que las escalas de abuso de sustancias del MMPI original. Los resultados también sugieren que la escala APS puede ser más resistente que la AAS a respuestas distorsionadas. Dos muestras fueron usadas, la primera consistió de 126 pacientes que estuvieron en tratamiento por su dependencia a sustancias a través de 4-6 semanas en un hospital privado (fueron examinados después de haber sido desintoxicados totalmente) todos los pacientes reunían el requisito de ser dependientes al alcohol o a la droga de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. La segunda muestra consistió de 189 pacientes admitidos en una unidad de hospital psiquiátrico, estos pacientes son predominantemente psicóticos o tienen varios desórdenes de personalidad. La eficacia de las 4 escalas de abuso de sustancias fueron evaluadas examinándolas por separado.

Svanum (1994) realizó nuevamente estudios de alcoholismo acerca de la validez del MMPI-2 basándose en las escalas de abuso de sustancias, tomó en cuenta las escalas MAC-R y las recientemente desarrolladas AAS y APS. Los participantes fueron estudiantes 308 hombres y mujeres. Las escalas MAC, APS y AAS no tuvieron una relación significativa con el DSM-III-R; los resultados revelaron que la escala AAS es superior que las escalas APS y MAC-R que detectan dependencia al uso de sustancias de manera más efectiva que las escalas del MMPI original que discriminan abuso de sustancias.

Sawrie y colaboradores en 1996 realizan una investigación para conocer la estructura interna de la Escala de Adicción Potencial (APS) del MMPI-2 utilizando una muestra de pacientes internos alcohólicos y psiquiátricos; la primera muestra esta constituida por 264 pacientes que estuvieron de 4 a 6 semanas en tratamiento debido a

problemas de dependencia de sustancias en un hospital privado, dichos pacientes fueron evaluados 7 días después de su ingreso (al desintoxicarse totalmente), los pacientes fueron diagnosticados según los criterios del DSMIII-R. El segundo grupo consistía en 456 pacientes admitidos a unidades hospitalarias del estado por su condición psiquiátrica y que fueron evaluados psicológicamente y diagnosticados con desórdenes de personalidad severos. A ambos grupos se les aplicaron los 39 reactivos que forman la escala APS. Los resultados demuestran que 4 o 5 componentes de ambas muestras difieren solo en el orden, los reactivos del primer componente extraídos en la muestra psiquiátrica sugieren que este factor podría ser asociado con estrés general psicológico. El primer componente extraído de la muestra alcohólica parece ser una inversión psicométrica de la muestra psiquiátrica así tenemos cierto grado de convergencia entre las dos muestras.

En un estudio realizado por Stein, Graham, Ben-Porath y McNulty (1999) se examinó la utilidad del MMPI-2 para la detección de problemas de Abuso de Sustancias en unidades de salud mental para paciente no internos. Específicamente, pretende evaluar la utilidad de la APS y la Escala de Alcoholismo de McAndrew revisada (MAC-R) en la predicción del abuso de sustancias. Además evaluó el incremento en la validez del AAS y del APS en comparación a la escala de MAC-R. La muestra consistió en 500 mujeres y 333 hombres de una gran comunidad de salud mental en el noreste de Ohio. Los resultados indicaron que las escalas MAC-R, AAS y APS fueron relacionadas con los grados de Abuso de Sustancias proporcionados por el entrevistador durante el establecimiento del tratamiento. Los resultados señalan hacia la superioridad de la escala AAS sobre la APS en la identificación de abuso de sustancias y solamente la contribución significativa de AAS a la información que proporciona el uso de MAC-R.

#### 2.2.4.2 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON LOS REACTIVOS SIGNIFICATIVOS.

Como ha podido establecerse con anterioridad aunque los *Reactivos Significativos* no son recientes en el MMPI han sido poco estudiados en el transcurso del perfeccionamiento del instrumento por lo que considero que es necesario presentar de la manera más completa las investigaciones realizadas hasta la fecha en donde se han intentado evaluar los *Reactivos Significativos* en diversas poblaciones, con el fin de poder establecer parámetros de lo que implica el uso de dichos reactivos así como la eficacia que los investigadores le pueden adjudicar al uso de los *Reactivos Significativos* para discriminar algún tipo de población particular.

A pesar de los riesgos de interpretar las respuestas de reactivos individuales en inventarios de la personalidad, hay una gran tradición de hacerlo con el MMPI, en dicho inventario los reactivos examinados usualmente son llamados *Reactivos "significativos"* éstos implican que las respuestas clasificadas son indicativas de problemas e intereses especialmente severos. Los mejor conocidos de tales agrupaciones de *Reactivos Significativos* han sido aquellos proporcionados por Grayson (1951) y Caldwell (1969); en cada caso, los reactivos fueron seleccionados lógicamente y el uso de estos reactivos ha continuado a pesar de los limitados y en algunos casos contradictorios datos con respecto a su validez. (Greene, 1980; Koss y Butcher, 1976).

Con esfuerzos separados para proporcionar más grupos de *Reactivos Significativos* válidos para el MMPI, Lachar y Wrobel (1979) y Koss y Butcher(1973) desarrollaron grupos de reactivos con base en la selección empírica más que en la lógica. Los *Reactivos Significativos* de Lachar y Wrobel (L-W) son agrupados en 11 categorías (depresión, creencias desviadas, etc.) sobre la base de sus relaciones empíricas con varias áreas problema expresadas en diversos grupos de pacientes. Los reactivos de Koss y Butcher (K-B), son agrupados en 5 categorías y fueron seleccionados basados en su relación empírica a situaciones de crisis. Hasta la fecha no han sido el foco de muchas

investigaciones superiores a las que se usaron en el desarrollo de reactivos original, y un número de cuestiones alrededor de ellos permanecen (Butcher y Williams, 1992). Tal como lo notó Greene (1980) es trascendental respecto a dichos reactivos conocer "cuántas respuestas significativas son significativas". La aprobación de algunos *Reactivos Significativos* es un indicador de interés imperante, se esperaría que los sujetos normales aprobaran muy pocos. Greene ha mostrado, no obstante que los estudiantes de colegio aprueban un número moderado de reactivos de las listas (L-W y K-B) y además que los sujetos del colegio algunas veces difieren un poco de los pacientes médicos en las medidas de aprobación para varios reactivos significativos.

EVANS (1984), estableció los datos normativos para dos grupos de *Reactivos Significativos* del MMPI: Koss-Butcher (1973) y Lachar-Wrobel (1979). Las medidas base de la forma R del MMPI para estos reactivos fueron determinados por muestras de 123 sujetos normales, 383 pacientes internos alcohólicos y 567 pacientes internos psiquiátricos; aunque los grupos patológicos, como se esperó, generalmente aprobaron más *Reactivos Significativos* que los normales no fueron grandes las diferencias entre las medias. En varios subgrupos de estos reactivos especialmente en el grupo de Koss-Butcher los sujetos normales realmente calificaron más alto que las muestras. Se intentaron proporcionar datos normativos para varios grupos de sujetos normales y pacientes, se requirió hacer uso de dos grandes muestras patológicas: alcohólicos (129 hombres y 129 mujeres) y pacientes psiquiátricos (365 hombres y 202 mujeres) cada sujeto recibió la forma R del MMPI en conjunto con las pruebas de rutina administradas. Los datos fueron obtenidos azarosamente de archivos alfabéticos de todos los pacientes examinados entre 1973 y 1981. Las edades medias para los hombres y mujeres fueron respectivamente de 29.95 (DS=10.01) y 34.35 (DS=11.82), para pacientes internos psiquiátricos fue de 37.64 (DS=10.62) y 38.92 (DS=11.62) para el grupo de alcohólicos. La media de educación en los 4 grupos varió de 11.62 a 11.91. Los sujetos normales (60 hombres y 63 mujeres) fueron individuos examinados por los estudiantes del autor como parte de las tareas de un curso de evaluación psicológica a nivel de graduados. Los

estudiantes reclutaron a sus propios sujetos de prueba, con sus cónyuges, otros parientes y personas en alguna clase de psicoterapia, la media de edades para los hombres y las mujeres fue de 31.21 (DS=10.61) y 25.26 (DS= 4.70). La media de años de educación para la muestra normal fue de 13.24. Las configuraciones de las escalas de validez de los MMPI normales indicaron que las medias de los puntajes T para K y L fueron no obstante, de 55 y 45 respectivamente. Esto sugiere que aquellos sujetos hicieron un esfuerzo no excesivo para crear una impresión no realista de ellos mismos.

En muestras cruzadas Greene (1980) había reportado en su estudio que las mujeres consistentemente calificaron más alto que los hombres en Ansiedad y Tensión y Depresión de L-W, mientras que sucedió al contrario en actitud antisocial, pensamiento desviado y creencias desviadas de L-W. En el estudio de Evans (1984), los resultados indican que la única diferencia de sexo es sustancial y consistente en los puntajes más altos en actitud antisocial de hombres vs. mujeres. También en ambas escalas de depresión K-B y L-W los grupos patológicos en el presente estudio evidenciaban más alto apoyo para las mujeres que para los hombres. Más allá de esto, no parece que las diferencias entre sexos sean un problema significativo para los 2 grupos de *Reactivos Significativos*.

En otro estudio ARONSON, DENT, WEBB y KLINE (1996). Examinaron la relación entre la edad y las diferentes categorías de *Reactivos Significativos* provenientes de la versión revisada del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, y Graham, 1989). Se obtuvieron los protocolos de ancianos durante visitas a los asilos, fueron tabulados los *Reactivos Significativos* de Grayson, Koss-Butcher, Lachar-Wrobel y Caldwell. Otros grupos de reactivos consistían en todos los reactivos previamente mencionados (categorías compuestas) fueron divididos en grupos según la escala a la que pertenecían: Escala 1, 2 y 3 formaban una sola categoría y otra estaba formada por aquellos reactivos que no estuvieran contemplados dentro de estos tres primeros grupos. De los 456 perfiles del MMPI-2 recolectados, 8 se excluyeron

porque eran mujeres y otros 101 porque se invalidaron ("no lo puedo decir" puntaje >30, F>90 y F-K> 17) dejando sólo 347 perfiles válidos. El número de los perfiles no válidos fue distribuido uniformemente a lo largo de los grupos de edad. El promedio de edad de los sujetos con puntuaciones válidas fue de 45.00, con una desviación estándar de 11.58, de los protocolos válidos el 20.7% tenía problemas médicos, el 11% problemas psiquiátricos, el 21% tenía problemas de abuso al alcohol o drogas y el resto 41.2% de los perfiles válidos presentó una mezcla de los problemas anteriormente citados. Con respecto a la raza, 35.4% fueron afroamericanos, 63.7% blancos, 0.6% hispanicos y 0.3% no pudo ser identificado. La distribución de los problemas admitidos mostró que a los grupos de mayor edad se les daba más diagnósticos médicos que a los grupo más jóvenes. Los reactivos son clínicamente más significativos a medida de que en edades avanzadas se encuentran respuestas de dichos *Reactivos Significativos*. Esta tendencia es consistente sin importar cual sea el grupo o categoría de los *Reactivos Significativos* usados y sugiere un fenómeno que no está asociado para ninguna lista particular de reactivos significativos; además, la elevación de las escalas L y K incrementa con los grupos más viejos. Las puntuaciones en las escalas 1, 2 y 3 en el MMPI-2 mostraron un incremento con la edad (Butcher, 1991) del 11% al 36% de las listas de reactivos además de las escalas 1, 2 y 3. Las observaciones inconsistentes pueden ser resueltas con una revisión de los resultados previos la conducta "buscando ayuda" (help-seeking) de los ancianos que difiere de la de los adultos jóvenes en que para los mayores parece ser forzoso buscar los servicios profesionales de salud mental y que estos adultos de mayor edad prefieren buscar ayuda para algún problema de salud mental con los médicos más que con trabajadores de la salud mental. Sugieren que a medida de que el individuo se va haciendo viejo, es más aceptable admitir las enfermedades físicas como lo muestran las escalas 1, 2 y 3; y menos aceptable admitir las dificultades emocionales, reflejadas en los reactivos significativos. De manera similar, la gente de edad avanzada tiende a negar la conducta que fue largamente mantenida con excepción de los problemas relacionados a la salud física; cuando los ancianos aceptan los *Reactivos Significativos* el clínico debe observar con mayor detenimiento estos reactivos ya que garantizan la indagación

posterior de aspectos clínicos.

LADD (1996), realizó un estudio con el propósito de establecer normas para los *Reactivos Significativos* del MMPI-2 en pacientes dependientes al uso de sustancias. Investigó la frecuencia de respuesta de dichos reactivos dentro de una población de pacientes tratados por dependencia a sustancias químicas. La tasa de respuesta a los reactivos fue comparada con los resultados de estudios previos donde se utilizó el MMPI original (Evans, 1984;1984b; Greene, 1980) y se exploraron las relaciones entre los reactivos contestados y algunas variables demográficas y diagnósticas. La muestra consistió de 138 personas (98 hombres y 40 mujeres) admitidas en un programa de rehabilitación de 28 días para el tratamiento de la dependencia a sustancias, la mayoría fueron admitidos con un diagnóstico primario de Dependencia al Alcohol aunque se encontró posteriormente que una gran mayoría de los pacientes admitidos presentaban abuso o dependencia a más de una droga. La media de edad para las muestra fue de 38.6 años ( $ds=9.19$ ), aproximadamente el 50% de la muestra estuvo conformada por afroamericanos, el 35% caucásico y el 15% hispánico. Se comparó dicho estudio con la muestra de Evans (1984;1984b) quien obtuvo puntajes estadísticos similares para la muestra de pacientes alcohólicos, los porcentajes de los reactivos confirmados en cada una de las listas de *Reactivos Significativos* fueron calculados para ofrecer la oportunidad de una comparación directa de los rangos de confirmación en las dos muestras. La frecuencia de dichos reactivos confirmados es similar: las dos muestras difieren en el grupo de Koss-Butcher (Ideación Suicida Depresiva) donde los hombres de la muestra actual tendieron con mayor frecuencia a la aceptación de reactivos que en el grupo de Evans. La confirmación de frecuencias entre las muestras de mujeres también es similar: confirmaron un mayor porcentaje de *Reactivos Significativos* en el grupo de Koss-Butcher "Amenaza de Ataque" así como mostraron un menor porcentaje en los grupos de Lachar-Wrobel "Problemas de Ira y Abuso de Sustancias".



La edad se correlacionó de forma negativa con el número de reactivos confirmados en Actitudes Antisociales de la lista de Lachar-Wrobel ( $F(1,97)= 7.26, p<.01$ ). La capacidad intelectual se correlacionó negativamente con la frecuencia de confirmación de los reactivos en Ideas de Persecución de la lista de Koss-Butcher donde  $F(1,97)= 5.61, p<.05$ ; Experiencia y Pensamiento Desviado ( $F(1,97)= 7.19, p<.01$ ) y la categoría de Alteraciones del Sueño de Lachar-Wrobel ( $F(1,97)=4.51, p<.05$ ). Los hombres y mujeres de esta muestra difieren sólo entre ellos en Actitudes Antisociales de Lachar-Wrobel ( $F(1,94)= 6.53, p<.05$ ) donde los hombres tienden a confirmar muchos más reactivos que las mujeres. Los sujetos afroamericanos, hispánicos y caucásicos difieren en la frecuencia de confirmación de reactivos en Ideas Persecutorias de Koss-Butcher ( $F(2,94)= 5.31, p <.01$ ), los afroamericano y los hispánicos responden a un mayor número de reactivos de los sujetos caucásicos. Las diferencias raciales son evidentes en la confirmación de Actitudes Antisociales ( $F(2,94)= 4.86, p .01$ ) y la de Experiencia y Pensamiento desviado ( $F(2,94)= 5.72, p .01$ ) con los sujetos afroamericanos se confirman más *Reactivos Significativos* que con los sujetos caucásicos e hispánicos en ambas categorías. Respecto al abuso de sustancias la única relación significativa encontrada fue una correlación positiva entre la dependencia a la cocaína y el número reactivos de Actitudes Antisociales en la lista de Lachar-Wrobel (Pearson  $r=.33, 2$  colas  $p < .01$ ). Con respecto a los diagnósticos del DSM-III-R la única relación significativa fue entre dichos reactivos (grupo de reactivos significativos de Actitudes Antisociales de Lachar-Wrobel) y el grupo diagnosticado según el Eje II (Trastorno Antisocial de la Personalidad). Con el aumento de edad declina evidentemente la presencia de los reactivos de los grupos de Actitudes Antisociales y Problemas de Ira de Lachar-Wrobel (lo que es razonable ya que a medida que aumenta la edad disminuyan las acciones agresivas contra otros). Para Ladd (1996) se establece que la confirmación de un número de reactivos de una categoría particular no es necesaria, esto implica que la situación "crítica o significativa" es evidente en la presentación o historia clínica del paciente así como menciona que cualquier intento para aumentar el campo de los *Reactivos Significativos* en una población particular debe incluir el evaluar la frecuencia de contestación de cada reactivo con una población de interés así

como conocer que tanto predice la presencia de criterios clínicos sugeridos por el contenido de los reactivos.

Por lo que respecta a las investigaciones realizadas en México cabe destacar el hecho de que a la fecha no se ha estudiado la sensibilidad discriminativa de los *Reactivos Significativos* por lo que se espera que a partir de la presente investigación sea posible realizar otros estudios en los que se trabaje con las diversas poblaciones y grupos clínicos disponibles en nuestro país.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA.

#### 3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

##### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El MMPI-2 se desarrolló ante la necesidad de obtener mejoras en la capacidad descriptiva y evaluativa del instrumento original en lo referente a personalidad normal y anormal; con el fin de obtener criterios de evaluación fundamentados en la investigación clínica y los procedimientos estadísticos adecuados, así como analizar la sensibilidad discriminativa del instrumento, se hace necesario establecer comparaciones en las respuestas obtenidas de los 17 grupos de *Reactivos Significativos* desarrollados por Lachar-Wrobel y Koss-Butcher a fin de conocer cual es su verdadera capacidad de discriminar a la población alcohólica del resto; sobretodo en aquellas frases escogidas por los autores para dicho propósito.

¿Existe alguna diferencia significativa entre las respuestas dadas a los 6 grupos de *Reactivos Significativos* de Koss-Butcher para la muestra alcohólica y los no alcohólicos?, ¿Existe alguna diferencia significativa entre las respuestas dadas a los 11 grupos de *Reactivos Significativos* de Lachar-Wrobel para la población alcohólica y los no alcohólicos? De ser así, ¿Se podría hablar de una discriminación entre las dos poblaciones al usar los *Reactivos Significativos* tanto de los 6 grupos de Koss-Butcher como de los 11 grupos de Lachar-Wrobel?

Al analizar individualmente los reactivos que conforman los 17 grupos de *Reactivos Significativos*: Koss-Butcher y Lachar-Wrobel ¿Hay reactivos obsoletos para la discriminación entre los sujetos alcohólicos y los no alcohólicos?

¿Hay alguna diferencia en los alcohólicos y los no alcohólicos en su tendencia a presentar indicadores del grupo de *Reactivos Significativos* "Estrés situacional debido a alcoholismo" como resultado de las respuestas dadas al MMPI-2? Al considerar las respuestas de ambas muestras grupos ¿Se puede decir que los grupos de reactivos "Actitudes antisociales" y el de "Conflictos familiares" son una manera eficaz de discriminar a la población alcohólica de la población general?

### JUSTIFICACIÓN.

Al hacer una extensa revisión de la literatura referente al MMPI-2 respecto a los *Reactivos Significativos* se hace evidente, dada la escasez de publicaciones y la dificultad para encontrar los pocos artículos publicados con respecto al tema, la necesidad de realizar un estudio que de manera exploratoria sea capaz de señalar algunas particularidades en las respuestas dadas por sujetos alcohólicos (según el DSM-IV). De esta manera se busca conocer más acerca de la Sensibilidad Discriminativa de los *Reactivos Significativos* en poblaciones con características similares.

A partir de los resultados que arroje este estudio se podrá establecer si para una población alcohólica con características similares a la aquí estudiada, es recomendable utilizar los *Reactivos Significativos* como indicadores de problemas relacionados al alcoholismo como lo sugieren algunos estudios (Ladd, 1996; Aaronson y colaboradores, 1996) o bien si es mejor recomendar su uso cauteloso. Se establecerá de esta forma la base de una nueva línea de investigaciones en México con el MMPI-2 que aporte nuevos resultados referentes a dicho inventario con el fin de confirmar o refutar lo que hasta la fecha se basa en investigaciones realizadas en el extranjero.

La relevancia social de la presente investigación es evidente debido a que las instituciones que trabajan con diferentes grupos de poblaciones clínicas serán capaces

de identificar con mayor precisión a población a sujetos con problemas de Alcoholismo, serán capaces de contar con más indicadores que hagan posible examinar detalladamente mediante la entrevista, situaciones específicas de alcoholismo abordadas con los 17 grupos de *Reactivos Significativos* de Lachar-Wrobel y Koss-Butcher. Su uso en selección de personal podría resultar benéfico para el empleador, al anticiparse mediante dichos reactivos a la presencia de alcoholismo en el personal y de esta forma tomar la mejor decisión.

Dentro de las ventajas que se consideraron para usar el MMPI-2 sobre otros instrumentos de tamizaje y diagnóstico, se encuentra el hecho de que este instrumento es empleado muy frecuentemente en el área de la salud y de esta manera los profesionales que evalúen otros aspectos de la personalidad serán capaces de encontrar indicadores de problemas relacionados con el alcohol, si de ese caso se tratase.

Otro de los aspectos principales de este estudio es que cuando se aplique el MMPI-2 y dicho perfil de acuerdo con los criterios del manual se invalide; será posible mediante las respuestas proporcionadas a los *Reactivos Significativos* evaluar si hay características de Alcoholismo que posteriormente pueden indagarse mediante la entrevista.

### 3.2 OBJETIVOS.

Mediante una comparación entre 122 sujetos alcohólicos y un grupo de 122 docentes se pretenderá conocer si las respuestas dadas a los *Reactivos Significativos* difieren en ambos grupos. Es necesario establecer si dichos reactivos permiten en el caso de los alcohólicos, considerarse como indicadores de dicho padecimiento. También se pretende encontrar un grupo de reactivos tanto de Koss-Butcher como de Lachar-Wrobel que pueda sugerirse para una rápida discriminación de pacientes alcohólicos similares a los del presente estudio así como señalar si hay algún grupo de *Reactivos Significativos* cuyo

uso se considere innecesario. Se realizará un análisis individual de dichos reactivos para saber si hay algunos cuyo uso se considere obsoleto al momento de evaluar poblaciones alcohólicas similares a la aquí estudiada.

### 3.3 HIPOTESIS.

#### HIPOTESIS CONCEPTUAL.

El MMPI-2 como instrumento clínico de evaluación de la personalidad posee la sensibilidad de discriminar características propias de una población clínica a través de las respuestas dadas a los *Reactivos Significativos* entre un grupo de pacientes alcohólicos y otro grupo de sujetos no alcohólicos. El resultado obtenido en los *Reactivos Significativos* no será igual en la población alcohólica que en la población no alcohólica procedente del grupo de docentes (Aronson, 1996; Evans, 1984; 1984b; Ladd, 1996). La población alcohólica tiene mayor tendencia a presentar conducta antisocial que la población no alcohólica (Ladd, 1996; Marcos, en Aizpiri, 1996; Casas y Gutiérrez, 1994). La presencia del alcoholismo en el individuo provoca conflictos familiares que serán discriminados por los *Reactivos Significativos* (Evans, 1984; Ladd, 1996; Bogani en Aizpiri, 1996; Minuchin, 1992; Stanton, 1992).

#### HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas a los *Reactivos Significativos* dados por alcohólicos y el grupo de sujetos no alcohólicos.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas a los *Reactivos Significativos* dados por alcohólicos y el grupo de sujetos no alcohólicos.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas proporcionadas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Estado de Ansiedad Agudo" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica proveniente del grupo de docencia.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas proporcionadas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Estado de Ansiedad Agudo" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica proveniente del grupo de docencia.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Ideación de Depresión Suicida" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Ideación de Depresión Suicida" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas dadas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Amenaza de Ataque" (Koss-Butcher, 1973) entre el grupo alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas dadas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Amenaza de Ataque" (Koss-Butcher, 1973) entre el grupo alcohólico y no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Estrés situacional debido a alcoholismo" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docentes.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Estrés situacional debido a alcoholismo" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docentes.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Confusión Mental" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docentes.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Confusión Mental" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docentes.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Ideas de Persecución" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docentes.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Ideas de Persecución" (Koss-Butcher, 1973) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docentes.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas dadas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Actitudes Antisociales" (Lachar-Wrobel, 1979) entre el grupo alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas dadas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Actitudes Antisociales" (Lachar-Wrobel, 1979) entre el grupo alcohólico y no alcohólico.



Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas dadas por los alcohólicos y no alcohólicos en lo referente al grupo de *Reactivos Significativos*: "Conflicto Familiar" de Lachar-Wrobel (1979).

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas dadas por los alcohólicos y no alcohólicos en lo referente al grupo de *Reactivos Significativos*: "Conflicto Familiar" de Lachar-Wrobel (1979).

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Síntomas Somáticos" (Lachar-Wrobel, 1979) entre el grupo alcohólico y el no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Síntomas Somáticos" (Lachar-Wrobel, 1979) entre el grupo alcohólico y el no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Interés y Desviación Sexual" (Lachar-Wrobel, 1979) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docencia.

Ho No existen diferencias significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en Interés y Desviación Sexual" (Lachar-Wrobel, 1979) entre la muestra de población alcohólica y la muestra de población no alcohólica procedente del grupo de docencia.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Ansiedad y Tensión" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y el grupo de docentes.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Ansiedad y Tensión" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y el grupo de docentes.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Alteraciones del Sueño" (Lachar-Wrobel, 1979) entre el grupo alcohólico y el no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Alteraciones del Sueño" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Problemas de Ira" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Problemas de Ira" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Depresión y Preocupación" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Depresión y Preocupación" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Opiniones Desviadas" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Opiniones Desviadas" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Abuso de Sustancias" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas al grupo de *Reactivos Significativos*: "Abuso de Sustancias" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Experiencia y Pensamiento Desviado" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

Ho NO existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de  $\alpha = 0.05$  en la tendencia de las respuestas del grupo de *Reactivos Significativos* "Experiencia y Pensamiento Desviado" (Lachar-Wrobel, 1979) entre los grupos alcohólico y no alcohólico.

### 3.4 VARIABLES.

#### DEPENDIENTES.

Sensibilidad discriminativa de los *Reactivos Significativos* en las escalas Koss-Butcher y Lachar-Wrobel del MMPI-2 referentes a:

- Estado de Ansiedad Agudo.
- Ideación de Depresión suicida.
- Amenaza de Ataque.
- Indicadores de Estrés debido a alcoholismo.
- Confusión Mental.
- Ideas de Persecución.
- Actitud Antisocial.

- Conflictos familiares.
- Síntomas Somáticos.
- Interés y Desviación Sexual.
- Ansiedad y Tensión.
- Alteraciones del Sueño.
- Problemas de Ira.
- Depresión y Preocupación.
- Opiniones Desviadas.
- Abuso de Sustancias.
- Experiencia y Pensamiento Desviado.

#### **INDEPENDIENTES.**

- Grupo de sujetos mexicanos diagnosticados como alcohólicos de acuerdo con los criterios del DSM-IV.
- Grupo de sujetos mexicanos no alcohólicos, que desempeñaban la actividad laboral de docencia y cuyos resultados indicaron no se consideraban alcohólicos según los criterios diagnósticos del DSM-IV. (Ver Sección 3.7 Sujetos).

#### **EXTRAÑAS.**

Las que de alguna manera interfirieron en el desarrollo de la prueba y no fueron tomadas en cuenta: Nivel socioeconómico, posible manipulación de la muestra de docentes con el objetivo de dar una imagen más favorable que la real.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Definición conceptual.

*Sensibilidad discriminativa:* También llamada fineza discriminativa; es la capacidad de un instrumento de medir más de un comportamiento. (Aiken, 1998)

*Alcoholismo: Dependencia al alcohol (303.90).* La característica esencial del síndrome de Dependencia al alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo el alcohol a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con el mismo. La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva del alcohol. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses:

\* Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

\* Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Síndrome de abstinencia característico.
- b) Se toma el alcohol para evitar los síntomas de abstinencia.

\* El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.

- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol y en el consumo del mismo.
- \* Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
- \* Se continúa tomando a pesar de tener la consciencia de problemas psicológicos o físicos redicivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo.

*Grupo de Docencia:* Grupo de personas que laboran como profesores de bachillerato y licenciatura, del sexo masculino y con edades comprendidas entre los 24-69 años, el estado civil es casados.

*Sexo:* Género en el que se clasifican los seres humanos: masculino o femenino.

*Estrés debido al alcoholismo:* Es cualquier exigencia que produce un cambio de tensión o amenaza y que exige un cambio o una adaptación (Morris, 1998).

*Actitudes antisociales:* Son las conductas delinquentes que se relacionan con trastornos de conducta y adaptación, se asocia a problemas familiares y legales (Rosovsky, Casanova, Pérez y Narváez, 1994; Borges, Medina-Mora y Rosovsky, 1995; Rosovsky, 1996).

*Conflictos familiares:* Estado de tensión constante en el núcleo familiar que desarticula a los miembros del mismo creando situaciones de agresión física o emocional (Natera, 1989; 1991; Natera y Holmilla, 1990).

*Ansiedad:* Es clasificada según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) como un trastorno caracterizado por preocupaciones excesivas que se diferencian de las obsesiones por el hecho de que el individuo las experimenta como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real.

*Depresión:* Son episodios de trastorno del estado de ánimo caracterizados una alteración del humor, una tristeza a la que no es posible encontrarle una fuente real que la cause (American Psychiatric Association, 1994).

*Síntomas Somáticos:* Son síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, producen malestar clínicamente significativo, deterioro de las áreas del individuo y no son intencionalmente provocados por el paciente; su explicación no es puramente médica (American Psychiatric Association, 1994).

*Ira:* Característica de la personalidad que consiste en arranques de furia con o sin motivo, la agresión es descargada por el individuo al interior o al exterior (Morris, G., 1998).

*Abuso de Sustancias:* Son los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos, sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico, las sustancias se agrupan según el DSM-IV en 11 clases. Los síntomas suelen estar relacionados con las dosis de la sustancia ingerida y los síntomas suelen desaparecer al suspender el consumo. (American Psychiatric Association, 1994).

Definición Operacional.

*Alcoholismo:* En este estudio el alcoholismo será considerado como el grado de dependencia de un individuo al alcohol basado en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). **Dependencia al alcohol (303.90).** La característica esencial del síndrome de Dependencia al alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo el alcohol a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con el mismo.

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva del alcohol.

*Discriminación de los reactivos:* Será dado con los resultados arrojados por los grupos alcohólico y no alcohólico de acuerdo a una comparación entre grupos por medio una prueba estadística, dependiendo de estos resultados se podrá decir si hay una sensibilidad discriminativa en las frases críticas para el grupo alcohólico.

*Docentes:* Estará determinado por el grupo de personal cuya actividad laboral es la docencia a nivel bachillerato y licenciatura, con edades entre los 24 y 69 años, de estado civil casado predominantemente (ver sección 3.7 sujetos).

*Sexo:* Se tomará en cuenta únicamente a individuos del sexo masculino para esta investigación.

*Estrés:* Será determinado por las elevaciones de puntuación en el grupo de reactivos significativos de Koss-Butcher que señala estrés producido a causa del alcoholismo.

*Actitudes antisociales:* Estarán determinadas por la cantidad de reactivos pertenecientes al grupo de Actitudes Antisociales de Lachar-Wrobel que se puntúen como respuestas de un determinado individuo.

*Conflictos familiares:* Estarán determinados por la elevación en las puntuaciones del grupo de Reactivos Significativos de Lachar-Wrobel pertenecientes al MMPI-2 que proporcionan indicadores de conflicto en el individuo.



*Ansiedad:* Estará determinada por la cantidad de reactivos pertenecientes al grupo de Estado de Ansiedad Agudo de Koss-Butcher (1973) y *Ansiedad y Tensión* de Lachar-Wrobel (1979) como respuestas del individuo que se puntúen.

*Ideas de Persecución:* Serán definidas por las respuestas a los 16 reactivos que conforman este grupo perteneciente a Koss-Butcher.

*Depresión:* Estará determinada por la cantidad de reactivos pertenecientes al grupo de Ideación de Depresión Suicida (Koss-Butcher) y Depresión y Preocupación (Lachar-Wrobel) que se puntúen en las respuestas.

*Confusión Mental:* Estará determinada por las respuestas a los 11 Reactivos Significativos que conforman este grupo.

*Síntomas Somáticos:* Estarán determinados por la cantidad de reactivos pertenecientes al grupo de Síntomas Somáticos de Lachar-Wrobel que se puntúen como respuestas de un determinado individuo.

*Ira:* Estará determinada por la cantidad de reactivos pertenecientes al grupo de Problemas de Ira de Lachar-Wrobel que puntúen.

*Interés y Desviación Sexual:* Se define con los 6 Reactivos Significativos planteados por Lachar-Wrobel.

*Amenaza de Ataque:* Será determinada por las 5 respuestas que conforman dicho grupo de Reactivos Significativos.

*Alteraciones del Sueño:* Serán proporcionadas por los 6 reactivos significativos del Grupo de Lachar-Wrobel señalados anteriormente.

*Abuso de Sustancias:* Será proporcionado por la cantidad de reactivos pertenecientes al grupo de Lachar-Wrobel que se puntúen como presentes de acuerdo a las respuestas de los individuos.

*Opiniones Desviadas:* Proporcionada por 15 reactivos del grupo Lachar-Wrobel.

*Experiencia y Pensamiento Desviado:* Determinada por 10 reactivos.

### **3.5 MUESTRA.**

122 Sujetos diagnosticados con Síndrome de Dependencia al Alcohol que acudieron a consulta al centro de Atención a Alcohólicos y a sus Familiares (CAAF).

122 Sujetos cuya labor desempeñada es la docencia, procedentes de escuelas públicas de educación de nivel bachillerato y licenciatura. Sus edades comprenden entre los 24 y 69 años; su estado civil es predominantemente casado y su nivel de escolaridad el de bachillerato y licenciatura. (Ver sección 3.7 Sujetos).

### **3.6 MUESTREO.**

No probabilístico; ya que la elección de los sujetos depende del criterio de inclusión, además es un estudio de sujetos tipo porque ambos deben de tener ciertas características específicas: un grupo estará conformado por sujetos alcohólicos y el otro por población no alcohólica.

### 3.7 SUJETOS.

Para integrar la muestra de esta investigación se seleccionaron de forma intencional 244 sujetos mexicanos residentes de la Ciudad de México de los cuales 122 integraron la muestra de sujetos alcohólicos obtenidos de una institución de asistencia social y 122 la de sujetos no alcohólicos cuya actividad laboral era la docencia.

Los criterios de inclusión para la obtención de la muestra de sujetos alcohólicos fueron los siguientes:

- Sujetos del sexo masculino.
- Edad: 24 a 69 años.
- Escolaridad: Bachillerato y Licenciatura.
- Estado civil: Casado (< 65%).
- Nacionalidad: Mexicana.
- Sujetos diagnosticados por los médicos de la Institución que llevó a cabo su tratamiento de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV: **Dependencia al alcohol (303.90)**. La característica esencial del síndrome de Dependencia al alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo el alcohol a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con el mismo. La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia.

Los criterios de inclusión para la obtención de la muestra de docentes fueron los siguientes:

- Sujetos del sexo masculino.
- Edad: 24 a 69 años.
- Estado civil: Casado (<65%).
- Escolaridad: Bachillerato y Licenciatura.
- Nacionalidad: Mexicana.

- Sujetos que laboraran en instituciones educativas publicas a nivel bachillerato y licenciatura como profesores de diversas materias.
- Sujetos cuyos resultados obtenidos del MMPI-2 (MacAndrew, AAS y APS) y el DSM-IV no mostraron indicadores de alcoholismo.
- Se aceptaron aquellos sujetos que además de cumplir con las características anteriores presentaron un perfil válido del MMPI-2 (Lucio, 1995) y las siguientes características:

	ALCOHÓLICOS	GRUPO DE DOCENCIA
F	> 20	12
VERDADERO	80%	80%
FALSO	20%	20%
INVER	5	13
INVAR	HASTA 13	HASTA 13

### 3.8 DISEÑO EXPERIMENTAL.

El diseño es de dos muestras independientes con una sola aplicación. Es cuasiexperimental debido a que las dos muestras están formadas independientemente al experimento, por lo que las mismas se observarán tal como se presentan en su contexto natural.

### 3.9 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio Ex-post-facto debido a que fue una indagación empírica y sistemática en la cual no hubo control directo sobre las variables dado que no son manipulables por el investigador.

Exploratorio; ya que el objetivo principal fue examinar el tema de los *Reactivos Significativos* mismo que ha sido poco estudiado a la fecha y que solo había sido abordado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con resultados no del todo satisfactorios. Sirvió para aumentar el grado de familiaridad con estos reactivos relativamente desconocidos y determinar el tono de la investigación y hacer recomendaciones a futuros estudios.

Descriptivo; porque especificó cuales son los *Reactivos Significativos* de mayor utilidad para este grupo de población mexicana alcohólica.

### 3.10 INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

Se utilizaron los grupos de *Reactivos Significativos* de Koss-Butcher y el de Lachar-Wrobel contenidos en el MMPI-2 revisados por Butcher en 1992, cuya traducción fue realizada al español por Lucio y que se encuentran en el Manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

La aplicación se hizo de forma colectiva, junto con una entrevista en ambos grupos para aclarar las cuestiones dudosas y ampliar los resultados obtenidos al calificar el MMPI-2. Se proporcionó al sujeto un lápiz del 2 o 21/2 para contestar el inventario; mismo que se calificó por computadora mediante las hojas de lectura óptica del MMPI-2, este método reduce el proceso de calificación y trazo de perfiles que puede llevar de 15 a 40 minutos por inventario. Es sumamente importante aclarar que para la calificación computarizada de los *Reactivos Significativos* se creó un programa específico pero también puede hacerse de manera manual basándose en las listas de reactivos y los criterios mencionados en el Manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

### 3.11 PROCEDIMIENTO.

La investigación se llevó a cabo dentro del D.F. en una institución de asistencia especializada en problemas de alcoholismo en la que se solicitó autorización para poder aplicar de manera individual el MMPI-2 y una entrevista en un grupo de sujetos que acudieron a consulta. Se obtuvo una muestra de 122 sujetos con un diagnóstico de Alcoholismo de acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y que cumplieron con los criterios de inclusión a los cuales se les aplicó el MMPI-2 y posteriormente una entrevista.

La aplicación se llevó a cabo en forma individual para lo cual la institución facilitó cubículos donde se estaba completamente aislado del ruido y los cuales tenían las condiciones ambientales adecuadas para que dicha aplicación fuera válida y siguiendo los criterios de estandarización del Manual (Ver Lucio, 1995). Cada paciente se evaluó en 1 sesión cuyo tiempo fluctuó entre 1 hora con 30 minutos a 3 horas con 30 minutos, debido a la extensión del inventario es conveniente que el individuo que así lo solicite tome unos minutos de descanso. La entrevista proporcionaba los datos socioeconómicos de los sujetos evaluados, algunos hábitos y datos relevantes. En el caso de preguntas frecuentes hechas por el sujeto que fueran comunes y mencionadas en el manual, se les respondió de acuerdo a éste (Lucio, 1995) y durante fase en la que respondían el MMPI-2 hubo que cerciorarse que comprendían adecuadamente las preguntas y el lenguaje empleado por el instrumento.

Por otra parte se obtuvieron 122 perfiles del MMPI-2 procedentes de sujetos no alcohólicos cuya actividad principal es la docencia a nivel bachillerato y licenciatura, a los cuales se les sometió a una evaluación, en una sola sesión cuyo tiempo varió entre 1 hora y 2 horas 30 minutos; dichos sujetos tenían que cubrir los criterios de inclusión antes mencionados. Se les explicó de acuerdo con las instrucciones del Manual lo que se esperaba de ellos y durante toda la aplicación se les asistió de manera personalizada.

En el caso de preguntas frecuentes hechas por el sujeto que fueran comunes y mencionadas en el manual, se les respondió de acuerdo a éste (Lucio, 1995) y durante fase en la que respondían el MMPI-2 hubo que cerciorarse que comprendían adecuadamente las preguntas y el lenguaje empleado en dicho instrumento.

Los datos pertinentes a la Investigación se recolectaron de forma grupal a través de la aplicación del MMPI-2 en lugares con las condiciones requeridas que son mencionadas en el Manual del MMPI-2 (Lucio, 1995) entre las principales se pueden señalar: que se cuente con iluminación apropiada, instalaciones adecuadas y evitando ruido intenso para que los individuos contesten el instrumento; debido a la extensión del inventario es conveniente que el individuo que así lo solicite tome unos minutos de descanso. Posteriormente se realizó una entrevista para aclarar las cuestiones dudosas de los resultados obtenidos del MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1994).

Las instrucciones o consigna de aplicación fueron las siguientes para ambos grupos: "En este cuadernillo le presentamos una serie de frases o proposiciones numeradas. Lea cada una de ellas y decida si es verdadera o falsa, en referencia a usted. No escriba en este cuadernillo. Anote sus respuestas en la hoja correspondiente. Si un enunciado aplicado a su situación personal, es en la mayoría de los casos **Verdadero**, rellene el círculo marcado con la letra V (verdadero), como se muestra en el ejemplo A; si un enunciado, aplicado a su situación personal es en la mayoría de los casos **Falso**, rellene el círculo marcado con la letra F (Falso), tal como se muestra en el ejemplo B. Por favor no marque Verdadero y Falso al mismo tiempo. Si la frase no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en la hoja de respuestas. Trate de dar una respuesta a cada una de las frases. Recuerde que debe de dar su opinión acerca de sí mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Al marcar sus contestaciones en la hoja de respuestas, asegúrese de que el número del enunciado concuerde con el número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar." (Ver Lucio, 1995).

### 3.12 ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Después de la aplicación, al contar con las hojas de respuesta del MMPI-2 se procedió a la calificación computarizada del inventario con el propósito de obtener los perfiles y saber cuantos inventarios resultarían inválidos. Puesto que mediante este procedimiento no se obtiene la calificación de los *Reactivos Significativos* se hizo necesario el uso de un programa específicamente creado para éste propósito y de no contar con el mismo se hace necesario realizar la calificación por medio de plantillas del Manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

Para el análisis estadístico se hizo una comparación entre ambos grupos con el fin de conocer las frases que discriminan al grupo alcohólico; dicha prueba se realizó por medio del programa estadístico SPSS/PC (Nie, 1985). A partir de este programa se obtuvieron las medidas de tendencia central; debido a las características de las muestras y la necesidad de analizar los reactivos de manera individual, se utilizó la Chi2. Se llevó a cabo también un análisis estadístico a través de la prueba t de Student con el propósito de conocer la significancia de cada grupo de *Reactivos Significativos* y así saber si son capaces de discriminar a la población alcohólica de los no alcohólicos.



## CAPÍTULO IV.

### RESULTADOS

Para el análisis de los datos se obtuvieron las Medidas de Tendencia Central para conocer como se distribuían las variables atributivas: sexo, edad, estado civil y ocupación.

En la Tabla 1 se observa la variable EDAD para el grupo de sujetos alcohólicos y el grupo no alcohólico (docentes).

TABLA 1.

GRUPO	MEDIA EDAD	MEDIANA EDAD	MODA EDAD	DESVIACIÓN ESTANDAR
ALCOHÓLICOS	39.492	38	32	10.154
DOCENTES	40.557	39	35	8.812

Es relevante señalar que dichos grupos tuvieron medidas de tendencia central muy similares.

En la TABLA 2 se muestran las frecuencias respecto a la variable ESTADO CIVIL. La mayoría de los sujetos de ambas muestras son casados y hay similitudes en el número de sujetos solteros y de los separados pero se presenta una discrepancia significativa en el número de sujetos divorciados y en los que viven en unión libre; siendo estas dos categorías mas frecuentes en el grupo de sujetos alcohólicos respecto al de sujetos no alcohólicos.

De acuerdo a lo establecido por diversos estadistas (Snedecor y Cochram, 1970; Levin, 1980; Downie, 1986) cuando se usa la prueba  $X^2$  en muestras mayores a  $N=30$ , las probabilidades de significación cambian y la sensibilidad o fuerza de la prueba para proporcionar un resultado significativo queda alterada; Cochram (1954 Ver Siegel, 1990) ha demostrado que el límite de la distribución de potencia de  $X^2$  tiende a 1 cuando  $N$  es

grande. Por lo anteriormente expuesto, en el caso un Diseño de dos grupos independientes cuyo número de sujetos sea mayor a  $N=30$  debe de usarse la Distribución t de Student como lo proponen Snedecor y Cochran (1970 pag.134) al igual que Tashakkori y Teddlie (1998 pag. 112), para obtener resultados más exactos y confiables. También puede ser empleado el Análisis de Varianza para dos grupos, de acuerdo con el nivel de medición del que se trate (Downie, 1986; Glass, 1989). En el presente estudio se realizó la prueba X<sup>2</sup> para determinar la Sensibilidad Discriminativa de los *Reactivos Significativos* (Ver Apéndice), y con el propósito de obtener resultados más precisos se usó la prueba t de Student; tanto para conocer la Sensibilidad Discriminativa como para realizar comparaciones con estudios anteriores (TABLA 3).

Como segundo análisis estadístico (TABLA 3) se presentan las medias y desviaciones estándar para las 17 escalas de *Reactivos Significativos*. Las medias más altas para el grupo de pacientes alcohólicos fueron 8.7541 para la escala de Depresión Suicida, 7.3361 para la Escala de Estado de Ansiedad, 6.3361 para Síntomas Somáticos y 6.00 para Depresión y Preocupación. Para el grupo de docentes se obtuvieron medias de 2.04101 en la escala de Estado de Ansiedad, 1.7049 para Depresión Suicida, 1.4016 para Actitudes Antisociales y 1.8115 para Síntomas Somáticos. También se presentan los resultados de la prueba t de Student para los grupos alcohólico y docente. Se encontró que todos los resultados son estadísticamente significativos a un nivel  $\alpha = 0.05$  y  $\alpha = 0.01$ .

TABLA 2

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIVIL	ALCOHÓLICOS	ALCOHOLICOS	DOCENTES	DOCENTES
SOLTERO	27	23.09%	31	25.61%
CASADO	65	55.55%	71	58.67%
SEPARADO	9	7.69%	11	9.09%
DIVORCIADO	7	5.98%	3	2.47%
UNIÓN LIBRE	13	11.11%	1	0.82%
TOTAL	117	100%	121	100%

El tercer análisis estadístico realizado fué la prueba X<sup>2</sup> con el objeto de determinar si los *Reactivos Significativos* discriminan a la población alcohólica de manera individual y si hay reactivos que resulten innecesarios para dicha discriminación de acuerdo a la ausencia de significancia. Los resultados se presentan en una tabla (TABLA 4) que agrupa a los *Reactivos Significativos* en sus respectivas escalas, se señala la dirección del reactivo, establece el porcentaje de respuestas dadas por los pacientes alcohólicos y los docentes. Como puede observarse en esta tabla se encuentran señalados los reactivos no discriminativos. Los resultados presentados por los grupos de *Reactivos Significativos* para los sujetos alcohólicos y docentes pretenden dar respuestas a las hipótesis planteadas en el presente estudio.

TABLA 3		T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES							
NOMBRE	Grupo	Media Alcohólicos	D.E. Alcohólicos	Media Docencia	D.E. Docencia	Diferencia Medias	valor t **		
Estado de Ansiedad	1	7.3361	3.866	2.04101	1.806	5.2851	13.42		
Depresión suicida	2	8.7541	4.334	1.7049	1.896	7.0492	18.50		
Amenaza de Ataque	3	2.7459	1.562	0.7295	0.998	2.0184	12.02		
Estrés por alcoholismo	4	4.4508	1.355	0.4672	0.752	3.9836	28.39		
Confusión Mental	5	4.2377	2.423	0.5164	0.845	3.7213	16.02		
Ideas de Persecución	6	5.6656	3.511	0.7705	1.097	4.7951	14.40		
Actitudes Antisociales	7	4.9016	2.043	1.4016	1.231	3.50	16.21		
Conflictos Familiares	8	1.6885	1.193	0.2705	0.515	1.418	12.06		
Síntomas Somáticos	9	6.3361	3.804	1.8115	1.808	4.5246	11.87		
Desviación Sexual	10	2.6639	1.639	0.9754	1.109	1.6885	9.42		
Ansiedad y Tensión	11	4.50	2.838	1.123	1.125	3.377	12.22		
Alteraciones sueño	12	2.7459	1.694	0.6803	0.783	2.0656	12.28		
Problemas de Ira	13	2.3443	1.225	0.6993	0.853	1.7049	12.61		
Depresión y Preocupac	14	6.00	3.313	1.123	1.276	4.877	15.17		
Opiniones Desviadas	15	4.5082	3.217	0.8525	1.19	3.6557	11.77		
Abuso de Sustancias	16	2.0184	0.771	0.3279	0.537	1.6885	19.85		
Exp y Pensam. desv	17	3.5246	1.801	1.1148	1.092	2.4088	12.64		
* $t \geq 3.09$ $p \leq 0.05$	gl=242	** $t \geq 3.30$	$p \leq 0.01$						

Num.	Grupo de Reactivos	Reactivo	Redacción	Direc.	% Docentes	% Alcohol	Chi
1	Estado de Aneidad	2	Tengo buen apetito.	F	9.30	8.20	2.72795 ***
		3	Despierto descansado y fresco casi todas las mañanas	V	13.90	51.60	41.00215 ***
		5	El ruido me despierta fácilmente.	V	35.20	63.10	18.90591 **
		10	Actualmente estoy tan capacitado (a) para trabajar como siempre lo he estado	F	24.60	27.90	0.33989 ***
		15	Trabajo bajo una gran presión	V	8.20	43.40	42.66206 ***
		28	Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.	V	9.00	28.50	17.4685 ***
		39	Mi sueño es irregular e intranquilo.	V	4.10	48.40	81.76250 ***
		59	Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana.	V	4.90	15.60	8.66908 **
		140	Casi todas las noches me quedo dormido (a) sin tener pensamientos o ideas que me preocupan.	F	22.10	66.68	46.76599 ***
		172	Con frecuencia noto que mis manos también cuando trato de hacer algo.	V	3.30	37.70	44.37278 ***
		208	Raras veces noto los latidos de mi corazón, pocas veces me falta la respiración	F	25.40	36.10	9.26333 ***
		218	Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado mucho tiempo	V	6.60	56.60	70.60811 ***
		223	No creo ser más nervioso (a) que la mayoría de las personas.	F	13.10	38.50	21.26397 ***
		301	Casi todo el tiempo me siento preocupado (a) por alguien	V	15.60	67.20	67.05227 ***
		444	Soy una persona muy tensa	V	12.30	61.50	63.37662 ***
		463	Varias veces a la semana siento como si algo terrible fuera a suceder	V	1.60	34.40	44.36364 ***
		469	Algunas veces me siento al borde de una crisis nerviosa	V	0.60	48.40	74.34928 ***
2	Ideación de Depresión	9	Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés	F	3.30	20.50	18.46656 ***
		36	He tenido períodos de días, semanas o meses en los que no podía hacer nada, porque no tenía la energía suficiente para empezar	V	9.60	55.70	58.32195 ***
		65	La mayor parte del tiempo me siento triste	V	2.50	34.40	41.44322 ***
		71	En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien	V	31.10	61.50	25.80304 ***
		75	Generalmente siento que la vida vale la pena.	F	4.10	4.90	0.0952 ***
		92	No parece importarme lo que me pase	V	4.90	37.70	39.10256 ***
		95	Casi siempre estoy feliz	F	15.60	50.00	34.49720 ***
		130	Definitivamente, a veces me siento inútil.	V	6.60	47.50	51.82373 ***
		148	Lloro fácilmente.	V	4.90	43.40	49.82968 ***
		215	Me preocupo mucho	V	18.90	72.10	69.82898 ***
		233	Se me dificulta comenzar a hacer las cosas	V	18.90	45.10	19.29688 ***
		273	A menudo la vida me resulta difícil.	V	9.60	56.60	60.04363 ***
		303	La mayor parte del tiempo desearía estar muerto (a).	V	0.60	6.60	5.65286 **
		308	A nadie le importa mucho lo que le sucede a uno.	V	7.40	49.20	52.55851 ***
		388	Muy rara vez me siento deprimido (a).	F	8.20	50.80	63.79608 ***
		411	A veces pienso que no sirvo para nada.	V	2.50	33.60	40.03618 ***
		464	Me parece tener un porvenir sin esperanzas	V	0.60	23.80	28.79888 ***
			*** significativa $\leq .001$ ** significativa $\leq .01$ * significativa $\leq .05$				

Num.	Grupo de Reactivos	Reactivo	Redacción	Dircc.	% Docentes	% Alcohol	Chi
		485	Con frecuencia siento que no soy tan bueno (a) como otras personas	V	17.20	63.30	34.76479 ***
		508	Recientemente he pensado en matarme	V	0.00	21.30	29.98018 ***
		518	He cometido bastantes errores graves en mi vida	V	2.50	80.30	152.46832 ***
		520	Ultimamente, he pensado en matarme.	V	0.00	9.00	12.92068 **
		524	Nadie lo sabe, pero he tratado de matarme.	V	0.80	18.00	22.92231 ***
3	Amenaza de Ataque	37	A veces siento ganas de destruir las cosas	V	9.00	40.20	31.91449 ***
		65	A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.	V	2.50	45.10	81.15832 ***
		134	A veces siento el deseo de empujar una pelota a golpes con alguna persona	V	8.20	62.60	58.55935 ***
		213	Me enoja con facilidad pero se me pasa pronto	V	38.10	75.40	38.69604 ***
		389	Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio	V	17.20	61.40	50.48384 ***
4	Enfería por alcoholismo	125	Creo que mi vida hogareña es tan agradable como de las personas que conozco	F	11.50	48.40	40.12786 ***
		284	He bebido alcohol en exceso.	V	20.50	95.90	142.59576 ***
		487	He disfrutado fumando marihuana	V	2.50	23.00	25.46805 ***
		489	Tengo problemas con el alcohol o las drogas	V	1.80	82.80	164.76534 ***
		502	Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	V	7.40	82.00	137.31322 ***
		511	Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana	V	0.80	32.80	45.24608 ***
		618	He cometido bastantes errores graves en mi vida	V	2.50	80.30	152.46832 ***
5	Confusión Mental	24	En ocasiones los espíritus malignos se poseenían de mí	V	0.00	13.10	17.1228 ***
		31	Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo	V	4.10	46.70	58.47006 ***
		32	He tenido experiencias muy peculiares y extrañas	V	15.60	54.90	41.88076 ***
		72	A veces mi alma abandona mi cuerpo	V	1.60	27.00	32.06523 ***
		98	A mi alrededor veo cosas, animales o personas que otros no ven	V	4.80	13.10	4.98690 *
		180	Algo anda mal en mi mente	V	0.80	71.30	131.46571 ***
		188	Frecuentemente algo voces sin saber de donde vienen	V	1.68	6.60	3.75385
		288	No me puedo concentrar en una sola cosa.	V	5.70	61.60	82.82298 ***
		311	Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales	V	4.10	42.60	50.58722 ***
		316	Tengo pensamientos extraños y poco comunes	V	3.30	46.70	61.90832 ***
		325	Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas	V	9.80	50.00	48.93135 ***
6	Ideas Paraculturales	17	Estoy seguro (a) de que la vida es injusta conmigo	V	1.60	13.10	11.76815 **
		42	Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida	V	5.70	32.00	27.49538 ***
		99	Algun me tiene mala voluntad	V	9.00	49.20	49.35179 ***
		124	A menudo me pregunto cual será la verdadera intención de las personas que hacen algo bueno por mí	V	13.80	61.50	58.89680 ***
		138	Creo que están conspirando contra mí	V	0.00	25.40	35.61174 ***
		144	Creo que me están siguiendo	V	0.00	13.60	18.27313 **
		145	Siento que frecuentemente he sido castigado (a) sin motivo	V	0.80	18.00	21.18839 ***

\*\*\* significativa  $\leq 0.01$  \*\* significativa  $\leq 0.1$  \* significativa  $\leq 0.05$

Num.	Grupo de Reactivos	Reactivo	Redacción	Difac.	% Docentes	% Alcohol	Chi
		182	Alguien ha intentado envenenarme.	V	0.80	8.70	4.66254 *
		216	Alguien ha estado intentando robarme	V	1.60	26.40	28.47063 ***
		228	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas	V	1.60	34.40	44.38384 ***
		241	Es más seguro no confiar en nadie	V	12.30	50.00	40.43734 ***
		261	Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente.	V	1.60	60.70	66.06767 ***
		269	Estoy seguro (a) de que la gente habla de mí	V	16.40	87.20	65.07635 ***
		314	No tengo amigos que realmente quieran hacerme daño	F	7.40	30.30	21.74399 **
		333	La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí	V	0.60	41.00	59.51885 ***
		361	Alguien ha tratado de influir en mi mente	V	3.30	28.70	29.32883 ***
7	Actitud Antisocial	27	Por principio, cuando alguien me hace algún mal siento que, de ser posible debería de pagarme con la misma moneda.	V	30.30	60.70	24.27273 ***
		35	Cuando era más joven, a veces robé algunas cosas.	V	23.00	65.00	49.66961 ***
		84	Cuando joven me suspendieron en la escuela una o más veces por mala conducta	V	6.60	50.80	58.41578 ***
		105	En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta	V	8.80	56.80	60.04363 ***
		227	No culpa a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo	V	36.80	63.10	16.78689 **
		240	A veces me ha sido imposible evitar robar o llevarme algo de una tienda.	V	5.70	27.00	22.53184 ***
		254	La mayoría de las personas hace amistades porque los amigos les pueden resultar útiles en algún momento	V	15.60	72.10	79.24715 ***
		266	Nunca he tenido problemas con la ley	F	7.40	83.10	8303328 ***
		324	Puedo atarrotar fácilmente a la gente y a veces lo hago para divertirme	V	4.60	26.70	24.65505 ***
8	Conflictos Familiares	21	A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar	V	7.40	51.68	57.46349 ***
		83	Tengo pocos disgustos con miembros de mi familia.	F	6.60	30.30	22.81502 ***
		125	Creo que mi vida es tan agradable como la mayoría de las personas que conozco	F	11.50	49.40	40.12798 **
		288	Mis padres y mis familiares me encuentran más fallas de las que deberían	V	1.60	36.50	51.71115 **
9	Síntomas Somáticos	18	Sufro de ataques de náuseas y vómito	V	0.00	12.30	17.12281 **
		28	Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana	V	8.00	29.60	17.4785 ***
		33	Raras veces me preocupo por mi salud	F	61.50	32.80	20.14830 ***
		40	A menudo me parece que me duele toda la cabeza	V	1.60	22.10	26.71060 ***
		44	Una vez a la semana o más a menudo, sin causa aparente, de repente siento calor en todo el cuerpo	V	1.60	33.60	43.59209 ***
		47	Casi nunca me ha dolido el corazón o el pecho	F	13.10	38.50	20.56336 ***
		53	Con frecuencia me parece sentir ardores, puntzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo	V	3.30	48.40	64.72658 ***
		57	Muy raras veces siento dolor en la nuca	F	13.80	25.40	5.95001
		59	Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana o más frecuentemente	V	4.60	15.80	8.66808 *
			*** significativa $\leq .001$ ** significativa $\leq .01$ * significativa $\leq .05$				

Núm.	Grupo de Reactivos	Reactivo	Redacción	Dirac.	% Docentes	% Alcohól	Chi
		101	A menudo siento como si tuviera una banda que me apretara la cabeza.	V	0.00	9.80	12.62069
		111	Tengo muchos problemas estomacales	V	4.10	16.40	10.02740
		142	Nunca he tenido un ataque de convulsiones	F	1.80	18.90	19.65370
		158	Nunca me he desmayado	F	18.40	35.20	11.31948
		164	Nunca o casi nunca tengo mareos.	F	4.10	31.10	32.10559
		175	Siento debilidad en general la mayor parte del tiempo.	V	0.80	32.80	44.58017
		178	Muy pocas veces me duele la cabeza	F	10.70	14.80	10.92382
		182	He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me moví, pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.	V	0.80	15.60	17.65946
		224	Padezco poca o ninguna clase de dolores	F	8.20	22.10	20.9895
		229	He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.	V	2.50	49.70	84.4783
		247	Se me adormecen una o varias partes de la piel.	V	2.50	24.60	25.54589
		255	Casi nunca noto que me zumban o me silben los oídos	V	11.60	45.70	37.29807
		265	Nunca he sufrido de parálisis o alguna debilidad fuera de lo común en alguno de mis músculos	F	5.70	23.80	15.7137
		484	Gran parte del tiempo me siento cansado (a).	V	3.30	38.90	42.92662
10	Interes y desv.sexual	12	Mi vida sexual es satisfactoria	F	11.50	48.40	40.12786
		34	Nunca he tenido dificultades a causa de mi conducta sexual	F	17.20	50.00	29.36874
		62	A menudo he deseado ser mujer.	V	1.80	6.60	3.76365
		121	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común	F	9.00	45.10	40.20974
		168	Me preocupan las cuestiones sexuales	V	36.10	63.10	17.66398
		168	Quiéiera que no me perturbaran pensamientos sexuales	V	4.80	73.80	121.17568
11	Ansiedad y Tensión	15	Trabajo bajo una gran presión.	V	8.20	43.40	42.68208
		17	Estoy seguro de que la vida es injusta conmigo	V	1.80	13.10	11.75615
		172	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo	V	3.30	37.70	44.37278
		218	Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado	V	6.80	58.60	70.60811
		223	Creo ser más nervioso que la mayoría de las personas	F	13.10	38.50	21.25397
		261	Tengo muy pocos temores en comparación con los de mis amigos	F	45.10	38.50	4.49795
		288	No me puedo concentrar en una sola cosa.	V	5.70	51.60	62.82289
		301	Casi todo el tiempo me siento preocupado(a) por algo o por alguien	V	15.60	67.20	67.06227
		320	He tenido miedo de cosas o personas que sé que no me podían hacerme daño	V	2.50	31.10	36.60082
		405	Por lo general soy tranquilo(a) y no me altero fácilmente	F	8.00	37.70	28.04203
		463	Varias veces a la semana siento como si algo terrible fuera a suceder.	V	1.80	34.40	44.36384
12	Alteraciones del Sueño	5	El ruido me despierta fácilmente	V	35.20	63.10	18.65691
		90	Tengo pesadillas varias veces a la semana.	V	0.80	23.00	26.52983

\*\*\* significativa  $\leq .001$  \*\* significativa  $\leq .01$  \* significativa  $\leq .05$



Num.	Grupo de Reactivos	Reactivo	Redacción	Difac. % Docentes	% Alcohol	Chi
		39	Mi sueño es irregular e intranquilo	V	4.10	48.40 (61.76260) ***
		140	Casi todas las noches me quedo dormido(e) sin tener pensamientos o ideas que me preocupen	F	22.10	66.60 (48.75589) ***
		328	Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.	V	4.60	48.40 (58.90612) ***
		471	Con frecuencia he tenido miedo durante la noche	V	0.80	26.20 (33.87671) ***
13	Problemas de Ira	85	A veces siento un fuerte deseo de hacer algo dañino o escandaloso	V	2.50	45.10 (61.15832) ***
		134	A veces siento el deseo de arropar una póliza a golpes con alguna persona	V	8.20	52.90 (68.56536) ***
		213	Me enoja con facilidad pero se me pasa pronto	V	36.10	75.40 (38.59664) ***
		388	Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio	V	17.20	61.60 (50.48384) ***
14	Depresión y Preocupac	2	Tengo buen apetito	F	3.30	6.20 (2.72785) ***
		3	Despierto decaído(a) y fresco(a) casi todas las mañanas	F	13.90	61.60 (41.00215) ***
		10	Actualmente estoy tan capacitado(a) para trabajar como siempre lo he estado	F	24.60	27.90 (0.33989) ***
		65	La mayor parte del tiempo me siento triste	V	2.50	34.40 (41.44322) ***
		73	Definitivamente no tengo confianza en mí mismo	V	0.00	30.30 (43.81353) ***
		75	Generalmente siento que la vida vale la pena.	F	4.10	4.80 (0.0962) ***
		130	Definitivamente, a veces me siento un inútil	V	6.60	47.50 (51.92373) ***
		150	Algunas veces siento que debería herirme o lastimar a otros	V	0.80	21.30 (28.02833) ***
		165	Mi memoria parece estar en buenas condiciones	F	4.10	36.10 (40.79082) ***
		180	Algo anda mal en mi mente	V	0.80	71.30 (131.45571) ***
		273	A menudo la vida me resulta difícil	V	9.80	58.60 (60.04393) ***
		303	La mayor parte del tiempo debería de estar muerto(a)	V	0.80	6.80 (5.65286) *
		339	Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas	V	7.40	69.70 (69.95348) ***
		411	A veces pienso que no sirvo para nada	V	2.50	33.60 (40.03618) ***
		415	Me preocupo mucho por posibles desgracias	V	30.30	76.20 (61.89289) ***
		454	Me parece tener un porvenir sin esperanzas	V	0.80	23.80 (28.78688) ***
15	Opiniones Deevidadas	42	Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida	V	6.70	32.00 (27.48536) ***
		68	Alguien me tiene mala voluntad	V	9.00	49.20 (49.35178) ***
		108	Mi manera de hablar es la misma de siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni balbuceante, ni ronca)	F	22.10	40.20 (9.24937) *
		138	Creo que están conspirando contra mí	V	0.00	25.40 (35.51104) ***
		144	Creo que me están siguiendo	V	0.00	13.90 (15.27313) ***
		162	Alguien ha intentado envenenarme	V	0.80	6.70 (4.69254) *
		216	Alguien ha estado intentando robarme.	V	1.60	25.40 (28.47083) ***
		228	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas	V	1.80	34.40 (44.36384) ***

\*\*\* significativa  $\leq .001$  \*\* significativa  $\leq .01$  \* significativa  $\leq .05$



## CAPITULO V

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Como conclusión a manera general puede señalarse que los 17 grupos de *Reactivos Significativos* del MMPI-2 (Koss-Butcher y Lachar-Wrobel) mostraron una buena capacidad de discriminación entre las dos muestras comparadas.

A nivel de estadística descriptiva se obtuvieron las medidas de Tendencia Central y de Dispersión de los puntajes. A nivel de estadística inferencial se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes (TABLA3). Es así como los resultados obtenidos corroboran la hipótesis que se planteó que había diferencias estadísticamente significativas en los grupos de *Reactivos Significativos* de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel entre los alcohólicos y los no alcohólicos. Las diferencias de acuerdo a los objetivos perseguidos en este estudio, fueron especialmente significativas para el grupo de *Reactivos Significativos* no. 16 denominado "Abuso de Sustancias" donde  $p= 0.050$ ; de lo que se concluye que los reactivos contenidos en este grupo discriminan características alcohólicas en sujetos diagnosticados con los criterios del DSM-IV como Dependientes al Alcohol.

De acuerdo con lo planteado por Greene (1980) acerca de "conocer cuántas respuestas significativas son significativas" y respecto a la hipótesis en la que se quería conocer cuales eran los *Reactivos Significativos* que de manera individual discriminaban a las dos muestras; la presente investigación logra establecer en el análisis individual la significancia de los reactivos. Se obtuvieron resultados sorprendentes al notar que con excepción de los reactivos no. 2, 10, 34, 57, 75, 176, 198, 208 y 261 los demás *Reactivos Significativos* son capaces de discriminar individuos alcohólicos con características similares a los de la muestra aquí estudiada.

Por lo que respecta a la comparación del estudio actual con investigaciones anteriores (Evans, 1984; Ladd, 1996), la edad y el número de sujetos alcohólicos (N) son muy similares a los datos de la muestra aquí recopilada; se muestra en la siguiente Tabla (TABLA 5):

TABLA 5

DESCRIPTIVAS	EVANS	LADD	ESTUDIO ACTUAL
N	129	94	122
MEDIA	37.64	38.6	39.492
DESV. ESTD	10.62	9.19	10.154

Greene (1980) y Evans (1984) reportan en sus resultados obtenidos, que los sujetos normales aprobaron, al menos en algunos reactivos a los 6 grupos de *Reactivos Significativos* de Koss-Butcher y a los 11 grupos de Lachar-Wrobel lo cual concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación en donde sujetos normales calificaron de manera notable los reactivos 5 (35.2%), 208 (25.4%), 213 (36.1%), 227 (36.9%), 213 (36.1%), 415 (30.3%) y 122 (45.1%). (Para más detalles Ver TABLA 4).

El presente trabajo apoya los resultados presentados por Ladd (1996) respecto a que los sujetos alcohólicos tendieron con mayor frecuencia a la aceptación de los reactivos del grupo no. 2 "Ideación de Depresión Suicida" que en el grupo de Evans (1984). Respecto al grupo de *Reactivos Significativos* "Estado de Ansiedad", los resultados del presente estudio son similares a los de Ladd (1996) con una discrepancia notable al compararlos son las respuestas dadas por los alcohólicos del grupo de Evans (1984).

En el grupo de *Reactivos Significativos* no. 4 "Estrés por Alcoholismo" se encontraron resultados que deben destacarse, para el grupo de pacientes alcohólicos, la media del estudio de Evans (1984) fluctúa muy por encima de las medias de Ladd (1996) y del estudio actual; siendo menor en este último. Es importante señalar que esta es una característica que debería sobresalir para los pacientes alcohólicos.

El grupo de *Reactivos Significativos* no. 3 "Amenaza de Ataque", no. 5 "Confusión Mental" y No. 6 "Ideas de Persecución" en este estudio muestra diferencias significativas respecto a los resultados obtenidos por Ladd (1996) y Evans (1984), observando una media mucho mayor en la población de la presente investigación.

En referencia al grupo de *Reactivos Significativos* No. 7 "Actitudes Antisociales" los resultados aquí obtenidos (Media= 4.90 y D.E.= 2.04) son similares a los proporcionados por Ladd (Media=4.24 y D.E= 1.92) y Evans (Media= 4.15 y D.E= 2.11). De la misma manera que en el grupo No. 8 "Conflictos Familiares" donde se obtuvieron Medias de 1.69, 1.82 y 1.71 respectivamente.

Los grupos de *Reactivos Significativos* 9, 10 y 12 no fueron evaluados por Evans (1984) y los resultados para estos grupos se mostraron similares en el estudio actual respecto al llevado a cabo por Ladd (1996).

En el presente estudio, los grupos de *Reactivos Significativos* no. 11 "Ansiedad y Tensión", No. 15 "Opiniones Desviadas" y No. 17 "Experiencia y Pensamiento Desviados" para la población alcohólica, calificaron muy por encima de las puntuaciones del estudio de Evans (1984) y con un incremento respecto a la investigación de Ladd (1996).

Respecto a los grupos de *Reactivos Significativos* No. 13 "Problemas de Ira" y No. 16 "Abuso de Sustancias", se encontró que los sujetos alcohólicos del estudio actual puntuaron de manera similar a los de las muestras de Evans (1984) y Ladd (1996); por lo que puede suponerse que dichos grupos de reactivos son los más característicos al evaluar a este tipo de población. En lo concerniente al grupo *Reactivos Significativos* No. 14 "Depresión y Preocupación", la media para el estudio actual y el de Ladd (1996) es muy similar, manifestándose una discrepancia notable con la media de los alcohólicos del estudio de Evans (1984).

Cabe señalar que los resultados aquí obtenidos se contraponen a las investigaciones de Evans (1984) en los que para todas las escalas Koss-Butcher, la muestra de sujetos "normales" calificaba muy por encima de los alcohólicos; en este estudio los resultados obtenidos de la muestra de pacientes alcohólicos indican que califican más alto que la muestra de no alcohólicos.

Los resultados aquí obtenidos van en contra de lo reportado por Greene (1980) y Evans (1984) en lo concerniente a que en los grupos de *Reactivos Significativos* "Problemas de Ira", "Ansiedad Aguda" y "Estrés debido a alcoholismo" calificaron más alto los sujetos normales respecto a los alcohólicos siendo que los resultados del estudio actual reportan que los alcohólicos tienen respuestas más altas que el grupo de los no alcohólicos. Por otra parte ambos reportan que en los grupos de *Reactivos Significativos* de "Amenaza de Ataque" y "Confusión Mental", los alcohólicos no reportan diferencias significativas respecto de los sujetos no patológicos; mientras que de acuerdo a lo obtenido en este estudio los sujetos normales y patológicos muestran diferencias significativas. (Ver Tabla3 y 4).

La población alcohólica presenta con mayor tendencia indicadores de conducta antisocial (grupo no.7) en comparación a los no alcohólicos procedentes de la muestra de docencia. Puede afirmarse que la presencia del alcoholismo en el individuo incrementa

los indicadores de conflictos familiares (grupo no.8) de acuerdo con lo anteriormente mencionado (Evans, R.G., 1984; Ladd, 1996; Bogani en Aizpiri, 1996; Minuchin, 1992; Stanton, 1992).

En la siguiente Tabla se presentan las medias y desviaciones estándar de las muestras de pacientes alcohólicos de Evans (1984), Ladd (1996) y las aquí obtenidas con el propósito de realizar las comparaciones pertinentes.

TABLA 6

GRUPO DE REACTIVOS	EVANS	LADD	ESTUDIO ACTUAL
SIGNIFICATIVOS	Media / D.E.	Media/ D.E.	Media/ D.E.
Estado de Ansiedad	2.46 (1.26)	6.22 (3.48)	7.34 (3.97)
Depresión Suicida	4.30 (6.38)	7.74 (4.879)	8.75 (4.33)
Amenaza de Ataque	.71 (.62)	1.73 (1.46)	2.75 (1.56)
Estrés por Alcoholismo	9.32 (1.86)	5.41 (1.37)	4.45 (1.36)
Confusión Mental	.62 (.53)	2.60 (2.2)	4.24 (2.42)
Ideas de Persecución	1.64 (1.69)	3.29 (2.60)	5.57 (3.51)
Actitudes Antisociales	4.15 (2.11)	4.24 (1.92)	4.90 (2.04)
Conflictos Familiares	1.71 (1.24)	1.82 (1.29)	1.69 (1.19)
Síntomas Somáticos	*	6.14 (4.57)	6.34 (3.80)
Interés y Desv. Sexual	*	2.94 (1.47)	2.66 (1.64)
Ansiedad y Tensión	3.28 (3.07)	3.54 (2.30)	4.50 (2.84)
Alteraciones del Sueño	*	2.30 (1.48)	2.75 (1.69)
Problemas de Ira	1.17 (.97)	1.39 (1.20)	2.34 (1.22)
Depr. y Preocupación	3.98 (2.74)	5.71 (3.89)	6.00 (3.31)
Opiniones Desviadas	2.00 (1.81)	2.66 (1.84)	4.51 (3.22)
Abuso de Sustancias	1.46 (.64)	2.02 (.72)	2.02 (.77)

Cabe preguntarse si puede influir el hecho de que usó la Versión R del MMPI original, en la discrepancia entre los resultados de Evans (1984) respecto al presente estudio; ya que al comparar los resultados del estudio actual con los de Ladd (1996) que usa el MMPI-2 se encuentran numerosas similitudes.

De acuerdo con los estudios anteriores resulta evidente que no existe un factor determinante de la etiología del alcoholismo, por ello el presente estudio se ocupó de tratar de encontrar cuales *Reactivos Significativos* funcionarían adecuadamente como indicadores que sugieran la presencia de alcoholismo.

Los *Reactivos Significativos* del MMPI-2 se muestran como un complemento en el empleo de otras técnicas, entre las que se subraya la entrevista como el método clínico más importante para obtener los datos necesarios que permiten la integración del perfil psicológico del individuo, además de ser el medio más efectivo para abordar los indicadores arrojados por dichos reactivos. Dichos *Reactivos Significativos* pueden ser empleados como indicadores para los perfiles del MMPI-2 que resulten inválidos.

Como parte de las ganancias obtenidas mediante esta investigación se puede sugerir que el alcoholismo debe de ser abordado como un problema multicausal cuya intervención es delicada y que una vez detectado, debe de ser abordado mediante un enfoque multidimensional. La participación del psicólogo debe de ser profesional y eficaz con la posibilidad de estructurar un diagnóstico adecuado.

Se pretende que este estudio de lugar a un tratamiento sólido con modelos de intervención confiables; la propuesta es que los *Reactivos Significativos* sean usados como auxiliares en la práctica clínica.



## ALCANCES.

Con este trabajo se muestra que es posible hacer investigación en el área de la salud obteniendo mediante indicadores cuantitativos de los *Reactivos Significativos* datos que permitan el abordaje terapéutico. Según Ladd (1996) la confirmación de un número de *Reactivos Significativos* aunque no completen la escala totalmente implica que la situación "crítica o significativa" es evidente. Por tal motivo al obtener indicadores de los grupos de *Reactivos Significativos* de "Abuso de Alcohol" y de "Estrés Situacional debido al Alcoholismo" principalmente, aunado a otros grupos como "Conflictos Familiares" y "Actitudes Antisociales", es recomendable cerciorarse completamente si el paciente es alcohólico o bien si el diagnóstico de alcoholismo es simultáneo a algún trastorno de la personalidad.

Los resultados obtenidos en el presente estudio corroboran una vez mas la efectividad de uno de los instrumentos más difundidos a nivel mundial: el MMPI-2; lo cual resulta una ventaja excepcional sobre los instrumentos de tamizaje. El MMPI-2 resulta ser una técnica que permite detectar de manera confiable las características de personalidad del individuo, con el objeto de que el diagnóstico sea completo.

Mediante lo planteado en la presente investigación se hace posible invitar a los especialistas a trabajar con los *Reactivos Significativos* desde diversos abordajes, considerando que la seriedad del instrumento y los resultados aquí obtenidos son solo el principio de la investigación de un tópico que antes no se había llevado a cabo en población mexicana.

Al ser el primer trabajo de esta índole realizado en México se pretende influir en los clínicos que a diario utilizan el MMPI-2 como parte del proceso de evaluación, para que comiencen a usar los *Reactivos Significativos* como indicadores de problemas relacionados al Alcoholismo en población con características similares a la aquí reunida;

proporcionando la confianza que los resultados aquí obtenidos son resultado de una minuciosa investigación.

También se sugiere que se usen los *Reactivos Significativos* para trabajar con otras poblaciones clínicas con el objeto de ampliar el espectro de uso de dichos reactivos así como de conocer más sobre la Sensibilidad Discriminativa de los mismos.

En la práctica clínica, este estudio permitirá conocer de manera eficiente diversas áreas en las que el consumo de alcohol ha modificado la vida del individuo entorpeciendo de esta manera con sus actividades diarias; lo que servirá para orientar al profesional para que su intervención sea más certera.

Como uno de los principales alcances es el hecho de que la muestra utilizada de pacientes alcohólicos en este estudio es equiparable con las muestras que presentaron los estudios anteriores (Evans, 1984; Ladd, 1996).

## LIMITACIONES.

Dentro de las principales limitaciones de este estudio, puede encontrarse el hecho de que al ser de tipo exploratorio y el primero que se realiza de este género en nuestro país, se hace necesario continuar dicha investigación ya sea para afinar los detalles que no pudieron ser tomados en cuenta o para realizar alguna investigación de manera similar con otras poblaciones.

En lo referente a los sujetos, únicamente fueron tomados en cuenta los sujetos del sexo masculino con lo que queda una interrogante acerca del comportamiento de los *Reactivos Significativos* en poblaciones del sexo femenino cuyas otras características sociodemográficas sean similares.

Los alcohólicos utilizados para el presente estudio no pudieron ser caracterizados de manera minuciosa en lo referente a su etiología y al tipo de alcoholismo que presentaban, por lo que puede ser tomado en cuenta para futuras investigaciones.

En lo que respecta a la muestra de sujetos no alcohólicos, al ser tomada de una población cuya actividad laboral era la docencia, no fue considerado el hecho de que pudo haberse falseado la información y tampoco el hecho de que los sujetos pudieron haber simulado al responder al MMPI-2.

Otra desventaja que el MMPI- 2 tiene sobre los instrumentos de tamizaje radica en que al ser un instrumento demasiado extenso, cuya aplicación se lleva un par de horas; los instrumentos de tamizaje son breves y únicamente evalúan problemas relacionados al alcoholismo (cantidad de alcohol que se bebe, frecuencia, consecuencias y reacciones psicológicas adversas) por lo tanto lo hacen de manera más completa.

El lenguaje de los instrumentos de tamizaje es sencillo y no necesita un nivel de instrucción específico mientras que el MMPI-2 requiere una escolaridad mínima de secundaria.

Otra dificultad que debe de considerarse es el tiempo requerido para la aplicación del MMPI-2 (una aplicación individual va de hora y media a dos horas), mismo que se incrementa debido a la presencia de alguna patología. En la aplicación colectiva dicho tiempo suele reducirse pero se debe de ser más cuidadoso para obtener perfiles válidos.

Debido a la naturaleza de la muestra clínica, se optó por un muestreo no aleatorio, administrándose la prueba a aquellos sujetos con las características ya indicadas que estuvieran disponibles; por lo que se sugiere que para futuras investigaciones se refinan los procedimientos de selección para que pueda hablarse de una mayor representatividad de las muestras.

## SUGERENCIAS.

Aprobar los *Reactivos Significativos* es un indicador de interés imperante ya que de acuerdo a lo establecido en investigaciones previas (Ladd, 1996) se espera que los sujetos "normales" aprueben muy pocos o ninguno; así que de acuerdo con lo obtenido en el presente estudio resultan indicadores llamativos cuando son contestados por un paciente de manera similar a como lo hicieron los sujetos de la muestra de pacientes alcohólicos. En caso de que esto suceda es sugerible que durante la entrevista puedan retomarse los aspectos señalados en el MMPI-2 por dichos reactivos.

Considerar para futuros estudios en que se trabaje con poblaciones alcohólicas, que sería ventajoso caracterizar a los sujetos de acuerdo a su consumo de alcohol (como bebedores excesivos, bebedores problema y bebedores sociales) así como los síntomas que se manifiestan; con el objeto de conocer para que tipo de bebedores haya mejor discriminación de los *Reactivos Significativos*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aiken, L. (1997). Tests psicológicos y evaluación. México: McGrawHill.

Aizpiri, D.J. y Marcos, F.J. (1996). Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson S.A.

Al-Anon. (1980). Help for families of problem drinkers. Health Trends, 12(8).

Alonso, F.F. (1989). Alcoholdependencia. Barcelona: Salvat.

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

Arnaú, G.J. (1989). Diseños Experimentales en Psicología y Educación. (Vol. 2) México: Trillas.

Aronson, A.L., Dent, O.B., Webb, J.T. y Kline, C.D. (1996). Graying of the critical items: effects of aging on responding to MMPI-2 Critical Items. Journal of Personality Assessment, 66 (1). 169-176.

Babor, T.F. (1986). Issues in definition and diagnosis of alcoholism: Implications for a reformulation. Journal of Neuropharmacological Psychiatry, 10. 113-128.

Babor, T. F. Cooney, N. y Lauerman, R. (1987). The dependence syndrome concept as psychological theory of relapse behaviour: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. British Journal of Addicts, 82. 393-405.

Referencias Bibliográficas

---

Babor, T.F. (1990). Social, scientific and medical issues in the definition of alcoholism and drug dependence. England: Oxford University Press.

Ben-Porath, Y.S. y Butcher, J.N. (1988). Exploratory analysis of rewritten MMPI items. Paper presented at the 23rd Annual Meeting of recent Development in the use of MMPI. St. Petersburg, Fl.

Ben-Porath Y.S. y Butcher J.N. (1991). Psychometric stability of rewritten MMPI items. Journal of Personality Assessment, 53(4). 645-653.

Benedetti, G. (1985). Las alucinaciones por el alcohol. Madrid: Alhambra.

Benitez, F. (1975). En la tierra del peyote. México: Era.

Berenzon, S., Carreño, S., Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Villatoro, J. y Rojas, E. (1994). Prácticas del uso del alcohol entre los jóvenes de la ciudad de México. Revista de Cultura Psicológica, 3(1). 23-25.

Blum, K. y Payne, E. (1990). Alcohol and the addictive brain. Nueva York: Free Press (Macmillan, Inc.).

Borges, G. (1988). Consumo de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas. Salud Pública de México, 30(1). 14-24.

Borges, G. (1992). Consumo de alcohol en mujeres embarazadas. Información Clínica, 3(2). 8-19.

Borges, G. (1993). Los factores de riesgo y las drogas. Información Clínica, 4(12). 68-79.

Borges, G., Rosovsky, H., Rodriguez, E. y López, EK. (1990). Alcohol consumption and its impact in Mexico, 1970-1989: Mortality and Crime. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 6 (3). 117-126.

Borges, G., Garrido, F., Cárdenas, V., Ibarra, J. y Bobadilla, J.L. (1993). Parental alcohol consumption and posneonatlan mortality. Journal of community and Applied Social Psychology, 3. 17-27.

Borges, G., Medina-Mora, M.E. y Rosovsky, H. (1995) Epidemiological studies on alcohol and accidents in Mexico. México: IMP.

Boyd, J.H., Deer, K., Grossman, B., Strugen, S., Lacock, D. y Bruder, C.L. (1983). Different definitions of alcoholism II. American Journal of Psychology, 140. 1314-1317.

Brown, G.F. (1989). Principios de medición en Psicología y Educación. México. Manual Moderno.

Butcher, J.N. (1972). Objective Personality Assessment. New York: Academic Press.

Butcher, J.N. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. User's guide. The Minnesota report: Adult clinical system. Mineapolis:University of Minnesota Press.

Butcher, J. (1991). Hanbook of cross national MMPI research. Minnesotta press.

Butcher, J. (1993). Practical issues in MMPI-2 interpretation. Paper presented at the 28th Annual symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A) St. Petersburg Beach, Fl.



Referencias Bibliográficas

---

Butcher, J.N. y Tellengen, A. (1986). Objections to MMPI items. Journal of Consulting Psychology, 30, 527-534.

Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G. y Graham, J.R. (1989). MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring. Mineapolis: University of Minnesota Press.

Butcher J.N y Williams C.L. (1992). Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation. Mineapolis: University of Minnesota Press.

Calderón, N.G., Bustamente, M. y Vasconcelos, R. (1980). El alcoholismo en México: Problema médico y social. Gaceta Médica de México, 116.

Campillo, C., Díaz, R. y Romero, M. (1987) la prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Psiquiatría, 3(3).179-191.

Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Villatoro, J., Nava, A., Reséndiz, A., Parra, E., Sánchez, L. y Cerrud, J. (1988). ¿Es el alcohol la única diferencia entre abstemios y bebedores?. Anales: IV Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 245-252. México: IMP.

Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Villatoro, J., Nava, A., Reséndiz, A., Parra, E., Sánchez, L. y Cerrud, J. (1990). Comparación de hábitos de vida en pacientes abstemios y bebedores. Salud Pública de México, 32(6). 685-692.

Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Villatoro, J. y Cerrud, J. (1992). La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. Salud Mental, 15(2). 14-19.

Campillo, C. y Díaz, R. (1992). Los problemas del alcohol en la práctica médica: tratamiento del enfermo alcohólico. México: IMP.

Campillo, C. y López, S. (1988; 1994). Problems related to the consumption of alcohol in the working enviroment. México: IMP

Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., rascón, M.L. y Martínez, N.A. (1995). El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. Salud Mental, 18(2). 18-24.

Casas, M., Gutierréz, M. y San L. (Comps.) Psicopatología y alcoholismo. México: Ediciones de Neurociencias.

Casco, M. y Natera, G. (1993). El alcoholismo en la mujer. Salud Mental, 16(1). 24-32.

Ceniceros, J.A. (1997). Derecho penal y criminología. México: Criminalia.

Colligan R.C., Osborne D., Swenson W. y Offord K. (1983). The MMPI-2 : A contemporary normative study. New York: Praeger.

Colligan R.C., Osborne D., Swenson W. y Offord K. (1984). The MMPI development of contemporary norms. Journal of Clinical Psychology, 40(2). 512-515.

Colligan, R.C. y Offord, K. (1987). The McAndrew alcoholism applied to a contemporary normative sample. Journal of Clinical Psychology. 43(2). 291-293.

Colligan, R., Davis, L.J., Morse, R. y Offord, K.P. (1988). Screening medical paterns for alcoholims with the MMPI: A comparison of seven scales. Journal of Clinical Psychology, 44 (4).

Colligan, R., Osborne, D., Swenson, W. y Offord, K. (1988). Using the 1983 norms for the MMPI: Codetype frecuencies in four clinical samples. Journal of clinical Psychology, 41(5). 629-633.

Craig J.R. (1987). Métodos de investigación psicológica. México: Interamericana

Criteria Committee, National Council on Alcoholism (1972) Criteria for the diagnosis of alcoholis. Journal of International Medicine, 77. 249-258

Cuadrado, P. (1995). Tratamiento de alcohólicos en un programa comunitario. Adicciones, 7. 169-177.

Dahlstrom, W.G. (1960). An MMPI Hanbook: A guide to use in clinical practice and research. Mineapolis: University of Minnesota Press.

Dahlstrom W.G., Welsh G.S. y Dahlstrom L.E. (1972). An MMPI Handbook Clinical interpretation. Mineapolis: University of Minnesota Press.

Dahlstrom W.G., Welsh G.S. y Dahlstrom L.E. (1975). An MMPI Handbook Clinical interpretation. (Vol. 2) Mineapolis: University of Minnesota Press

Dahlstrom W.G. y Welsh G.S. (1960). An MMPI, Handbook a guides to use in clinical practice and research. Minneapolis: University of Minnesota Press.

De Deburghgraeve, V. y Belliard, S. (1998). Un modèle épidémiologique des toxicomanies. Paris: Pergamon Press.

De la Fuente, R. y Medina-Mora, M.E. (1987). Las adicciones en México 1: el abuso del alcohol y los problemas relacionados. Salud mental, 10(2). 3-13.

## Referencias Bibliográficas

---

De la Fuente, R. y Kersenovich, D. (1987). Detección oportuna del paciente alcohólico. Salud Mental, 10(4). 76-80.

De la Fuente, R. y Kersenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina, 35(2). 41-51. México: UNAM.

De la Fuente, R. (1995). Programa contra el alcoholismo. Salud Mental, 8(1).

Díaz, R., Campillo, C., Cerrud, J., Rosado, A. y Hernández, A. (1992). Consumo de alcohol en la población psiquiátrica. Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación. 108-116. México: IMP

Downie, N.M. (1992). Métodos estadísticos aplicados. México: Harla.

Eco, H. (1991). Como se hace una tesis. Barcelona: Gedisa.

Edwards, G (1976). Alcohol related problems in the disability perspective. A summary of consensus of the WHO group of investigators in criteria for identifying and classifying disabilities related to alcohol consumption. Journal of Studies of Alcohol, 37. 1360-1382.

Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. British Journal of Addictions, 81. 171-183.

Edwards, G. (1992) Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et alcool. OMS: Memorandum, 60(4).

Esles, J. y Hermann, E. (1998). Alcoholismo: Desarrollo, consecuencias y tratamiento. México: McGrawHill.

*Referencias Bibliográficas*

---

Evans, R.G. (1984). Normas de la escala de dependencia del MMPI para alcohólicos y pacientes internos psiquiátricos. Journal of Clinical Psychology, 40 (1). 345-347.

Evans, R. (1984b). Normative data for two MMPI critical items sets. Journal of Clinical Psychology, 40(2). 511-513.

Ey, H. (1994). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson.

Facultad de Psicología. (1998). Instructivo para la titulación en licenciatura. (3a.Ed.). México: División de estudios profesionales, UNAM.

Facultad de Psicología. (1994). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Traducción selectiva de "Publication manual of the American Psychological Association" hecha por Javier Alatorre y Héctor Torres. México: Departamento de Publicaciones UNAM.

Fals, S.W. (1992). Personality characteristics of a substance abusers. Journal of Personality Assessment, 59 (3). 515-527.

Fernández, M.V. (1989). Deficiencias neuropsicológicas en el alcoholismo. Adicciones, 1. 130-155.

Feuerlein, W. (1987). Alcoholismo: abuso y dependencia. Introducción para médicos, psicólogos y asistentes sociales. Barcelona: Salvat.

Foulkes, S.H. (1996). Psicoterapia grupo-analítica: Método y principios. México: Gedisa.

Fouquet, P. (1990). Le syndrome alcoolique. Paris: Presse Universitaire.

Referencias Bibliográficas

---

- García, R.S. (1998). Derecho procesal penal. México: Porrúa, S.A.
- Glass, G. (1989). Métodos estadísticos aplicados. México: Prentice-Hall.
- González de la V. (1998). Código Penal Comentado. México: Porrúa, S.A.
- Graham, J.R. (1992). MMPI guía práctica. México: Manual Moderno.
- Graham, J.R. (1993). MMPI-2 validity & clinical scales. Paper presented on the 28th Annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A) St. Petersburg Beach, Fl.
- Greene, S. (1980). Normative data for MMPI critical items. Journal Clinical of Psychology, 38 (2).
- Greene, R.L. (1990). The MMPI-2/MMPI: An interpretative Manual. (2a.Ed.). New York: Grune and Stratton
- Greene, R.L., Weed, N.C., Butcher, J.N., Arredondo, R. y Davis H.G. (1992). A cross-validation of MMPI-2 substance abuse scales. Journal of Personality Assessment, 58, 405-410.
- Griffith, E. (1992). Tratamiento para alcohólicos. Guía para el ayudante. México: Trillas.
- Griffith, E., Marshal, E. y Cook, C. (1997) The treatment of drinking problems: A guide for the helping professions. United Kindom: Cambridge University Press.
- Guerra, G. (1997). El alcoholismo en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Guilford, J.P. (1990). Estadística aplicada a la Psicología y la Educación. México: McGraw Hill.

Jeanmarie, H. (1991). Histoire du culte a Bachus. Paris: Payot.

Jellinek, E.M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism. New Jersey: Hillhouse College and University Press.

Hathaway, S. y McKinley (1981). Manual de Calificación e interpretación del MMPI: forma R. Colaboración del Dr. Rafael Nuñez. México: Manual Moderno.

Hernández S.R. y Fernández C.C. (1994). Metodología de la investigación. México: Mc GrawHill.

Holmes, C.B. (1982). Validity of 5 MMPI alcoholism scales. Journal of Clinical Psychology, 38, 661-665.

Keller, M. (1989). The alcohol language. Toronto: University Press.

Kerlinger, F. (1988). Investigación en las Ciencias del Comportamiento. México: Mc GrawHill.

Kessel, M. (1991). Alcoholismo: Cómo prevenirlo. México: Paidós.

Knowles, E. y Schoeder, D. (1990). Personality characteristics of sons of alcohol abusers. Journal of studies on alcohol, 51(2). 142-147.

Koss, M.P., Butcher J.N. y Hoffman N. (1976). The MMPI critical items: how well do they work?. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44. 921-928.

## Referencias Bibliográficas

---

Kusner, M., Sher, K. y Beitman, B. (1990). The relation between alcohol problems and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 147. 685-695.

La publicidad de bebidas alcohólicas ¿Favorece el alcoholismo? (22 de marzo de 1982). El Universal, p.15.

Lachar, D. y Wrobel T.A. (1979). Validating clinicians' hunches: Construction of a new MMPI critical item set. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47. 272-284.

Ladd, J.S. (1996). MMPI-2 Critical Items normas in chemically dependent inpatients. Journal of Clinical Psychology, 52 (3). 367-372.

Levin, J. (1980). Fundamentos de estadística en la investigación social. México:Harla.

Levitt, E.E. (1990). A structural analysis of the impact of MMPI-2 on MMPI-1. Journal of Personality Assessment, 55. 562-577.

Lewis, R. y Downey, K. (1992). MMPI-MMPI-2 critical items for panic symptoms. Journal of anxiety disorders, 6. 275-283.

López, J.L y Rosovsky, H. (1986). Estudio epidemiológico sobre los accidentes y delitos relacionados con el consumo de alcohol. Salud Pública en México, 28 (5). 515-520.

López, J.L., Rosovsky, H., Narváez, A., Casanova, L., Rodríguez, E., Juárez, F. y Barrios, D. (1991). Características de la población que solicita atención en los servicios de urgencia y su relación con el consumo de alcohol en la Ciudad de México. Salud Menta, 14 (1). 19-24.



Lucio, E. y Reyes, L.I. (1992). El MMPI-2 en estudiantes universitarios mexicanos. México: Facultad de Psicología.

Lucio, E. y Palacios, H. (1994). MMPI-2 profiles of mexican psychiatric inpatients: Validity, standar and content scales. 29th Annual Symposium on recent Developments in the use of the MMPI, MMPI-2. Workshops Symposia, Minneapolis, Minnesota.

Lucio G.M.E. y Reyes L.I. (1994). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 11(1). 45-54.

Lucio G.M. (1995). Manual para la administración y calificación del MMPI-2. México: Manual Moderno.

Lucio G.M. y Ampudia R.A. (1995). Introducción al uso de la nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) en la evaluación psicológica. Publicaciones Facultad de Psicología. UNAM.

Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Tapia, R., Otero, B.R., Rascón, M.L. y Solanche, G. (1990) Actitudes hacia el consumo de bebidas alcohólicas y la embriaguez. La Psicología Social en México, (3). 200-204. México: Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Mariño, M.C. y Medina-Mora, M.E. (1996): Las características de una muestra de pacientes alcohólicos y sus problemas relacionados. La Psicología Social en México, (7). 575-580. Mexico: Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Mariño M.C., Medina-Mora, M.E., Escotto, J. y De la Fuente, R. (1997). Utilización de Servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. Salud Mental, 20. 24-31.

Mas, C. (1991). Delitos relacionados con el consumo de alcohol en México. Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina, 37(2). 137-142.

Medina-Mora, M.E. y Mariño, M.C. (1994). Epidemiología del abuso de alcohol y drogas. Temas de Medicina Interna: problemas psiquiátricos en la práctica médica. 485-496. México: Interamericana, McGrawHill.

Medina-Mora, M.E. y Rosovsky, H. (1995). Prevention research in Mexico. México: IMP.

Mendelson, J.H. y Mello, N.K. (1992). Medical diagnosis and treatment of alcoholism. Nueva York: McGrawHill.

Mental Health Net And CMHC Systems. (6 de abril de 1998). Alcoholics. Psychological Help, 8. (On line). HTTPDisponible: <http://www.cmhc.com/psyhelp/chap8/chap8g.htm>.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.

Molina, P.V., Celis, R.C., Berruecos, V.L. y Sánchez, M.L. (1989). El alcoholismo en México. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Molina, V., Román, C., Berruecos, L. y Sánchez, L. (1993). La epidemiología aplicada al estudio del alcoholismo. 215-226. México: Fundación Mexicana de Investigaciones Sociales, A.C.

Moreau, C. (8 de mayo de 1999). La dependance: alcoolisme et toxicomanie [On line]. Available.

Morris, Ch.G. (1997). Introducción a la Psicología. México: McGrawHill.

## Referencias Bibliográficas

---

- Muro, R. (21 de junio de 1982). Millones de litros de vino y brandy se consumen anualmente en México. Uno más uno. P.18.
- Narro, J., Gutiérrez, J.H., López, M., Borges, G. y Rosovsky, H. (1992). La mortalidad por cirrosis hepática en México 1: características epidemiológicas relevantes. Salud Pública de México, 34(4). 378-387.
- Narro, J., Gutiérrez, J.H., López, M., Phil, M., Borges, G. y Rosovsky, H. (1992). La mortalidad por cirrosis hepática en México 2: exceso de mortalidad y consumo de pulque. Salud Pública de México, 34(4). 388-405.
- Narváez, A., Rosovsky, H. y López, J.L. (1991). Evaluación del consumo de Alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. Salud Mental, 14(3). 6-12.
- Natera, G. (1989). La investigación de problemas relacionados con el alcohol y la familia: una revisión. Revista Mexicana de Psicología, 6(1). 5-13.
- Natera, G. (1991). El alcoholismo y la familia. Información Clínica, 2(5). 29-32.
- Natera, G. (1981). Descripción del Método del Informante. (Inédito). IMP.
- Natera, G. (1992). Perspectivas en las políticas de prevención del alcoholismo. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: IMP.
- Natera, G., Herrejón, M.E. y Casco, M. (1988). Locus of control in couples with different patterns of alcohol consumption. Drug and Alcohol Dependence, 22. 179-186.

## Referencias Bibliográficas

---

- Natera, G., Herrejón, M.E. y Rojas, E. (1988). Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y no alcohólicos. Salud Mental, 11(1). 13-18.
- Natera, G. Y Orozco, C. (1981). Opiniones sobre el consumo de alcohol. Salud Pública de México, 23 (5). 473-482.
- Natera, G. y Valencia, E. (1989). Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares (CAAF). Salud Mental, 12(4).65-69.
- Natera, G. y Holmiña, M. (1990). El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Salud Mental, 13(3). 20-26.
- Natera, G., Casco, M., Nava, A. y Ollinger, E. (1990). Respuestas naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas. Anales: V Reunión de Investigación, 40-47. México: IMP.
- Natera, G. y Casco, M. (1992). La mujer frente al consumo de alcohol. Revista de Prevención, Salud y Sociedad, 5. 31-39.
- Natera, G., Casco, M., Herrejón, M.E. y Mora, J. (1993). Interacción entre parejas con diferente patrón de consumo de alcohol y su relación con antecedentes familiares de consumo en México. Salud Mental, 16(2). 33-43.
- Natera, G., Pérez, C., Borges, G. y Medina-Mora, M.E. (1994). Pattern of consumption in offspring, related to parent's drinking. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: IMP.
- Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1996). Adicciones y la violencia familiar en México 93-107. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

## Referencias Bibliográficas

---

- Nie, H.N., Hull, C.H. y Jekin, C. (1985). Statistical Package for Social Sciences. E.U.A: McGraw Hill.
- Nuñez, R. (1990). Aplicación del MMPI a la Psicopatología. México: Manual Moderno.
- Nuñez, R. (1992). Pruebas psicométricas de la personalidad. Manual práctico del MMPI. México: Trillas.
- OMS. (1974, 1978). Glossary of Mental Disorders and Guide to their classification. Ginebra: OMS.
- OMS. Problemas relacionados con el alcohol: Informes técnicos, 650. 1-84. Ginebra: OMS.
- OMS. (1989). Mental, Behavioral and Developmental Disorders: Clinical Descriptions and diagnostics guidelines. Génova: OMS.
- OMS. (1989). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Programme on substance abuse. Ginebra: OMS.
- OMS. (1990). Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Ginebra: OMS.
- OMS. (1992). CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor para Ginebra: OMS.
- Pérez, C., González, L., Rosovsky, H. y Casanova, L. (1992). La mujer en los grupos de Alcohólicos Anónimos. Anales: Reseña de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 125-129. México: IMP.

## Referencias Bibliográficas

---

Pérez, C., González, L., Rosovsky, H. y Casanova, L. (1992b). Actividades de las mujeres miembros de A.A. 141-148. México: Asociación Mexicana de Psicología Social en México (AMEPSO).

Preng, K.W y Clapton, J.R. (1986). The MacAndrew Scale. Journal of Studies on Alcohol. 47. 228-236.

Quiroz, V.G. y Fournier, G.L. (1987). SPSS enfoque aplicado. México: McGrawHill.

Reyes Lagunes, Ahumada y Díaz R. (1967). Consideraciones acerca de la estandarización de pruebas en Latinoamérica. México: Trillas.

Rivera, O. (1987). Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI. México: Manual Moderno.

Rivera O. (1992). Interpretación del MMPI en Psicología Clínica, Laboral y Educativa. México: Manual Moderno.

Rodríguez A. (1980). Investigación experimental en Psicología y Educación. México: Trillas.

Rodríguez-Martos, A. (1988). Manual del paciente alcohólico para médicos. Barcelona: Salvat.

Rosovsky, H. (1983). Un estudio piloto sobre los aspectos de salud pública en la producción y el mercado de las bebidas alcohólicas. México: IMP

Rosovsky, H. (1985). Public health aspects of the production, marketing and control of alcoholic beverages in Mexico. Contemporary Drug Problems. 659-678.

## Referencias Bibliográficas

---

Rosovsky, H. (1991). Alcohólicos Anónimos y la profesión médica. Información Clínica, 2(5). 27-29.

Rosovsky, H. (1991). What mexican males get in A.A.? México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Rosovsky, H. (1996). Per capita alcohol consumption in Mexico from 1970-1994. Investigaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: IMP.

Rosovsky, H. (1996). Accidentes y conducta violenta asociados a la ingesta de alcohol en la ciudad de México. En Rivero, O. Riesgos Ambientales para la Salud en la Ciudad de México 557-570. México: Programa Universitario de Medio Ambiente.

Rosovsky, H. y De la Fuente, J.R. (1988). Problemas médicos y sociales asociados al consumo de alcohol en México en Gilbert, J. Alcohol consumption among mexican and mexican americans: a binational perspective. 127-144. Los Angeles: University of California.

Rosovsky, H., Borges, G., Casanova, L. y Villatoro, J. (1990). Alcohol consumption and its impact in México, 1970-1989: socio-economical variables. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 6(3). 127-136.

Rosovsky, H., Casanova, L. Pérez, C. y Narváez, A. (1991). Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. Anales: Reseña de la VI Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 138-142. México: IMP.

Rosovsky, H., Casanova, L., Pérez, C. y Narváez, A. (1992). Alcoholics Anonymous in Mexico. Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence. 22-28. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

## Referencias Bibliográficas

---

Rosovsky, H., García, G., Gutiérrez, R.A. y Casanova, L. (1992). Al- Anon groups in México. Contemporary Drug Problems. Reporte especial. 587-603.

Rosovsky, H., Narváez, A., Borges, G. y González, L. (1992). Evolución del consumo per capita de alcohol en México. Salud Mental, 15(1). 35-41.

Rosovsky, H., Casanova, L., Gutiérrez, R.A., González, L y Borges, G. (1994). Los accidentes y violencia en México. Anales: IX Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 61-64. México: IMP.

Saunders, J.B., Aasland, O.G. Babor. T.F., De la Fuente, J.R. y Grant, M. (En Prensa). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Development of the screening instrument AUDIT. British Journal of Addictions. (IMP).

Sawrie, S.M., Kabat, M.H., Dietz, Ch.B., Greene, R.L., Arredondo, R. y Mann, A.W. (1996). Internal structure of the MMPI-2 Addiction Potencial Scale in Alcoholic and Psychiatric Inpatients. Journal of Personality Assessment. 66(1), 177-193.

Snedecor, G.W. y Cochran, W.G. (1970). Métodos estadísticos. México: C.E.C.S.A.

Siegel, E. (1990). Estadística no paramétrica. México.

Smith-Di Julio, K. y Heinemman, M. (1994). Asistencia al alcohólico crónico. México: Interamericana McGraw-Hill.

SSA. (1991). Programa Nacional de Prevención de Accidentes. (Vol.2). México: Dirección General de Epidemiología.

SSA. (1993). Encuesta Nacional de Adicciones. México: Dirección General de Epidemiología.



Stanton, M.D. y Todd, T.(1990). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona: Gedisa.

Stephan, E. (6 de mayo de 1996). Les enfants de l'alcoolique [On line]. Available: <http://www.psych.med.umich.edu/web/aacap/infofami/alcoholc.htm>.

Svanum, S. y Ehrman, L.C. (1992). Alcoholic subtypes and the MacAndrew Alcoholism Scale. Journal of Personality Assessment. 58(2), 411-422.

Svanum, S. y McGrew, J. (1994). Validity of the substance abuse scales of the MMPI-2 in a college student sample. Journal of Personality Assessment. 62(3), 427-439.

Stein, L.A., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S. y McNulty, J.L. (1999). Using the MMPI-2 to detect Substance Abuse in an Outpatient Mental Health Setting. Journal of Psychological Assessment. 11(1). 94-100.

Tapia, C.R. (1993). Las adicciones. México: Manual Moderno.

Tashakkori, A. y Teddlie, C. (1998). Mixed Methodology: Applied Social Research Methods Series. California: SAGE Publications Inc.

Tenorio, R., Figueroa, E. y Natera, G. (1994). Relación familiar con el sujeto alcohólico: una aproximación sistémica. Revista de Trabajo Social UNAM. 2(6-7). 74-86.

Terroba, G., Saltijeral, M.T. y Del Corral, R. (1986). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Pública de México. 28(5). 489-493.

Turull, T.F. (1992). Introducción al estudio de las variables que influyen en el consumo de licores. México: SSA y el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.

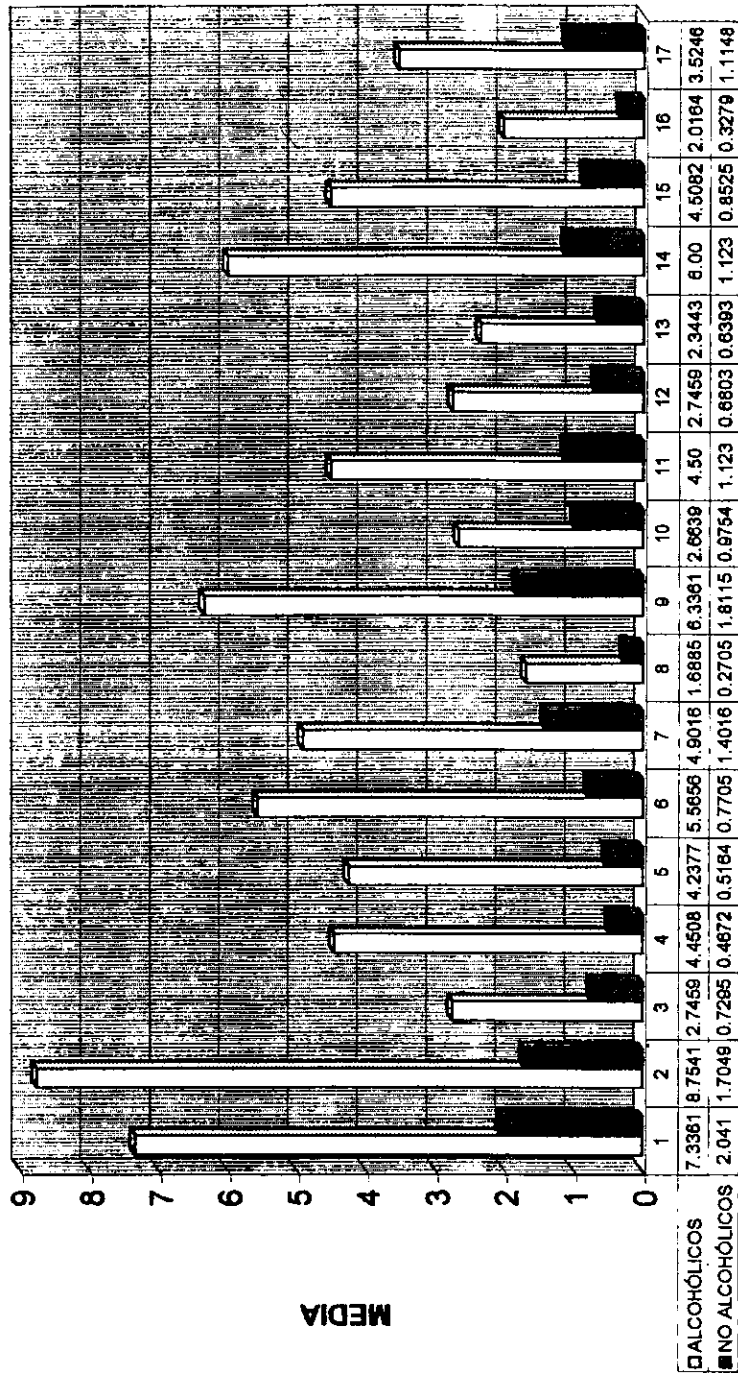
Referencias Bibliográficas

---

- Velasco, F.R. (1982). Factores causales del alcoholismo. En: El alcoholismo en México. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C.
- Velasco, F.R. (1992). Esa enfermedad llamada alcoholismo. México: Trillas.
- Velasco, F.R. (1992). Alcoholismo. Visión Integral. México: Trillas.
- Ventura, S.C. (1992). El alcoholismo en México. México: Nuestro Tiempo.
- Villamil, P.R. y Sotomayor, G.J. (1986). El alcohol en el Distrito Federal. México: UNAM. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán.
- Villaseñor, S. y Díaz, A. (1994). El alcohólico y sus rasgos de personalidad. Revista del Residente de Psiquiatría, 5(2). 24-29.
- Wallace, J. (1990). El alcoholismo como enfermedad. México: Trillas.
- Walter, M. (1997). Personalidad y evaluación. México: Trillas.
- Wedd, N.C., Butcher, J.N., McKenna, T y Ben-Porath, Y.S. (1992). New measures for assesing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. Journal of Personality Assessment. 58(2). 389-404.

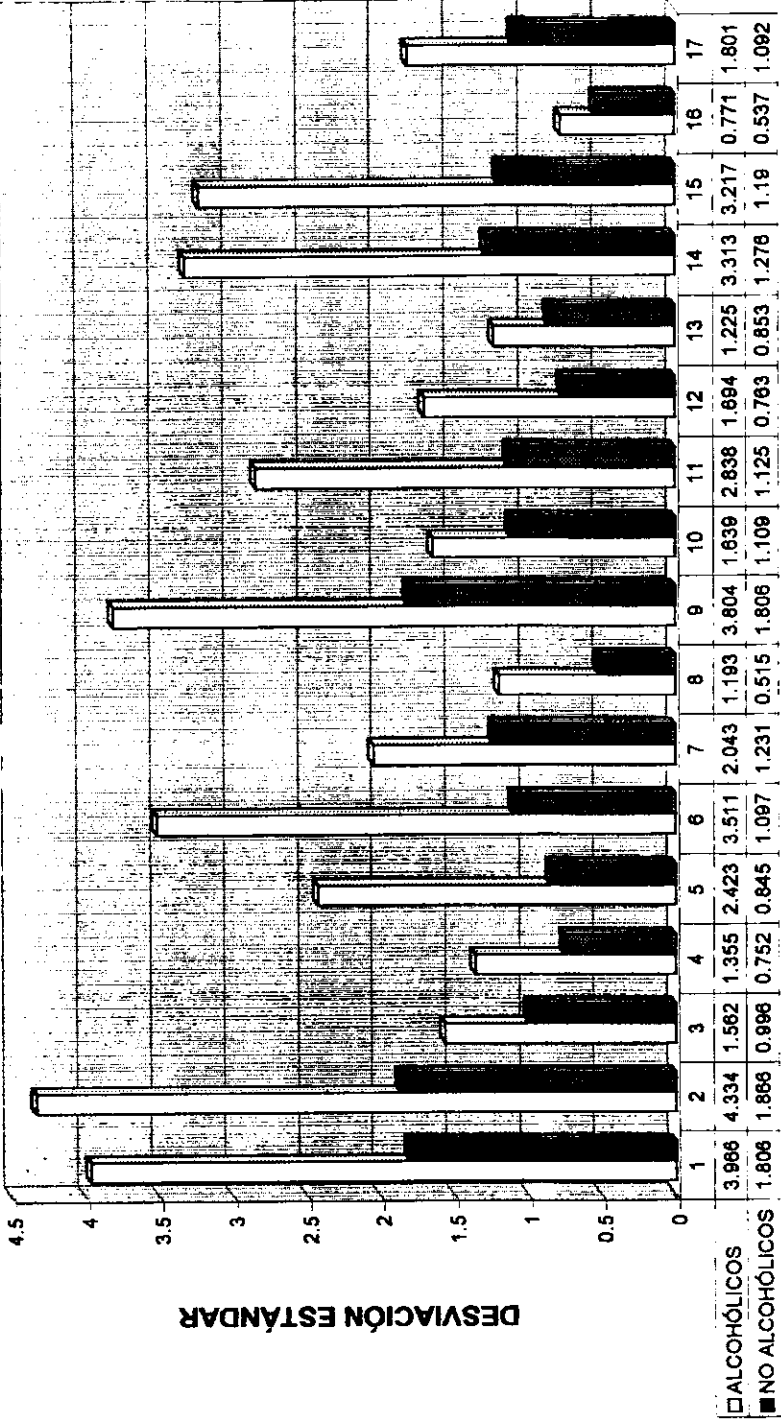
# APÉNDICE

# MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL.

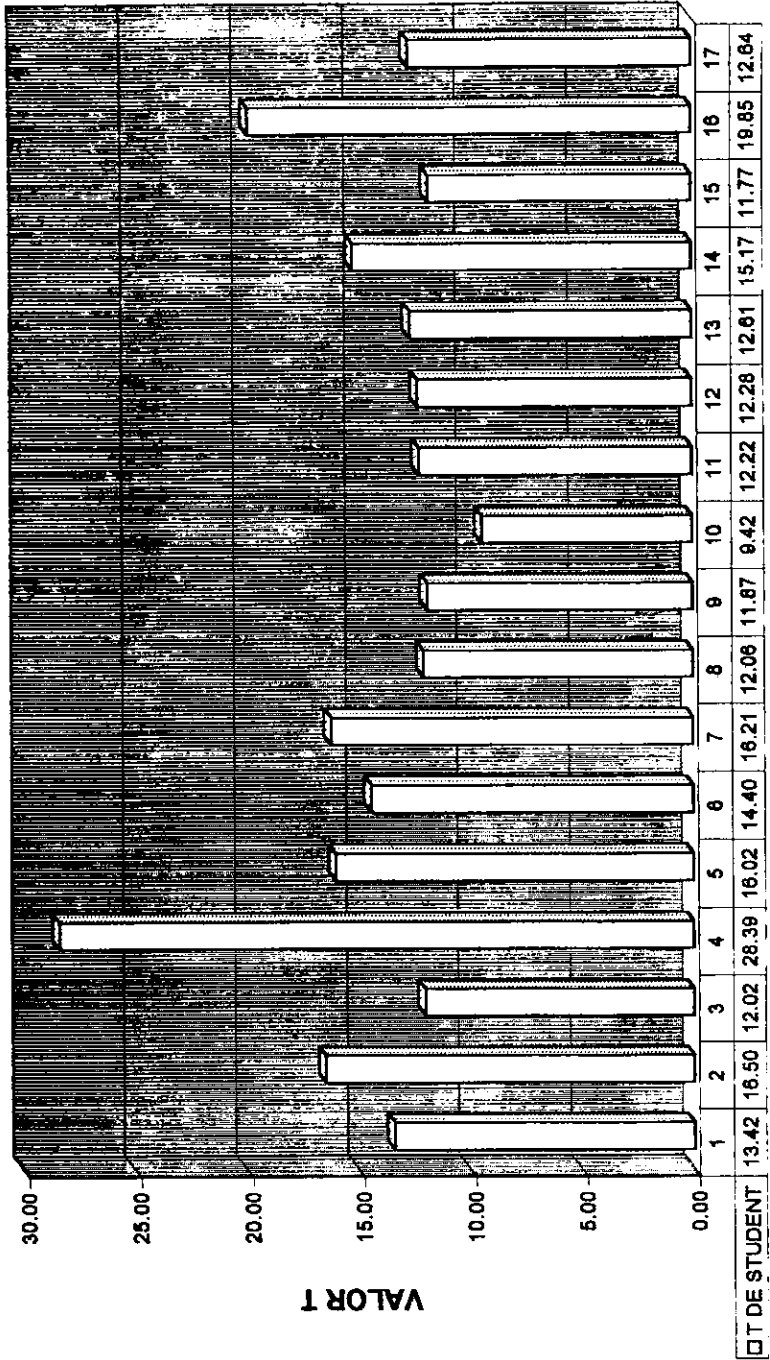


MEDIA

# MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

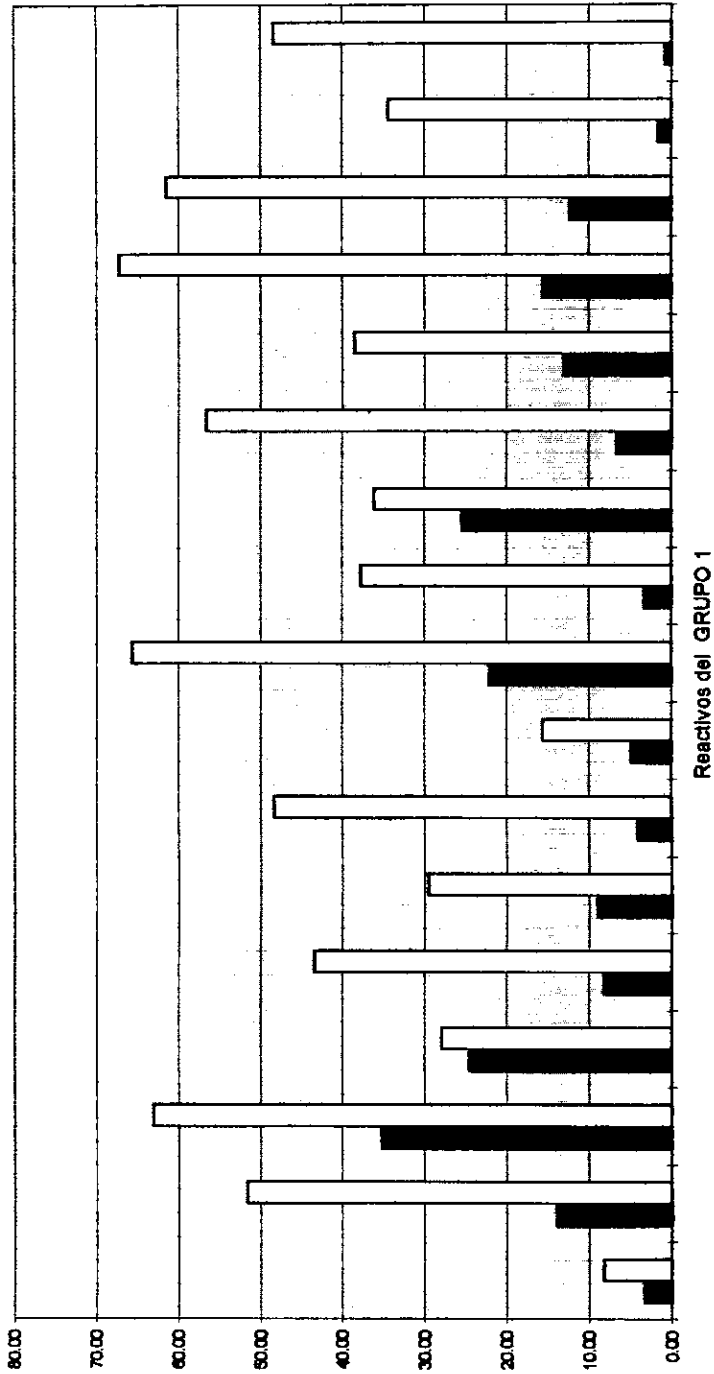


# T DE STUDENT

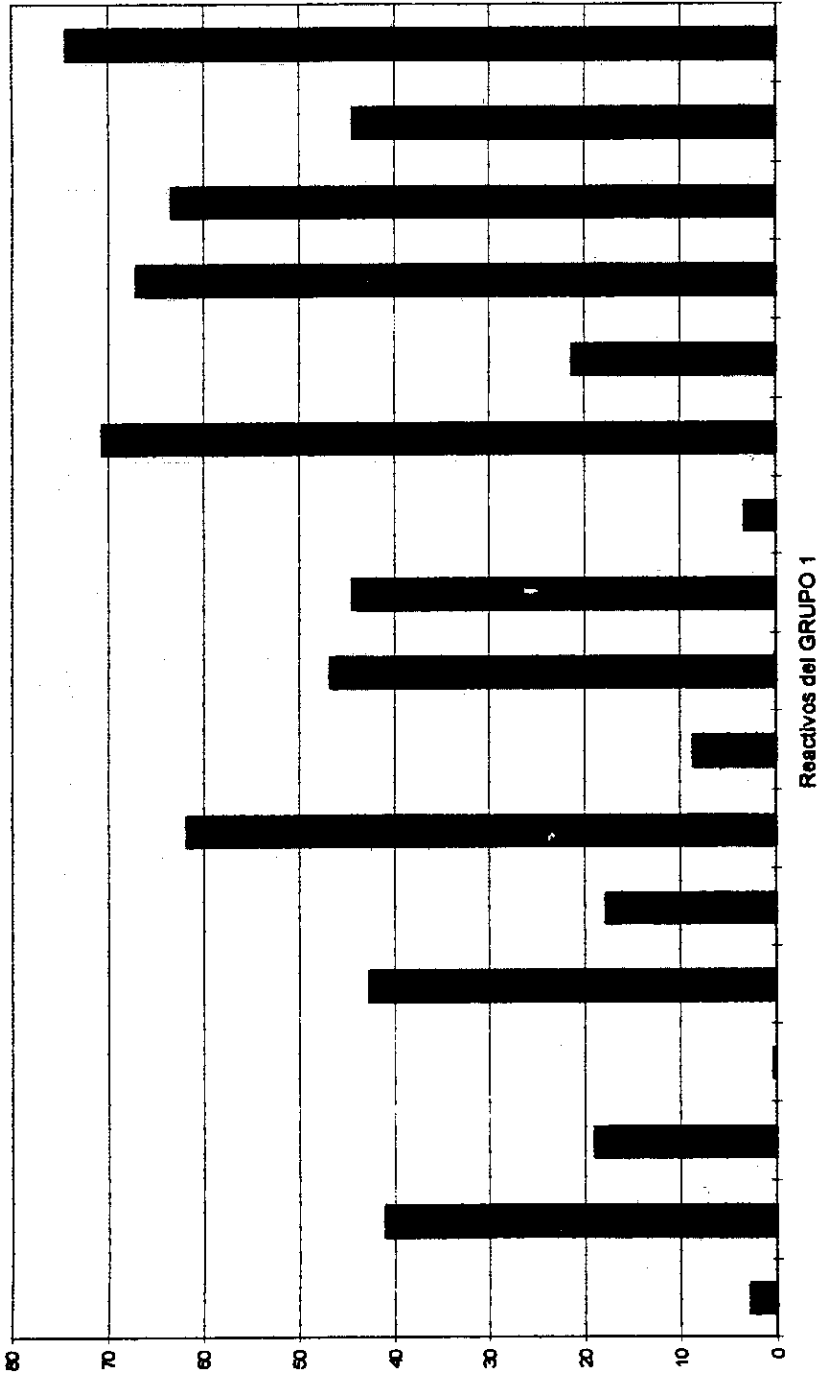


**PORCENTAJE DE RESPUESTAS.  
"ESTADO DE ANSIEDAD"**

■ No alcohólicas □ Alcohólicas



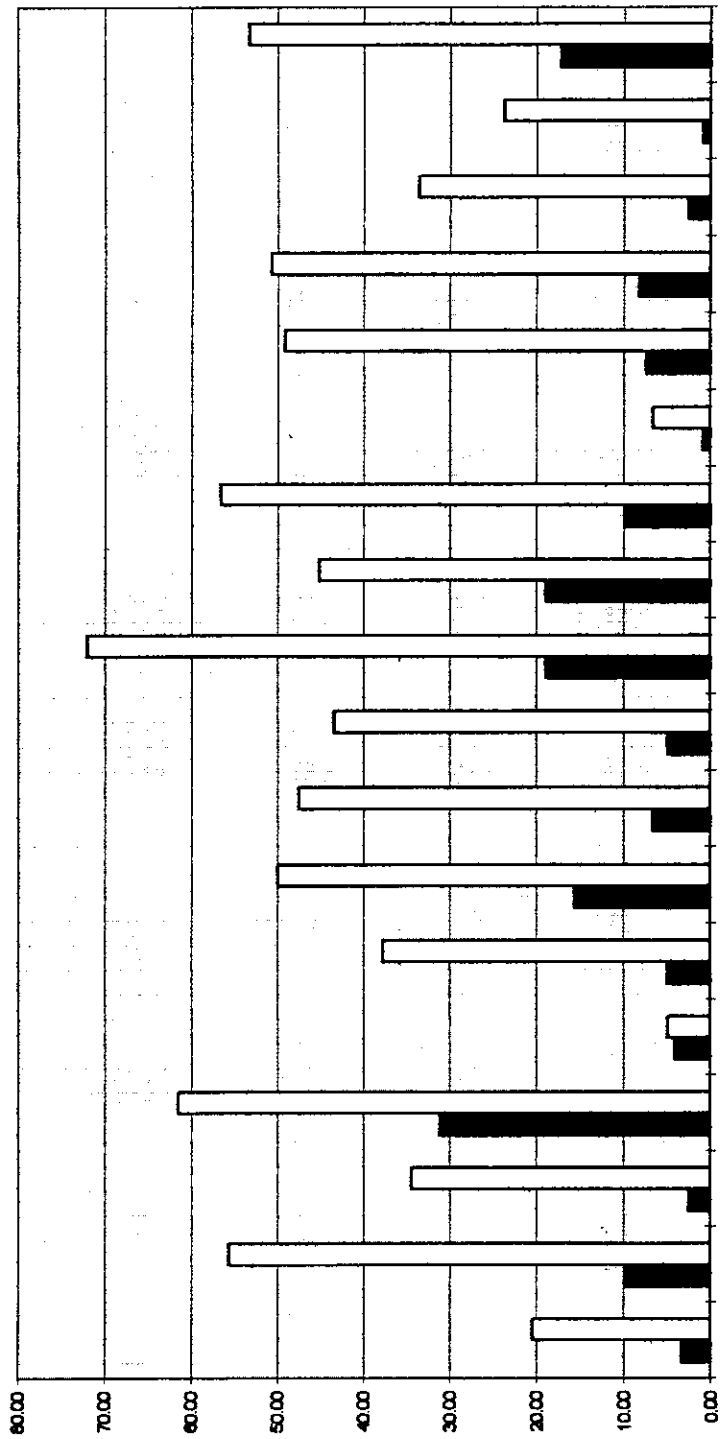
**PRUEBA X<sup>2</sup>.  
"ESTADO DE ANSIEDAD"**





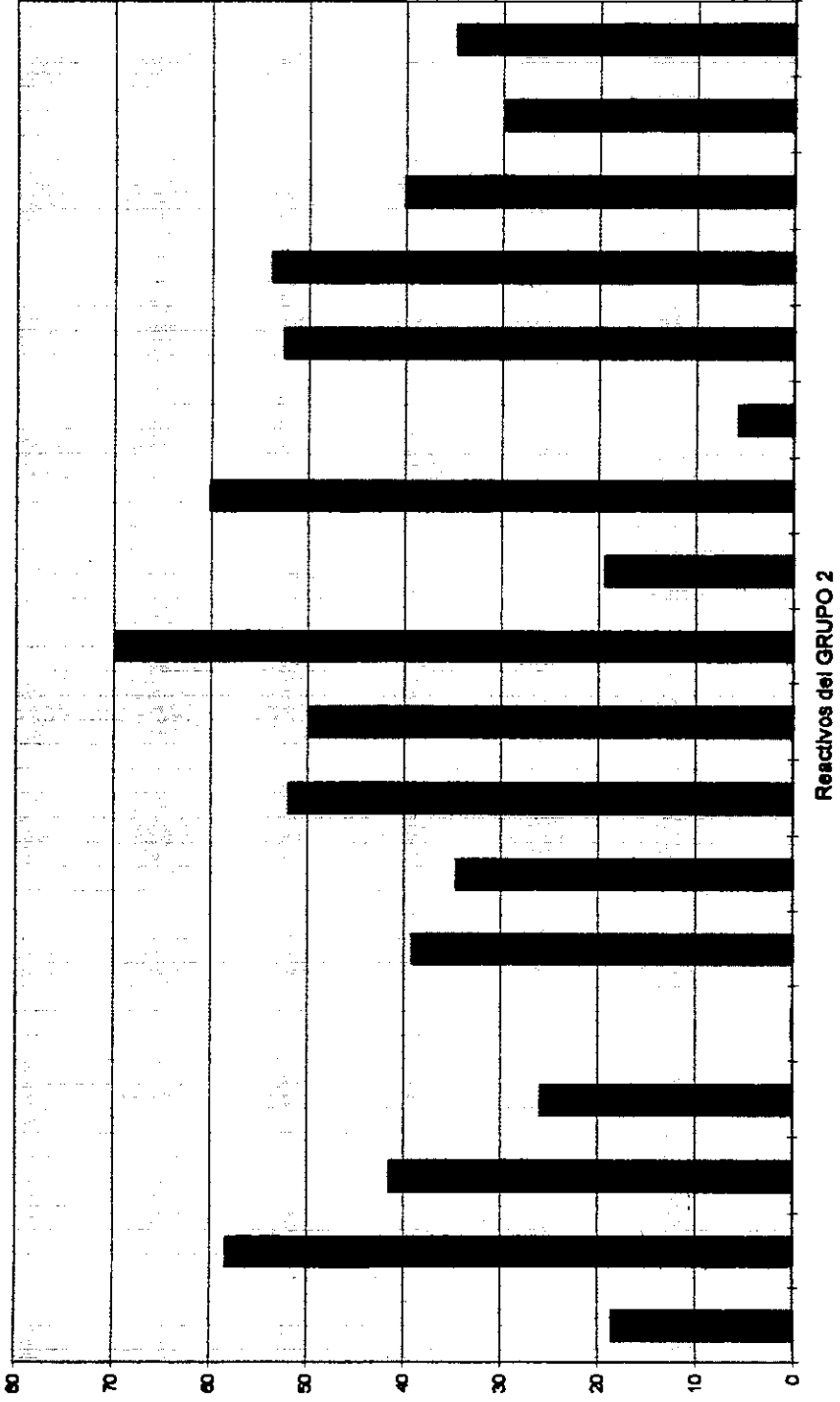
**PORCENTAJE DE RESPUESTAS.  
"IDEACIÓN DE DEPRESIÓN SUICIDA".**

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



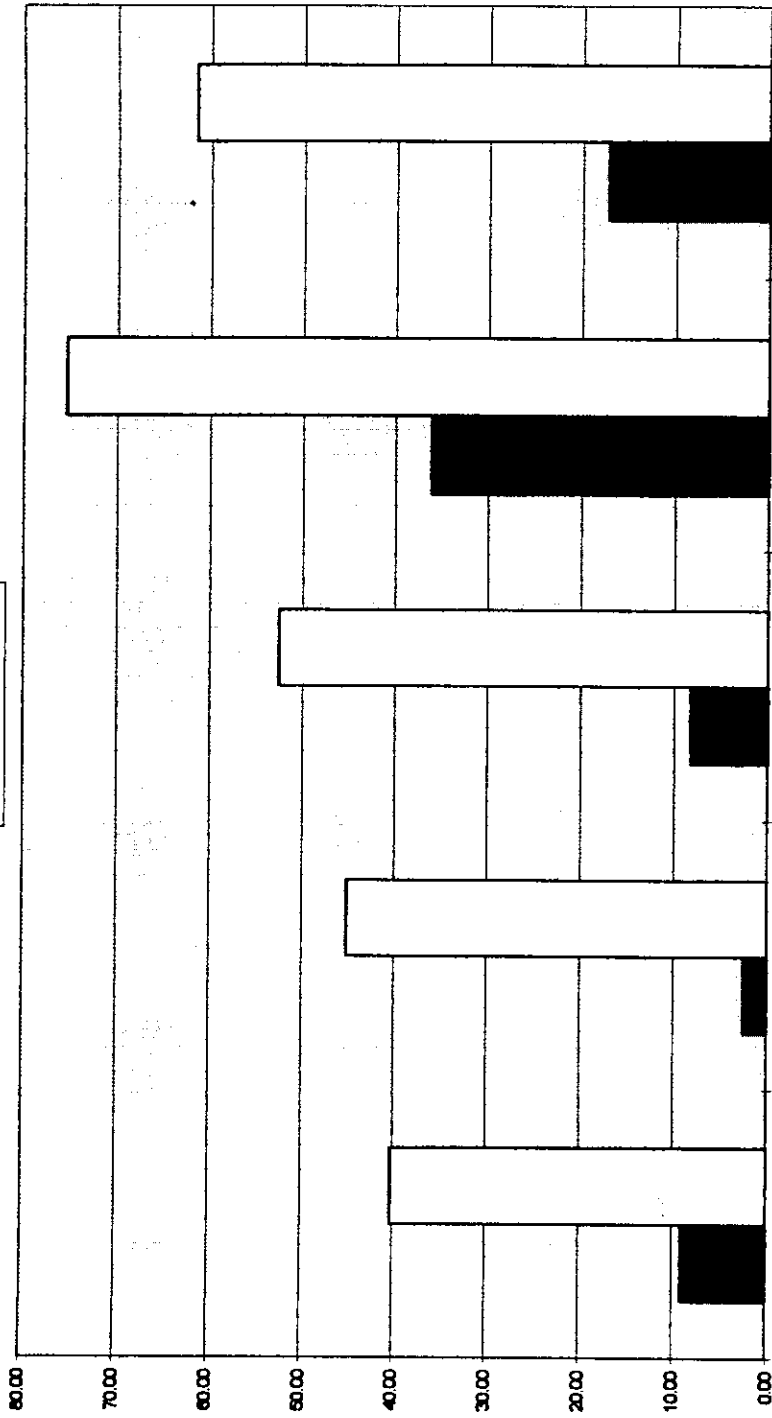
Reactivos del GRUPO 2

**PRUEBA X<sub>2</sub>.  
"IDEACIÓN DE DEPRESIÓN SUICIDA".**



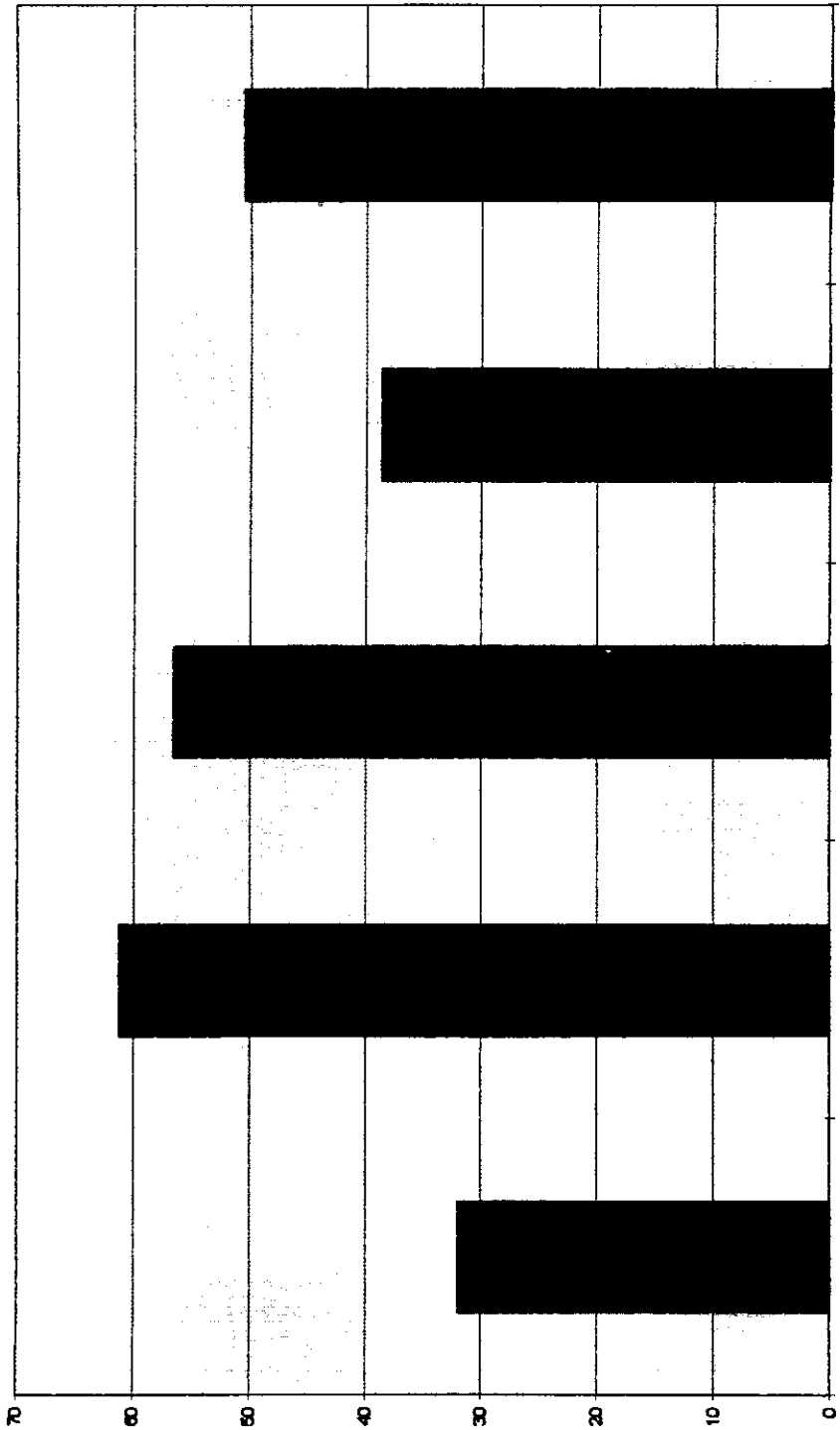
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "AMENAZA DE ATAQUE".

■ No aborhílicos □ Aborhílicos



Rescivos del GRUPO 3

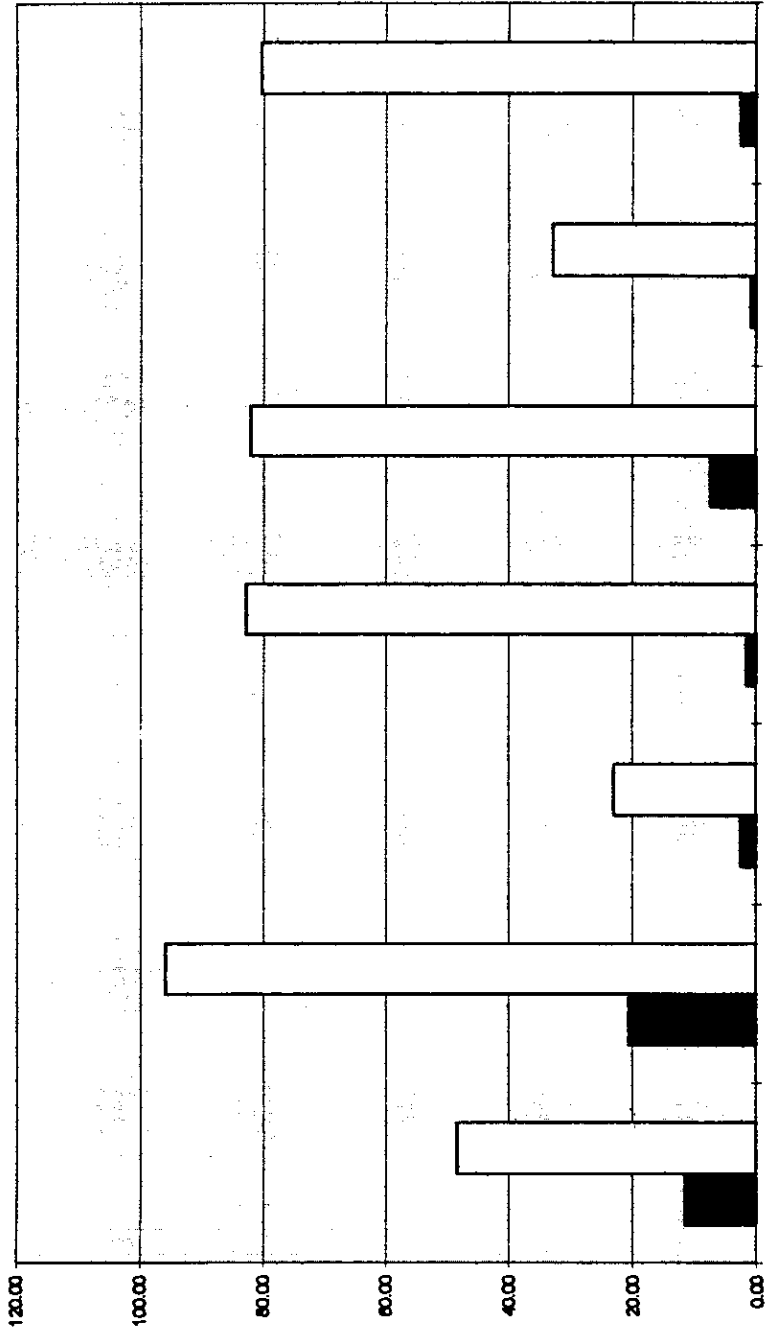
**PRUEBA X<sub>2</sub>.  
"AMENAZA DE ATAQUE".**



Reactivos del GRUPO 3

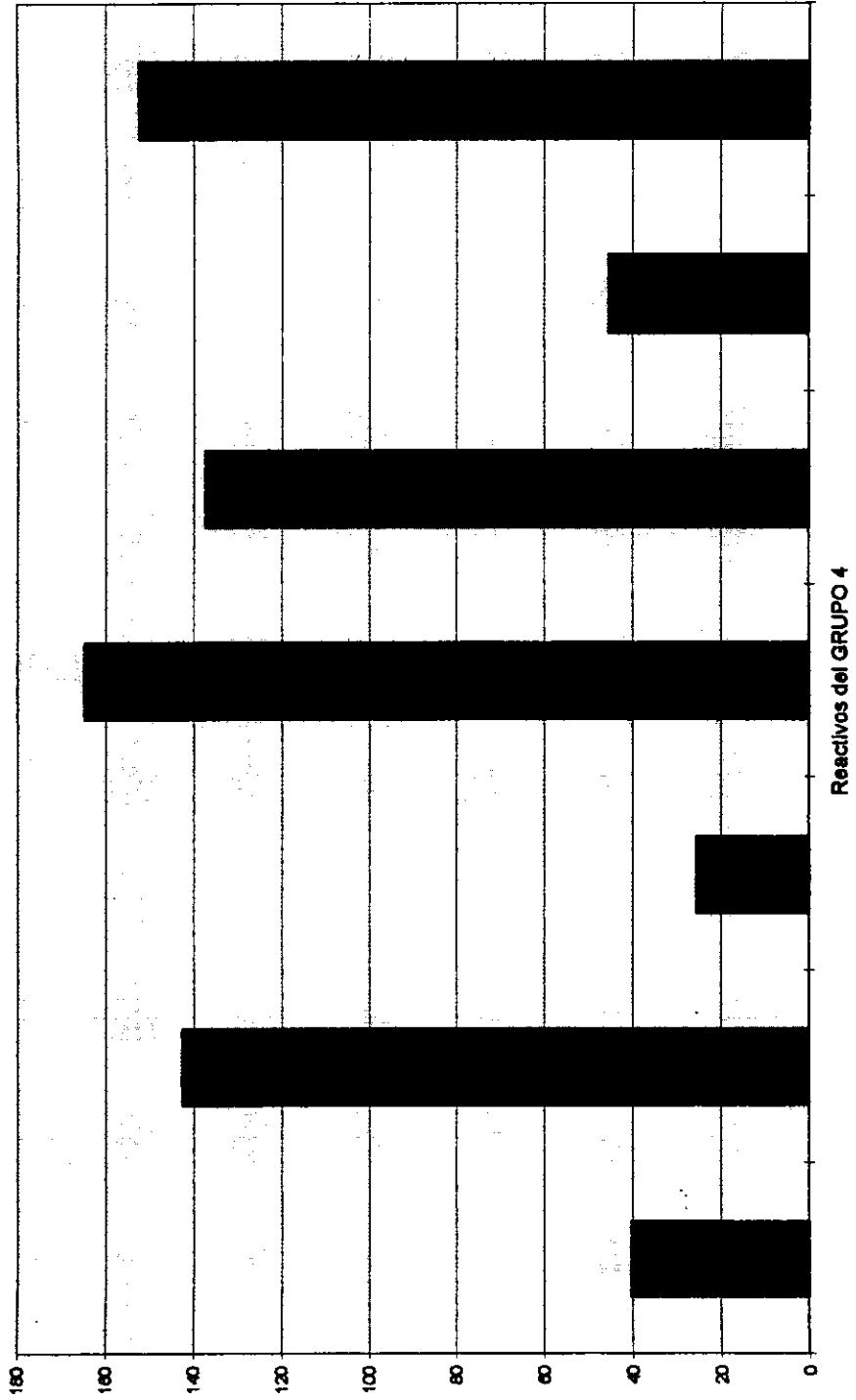
**PORCENTAJE DE RESPUESTAS.  
"ESTRÉS POR ALCOHOLISMO".**

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



Reactivos del GRUPO 4

**PRUEBA X2.  
"ESTRÉS POR ALCOHOLISMO"**



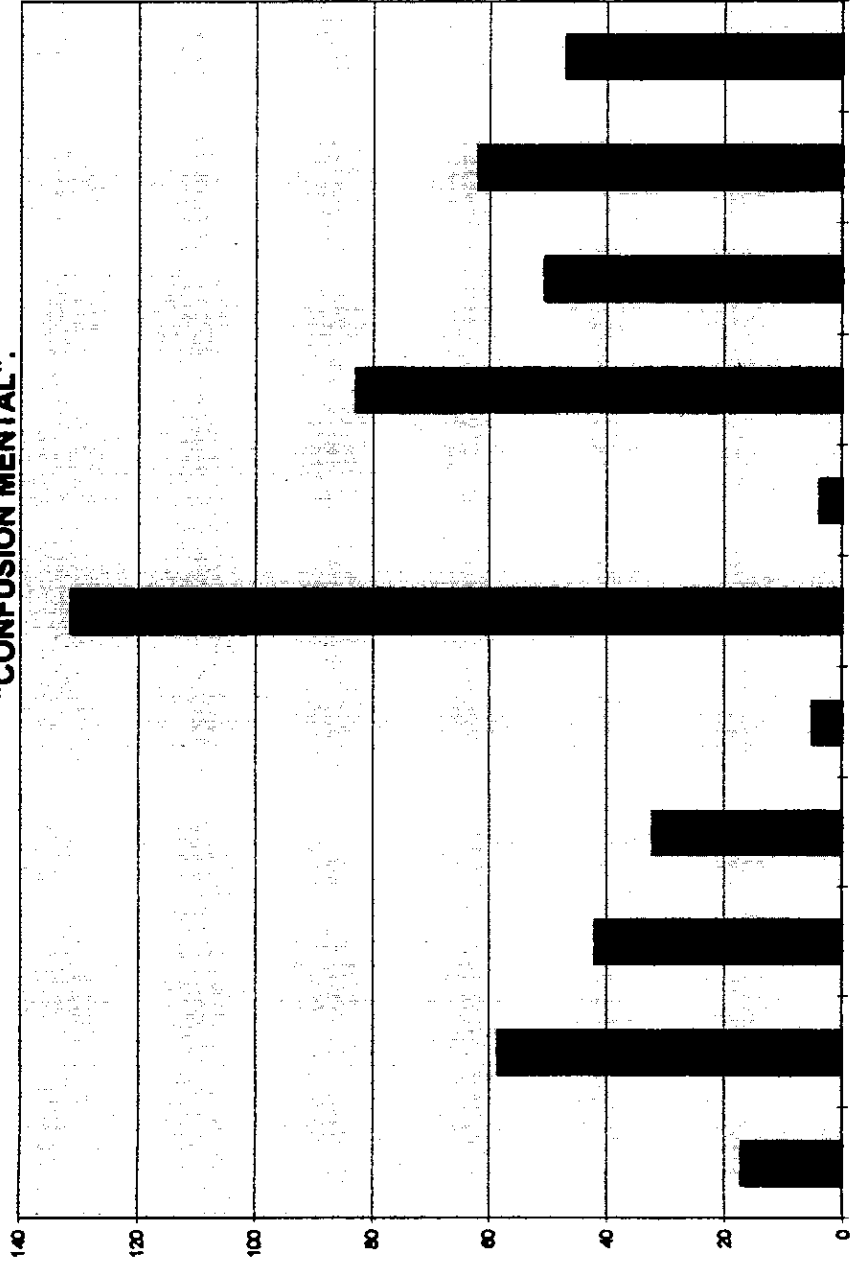
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "CONFUSIÓN MENTAL"

No alcohólicos
  Alcohólicos



Reactivos del GRUPO 5

**PRUEBA X<sub>2</sub>.  
"CONFUSIÓN MENTAL".**

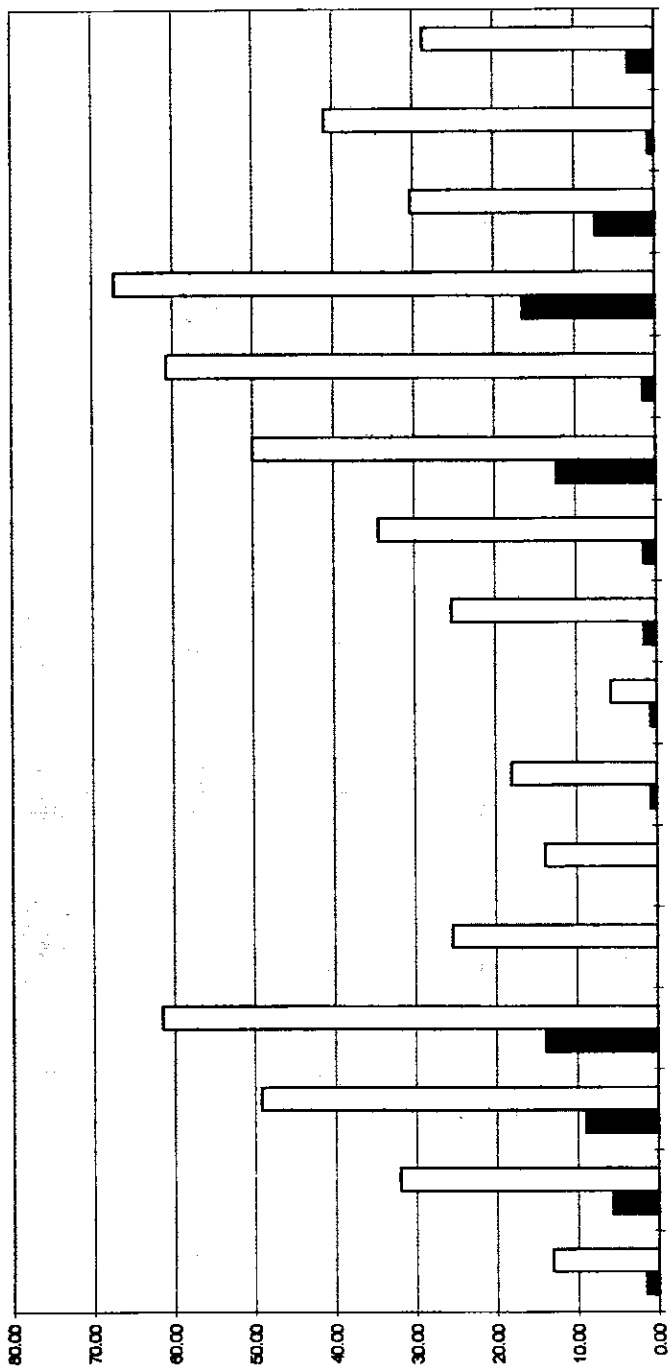


Reactivos del GRUPO 5



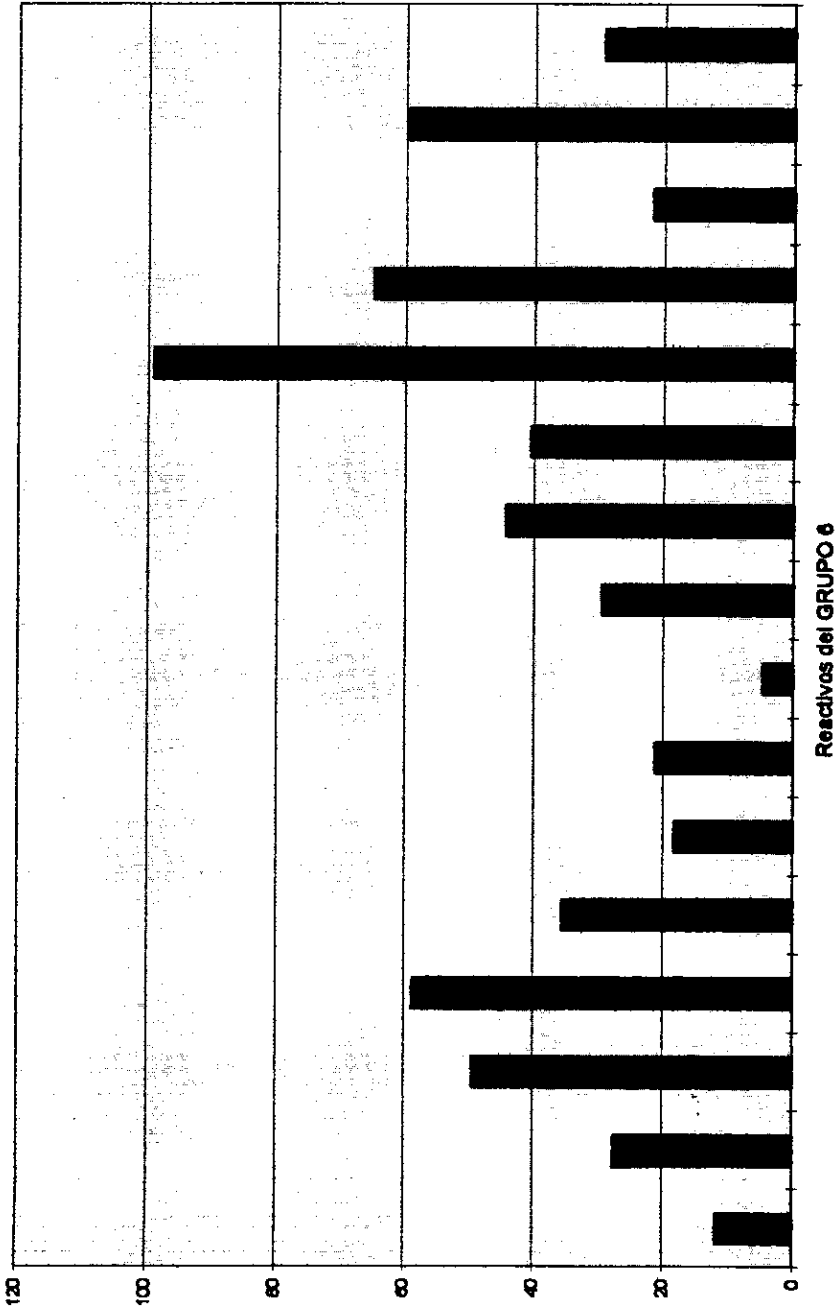
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "IDEAS PERSECUTORIAS"

■ No alcohólicos    □ Alcohólicos

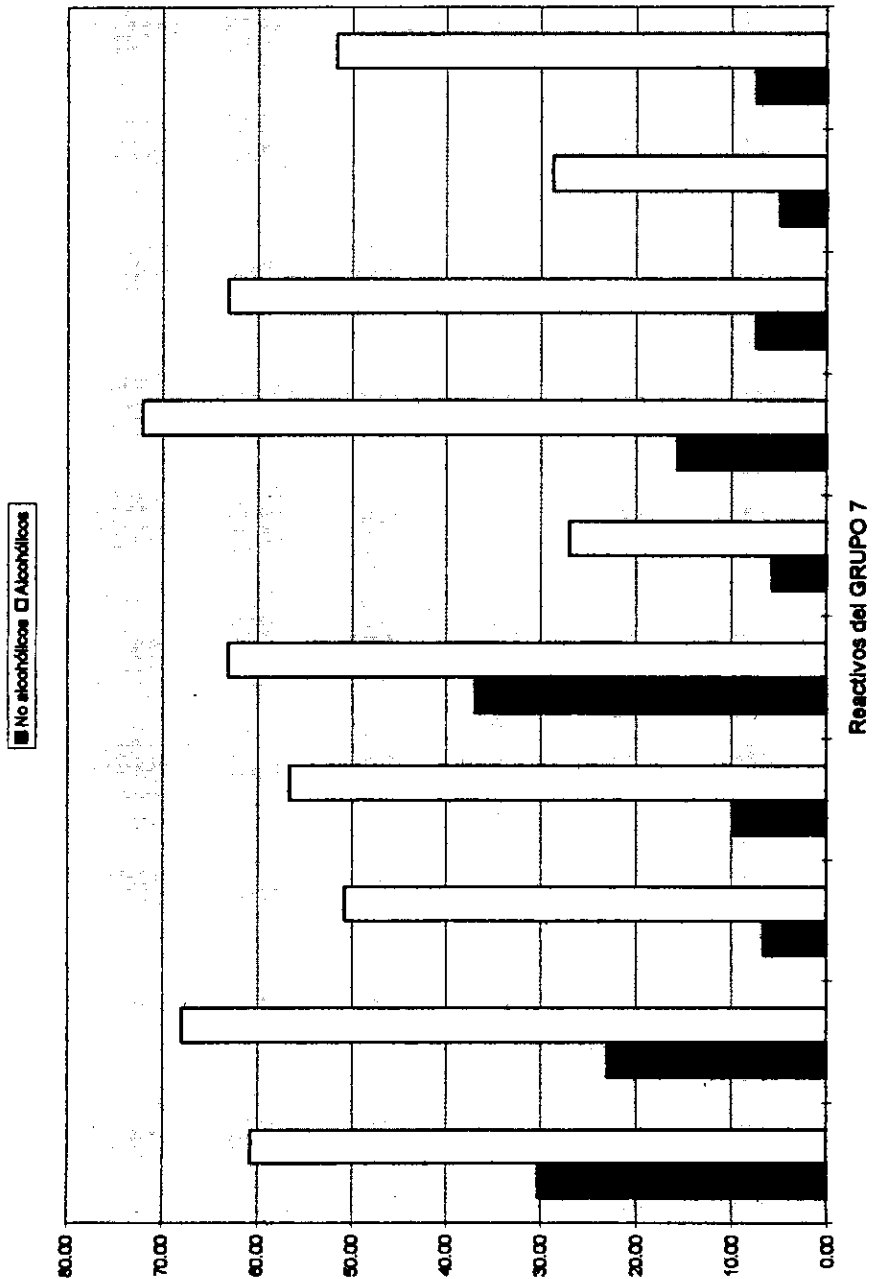


Reactivos del GRUPO 6

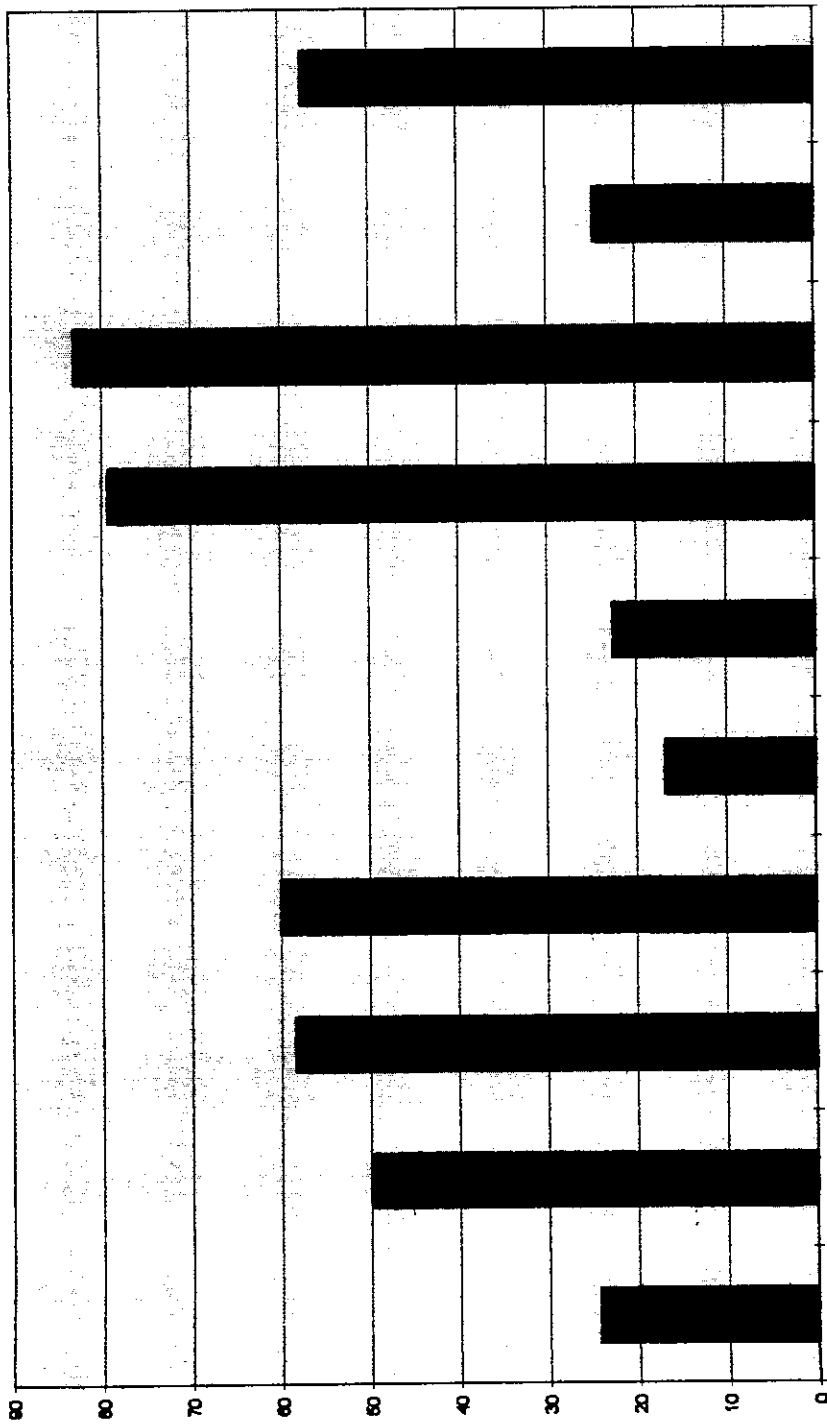
**PRUEBA X<sub>2</sub>.  
"IDEAS PERSECUTORIAS"**



# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "ACTITUD ANTISOCIAL"



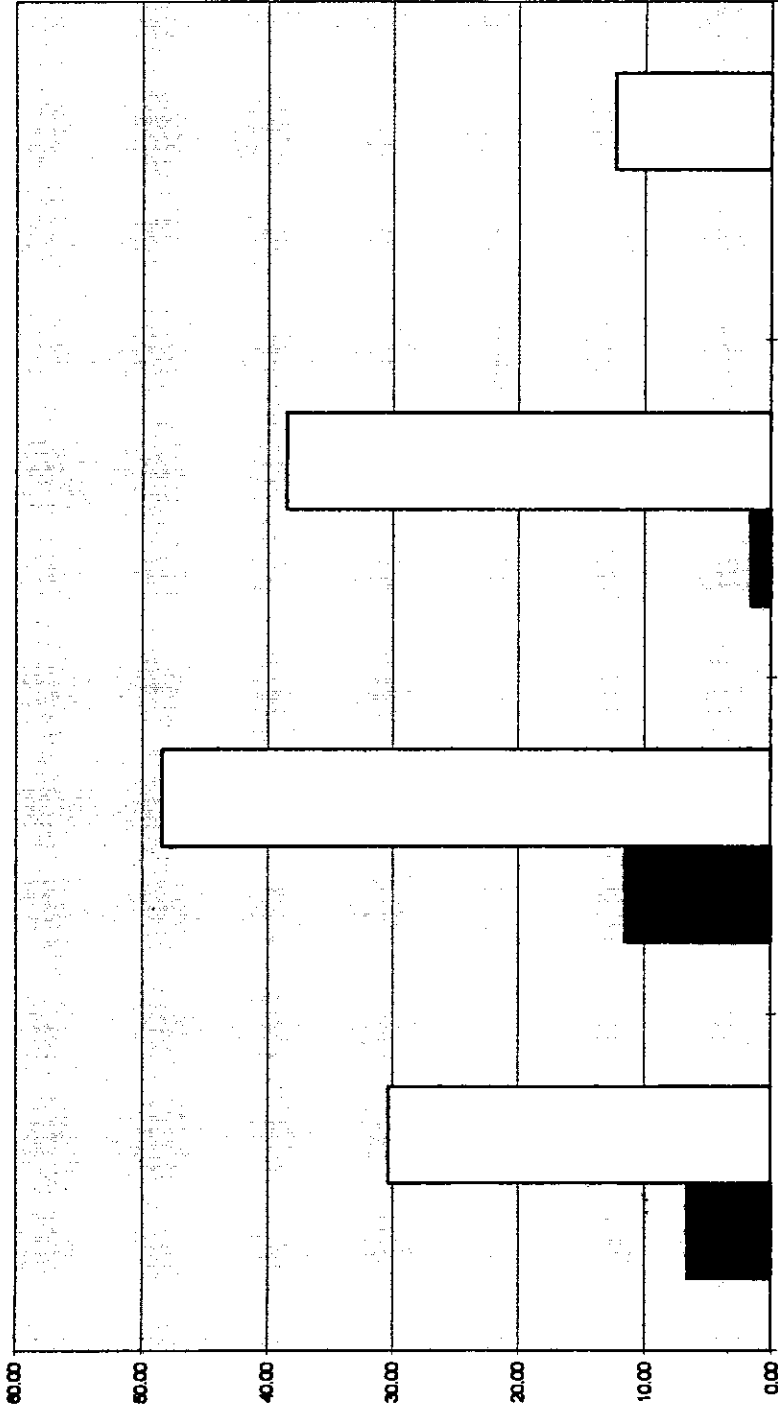
**PRUEBA X2.  
"ACTITUD ANTISOCIAL"**



Reactivos del GRUPO 7

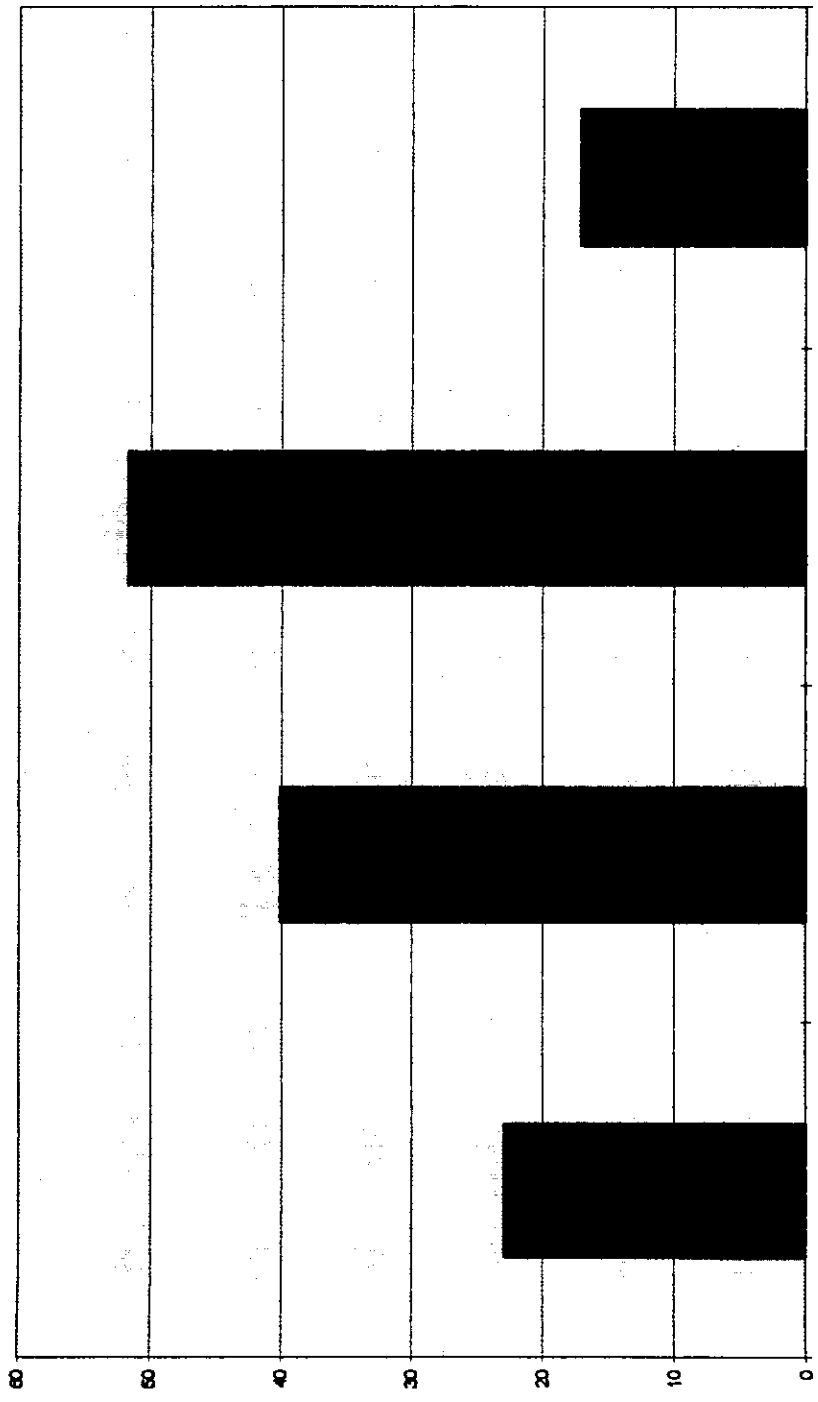
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "CONFLICTOS FAMILIARES"

■ No alcoholizables □ Alcoholizables



Reactivos del GRUPO 6

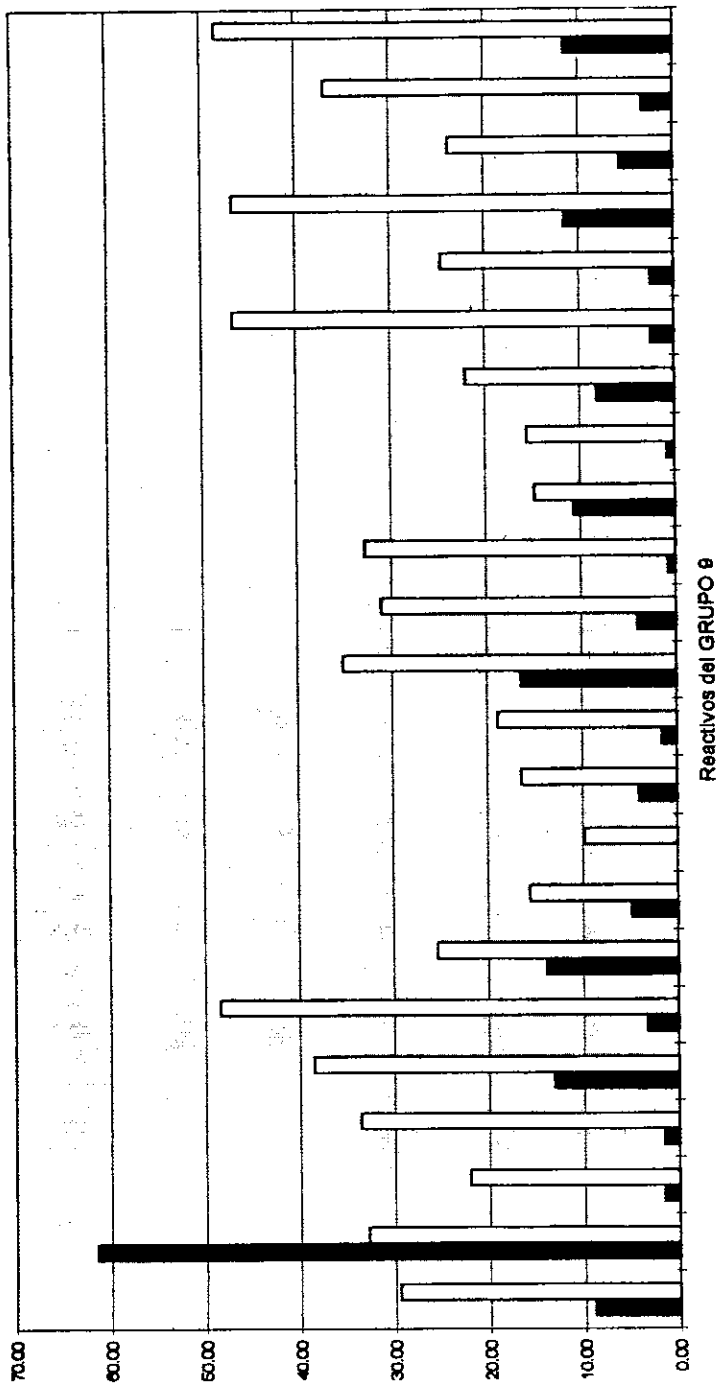
**PRUEBA X<sup>2</sup>.  
"CONFLICTOS FAMILIARES"**



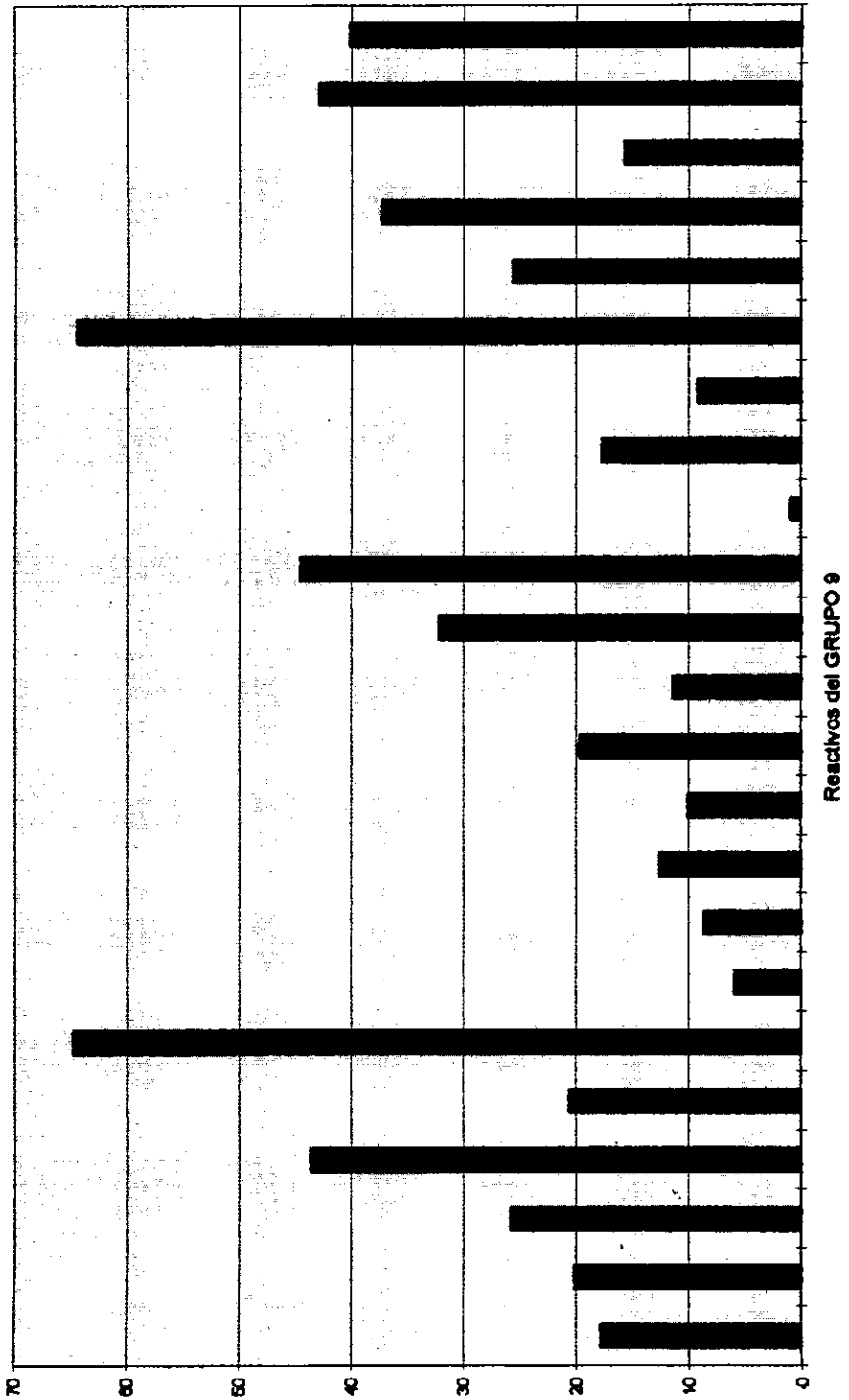
Reactivos del GRUPO 8

# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "SÍNTOMAS SOMÁTICOS"

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



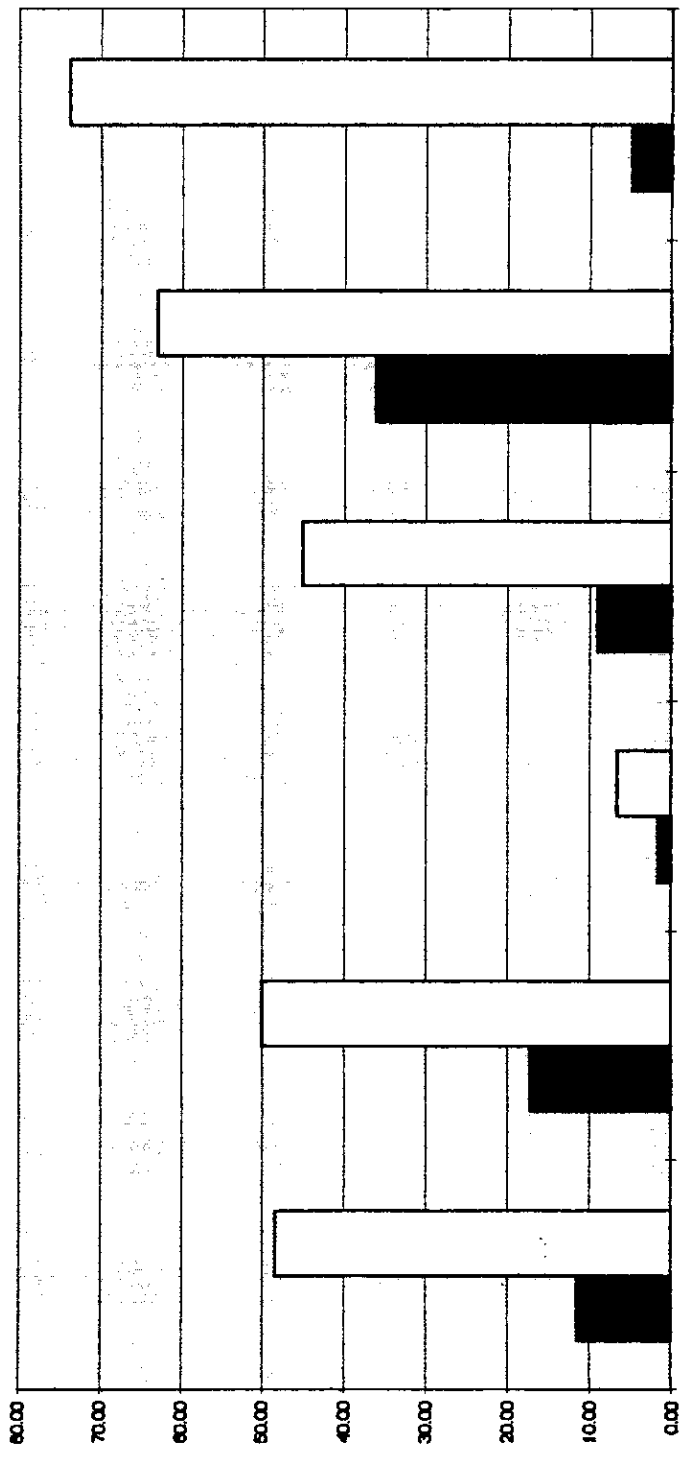
**PRUEBA X<sub>1</sub>.  
"SÍNTOMAS SOMÁTICOS"**





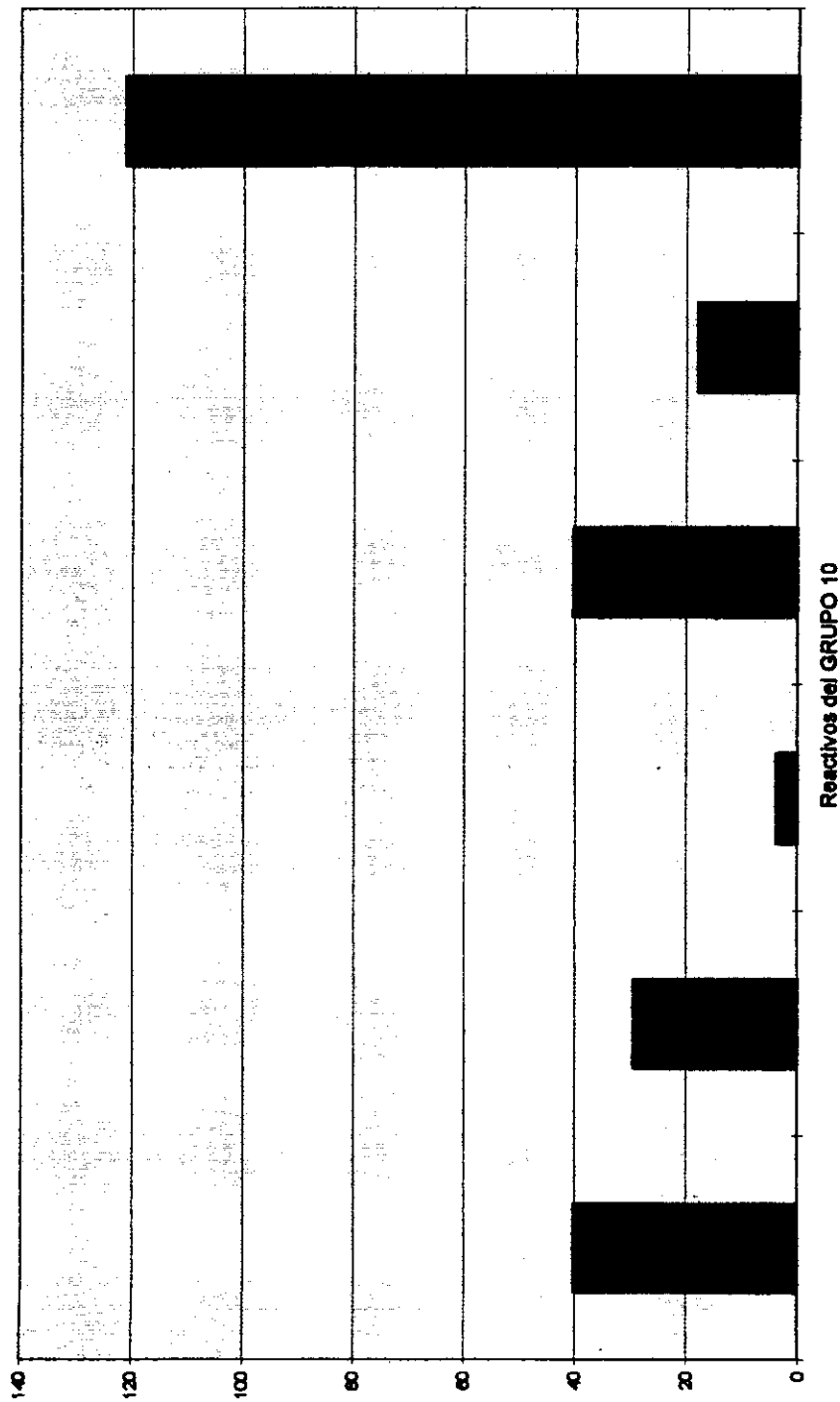
**PROCENTAJE DE RESPUESTAS.  
"INTERÉS Y DESVIACIÓN SEXUAL"**

■ No alcohólicos  
□ Alcohólicos



Reactivos del GRUPO 10

**PRUEBA X<sub>2</sub>.  
"INTERÉS Y DESVIACIÓN SEXUAL"**



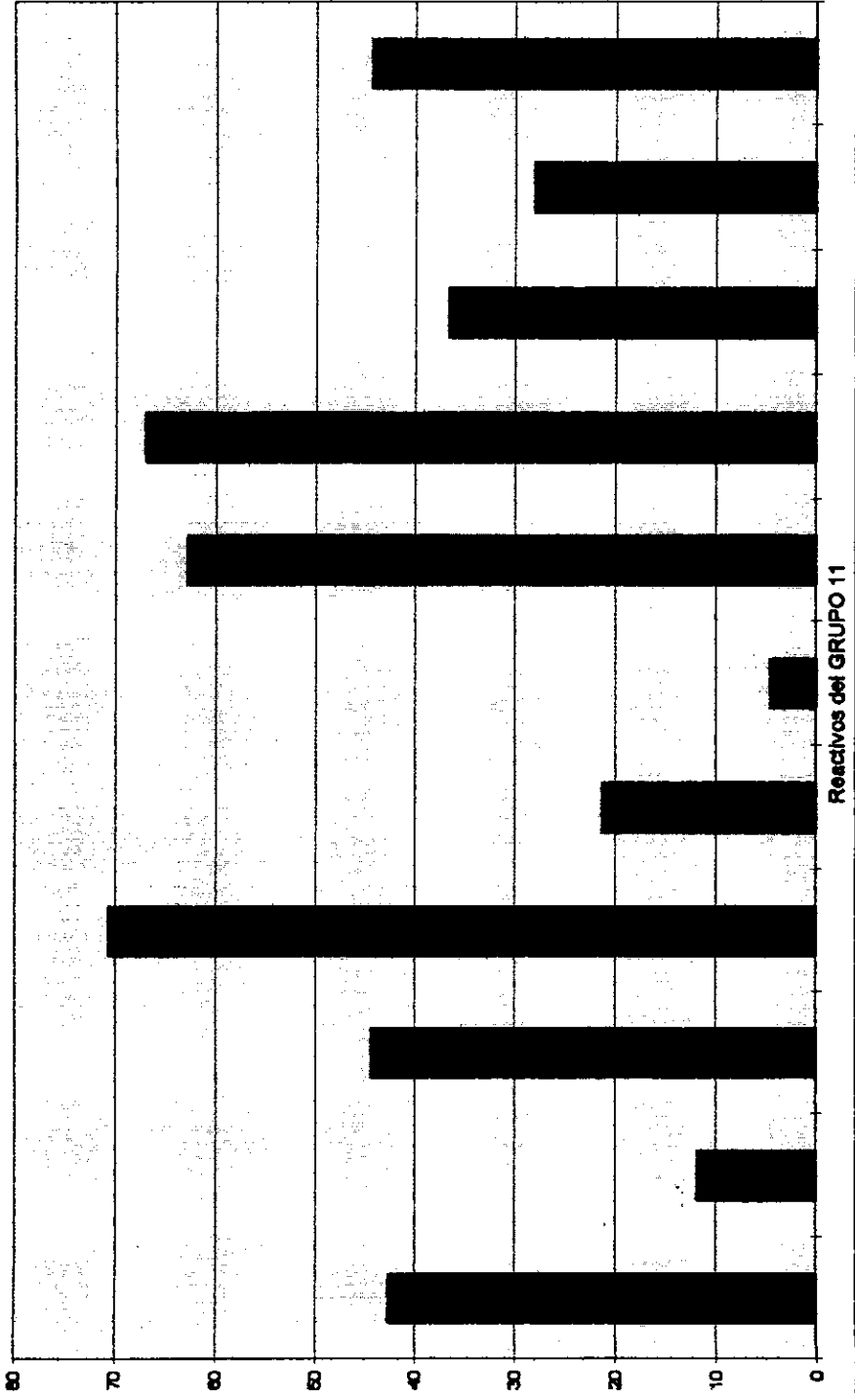
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "ANSIEDAD Y TENSION"

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



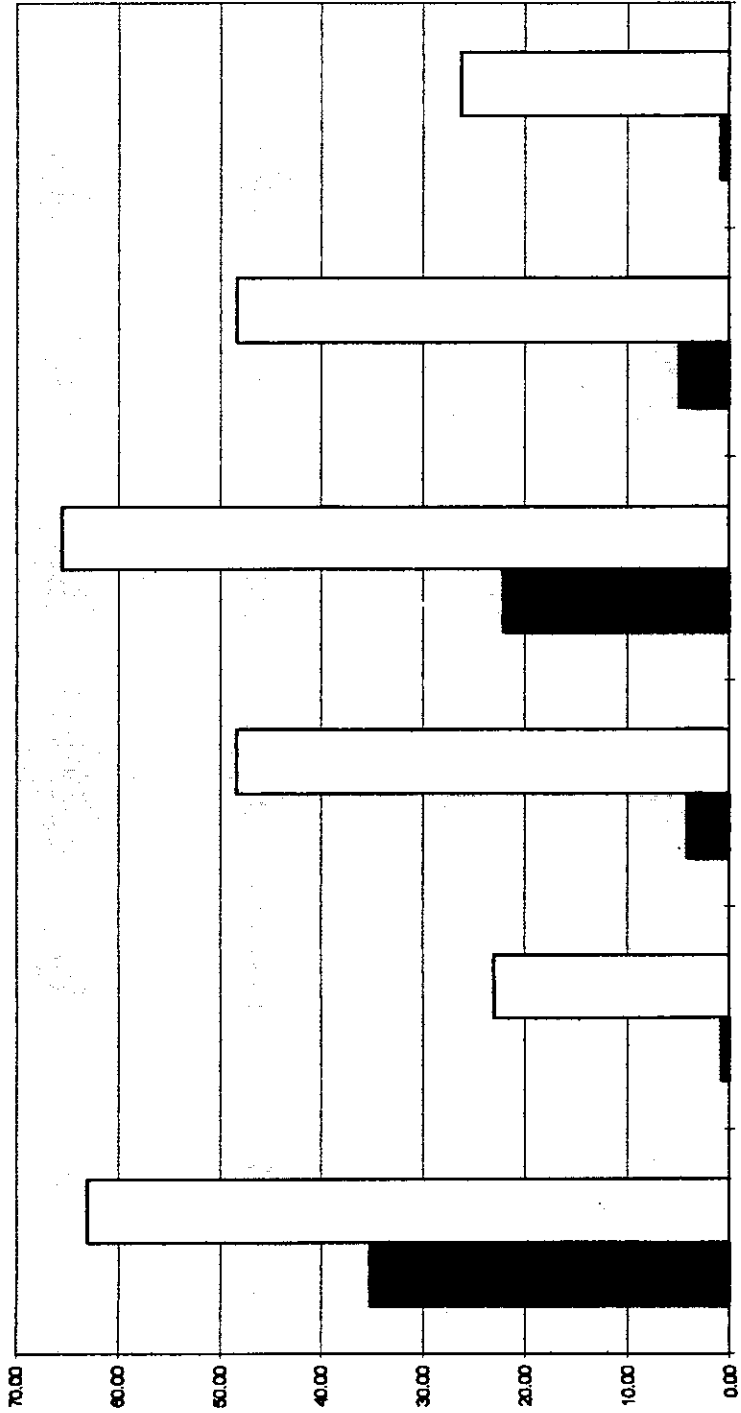
Reactivos del GRUPO 11

**PRUEBA X2.  
"ANSIEDAD Y TENSION"**



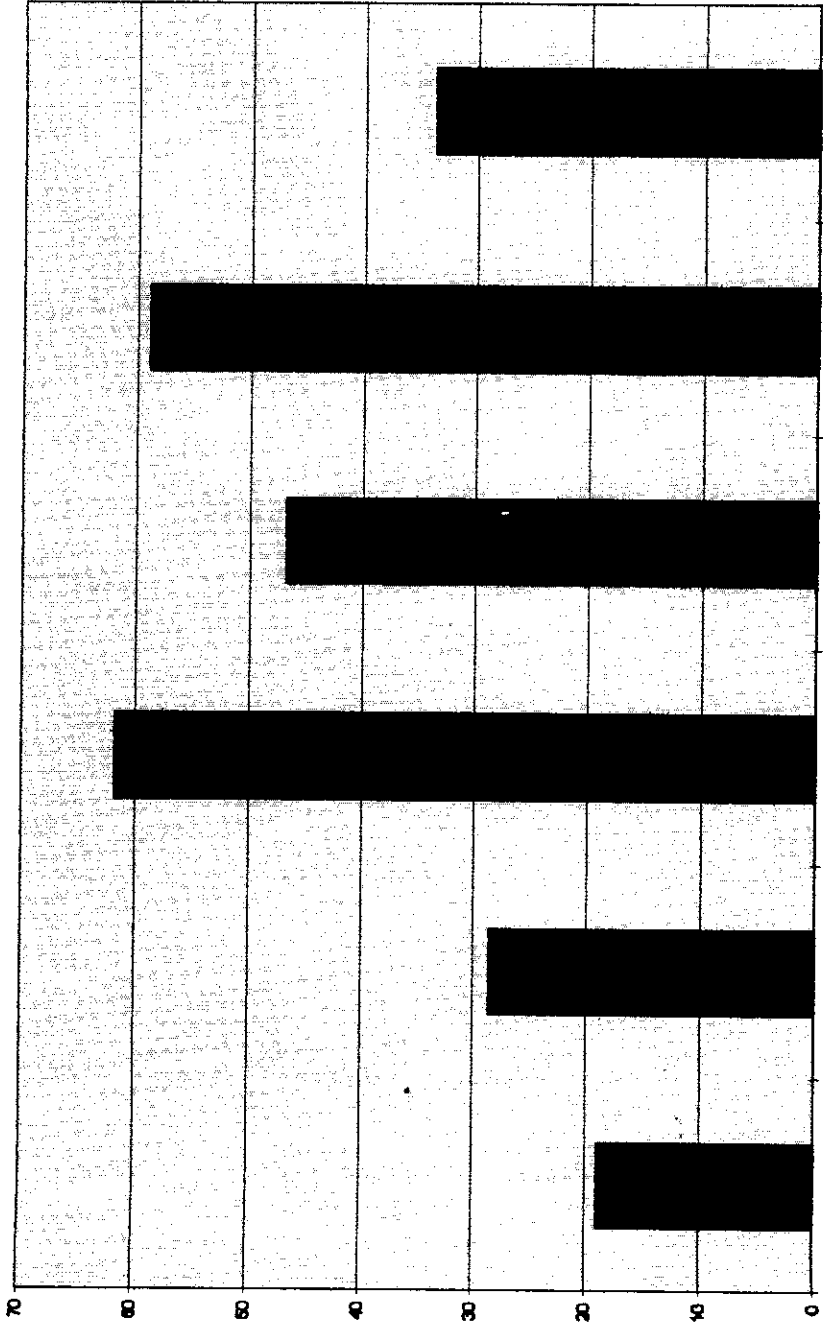
**PORCENTAJE DE RESPUESTAS.  
"ALTERACIONES DEL SUEÑO"**

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



Reactivos del GRUPO 12

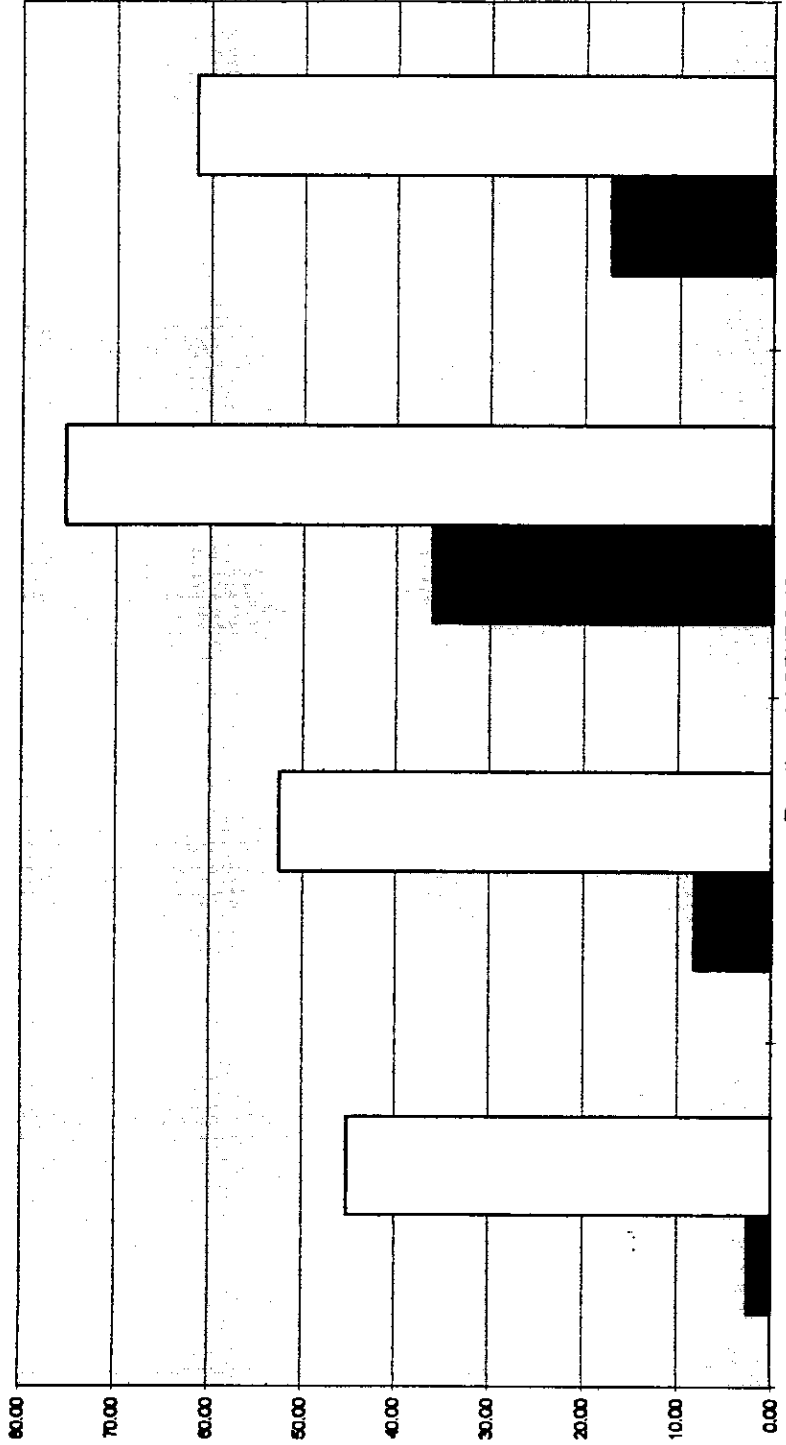
**PRUEBA X2.  
"ALTERACIONES DEL SUEÑO"**



Resactivos del GRUPO 12

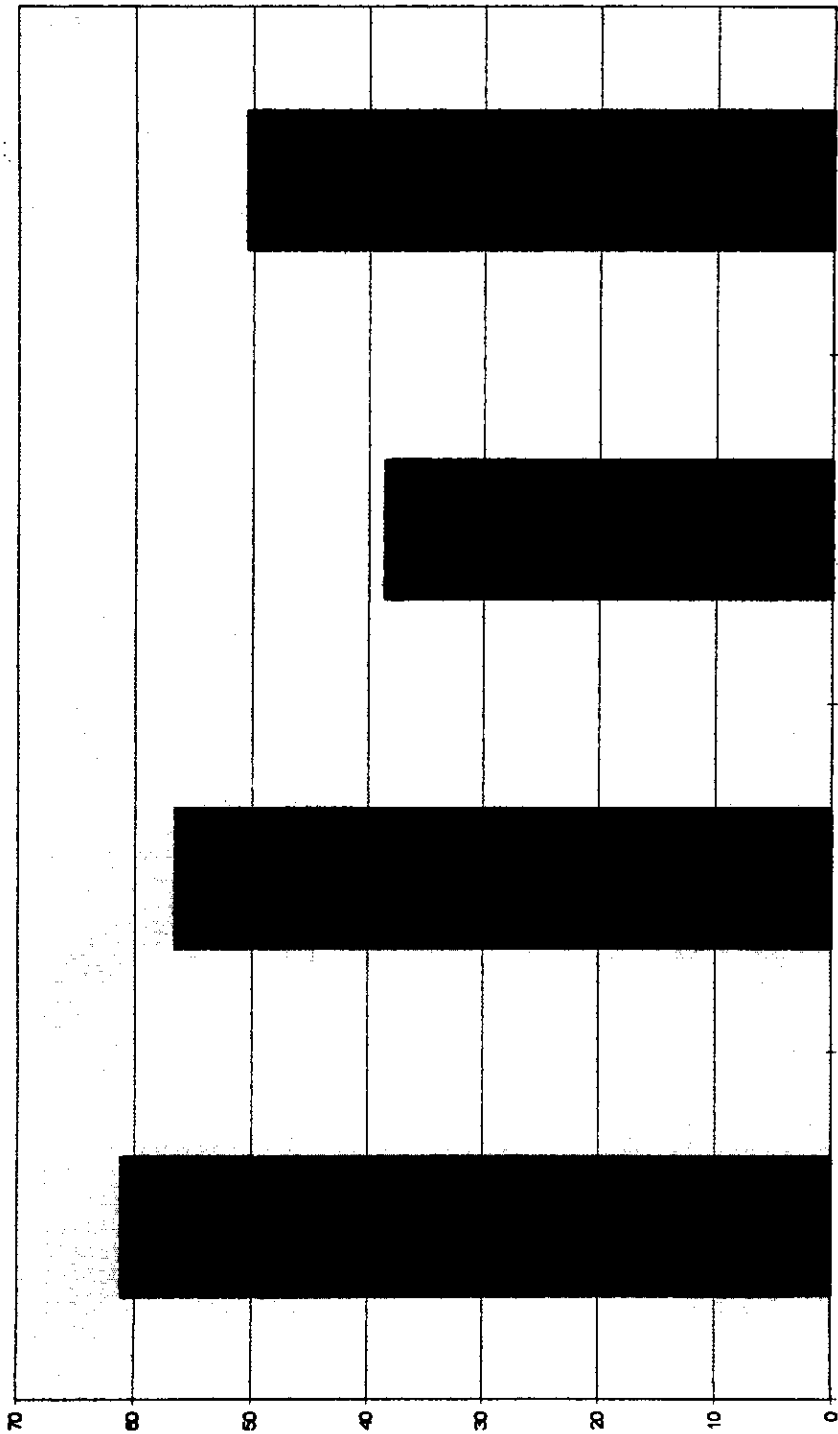
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "PROBLEMAS DE IRA"

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



Reactivos del GRUPO 13

**PRUEBA X1.  
"PROBLEMAS DE IRA"**

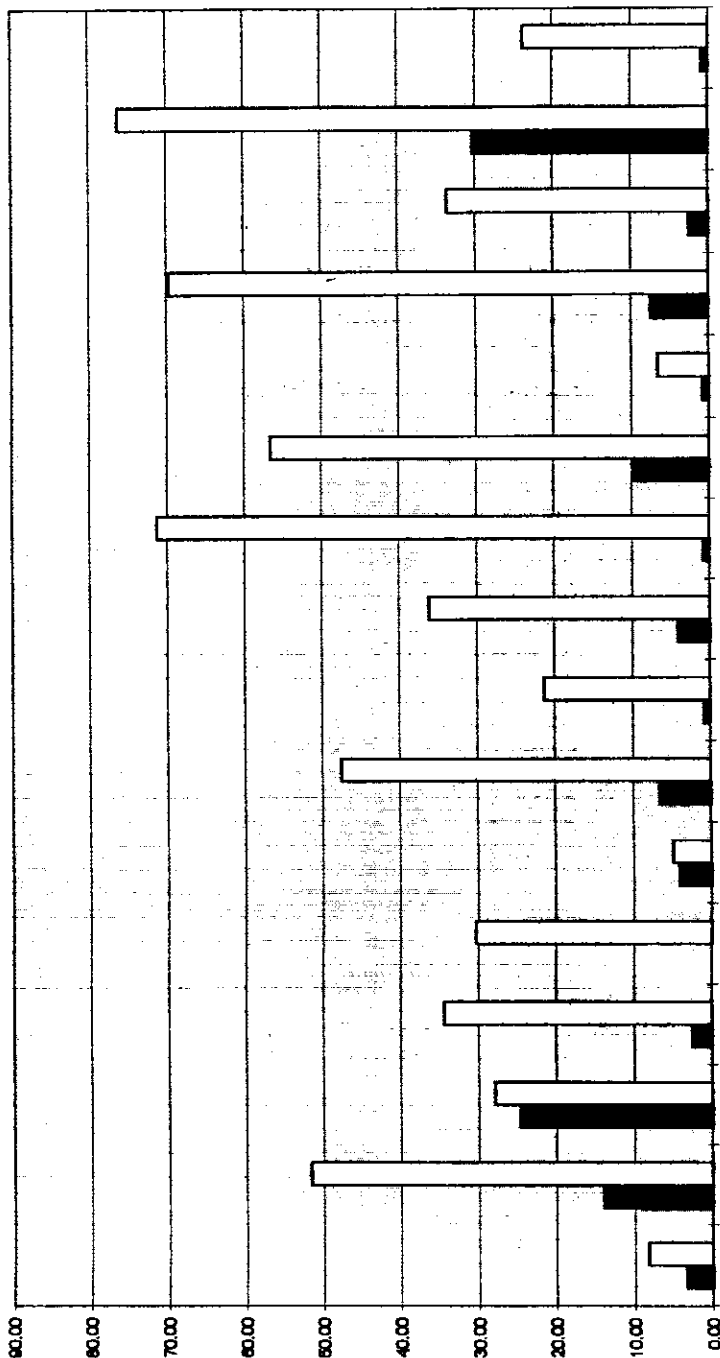


Reactivos del GRUPO 13



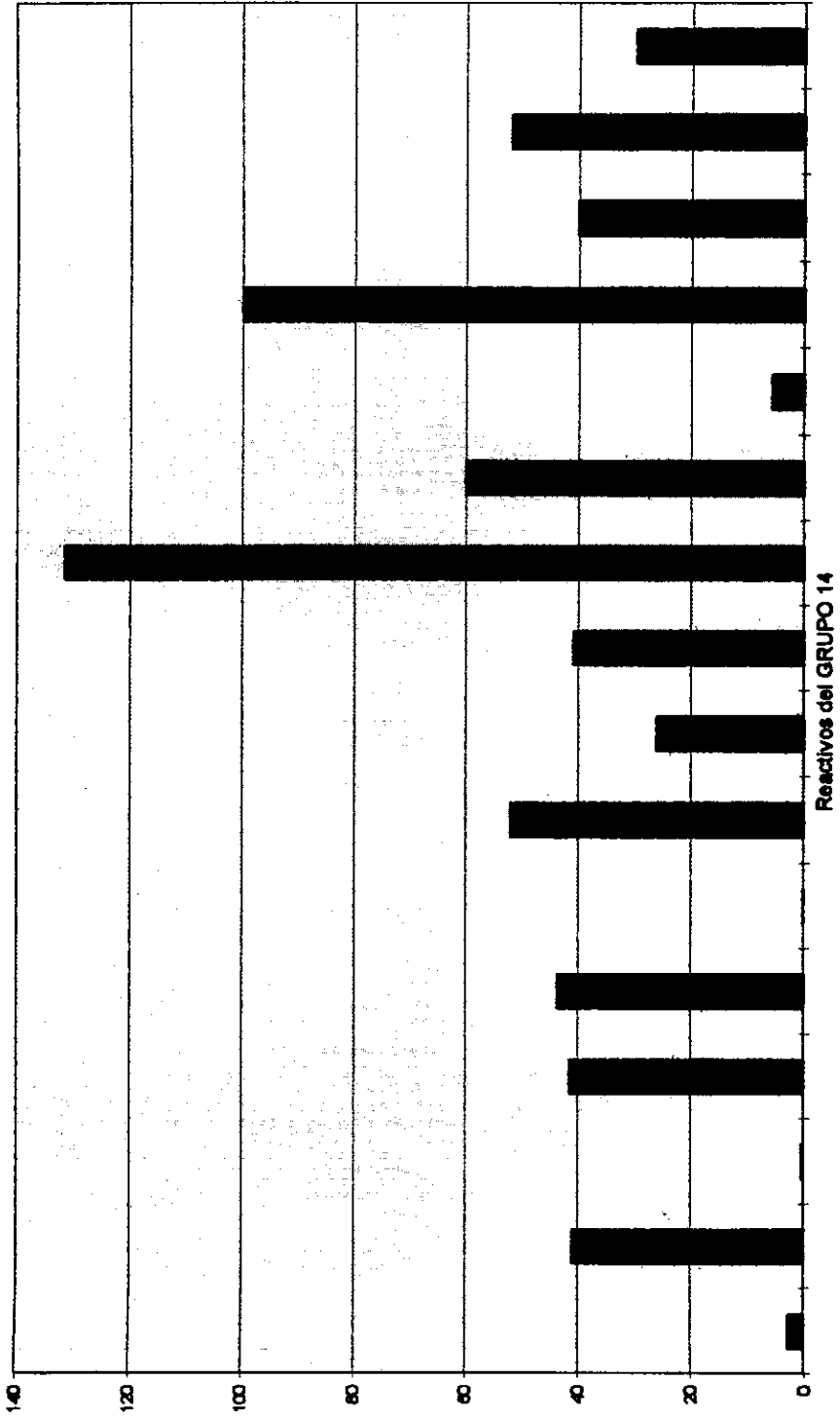
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "DEPRESIÓN Y PREOCUPACIÓN"

■ No alcohólicos □ Alcohólicos



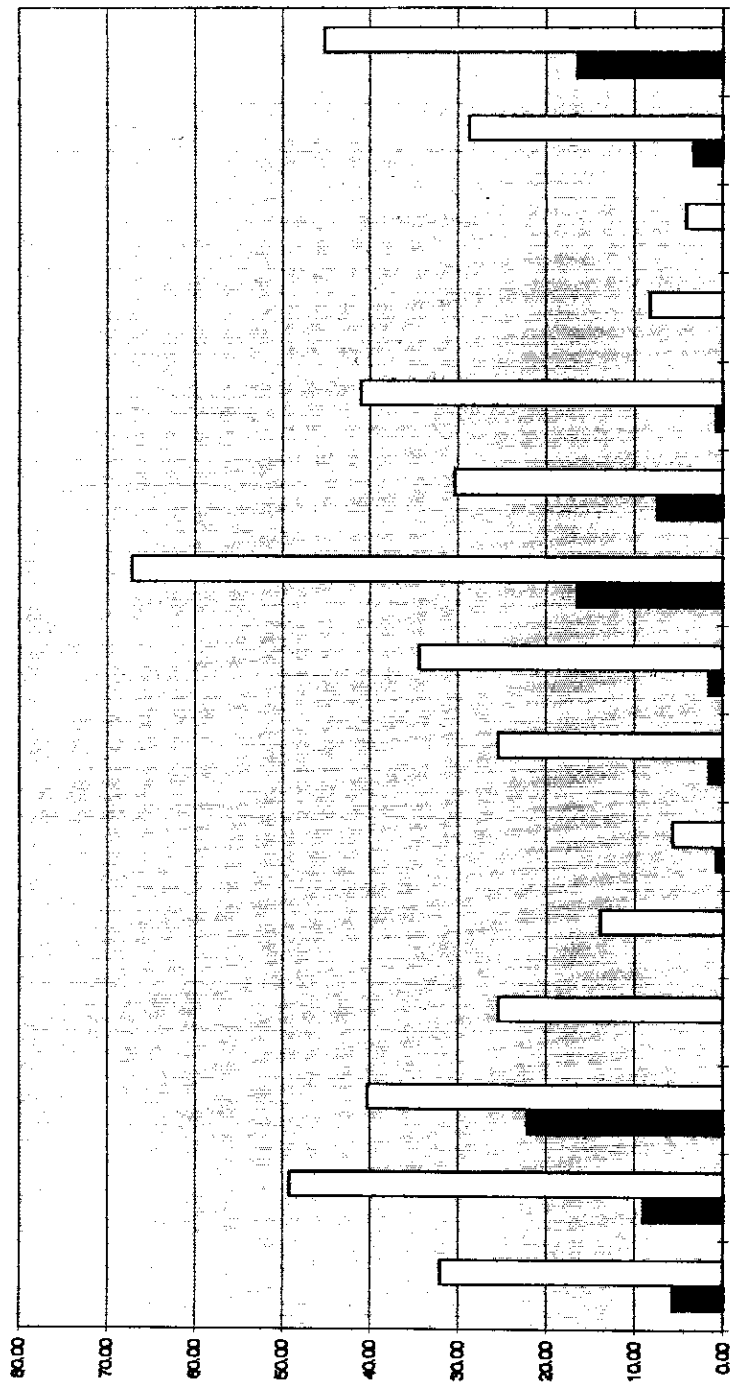
Reactivos del GRUPO 14

**PRUEBA X<sub>2</sub>.  
"DEPRESIÓN Y PREOCUPACIÓN"**



**PORCENTAJE DE RESPUESTAS.  
"OPINIONES DESVIADAS"**

■ No alcohólicas □ Alcohólicas



Reactivos del GRUPO 15

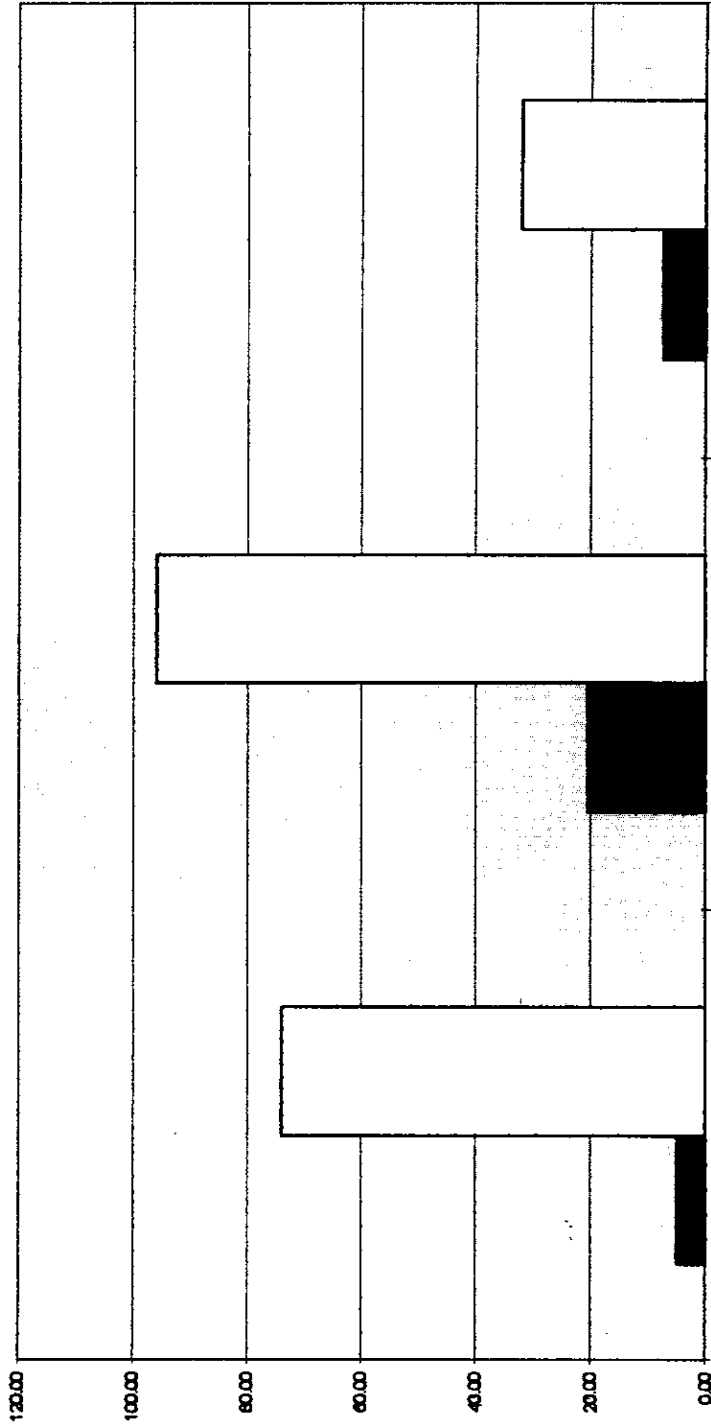
**PRUEBA  $X^2$ .**  
**"OPINIONES DESVIADAS"**



Reactivos del GRUPO 15

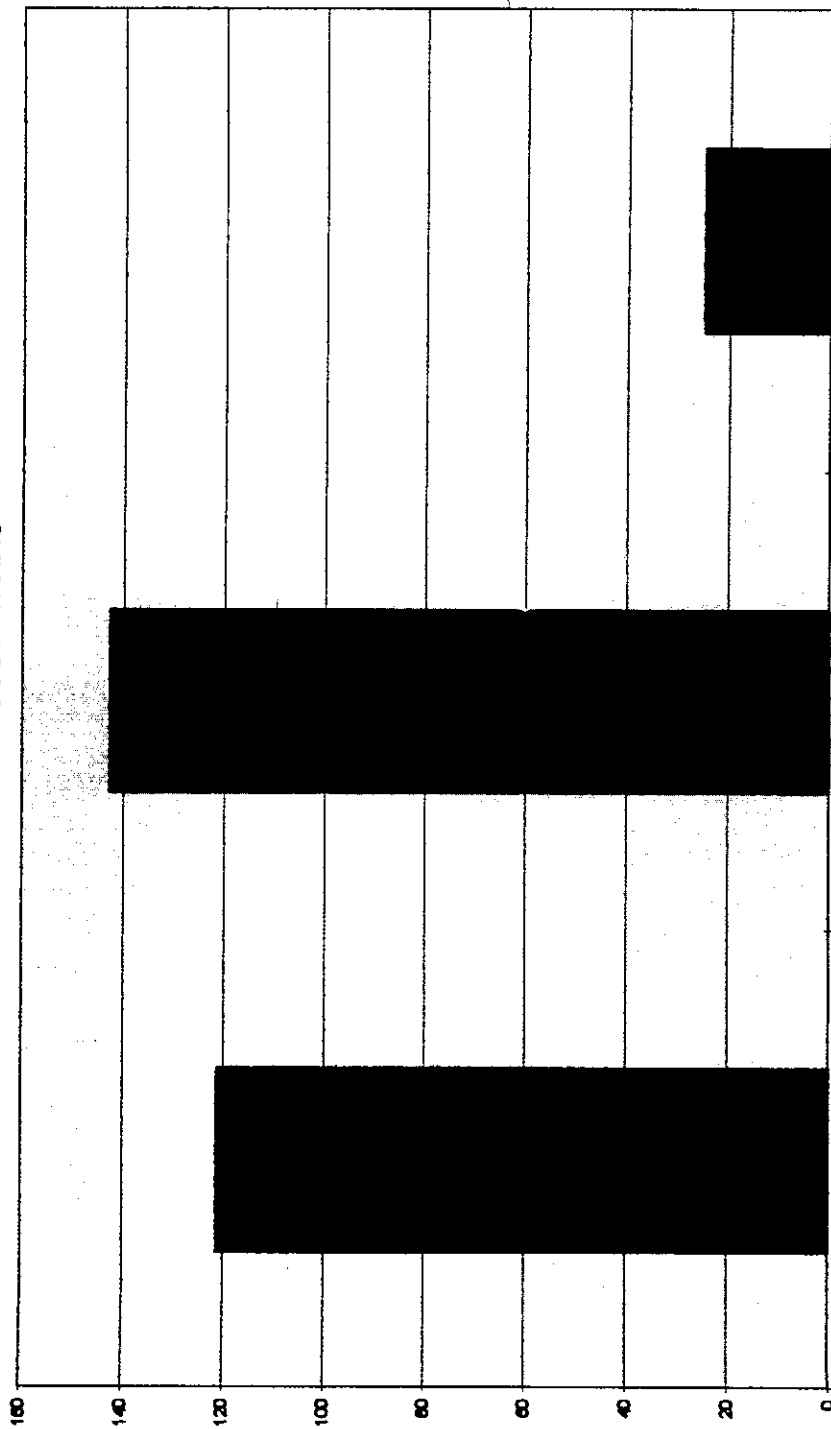
# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "ABUSO DE SUSTANCIAS"

■ No alcohólicas □ Alcohólicas



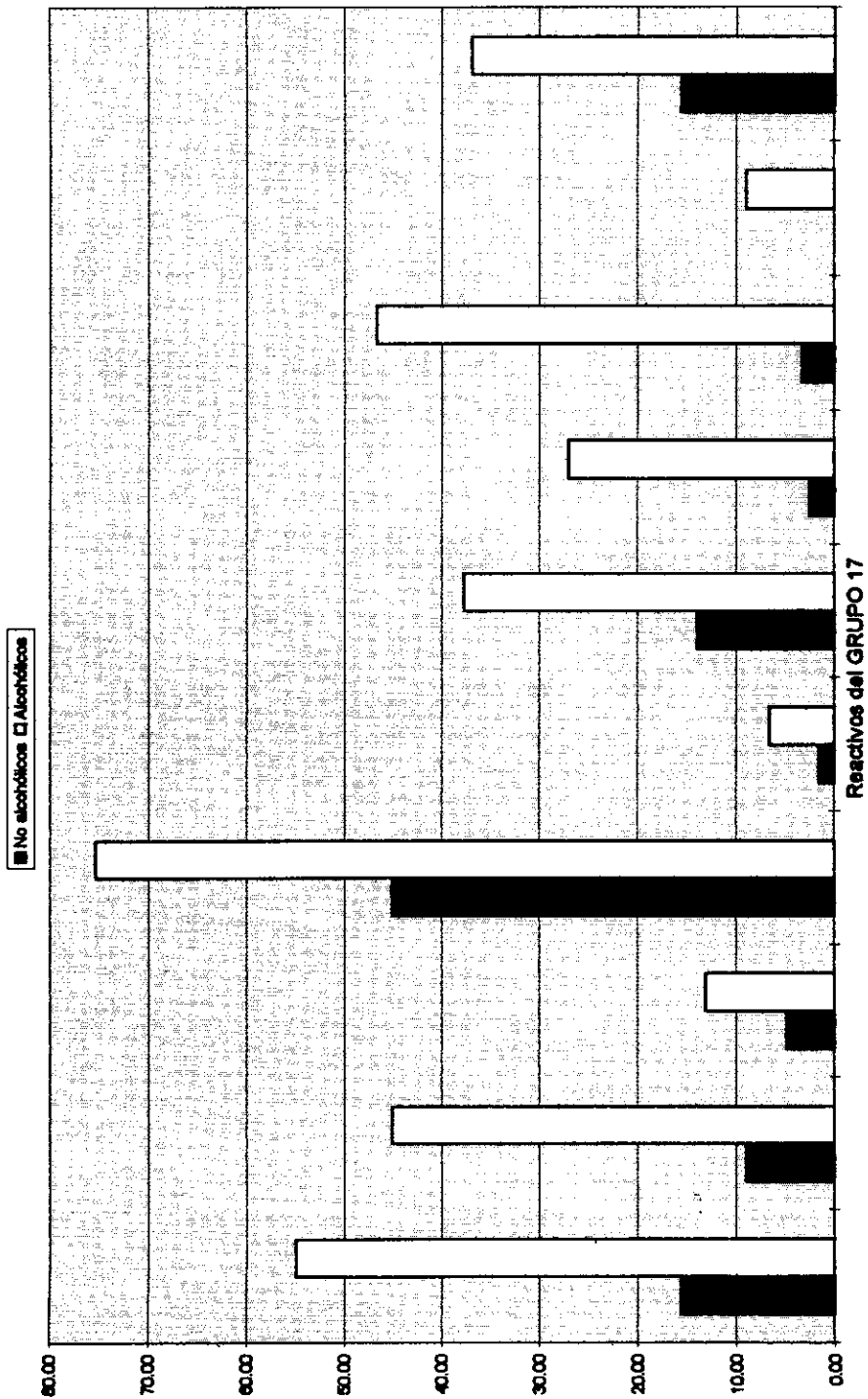
Reactivos del GRUPO 16

**PRUEBA X2.  
"ABUSO DE SUSTANCIAS"**

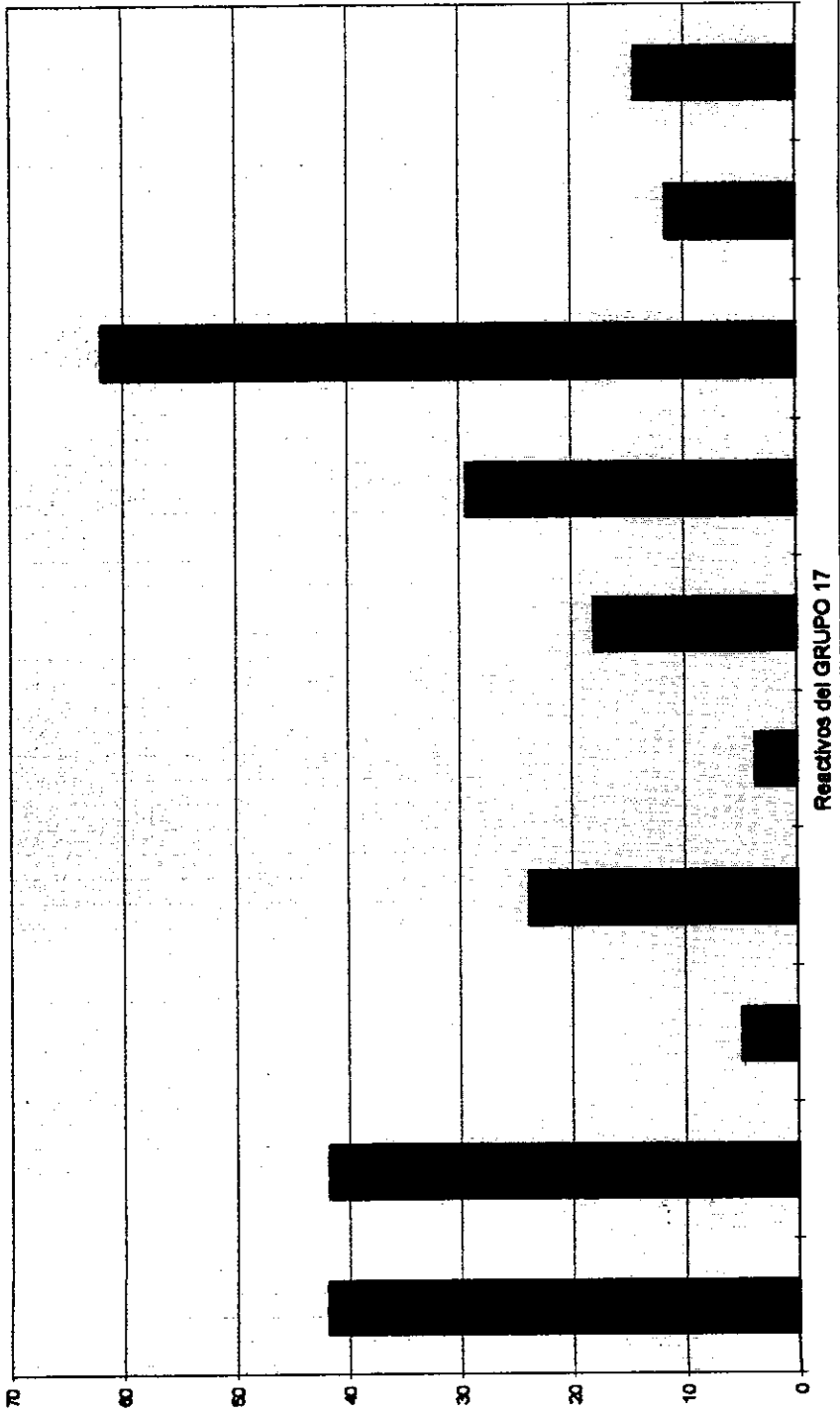


Resúmenes del GRUPO 16

# PORCENTAJE DE RESPUESTAS. "EXPERIENCIA Y PENSAMIENTO DESVIADO"



**PRUEBA X2.  
"EXPERIENCIA Y PENSAMIENTO DESVIADO"**

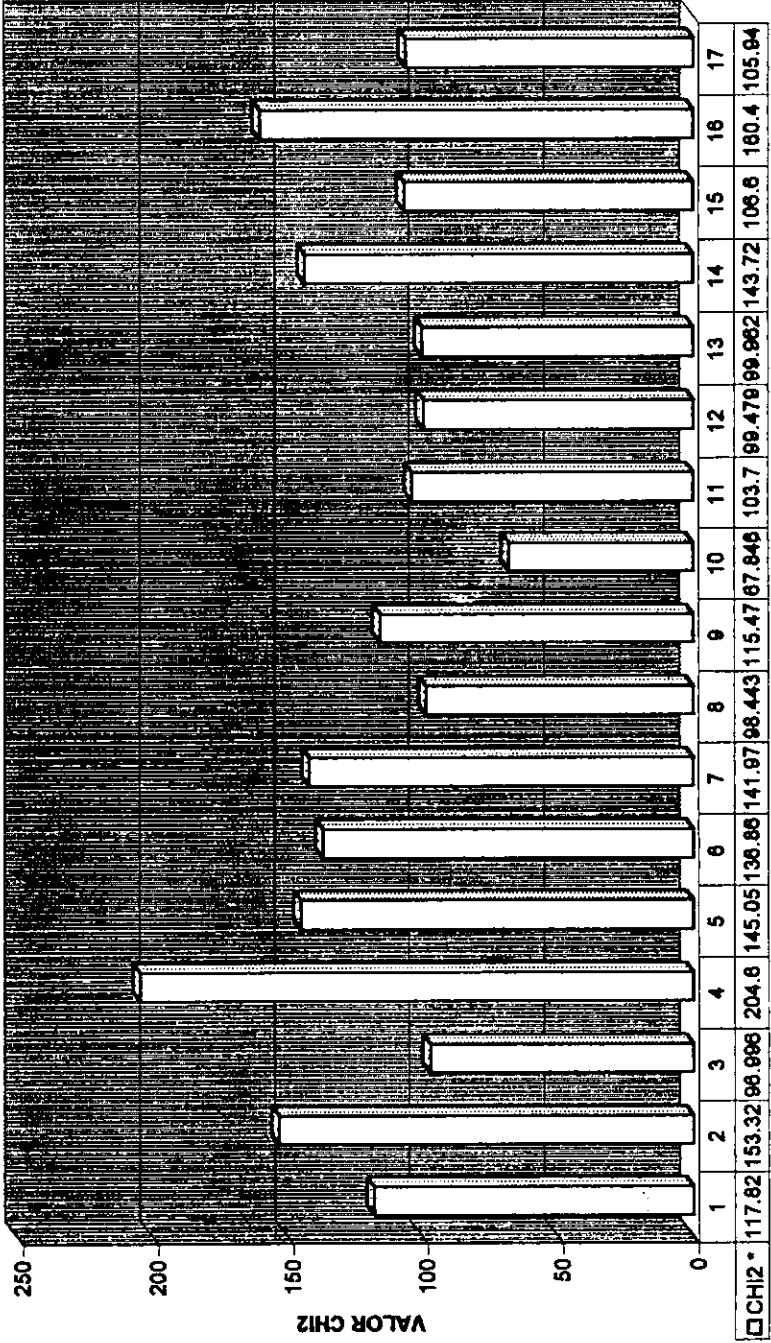




# APÉNDICE

Grupo No.	Valores correspondientes a $X_2$		y la significancia de su Sensibilidad Discriminativa	
	Nombre	$X_2$	Significancia	
1	Estado de Ansiedad	117.82373	0.001	
2	Depresión Suicida	153.32304	0.001	
3	Amenaza de Ataque	96.99644	0.001	
4	Estrés por Alcoholismo	204.59686	0.001	
5	Confusión Mental	145.04966	0.001	
6	Ideas de Persecución	136.85802	0.001	
7	Actitudes Antisociales	141.97237	0.001	
8	Conflictos Familiares	98.44283	0.001	
9	Síntomas Somáticos	115.46823	0.001	
10	Desviación Sexual	67.84646	0.001	
11	Ansiedad y Tensión	103.69722	0.001	
12	Alteraciones del Sueño	99.47896	0.001	
13	Problemas de Ira	99.96241	0.001	
14	Depresión y Preocupación	143.72103	0.001	
15	Opiniones Desviadas	106.59912	0.001	
16	Abuso de Sustancias	160.39603	0.001	
17	Exp. y Pensam. Desviado	105.93586	0.001	

**SIGNIFICANCIA DE LA SENSIBILIDAD DISCRIMINATIVA DE LOS REACTIVOS SIGNIFICATIVOS MEDIANTE LA CHI2**



\* Significativo al .0001