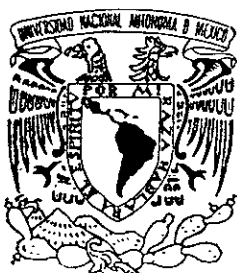


241
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE VALIDEZ
L, F, K, Fp, Y LA ESCALA MAC-R EN UNA
MUESTRA DE SUJETOS ALCOHOLICOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA VERONICA ROLDAN OCAÑA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO.

REVISOR DE TESIS: LIC LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA.



MEXICO, D. F.

20/1/98

FEBRERO DE 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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 familia:

Por el amor que me expresan todos los días.

Especialmente a mi mamá por su apoyo incondicional.

Horacio:

Te amo. A ti por lo que representas en mi vida,

por tu paciencia y dedicación hacia mí.

A mi hermana:

*Con cariño, por ser mi compañera
y amiga.*

Ivonne:

*Gracias por la atención que siempre me brindaste,
por tu orientación y ayuda en la realización de este
trabajo.*

A la Dra. Emilia Lucio:

*Con agradecimiento por su dedicada dirección,
y por permitirme formar parte del proyecto de
Adaptación del MMPI-2 en población Mexicana*

*A los miembros del jurado por sus aportaciones e interés
mostrado en este trabajo:*

Lic. Leticia Bustos de la Tijera.

Mtra. Fayne Esquivel Ancona.

Mtra. Cristina Heredia Ancona.

Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo.

*La realización de este trabajo fue posible gracias al apoyo del proyecto
CONACYT No. 3722S9312*

INDICE

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

CAPITULO I ALCOHOLISMO

Antecedentes	1
Desarrollo del concepto alcoholismo	1
Etiología	7
Patrones de consumo en México	14
Problemas relacionados con el consumo del alcohol.....	19
Personalidad Alcohólica	21

CAPITULO II

PERSONALIDAD Y TEORIA DE LOS RASGOS

Antecedentes	23
Teoría de los rasgos	26
Teoría Factorialista	31

CAPITULO III

DESARROLLO DEL MMPI Y DEL MMPI-2

Desarrollo del MMPI	34
Escalas de validez del MMPI	40
Desarrollo del MMPI-2	42
Escalas de validez adicionales del MMPI-2	44
Escala de alcoholismo MacAndrew	48
Escala de Reconocimiento de Adicciones.....	49
Investigaciones realizadas con el MMPI aplicado en sujetos alcohólicos	52
Investigaciones con la escala A-Mac	54
Estudios realizados en México con el MMPI-2....	58

CAPITULO IV

METODOLOGIA

A)Planteamiento y justificación del problema	63
B)Objetivos	64
C)Hipótesis	65
D)Variables	66
E)Tipo de Estudio	69
F)Tipo de Diseño.....	69
G)Sujetos	69
H)Muestreo.	70

I)Instrumento	70
J)Procedimiento.	71
K)Análisis de datos	72

CAPITULO V

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS	73
--	----

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Conclusiones.....	86
Alcances y Limitaciones....	90
Sugerencias.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	92

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, con el objetivo de descubrir si existe relación entre las puntuaciones de las escalas de validez L, F, K, Fp, Inconsistencia de Respuestas Verdaderas (INVER) e Inconsistencia de Respuestas Variables (INVAR), así como la escala Reconocimiento de Adicciones (RA) y las puntuaciones bajas de la escala A-MAC (Mac-R) del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 en una muestra de sujetos alcohólicos. Para lo cual se hizo una correlación momento-producto de Pearson.

La muestra de este estudio fue extraída de 113 sujetos alcohólicos que contestaron el el MMPI-2, de esta población se discriminaron dos grupos puntuaciones bajas y puntuaciones altas A-Mac, quedando conformados estos grupos por 20 y 21 protocolos respectivamente, de sujetos masculinos que asistían a centros de tratamiento para alcohólicos.

Los resultados indican que si existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de las escalas de validez L, F, y K, así como con la escala RA y las puntuaciones bajas de la escala A-Mac del MMPI-2. Los sujetos alcohólicos con puntuaciones bajas A-MAC desean mostrarse ante la prueba convencionales, tratan de parecer bien adaptados, niegan sus fallas y no tienen una buena disposición para reconocer problemas de alcoholismo y drogadicción.

Además se encontró que los grupos puntuaciones altas y puntuaciones bajas A-MAC; presentan un tipo de personalidad diferente, aunque a la vez comparten rasgos de personalidad, lo cual es explicable dado que todos son alcohólicos.

INTRODUCCION

Es importante e indispensable no sólo crear instrumentos adecuados que nos ayuden a determinar un diagnóstico, sino además, tener conocimientos sobre el instrumento que se utiliza, y sobretodo saber interpretar los resultados que éste nos brinda al aplicarlo para así elaborar un diagnóstico más preciso. Lo anterior resume el propósito de la presente investigación.

Dada la reciente aparición de la versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 en español (Lucio y Reyes, 1994) se hace necesario discriminar su nivel de eficacia en la evaluación de la personalidad, ya que es de considerarse que a esta actual versión del MMPI se le hicieron modificaciones en su contenido original, así como, se le agregaron nuevas escalas; de aquí surge la necesidad de realizar investigaciones en las que se utilice el MMPI-2 como instrumento de evaluación en diferentes grupos de sujetos.

Son pocos los estudios realizados en México en los que se ha utilizado el MMPI-2, los cuales además, básicamente, han trabajado con muestras de estudiantes universitarios y pacientes psiquiátricos. Por ejemplo en 1994 Palacios hizo un análisis de la capacidad discriminativa de la nueva versión del MMPI, y comparó los perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios. Taboada y Ampudia en 1993 y 1994 respectivamente, realizaron investigaciones en las que utilizaron el MMPI-2 aplicándolo a estudiantes universitarios. Actualmente se esta realizando un trabajo de Doctorado que León lleva a cabo, el cual tiene como objetivo principal discriminar tipos de alcoholismo y características de personalidad de los diferentes tipos de alcoholismo a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 en una muestra de sujetos alcohólicos.

La importancia de esta investigación radica en trabajar con las escalas de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR (estas últimas tres escalas son nuevos indicadores de validez dentro del inventario), y la escala MAC-R (A-Mac) dentro de una muestra de sujetos alcohólicos de la población mexicana. El objetivo principal es descubrir si existe relación entre las puntuaciones

bajas de la escala A-MAC y las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR del MMPI-2, y como puede servirnos combinar estas escalas a nivel interpretativo, teniendo en consideración lo siguiente:

La escala A-MAC es una de las escalas suplementarias tradicionales, y es una de las medidas más novedosas que ofrece actualmente en el MMPI-2 (Lucio, 1994). MacAndrew recomendó usar como puntuación natural mínima 24 en la escala A-MAC para la identificación de abuso de alcohol. Las puntuaciones menores o igual a 23 representan en la nomenclatura de MacAndrew "alcohólicos secundarios" y son denominados falsos-negativos (O'Neill, Giancinto, Waid, Roitzsch, Miller y Kipatrick, 1983).

Exclusivamente con la escala A-MAC se han realizado una gran cantidad de investigaciones con propósitos distintos, el objetivo de estos ha sido principalmente detectar la capacidad de discriminación de la escala, para lo cual se han relacionado las puntuaciones de la escala A-MAC con las puntuaciones de las otras escalas especialmente las clínicas. En una minoría de estas investigaciones se ha trabajado exclusivamente las puntuaciones A-MAC con las puntuaciones de las escalas de validez, todos además realizados en culturas extranjeras, y con la versión original del MMPI.

Por ejemplo O'Neill, et al (1983), llevaron a cabo un estudio cuyo propósito general fue obtener validez del constructo de la escala MAC. Los sujetos fueron 194 hombres en tratamiento de alcoholismo. Las diferencias grupales significativas se observaron en las escalas L, K, D, Ma y R. Estas variables están linealmente relacionadas a los puntajes Mac. Se encontró que el grupo de No Alcohólicos ($A-Mac \leq 23$) puntuaron más alto en las escalas L y K que los sujetos con puntuaciones MAC de "alcohólicos".

Pfost y Stevens (1984) investigaron la relación de la MAC con el tipo de personalidad y el nivel de angustia emocional correlacionando las puntuaciones de la escala MAC con el tipo de perfil derivado de la elevación media de las escalas del MMPI.

Ciancio, Saltstone y Fraboni (1990) realizaron una investigación cuyo propósito fue determinar la proporción de la varianza adicional que es explicada en la escala de alcoholismo

de MacAndrew (MAC) por la escala de consumo de Donovan (1980, citado en Ciancio et al ; 1990), así como eliminar la varianza atribuida a las escalas L, F y K; y determinar la capacidad de la escala MAC para diferenciar entre abusadores y no abusadores del alcohol.

La importancia de mencionar esta investigación es que dentro del artículo se señala que MacAndrew (1965) recomendaba que cuando la escala MAC es aplicada, las escalas de validez L, F, y K también deben ser aplicadas, dada la utilidad que podemos obtener al conjugarlas en la interpretación, ya que existe la posibilidad de detectar clasificaciones incorrectas dentro de la escala MAC, siendo en este momento cuando las puntuaciones de las escalas de validez nos pueden ayudar a explicar, por ejemplo, porque sujetos con dependencia al alcohol obtienen puntuaciones bajas en la escala MAC-R (las puntuaciones bajas indican ausencia de problema de abuso de sustancias), recordando que el objetivo de estas escalas es conocer la validez de las respuestas del sujeto.

Otro aspecto que hay que considerar es que los individuos con síndrome de dependencia al alcohol tienden a negar o disminuir su problema de adicción, la revista MD en Español (1972) dentro del artículo "El alcoholismo problema social", declara: "Una de las principales dificultades en la lucha contra el alcoholismo es que el síndrome suele diagnosticarse tardíamente. El hecho obedece a que el paciente trata de eludir dicho diagnóstico..." (citado en Castrejón y Salas, 1984).

De los antecedentes expuestos surge el interés por practicar este estudio de investigación en que se involucren exclusivamente las escalas de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR y la escala A-MAC del MMPI-2, aplicando este instrumento a una muestra de sujetos alcohólicos. Además se agregará a la correlación estadística las puntuaciones de la escala de Reconocimiento de Adicciones (RA), la cual fue desarrollada como una medida de buena disposición para el reconocimiento de problemas con alcohol y drogas (Lucio, 1995).

Se tomará en cuenta dentro del marco teórico los aspectos básicos del alcoholismo: desarrollo del concepto alcoholismo, diagnóstico de dependencia, se expondrá la tipología y fases del alcoholismo propuestos por Jellinek por ser la más utilizada y por lo tanto la más

conocida. Así como se considerarán los factores biológicos, psicológicos y socio culturales que intervienen en la etiología del alcoholismo y patrón de consumo en México.

Dado que el inventario (MMPI-2) a utilizarse evalúa rasgos de la personalidad se hace necesario apoyarnos en una teoría de la personalidad que sirva como aproximación teórica de las bases del MMPI-2. Es por esto que se conferirá más importancia en este trabajo a la Teoría de los Rasgos y la Teoría Factorialista en las cuales toma bases el MMPI para su construcción.

De la misma forma se describirá el desarrollo del MMPI y del MMPI-2, detallando en forma particular a las escalas de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR, la escala RA, así como a la escala A-MAC.

CAPITULO I: ALCOHOLISMO

Antecedentes

En la actualidad el consumo del alcohol se ha visto favorecido considerablemente como consecuencia de la producción, distribución, promoción y venta de bebidas embriagantes.

Históricamente en nuestra cultura el principal uso del alcohol parece estar relacionado con eventos sociales o religiosos. Fort (1974) señala que entre los aztecas el vino desempeñaba un papel importante en ceremonias religiosas; ocasiones en que se le permitía el consumo a toda la población, ya que el beber era un privilegio de ancianos (Natera, 1983).

Pero el presente indica que el beber se ha convertido en un elemento común a la vida mexicana, por lo tanto del "perfil nacional", lo cual es visiblemente notable en el incremento de personas con dependencia al alcohol, así como los considerados bebedores problema

Desarrollo del concepto de alcoholismo

Es de 1800 a 1850 cuando predomina una concepción del alcoholismo como enfermedad, cuyo exponente más destacado fue C von Bruhl- Cramer quien manejaba todas las formas clínicas del alcoholismo. Magnus Huss fue el primero que denunció el alcohol como factor de degeneración; concepción que adquiere una gran aceptación, pero es en 1900 cuando comienza a usarse el término adicción al alcohol (Marconi, 1965).

Con los trabajos de Jellinek la concepción de alcoholismo como adicción alcanzó una expresión más madura, con un trabajo en 1946, este autor delimita los síntomas de la adicción al etanol y describe el desarrollo del proceso patológico, plantea como síntoma fundamental la pérdida

de control en la situación de ingestión (Marconi, 1965).

Posteriormente la organización Mundial de la Salud trabaja, define y da a conocer conceptos más completos y concluyentes acerca del alcoholismo. Comenzó postulando en 1950 que "el alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, ... cualesquiera que sean los factores etiológicos responsables y el origen de dichos factores" (Velasco, citado en Castrejón, 1984). En 1954 a través de un comité de expertos en el tema, la misma OMS expresaría una definición que considera de forma más concisa lo señalado en la anterior, pero además hace referencia a las consecuencias de la ingesta inmoderada de bebidas alcohólicas: "El alcoholismo es una enfermedad crónica o de desorden en la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas. De manera que excediendo el uso dietético acostumbrado o de la adaptación corriente de las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica (Villamil, 1980).

Esta definición al igual que la fundamentada por Mark Keller un especialista del centro de Estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers plantean al alcoholismo 1) como una enfermedad que por lo tanto se convierte en un problema de salud, 2) definen claramente al alcoholismo, estableciendo la cronicidad como una condicionante que lo diferencia de la intoxicación aguda. Una enfermedad crónica es de larga duración; en el alcoholismo son necesarios los síntomas característicos de la dependencia para diagnosticarlo

3) Ambas relacionan otra condición esencial: la ingestión continua y excesiva de alcohol, infringiendo lo socialmente aceptado. Una persona que ha creado dependencia al alcohol se enfrenta a la imposibilidad de dejar de beber pese a la desaprobación social, ante esta situación desearía dejar de beber. No lo hace precisamente por su estado de farmacodependencia (alcohol - dependencia).

4) Finalmente en las dos se indica la existencia de un daño físico o mental como criterio para conformar el diagnóstico.

Hay que considerar que desde que existe el fenómeno de alcoholismo se ha intentado definirlo de acuerdo a lo que sabía y también de acuerdo a la postura o formación del teórico que propusiera una definición.

Dada la magnitud de aceptación cultural y legal del alcohol, sus acciones y efectos son distintas con respecto a las demás drogas, los alcohólicos no difieren tanto en cuanto a sus características mentales y sociales del resto de la población si se comparan con personas dependientes a otras sustancias tóxicas. De aquí que la OMS en una publicación que hiciera en 1977 menciona las dificultades para lograr una definición consensualmente aceptable del alcoholismo, y plantea que el término "alcoholismo" sea substituido por "síndrome de dependencia al alcohol". El marco conceptual del que parten los autores se basa en las siguientes premisas.

- a) Puede identificarse un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como alcoholismo o quizá mejor, como "adicción al alcohol", ésta se subclasifica en tipos, que reflejan la influencia de factores secundarios.
- b) El síndrome es multifactorial y existe en grados.
- c) Por la misma razón, los efectos que el consumo excesivo de alcohol produce en cualquiera son susceptibles de un análisis multifactorial, sea o no un verdadero farmacodependiente.
- d) El síndrome de dependencia al alcohol es una condición diagnosticable, en la que interactúan factores ambientales y sociales con los que son propiamente orgánicos o biológicos.
- e) El síndrome se caracteriza por el hecho de que el sujeto afectado manifiesta necesariamente, alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones (Madden, 1986).

Criterios para el diagnóstico de dependencia al alcohol

La asociación Psiquiátrica Americana (APA) a través del manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (1988), tercera versión revisada, aclara que el síndrome de

dependencia incluye los síntomas de tolerancia y abstinencia, con sus respectivos síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos.

El DSM-III R toma como condición la presencia de por los menos tres de los siguientes síntomas para discriminar el diagnóstico de dependencia:

1. con frecuencia el uso de la sustancia se hace con mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.
2. un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.
3. una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas, o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado.
5. reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.
6. uso continuado de la sustancia a pesar de ser consistente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia.
7. tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia (al menos un 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia
8. síntomas de abstinencia característicos.
9. a menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (DSM-III-R).

En la versión DSM-IV los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos

secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. En este manual el término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico

Criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV, 1996):

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias tóxicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de que inicialmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej; continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica signos de tolerancia o abstinencia (p. ej; si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej; si no se cumplen los puntos 1 o 2)

Tolerancia

Se describe como tolerancia al fenómeno que consiste en la capacidad que al principio y durante un tiempo variable tiene el organismo para "adaptarse" a la acción de una droga, por lo que se necesitaran mayores cantidades para producir los mismo efectos. Se tiene el conocimiento que el alcohol provoca tolerancia principalmente al inicio, de tal manera que el bebedor puede ingerir cantidades considerables de alcohol sin que se le "suba" fácilmente. No obstante en etapas avanzadas el proceso se invertirá, entonces la tolerancia disminuirá

La adaptación al alcohol según Madden (1986) no se limita a personas que consumen cantidades excesivas de éste sino que ocurre también con los bebedores sociales que toman alcohol en dosis moderadas y con alguna frecuencia.

Por otra lado se habla de una dependencia psíquica al alcohol y de dependencia física. La dependencia psicológica tiene una graduación; la más leve existe cuando se le extraña o desea si no está disponible durante las comidas o en reuniones sociales.

Existe un nivel moderado de dependencia psíquica, cuando el individuo se siente compelido a beber por pretextos de trabajo o para participar en su grupo social, adoptando medidas que aseguren la obtención de la droga, en este caso el alcohol, con estos propósitos. Tal dependencia psíquica al alcohol es la consecuencia de una interrelación entre los efectos farmacodinámicos de la droga y los conflictos emocionales del usuario. también ocurre cierto tipo de adaptación fisiológica y psicológica de modo que el alcohólico aparece como menos intoxicado y sus funciones no muy alteradas a una concentración sanguínea determinada de alcohol, no así en un no-alcohólico.

La dependencia física existe y el síndrome de abstinencia es la resultante, cuando la ingesta de alcohol se reduce por debajo de un nivel crítico.

Etiología

Los estudios realizados sobre los antecedentes del alcoholismo plantean la combinación de factores predisponentes y desencadenantes, argumentando que no hay una causa del alcoholismo, sino varias. Se han considerado como elementos de causa incluso antecedentes familiares, presión cultural y la situación adulta, según Velasco (1992) precisamente la característica principal del alcoholismo es su complejidad como fenómeno individual y social, de aquí que resulte tendencioso buscar una sola causa; si se encontrará esa causa sería muy fácil establecer un tratamiento efectivo y proporcionalmente se obtendría éxito en la prevención. Es por esto que la mayoría de los especialistas en el tema concuerdan en que no existe una causa simple, sino la interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta farmacodependencia.

El doctor Plaut, a través de estudios que realizó, concluye que los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que

1. Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizá determinada fisiológicamente), que les hace experimentar intenso alivio y relajación.
2. Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
3. Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Tales puntos constituyen indudablemente un modelo que resume bien los diferentes factores que se invocan en relación con el problema del alcoholismo

A continuación se hablará lo que de acuerdo a los factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales se propone como alternativas para la etiología del alcoholismo.

Los factores fisiológicos u orgánicos

Vale la pena aclarar que todo defecto hereditario, funcional, metabólico o nutricional, necesita de otros factores concomitantes como los psicológicos y los socioculturales, para adquirir relevancia como precipitante. De las investigaciones se han obtenido muchos conocimientos de indudable utilidad, pero quedan aún sin aclarar preguntas sobre si el alcoholismo es una anomalía fisiológica

Por otro lado debe de tenerse cuidado al establecer relaciones causa- efecto, ya que las diferencias fisiológicas entre alcohólicos y no alcohólicos puede ser consecuencia de la ingesta prolongada de alcohol y no su causa

Por los estudios realizados se tiene de conocimiento que los alcohólicos presentan muchas alteraciones fisiológicas, consecuencia de los efectos del alcohol sobre el organismo y el deterioro que produce la ingesta prolongada de alcohol y la mala nutrición.

Una nueva teoría basa sus postulados en la observación de que los alcohólicos presentan alteraciones en el metabolismo de los azúcares. Pero sólo después del consumo continuo de muchos años, se genera en los alcohólicos trastornos hepáticos y pancreáticos que como consecuencia producen alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono. Tal concepción si bien hace patente las alteraciones, no demuestra su relación como causa del alcoholismo.

Otras teorías indican las alergias alimentarias como posibles generadoras del alcoholismo. Sugieren que en alcohólicos crónicos la reacción alérgica al alcohol o a sus derivados puede originar el consumo excesivo del alcohol, pero no su causa inicial

Tal vez las limitaciones o el problema de las conclusiones obtenidas en los estudios que basan la etiología del alcoholismo como algo fisiológico, es que tratan de establecer una relación causa-efecto en alcohólicos crónicos.

En cuanto a los estudios en el campo de la herencia existe alguna evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente; sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico. Por otra parte, no hay acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y tiende a predominar la idea de que se trata de un desarreglo de la química cerebral.

La llamada "teoría genetotrófica" de R. Williams y sus colaboradores de la Universidad de Texas, tiene aún cierta influencia tal vez porque abre posibilidades terapéuticas que de hecho proporcionan buenos resultados, si bien meramente paliativas. La hipótesis sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible de introducir más alcohol en el organismo. Atractiva como es, esta teoría no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica ni como tratamiento del alcoholismo.

La conclusión a la que llegaron los autores del Quinto Reporte Especial dirigido al congreso de los Estados Unidos acerca del alcohol y la salud mencionan lo siguiente:

"Se ha establecido con certeza que la herencia interviene en la determinación de la susceptibilidad individual respecto del alcoholismo. La influencia genética puede identificarse, por lo menos, en 35 o 40% de las personas que abusan del alcohol, sean hombres o mujeres. Las personas que tienen un padre alcohólico corren un riesgo mayor. Puede decirse que hay diferentes maneras de abusar del alcohol, cada una ligada a una predisposición genética que interactúa con el ambiente particular. Los factores hereditarios también afectan las respuestas personales ante el alcohol, por ejemplo, la conducta durante la intoxicación, la sensibilidad del Sistema Nervioso Central y de otros sistemas de etanol, la velocidad de eliminación de éste, el desarrollo de la tolerancia y el avance hacia la dependencia física" (Velasco, 1988)

Factores Psicológicos

Las teorías que han trabajado sobre los factores psicológicos se interesan básicamente en la relación entre los trastornos conductuales y el alcoholismo.

Por ejemplo la Teoría de la Reducción de la Ansiedad. Está centrada en la capacidad del alcohol para eliminar las tensiones, postura que se ha empleado para explicar tanto por qué el individuo comienza a beber como el por qué continúa haciéndolo.

Se argumenta en esta teoría que el alcohólico recurre a la bebida cuando tiene problemas, y se explica mediante la hipótesis de que el alcohol reduce las tensiones. Aunque esta teoría coincide con la observación que hacen muchos individuos de que el alcohol les ayuda a relajarse tras un día de estrés, no existen suficientes datos que confirmen una relación causa-efecto entre el estrés y el alcoholismo; ya que se ha demostrado que no existe una relación temporal determinante entre el período de estrés y el comienzo del alcoholismo.

La premisa de la Teoría del Reforzamiento establece que la gente empieza a beber, a abusar del alcohol o siguen bebiendo porque el alcohol le produce satisfacción, lo suponen como un reforzador positivo. El reforzador positivo podría ser la inducción de cambios psicológicos agradables, la eliminación de malestar o la posibilidad de acceder a otras experiencias placenteras.

Otra teoría que de acuerdo a su marco de referencia nos plantea por qué se inicia el consumo del alcohol es el conductismo, desde su perspectiva nos dice que el inicio de consumo del alcohol y su abuso, se considera un comportamiento adquirido, ve al alcoholismo como resultado de un proceso de aprendizaje cuyo fin es que el individuo obtenga reconocimiento bebiendo de manera diferente de los que le rodean.

Si bien estas teorías tienen su fundamento no logran convencer sobre que la etiología del alcoholismo sean factores psicológicos, y a la vez reflejan la dificultad en determinar el origen del alcoholismo y las múltiples interrelaciones que existen entre los factores causales.

Teorías psicodinámicas. La concepción de estas teorías puede resultar compleja, ya que manejan conceptos difíciles de definir y trabajan con situaciones que pueden haber acontecido muchos años antes de la aparición del alcoholismo. Al igual que el enfoque conductista asume que el consumo de bebidas alcohólicas funciona como satisfactor a una necesidad personal (es un reforzador positivo). Fenichel (citado por Hernández, 1993) menciona que los individuos con adicción al alcohol (o a otras drogas) tienden a reaccionar de tal manera que tratan de usar los efectos de la droga para "satisfacer el arcaico anhelo oral que es al mismo tiempo anhelo sexual, una necesidad de conservar la autoestima..." Con términos psicoanalíticos como narcisista, autodestructivo y homosexual latente las teorías más clásicas suelen a menudo designar a los alcohólicos, a quienes definen como un individuo oral o pasivo-dependiente.

Las limitaciones de estas hipótesis radican en que es difícil aplicar sus fundamentos. Así también concretan su aplicación a nivel individual, y decrementan importancia de la influencia ambiental, el contexto y las relaciones del sujeto.

Teorías sistémicas. Toman deficiencias en la comunicación como base para la ingesta y persistencia del consumo del alcohol, según estas teorías el problema de la comunicación tiene relación de intensidad conforme se agudiza el alcoholismo. Para esta perspectiva es importante la frecuencia con que ocurren las alteraciones de los patrones de comunicación y la grave disonancia funcional en el seno de la familia que alberga un integrante alcohólico. Se reflexiona que la limitación o falla de esta teoría es que se responsabiliza a la familia como posible causa para el alcoholismo, creandose una relación circular que refuerza el consumo del alcohol.

Factores socioculturales

Por ser la sociedad el medio donde se desenvuelve un individuo, e influye en él proporcionalmente, es importante considerar qué aspectos socioculturales promueven o facilitan el consumo del alcohol. En México el alcohol es parte integral de la vida social; un factor importante aquí es la disponibilidad y la publicidad de las bebidas embriagantes. Regresando al aspecto social Lomitz (citado en Molina y cols. T. II, 1993), aseguraba que el patrón de ingesta de alcohol, sirve para marcar roles sociales, el status individual y social, así como la pertenencia a grupos sociales.

Existen incluso teorías que proponen que la organización social influye en el consumo del alcohol, aquí las normas sociales y las formas de consumo del alcohol se relacionan de forma importante. De hecho el modelo sociocultural puede extenderse tanto al estudio de los aspectos históricos del abuso del alcohol, como a la comparación de la concepción del alcoholismo en las distintas culturas y como estas lo fomentan.

Algunas teorías que estudian los motivos que inducen a la bebida, destacan las experiencias de aprendizaje en la adolescencia, ya que las prácticas sociales que fomentan la bebida, como una forma de comportamiento adulto, crean una especie de presión sobre el individuo, bien de tipo formal (compañeros de clase, de trabajo, etc.), bien de tipo informal (amigos). En este sentido también es importante el ejemplo de los padres. A la vez la relación del adolescente con el alcohol también esta determinada por otros factores, como el estatus socioeconómico, la pertenencia a grupos étnicos o lugar de nacimiento dado que todos estos factores suponen diferencias en cuanto a frecuencia y cantidad de ingestión del alcohol.(Hernández, 1993)

El doctor Bales (citado en Velasco,1985), a través de la revisión de numerosos estudios transculturales, propuso la existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia de alcoholismo.

a) el grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas; b) las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo del alcohol; y c) la medida en la que provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades. Para las anteriores concepciones Bales supone que la que sociedad produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos

Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifican de acuerdo a este autor en: a) abstinencia; b) uso ritual en ceremonias religiosas, c) uso social en situaciones de convivencia ; d) uso utilitario, en el cual la "razón" para beber es individual. Esta actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la génesis del alcoholismo.

Otra teoría, de carácter subcultural, es la que propone que hay individuos que se sienten alineados de la propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos.

En general, las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con *un menor número de alcohólicos* tienen las siguientes características:

a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.

b) Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de *componentes no alcohólicos*, como la cerveza y el vino.

c) Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente con las comidas.

d) Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.

e)No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo.Así, el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor es más viril.

f)La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.

g)En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.

h)Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las "reglas del juego en el beber"

Hallazgos parecen apoyar las explicaciones que algunos autores dan como base de ciertos "modelos sociológicos"

Patrones de consumo de alcohol en México

En 1973, un grupo internacional de investigadores reconsideró los aspectos de las consecuencias que tenía el consumo de alcohol y llegó a la conclusión que "... las modificaciones de consumo general de bebidas alcohólicas influyen sobre la salud de las personas de las sociedades" (Crónica de la OMS, citado en Hernández, 1993). Esto se señala con la intención de enmarcar que la promoción y distribución a un número cada vez mayor de personas y situaciones sociales, incrementa también la dificultad para abordar los problemas relacionados por el uso de bebidas embriagantes. Según Hernández(1993) los problemas no sólo surgen a partir de la manera patológica de beber, sino por la proliferación de modos de consumo socialmente integrados y cada vez a edades más tempranas.

Por lo que concierne a México existen instituciones independientes y del gobierno dedicadas a la investigación de la dimensión, impacto y comportamientos de las adicciones, siendo el alcohol una de las sustancias tóxicas más retomadas en estas

investigaciones. Así en 1988 la Encuesta Nacional de Adicciones dirigida por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Psiquiatría, reporta que a nivel nacional se encontró que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana de 12 a 17 años es de 27%, mientras que, para los individuos de 18 a 65 años es de 53% (en la encuesta de 1993 se reportó que la prevalencia total de la población bebedora fue del 66.5%, 77% son hombres y 57% mujeres). Aproximadamente la quinta parte de los hombres de 18 a 65 años, que consumen bebidas alcohólicas tienen una frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez al mes; mientras que para las mujeres este porcentaje era inferior al 1%

Aun después de algunos años la prevalencia del consumo de alcohol sigue siendo mayor en los hombres que en las mujeres, según en lo descrito por Medina, Tapia, Sepúlveda, Rascón y Mariño (1991), los hombres beben más y con mayor frecuencia que las mujeres. En la población masculina, los patrones reportados con mayor frecuencia son aquellos de alto nivel, y son los que beben más de 5 copas en cada ocasión; lo cual refleja que independientemente de la frecuencia con la que se bebe, las cantidades ingeridas de alcohol son grandes. Concerniente a la población femenina el consumo que hace del alcohol es más limitado, y patrones más altos se presentan en aquellos patrones en los que se ingiere menor cantidad de alcohol.

El siguiente cuadro muestra la distribución de los síntomas de dependencia, las diferencias por género son muy marcadas, pero en ambos grupos predomina como síntoma la incapacidad para controlar el consumo.

Población urbana de 18 años a 65 años que presenta síntomas de dependencia

<i>Síntomas de dependencia</i>	<i>Masculina</i>	<i>Femenina</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
Falta de satisfactores alternativos por el uso del alcohol	11.8	0.7
Persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas	5.4	0.6
Tolerancia	2.3	0.1
Abstinencia	9.2	0.7
Consumo para aliviar la abstinencia	13.0	0.8
Reducción de repertorio conductual	8.5	0.6
Incapacidad de control	20.1	1.4
Compulsión de uso	5.5	0.5
Reinstalación rápida del síndrome después del periodo de abstinencia	2.8	0.4
Población que cumple con el criterio de dependencia	12.5	0.6

Fuente: Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría

En México, el sexo influye más que la edad en la manera de consumir alcohol. Las mujeres independientemente de la edad, consumen poca cantidad de alcohol, la contraparte es el sexo masculino, prácticamente todos los hombres consumen alcohol. Cuando se considera la frecuencia con que se ingiere alcohol, se agudizan las diferencias por sexo (Medina, 1987), tales diferencias se basan en las normas relacionadas con la embriaguez. Medina investigó cuales eran las normas aceptadas respecto a la manera de beber, preguntando la cantidad de alcohol que consideraban aceptable que bebiera un hombre de 16, 21, 40 o 60 años. Estas preguntas se hicieron por separado a hombres y mujeres. Las mujeres opinan que no beben tanto como los hombres, quienes fueron más liberales en sus actitudes con respecto a su posición para beber, e incluso los hombres jóvenes expresaron su desaprobación a que beban las mujeres.

Otros de los hallazgos observados en este estudio reflejan que las mujeres, se conceden verbalmente una libertad para beber que no siguen en la práctica, mientras que los hombres aceptan una restricción que tampoco se aplican. Otro aspecto relevante es que gran parte de los entrevistados consideraron inpropio beber alcohol en compañía de sus padres; lo cual sugiere que el beber alcohol no se considera como una práctica familiar, postura que también influye para que exista poco control intrafamiliar sobre el consumo del alcohol.

En nuestro país es considerable observar también altos índices de abstención y de intoxicación con sus consecuentes repercusiones médicas y sociales. Estos se debe, en parte, a que el alcohol disponible no se distribuye homogéneamente entre la población, pues como vemos es sólo un sector el que lo consume. Otra condición importante que ocasiona muchos problemas en nuestro país, es que el patrón de consumo de alcohol y la intoxicación es alta, pues solamente el 25% de los hombres reportó no haberse emborrachado en los últimos 12 meses, mientras que el 7 % reportó hacerlo una o dos veces por semana. La mayoría de las veces en que se consume alcohol, aun cuando éstas no sean frecuentes, son también ocasiones para embriagarse.

Cerca de una tercera parte de los bebedores reportó beber y embriagarse con la misma frecuencia. Este fenómeno fue más común entre aquellas personas que beben con poca frecuencia. Otro dato trascendente importante fue saber que el 21% de las mujeres que beben reportó consumir alcohol con la misma frecuencia con que se intoxican. A pesar de que muy pocas mujeres beben y las que beben no lo hacen con mucha frecuencia, cuando beben ingieren una gran cantidad de alcohol.

Con lo anterior queda conformado que las prácticas de consumo siguen la tendencia que marca la norma social: las personas con actitudes liberales consumen bebidas alcohólicas y se embriagan con más frecuencia. Los patrones de alcohol varían de acuerdo con el grupo de población que se trate según factores como el sexo, la edad, la posición social, etc; la relativa disponibilidad de bebidas y las ocasiones y circunstancias de uso. Al mismo tiempo se ven modificados por los patrones sociales y culturales (Medina, 1987).

La relación entre la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y los problemas que se derivan de su uso es en algunos países poco clara: tal es el caso de México. En nuestro país, la disponibilidad de bebidas alcohólicas no es muy alta (Rosovsky, 1985) si se le compara con cifras reportadas en otros países. El consumo per cápita es ligeramente inferior al observado en Finlandia y en la Unión Soviética, y definitivamente inferior al observado en países como Francia, Portugal, España e Italia, cuyo consumo tradicional de vino es muy importante (Monser, 1980). Sin embargo, las consecuencias de su abuso tanto médicas como sociales son muy elevadas. Por ejemplo, en México la mortalidad de cirrosis es una de las primeras causas de mortalidad en la población general según el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI, 1985), con tasas para la población masculina comparables a las reportadas en España, 28.9 y 31.2 respectivamente. Esta aparente contradicción puede explicarse si se considera el sector de la población que consume el alcohol disponible y la forma en que lo consume.

Problemas relacionados con el consumo del alcohol

Los problemas que se relacionan con la ingestión de bebidas alcohólicas pueden dividirse en dos grupos: los problemas personales que indican que el alcohol está ocasionando efectos físicos adversos a los bebedores, y que probablemente se relacionan con un síndrome de dependencia; y los problemas sociales que evidencian que hay fricciones entre el bebedor y su ambiente

Como los problemas están relacionados con el consumo de alcohol, se espera que el consumo excesivo ocasione problemas al individuo. Sin embargo, la manifestación de un problema también depende de otros que interactúan con la conducta de ingerir alcohol. Cuando un individuo viola las normas de prevalencia, o cuando afecta a otras personas, pueden presentarse problemas. En estas circunstancias, la manifestación de un problema puede no estar relacionada con un consumo excesivo de alcohol (Medina, 1987)

Como era de esperarse, los hombres reportaron haber experimentado más problemas que las mujeres. Sin embargo, se encontraron muchos problemas personales, tanto entre los hombres como entre las mujeres, a pesar de que la frecuencia con que consumían no era muy alta. Una probable explicación es que los problemas personales se relacionan más con la cantidad de alcohol ingerida en cada ocasión, que con un posible síndrome de dependencia

Como se mencionó anteriormente, la cantidad de alcohol que ingerían en cada ocasión, era alta y con mucha frecuencia se embriagaban, lo cual es importante sobre todo si se le compara con la frecuencia con que consumían alcohol. La frecuencia relativamente alta con que se presentan problemas entre las mujeres que beben, puede explicarse por las normas que prevalecen.

Consecuencias del alcoholismo

Efectos fisiológicos

El alcohol afecta casi la totalidad de la economía humana. Sin embargo, es a nivel del aparato digestivo y del sistema nervioso central donde se localizan las complicaciones más severas de esta enfermedad.

En el aparato digestivo, el alcohol puede originar alteraciones en el esófago, el estómago, el páncreas e hígado. El alcohol también afecta a otros órganos, como el corazón, el sistema inmunológico, el tejido hematopoyético, la piel y la función sexual.

Efectos Psicopatológicos

Las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son, en primer lugar, la intoxicación etílica aguda, las complicaciones psiquiátricas por supresión, son el delirium tremens, la alucinosis y el estado paranoide alcohólico.

El síndrome de Korsakoff es una alteración caracterizada por la presencia clínica de tres síntomas: amnesia, confabulación y polineuropatía periférica. Se presenta generalmente en alcohólicos crónicos que han estado sometidos a prolongados períodos de desnutrición.

El síndrome de Wernike, caracterizado por optalmoplejía, pérdida de la memoria, confabulación, apatía, demencia progresiva, ataxia, obnubilación de la conciencia e incluso coma, se presenta también en alcohólicos de edad avanzada y obedece a una insuficiencia de tiamina y niacina.

La intoxicación patológica es una psicosis alcohólica dramática y repentina, en la cual el paciente con cantidades bajas o medradas de alcohol presenta un cuadro caracterizado por confusión, trastornos sensorio-perceptivos e hiperactividad, y sobretodo conducta impulsiva y agresiva.

Efectos Socioeconómicos

Las pérdidas económicas debidas al alcoholismo han sido señaladas como uno de los indicadores fundamentales de la trascendencia del problema, estas pérdidas se producen

principalmente a consecuencia de accidentes viales, accidentes laborales, ausentismo lentitud en la producción y asistencia médica.

Barba (citado en Mollina y Cols. T. II, 1983) señala que en 1981, la cifra de accidentes ha crecido en 425% y la de daños materiales es 89 veces mayor que en otros años. La ingestión de alcohol causa el 605 de los accidentes, lo que haría que el monto de pérdidas económicas por este rubro ascienda a más de 2600 millones de pesos.

Personalidad Alcohólica

En México han sido múltiples las investigaciones realizadas bajo el tópico del alcoholismo, considerando causas, tratamiento, cuestionarios que miden predisposición, evaluación de la personalidad en sujetos alcohólicos, etc (Casanova, 1981; Zárate, Rosovsky, 1982, Granillo, 1983, Castrejón y Salas, Niño y Cárdenas, 1984, Corral, 1986; Guido, Anaya, Luna, 1987; Álvarez, 1988; Cabrera, 1989; Ruíz, 1989; Ramírez, 1990; Nápoles, 1992). En algunos de estos trabajos de investigación se mencionan características de personalidad predominantes en los alcohólicos

Casanova (1981) refiere . diferentes autores han llegado a la conclusión de que el rol que juegan factores de personalidad en el alcoholismo ya no es solo especulación y que las personas alcohólicas como grupo generalmente muestran una sintomatología común.

Eisenberg, (1990) dice que los alcohólicos tiene una personalidad inadecuada (un desorden de personalidad oculto). El alcohólico tiene una personalidad afectiva deformada, durante su desarrollo, ha tenido fijaciones en las etapa afectivas por lo que al crecer ya se queda con esto inconsciente o concientemente y al cruzarse la bebida en su camino , el considera que le hace falta, y que toma "para sentirse bien".

Los alcohólicos tienen una marcada infelicidad y conflictos en su historia familiar (según las observaciones llevadas a cabo, a los grupo de AA. y de sus familiares).

Hay psiquiatras y psicólogos que describen al alcohólico, como neurótico, desajustado, incapaz de tolerar la frustración o la tensión emocional, incapaz de relacionarse afectivamente con las demás personas, sexual y emocionalmente inmaduro, aislado, dependiente, pobremente integrado y con fuertes sentimientos de culpa e inutilidad.

Ramón Torres (1981) en su libro "El flagelo de alcoholismo" cita a Emilio Bogoni Miguel, quien afirma: "los rasgos más constantes, según él mismo, son los siguientes: inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidad, incapacidad para superar las dificultades y establecer contactos sociales válidos, deseos de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad".

Kolb (1976) dice: "La adicción al alcohol es sintomatología de un trastorno de la personalidad". A pesar de que muchos alcohólicos creen que si dejaran de beber serían individuos normales Rara vez se encuentra en ellos, aún durante los periodos de sobriedad, una personalidad psicológicamente bien adaptada, que estuviera oculta bajo las expresiones de la intoxicación crónica con alcohol.

Alicia Cassanueva (1981) afirma que los alcohólicos como grupo generalmente se muestran neuróticos y pueden ser discriminados de los normales.

En la "personalidad alcohólica" existen tres aspectos básicos:

- a) Ego débil
- b) Dependencia
- c) Deficiencia en la modulación de la intensidad de estímulos

En este capítulo se dieron a conocer antecedentes del alcoholismo, desarrollo del concepto alcoholismo y papel dentro de la socialización del hombre, así, como definición y criterios de diagnóstico de dependencia, etiología, patrones de consumo en México y los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Y se mencionan estudios con relevancia a la personalidad del alcohólico.

CAPITULO II: PERSONALIDAD Y TEORIA DE LOS RASGOS

Antecedentes

Si nos remontamos al pasado observaremos que en el ser humano existe el constante interés por explicarse así mismo, así como su interacción con otros, y en su contexto de acción. La personalidad ha sido un aspecto en el cual el hombre se ha interesado de sobremanera, ya que a partir del concepto personalidad se pueden estudiar y comprender aspectos y cambios del desarrollo humano, la psicología normal y la anormal, la percepción, la motivación, el aprendizaje y una gama de patrones conductuales .

Tomando como antecedente lo anterior la psicología se ha interesado y preocupado por explicar el complejo fenómeno de la personalidad Desde tiempos antiguos se planteaban hipótesis acerca del conocimiento de uno mismo, como una forma de explicar y predecir conductas Catell (1965), señaló que el estudio de la personalidad ha pasado por tres fases principales:

- a)la literaria y filosófica,
- b)la protoclínica, y
- c)la cuantitativa y experimental.

La primera es considerada como un juego de inteligencia repentina y de creencias convencionales y abarca desde la época del hombre primitivo pensante hasta nuestros tiempos

La segunda surge a partir de los intentos de la medicina en tratar los comportamientos clasificados como anormales o enfermos siendo su característica principal la tendencia a establecer criterios diagnósticos precisos de los diferentes cuadros conductuales.

La tercera fase se inicia a principios del presente siglo y se ha convertido en una práctica generalizada, al tratar el estudio de la personalidad a través de diversos tipos de investigación (tiempos recientes). Es aquí donde se genera la construcción de un acervo instrumental que ayude, a partir de la cuantificación a establecer parámetros clínicos medibles de los rasgos de personalidad.

Cada una de estas fases ha planteado sus propias definiciones de personalidad, acordes a su momento histórico y cultural.

Para Anastasi, (1967), la importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, puede explicarse en función de varias razones. primero, nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc, de determinada manera.

Segundo, integra en un sólo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas facetas abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras. Tercera, aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta del individuo. Cuarto, nos ayuda a conocer como se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad.

A través del tiempo diferentes teóricos que se han interesado en el concepto personalidad han propuesto su definición y estudiado de acuerdo a su enfoque.

Para Horney, la personalidad no queda establecida en la infancia, sino que las experiencias infantiles son sólo parte de la estructuración continuada de la personalidad, y plantea que el hombre sigue siendo un producto de su medio y al modificarse éste, cambia también el individuo.

Para Fromm, la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas, heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo, que lo hacen único. Las cualidades heredadas constituyen el temperamento innato o inmodificable. En cambio, el carácter es la forma relativamente permanente en que la energía humana se canaliza en los procesos de asimilación y sociabilización.

Harry Stack Sullivan, sostiene que el hombre es producto de la interacción con otras personas, menciona que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento.

Para Whittaker, la personalidad es la organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de conducta de un individuo en términos de las comparaciones con otras personas (en Pérez y Farias, 1995, pp.4-5)

La definición o una de las definiciones más trascendentales es la de Allport, quien enunció que "la personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente" (Allport, 1974). Con el término de organización dinámica, Allport (1961), se refiere a la personalidad como algo que no es estático, sino que se encuentra en un continuo cambio y desarrollo, aunque existe una organización sistemática que rige a los factores que la componen.

Con psicofísico explica que la personalidad no sólo es psicológica, sino que su organización está influenciada tanto por procesos psicológicos como por las interacciones a un nivel orgánico.

Con ajuste al medio hace referencia a que la personalidad mantiene una relación recíproca con el medio, proponiendo que hay relaciones entre lo individual y el medio, y que éstas involucran tanto lo físico (en el sentido corporal) como lo psicológico.

A partir de la postura de cada teórico es como surgen diversas aproximaciones que de acuerdo a sus concepciones y tendencias han explicado la personalidad. Cada teoría de la personalidad propone desde su campo de estudio, sus propias listas de rasgos e interrelaciones supuestas entre dimensiones o factores de personalidad que pueden usarse para clasificar las conductas interpersonales más estables del individuo (Allport, 1974).

Las teorías de la personalidad juegan al mismo tiempo un papel muy importante en la actividad del psicólogo clínico, dado que en sus técnicas terapéuticas y diagnósticas, en

la interpretación e integración de sus datos y en la evaluación de éstos, está influido por alguna teoría sobre el comportamiento humano (Mischel, 1988). Del desarrollo de diversas teorías conllevó a la necesidad de clasificarlas de acuerdo a su tendencia; dividiéndose en aquellas que diferencian entre estructura y dinámica, rasgo y tipo. Precisamente el concepto de personalidad humana se fundamenta en el supuesto de que las personas poseen determinadas características estables, denominadas rasgos, las que se relacionan con el comportamiento que es constante en diferentes situaciones. El objetivo de la personalidad ha consistido principalmente en la medición de varios rasgos (Kendall y Norton, 1988). Por otro lado independientemente de la tendencia teórica que se trate, el objetivo de una aproximación teórica debe ser el explicar la variabilidad de cambios de conducta en una misma persona y/o las diferencias entre las conductas de un grupo de individuos. Para explicar de manera más adecuada los cambios de la conducta es pertinente tomar en cuenta las variables contextuales, las consistencias en las conductas de la misma persona en diferentes ambientes y las interrelaciones que se establezcan. A dichas consistencias se les conoce como características, hábitos o rasgos (Pérez y Farias, 1995)

Teoría de los Rasgos

Es la teoría de los rasgos la que sirve de aproximación teórica en los estudios sobre inventarios de la personalidad; las teorías centradas en el estudio de los rasgos utilizan métodos estadísticos de control para definir o señalar características de personalidad que son comunes o distinguen a un grupo social, utilizan para este objetivo un número amplio de dimensiones y/o factores.

El Elemento estructural de la teoría de Allport es el rasgo, el cual se define como una característica o dimensión persistente de las diferencias individuales. Allport, en 1961 definió el rasgo como un "sistema neurológico" (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con

la capacidad de convertir funcionalmente muchos estímulos en equivalentes, y de iniciar y guiar formas similares de conducta expresiva y adaptativa (Cueli y Reidi, 1972). Allport, (1961) dice que la personalidad está constituida por rasgos, algunos de ellos son únicos y particulares, en cambio otros son comunes y se encuentran en mayor o menor grado en todos los seres humanos, sin embargo para comprender en su totalidad a la personalidad, es necesario considerar las semejanzas entre los individuos y además las características únicas de cada persona en particular. Esta singularidad de la teoría de Allport la coloca tanto en la clasificación de las teorías ideográficas como en las nomotéticas. Puede considerarse ideográfica por la importancia que da al estudio de caso, y nomotética porque afirma que en cada persona existen rasgos comunes, en mayor o menor grado, a los demás.

Aun cuando se habla de rasgos peculiares en un individuo no se puede hacer a un lado a que por las similitudes culturales y biológicas se tiende a modos parecidos de adaptación.

Aparte de servir como un modelo de descripción de la personalidad, los rasgos implican una motivación o fuerza real o disposición dentro del individuo para actuar de determinada forma. Así la esencia de la aproximación de los rasgos es la suposición de que la conducta se determina principalmente por rasgos generalizados, los cuales significarían cualidades básicas de la persona que se expresan por si mismas en muchos contextos. El principal objetivo de la psicología de los rasgos sería el encontrar la posición de una persona dentro del espacio delimitado por una o más dimensiones de rasgos, lo que se lograría comparándolo con otros individuos, bajo las mismas condiciones.

También Allport (en Wolman, 1968) refiere que en una cultura determinada los individuos tienden a establecer géneros de conducta comparables a grosso modo,

denominados modos de adaptación. Pero aún así dos individuos que tienen los mismos antecedentes biológicos, culturales y ambientales, y luchan por metas semejantes en formas tales que nunca se conducen de la misma forma.

Los rasgos, dice Allport, son modos de adaptación asentados sobre disposiciones neurales propias de orden complejo. Ellos determinan las percepciones selectivas de los estímulos y la elección de las respuestas respectivas; por consiguiente, muestran unos efectos motivacionales, inhibitorios y selectivos sobre los elementos específicos de la conducta.

Allport (1977) concibe un rasgo como una combinación de motivos y hábitos; este sistema neuropsíquico determina en gran parte los estímulos que serán percibidos, a esto le llama percepción selectiva y las respuestas que serán formuladas le llama acción selectiva. Conforme a su postura, cada individuo posee un número determinado de tales estructuras mentales que determinan su conducta de forma única.

También establece las diferencias entre rasgo, actitud y tipo, indicando al primero como representativo de las consistencias de la conducta por un lado, y establece distinciones entre el rasgo común y el particular por otro lado.

Un rasgo de personalidad es un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se pueden describir con un sólo término; el rasgo se infiere a partir de las respuestas. Los rasgos de la personalidad suelen ser adjetivos, como celoso, inquisitivo, cruel y cínico. Una actitud es un rasgo de la personalidad con significado social, político o religioso, como liberal y piadoso. En cuanto al tipo, el autor señala que es un constructo hipotético utilizado por el investigador a fin de encuadrar o delimitar a un individuo, con lo que pierde así su identidad particular; en cambio, el rasgo puede llegar a representar la individualidad de un sujeto. Un síntoma también es un rasgo de una personalidad anormal. Un tipo de personalidad es una agrupación de muchos rasgos de la personalidad, que forman un modelo o arquetipo. Los tipos de personalidad suelen ser sustantivos, como napoleónico, inglés, cristiano, etc. Un síndrome es un tipo de personalidad anormal. Los nombres de los rasgos y los nombres de los

tipos se dan en pares bipolares, uno es el inverso del otro; insensible-hipersensible, cortés-descortés

De tal manera la actitud es más particular que el rasgo, y éste menos general que el tipo.

La clasificación propuesta por Allport, (1961), en términos del entendimiento de los rasgos es la siguiente:

- 1)Cardinales: es extremadamente dominante, tanto así que no pasan desapercibidos ya que una persona puede ser fácilmente identificada por él.
- 2)Centrales: son las tendencias características de lo individual y se pueden inferir.
- 3)Secundarios: son muy esporádicos en su manifestación, con poco efecto en la conformación de la personalidad y fáciles de determinar.

El objetivo de estudiar dimensionalmente los rasgos o tipos es establecer inferencias de la estructura de la personalidad comparando distintos grupos de personas (Tyler, 1975).

El rasgo según Catell (1965) es una "estructura mental" que se infiere a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta; por lo anterior, es posible conocer un rasgo sólo en virtud de ciertas regularidades y consistencias en la forma en que un sujeto se comporta (Cueli y Reidí, 1972). Catell también menciona que existen rasgos comunes presentes en los individuos que comparten ciertas experiencias sociales. Así mismo existen rasgos singulares que solo corresponden a un individuo particular, para Allport, (1961), esta diferenciación de rasgos comunes e individuales no significa que todas las personas presenten rasgos idénticos, ya que no obstante de existir rasgos con estructuras similares, siempre se presentarán factores que harán que tales rasgos operen de diferente manera en uno u otro individuo; hace la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables que operan un conjunto, rasgos fundamentales que representan variables subyacentes.

Guilford (1949) señala que el término personalidad es un vocablo tan amplio que puede incluir todos los rasgos del individuo, como son las características físicas, las cualidades temperamentales, los intereses, la conducta expresiva y los síntomas patológicos. Según Guilford (en Guilford y Zimmerman, 1974), un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que individuo difiere de otro. Los rasgos presentan las siguientes características, se pueden medir, son consistentes en su posición relativa entre unos y otros, son universales, su generalidad puede ser mayor o menor en una persona. Para explicar la personalidad en función del concepto de rasgos es necesario, según Guilford, que este concepto cumpla los siguientes requisitos:

- a) cada rasgo debe representar una unidad demostrable de la personalidad.
- b) debe ser exacto, y
- c) debe ser capaz de integrarse a una teoría general de la personalidad.

Para definir la personalidad deben de requerirse el menor número posible de rasgos, mismos que en forma comprensiva deben explicar a toda la personalidad y es preciso un acuerdo respecto a la lista de rasgos que se van a utilizar.

Muchas de las investigaciones realizadas en el campo de la personalidad se han basado en los conceptos de rasgos como constantes de la personalidad, ya que se puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo (Catell, 1965). Siendo necesario para esto contar con un instrumento psicológico que permita medir y evaluar los rasgos previamente establecidos en un grupo determinado de sujetos que funcionan como norma estadística, de tal manera que al aplicarlo a una persona determinada sea posible establecer qué tanto posee de algún rasgo en particular. Desde esta perspectiva, el individuo es descrito cuantitativamente en relación a ciertos rasgos comparados con otros sujetos. El resultado cuantitativo de estas comparaciones puede ser una gráfica denominada psicograma, dependiendo del instrumento de medición psicológica que se este utilizando (Pérez y Farias, 1995).

Un ejemplo, bastante utilizado de un instrumento que mide rasgos de personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y su versión revisada MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1994).

Para Allport (1961), el estudio de los rasgos tiene siempre una utilidad, toda vez que éstos no sean considerados como aspectos definitorios exclusivos de la individualidad de la persona. Esta aseveración concuerda con el punto de vista de otros autores en lo que el análisis de la personalidad de un individuo se refiere. Rivera, (1991), en las consideraciones que hace de la aplicación del MMPI y su interpretación, advierte que las características de una autodescripción deben considerarse con base en sus relaciones internas, como en la posibilidad de que sean compradas con los resultados estadísticos del estudio de un grupo.

Partiendo de esto, el MMPI, por ser un instrumento autodescriptivo con un nivel de medición intervalar, permite en efecto evaluar los rasgos de personalidad desde dos ángulos; cualitativa y cuantitativamente. La parte cuantitativa proporciona información tanto de la severidad con la que la que un rasgo se acentúa en la personalidad (por la elevación de cada escala), como sobre la comparación de las características de un sujeto con otros de su mismo grupo o de otros grupos sociales. El aspecto cualitativo del inventario debe interpretarse sobre la base de los elementos clínicos y psicodinámicos que proporcionan cada una de las escalas y de las combinaciones con que se relacionan.

Para la evaluación de la personalidad se cuenta con pruebas como el MMPI surgida de la medición empírica de la psicopatología, posteriormente ha sido aplicada y desarrollada a partir de rasgos de la personalidad (Ampudia, 1994).

Teoría Factorialista

Al igual que la teoría de los rasgos, en la teoría factorialista se asientan las bases de la construcción del MMPI instrumento que es utilizado en esta investigación en su nueva versión.

Es por esto que a continuación se presentan los principales conceptos de esta teoría y sus exponentes.

Eysenk y Eysenk(1961), piensa que al trabajar con el concepto personalidad no es necesario limitarse a un pequeño sector , considera que debe abarcarse en todos los aspectos, para investigar los factores de Personalidad utiliza tests de clasificación, cuestionarios y otras medidas psicológicas. Ha vinculado dichos factores con ciertos procesos básicos del aprendizaje, originando una nueva gama de posibilidades de investigación. La principal característica del enfoque de este autor, es el análisis factorial de un marco teórico.

La definición dada por Eysenk y Eysenk se basa en cuatro patrones de conducta: el cognoscitivo (inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución). Considera que la personalidad es la "La suma total de todos los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente; se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se organizan estos patrones conductuales".

Eysenk (en Eysenk y Eysenk, 1961) utilizó tests objetivos de personalidad recurriendo al análisis factorial y demostró con pruebas mucho más sólidas que introversión-extroversión constituyen una dimensión de la personalidad no solo fundamental, sino también llena de sentido. Al usar técnicas de análisis factorial para su estudio de la personalidad, considera que la estructura de la personalidad es de naturaleza jerárquica, y ha postulado cuatro niveles de organización.

En el nivel inferior se encuentran las respuestas que ocurren en una única ocasión que no llegan a ser sistemáticas y que esencialmente son producidas por factores azarosos que sólo están presentes en esa oportunidad. En el siguiente nivel, las respuestas habituales se caracterizan por una significativa conectabilidad (es decir, si se presentan circunstancias semejantes, muy probablemente se repitan). Un tercer nivel se refiere a los rasgos, que están compuestos por respuestas habituales que se correlacionan entre sí hasta formar un grupo que define el rasgo (por ejemplo, la persistencia). En el nivel más alto se perfila el tipo que está compuesto por un grupo

de rasgos que se intercorrelacionan específicamente Eysenk y Eysenk establecen una división de la personalidad humana en introvertida y extrovertida, y en neurótica y psicótica.

Esta teoría posee esencialmente un conjunto de variables o factores específicos que se toman como subyacentes y explicativos, de la conducta humana derivan de una estadística particular: El análisis Factorial. Este estudia la conducta de cada uno de los sujetos de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, medidas, pruebas situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida significativa y cuantificable de la conducta. Estas mediciones idealmente deben encarar muy diferentes aspectos de ella. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del análisis factorial a fin de descubrir los factores subyacentes que determinan o controlan el cambio de las variables externas (Eysenk y Eysenk, 1961).

Este análisis no sólo aísla los factores fundamentales, sino que proporciona además una estimación del grado en que cada uno de ellos contribuye a determinar cada medida o conjunto de puntajes. En suma, estos factores constituyen intentos de formular variables que expliquen la complejidad de la conducta humana manifiesta.

Para Catell (1965) el análisis factorial ha sido un instrumento subsidiario del que se sirve para esclarecer una gran variedad de problemas, ordenados todos ellos dentro de una estructura sistémica. Su teoría constituye el más amplio de los intentos hasta ahora realizados para reunir y organizar los principales hallazgos procedentes de los estudios analíticos, de los factores de la personalidad.

En este capítulo se mencionaron los antecedentes del concepto de personalidad, enfoques que la explican y la importancia de su estudio, así mismo se hizo énfasis a la teoría de los rasgos y la teoría del análisis factorial las cuales sirvieron como aproximación teórica para la construcción del MMPI, versión de la que se origina el MMPI-2, instrumento utilizado en este estudio de investigación.

CAPITULO III: DESARROLLO DEL MMPI Y DEL MMPI-2

Desarrollo del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

Como se acentuó en el anterior capítulo ha sido interés primordial de la Psicología explicar la dinámica de la personalidad, para así predecir comportamientos en diversos contextos, conocer aspectos del desarrollo humano, procesos como la emoción, el pensamiento, el aprendizaje; y tal vez algo más importante discriminar entre lo funcional y lo disfuncional. De tal forma en esta constante de investigación y a través de los años se han creado métodos de evaluación psicológica. Pero no sólo es indispensable contar con instrumentos que ofrezcan aspectos parciales o totales de la personalidad sino que además es útil que estos instrumentos o medidas de evaluación puedan ser aplicados a una amplia gama de muestras y poder interpretar los resultados o indicadores obtenidos, tal vez aquí deba radicar una de sus principales trascendencias.

En cuanto al MMPI, Pancheri (1982), lo considera como el instrumento más objetivo del que se puede disponer esto por su difusión, su amplia validación clínica y por su derivación empírica que lo hacen un prueba psicológica fundamental. El MMPI llegó a ser el inventario de personalidad objetivo más ampliamente investigado en el mundo (Keller y Piotrowsky, 1989; Lubin y Matarazzo, 1984), incluyendo los países de habla hispana (Navarro y Casanueva, 1982; Salamero y Mestre, 1990, Sánchez- Martín, 1991, citados en Lucio y Reyes, 1994).

Durante los años 30s. y 40s. una de las funciones principales de psicólogos clínicos y psiquiatras era obtener psicodiagnósticos bien definidos a casos individuales; con este objetivo generalmente utilizaban una entrevista o examen mental y tests psicológicos individuales. Buscando la manera más eficiente de concretar un apropiado psicodiagnóstico, Starke Hathaway y J. Charnley Mckinley comenzaron a trabajar sobre un inventario de

personalidad objetivo de lápiz- papel y de aplicación grupal o individual, que fuera más rápido y útil.

En 1940 publicaron su primer artículo sobre el inventario, en el cual, mencionaban los pasos que siguieron para redactar los reactivos para el Inventario de Personalidad de Minnesota. Los autores se basaron en la experiencia y los conocimientos que tenían, en las preguntas de las historias clínicas y de casos, reportes psicológicos, de medicina general, y neurológicos y psiquiátricos, escalas antiguas de actitudes personales, sociales y emocionales. Así como de algunos textos, sobre entrevistas psiquiátricas y diagnósticos diferenciales (Graham, 1990).

Para encontrar datos sobre la personalidad construyeron cuestionarios con las respuestas dadas por pacientes clasificados de acuerdo con la nosología de la época. Ambos creían que la mejor forma de saber que perturbaba a un paciente era preguntándose, por lo que eligieron las afirmaciones del inventario con que las que la persona podría estar de acuerdo o en desacuerdo, usando la respuesta "verdadero" o "falso" (Gallegos, 1996)

Inicialmente se contaban con 1,200 frases potenciales, en su mayoría indicadores de síntomas de trastornos mentales o de otros problemas tratados en un servicio psiquiátrico, no tenían idea si se contestarían de manera afirmativa o si un grupo de reactivos estaba relacionado con un constructo de interés, más bien compararon empíricamente las respuestas de los sujetos normales con las de los clasificados en grupos, para determinar que grupos de pacientes serían clasificados en una escala particular. Después eliminaron todos aquellos reactivos que eran muy semejantes o que su redacción no era buena y se obtuvieron 504 frases, las que se consideraron independientes unas de las otras (Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath, 1989). La redacción de las frases se hizo en base a un lenguaje sencillo para evitar la impresión de que se trataba de un interrogatorio, el contenido de las frases reflejaba el rango de los desórdenes psiquiátricos médicos y neurológicos en los que se interesaron los autores, e incluyeron también aseveraciones relacionadas con características de roles de género, que aumentó el número de reactivos a 550.

Muchos de los reactivos fueron redactados de forma afirmativa, pero también se incluyeron algunos en forma negativa para disminuir la posibilidad de un patrón uniforme de aseveraciones positivas (verdaderas) (Butcher, 1989).

La base de la prueba era comprobar si un grupo de personas son similares en su conducta, deberán ser similares las respuestas sobre ellos mismos, por lo tanto serían semejantes en otros aspectos, por lo que ciertas características de su personalidad serían sugeridas cuando los sujetos respondieran de acuerdo a las contestaciones de un grupo ya identificado. El inventario fue diseñado para personas mayores de los 16 años, con un nivel bajo de lectura (sexto grado), originalmente se llamó "Registro Multifasético de la personalidad" (Hathaway y Mckinley, 1940).

El inventario se aplicó por primera vez en un hospital de la Universidad de Minnesota, a grupos clínicos y a sujetos normales (visitantes de los pacientes que contestaban la prueba voluntariamente, mientras esperaban), con la finalidad de valorar los diferentes tipos de personalidad y también tener una mayor validez que los inventarios hasta entonces creados. Se realizaron estudios contrastes y validaciones cruzadas con sujetos normales y otros grupos de pacientes (hipocondriacos, histéricos, depresivos, esquizofrénicos, maniacos, etc,...)

Se consideraron 800 pacientes psiquiátricos (tomados de los hospitales de la Universidad de Minnesota) para las escalas clínicas, estos pacientes fueron divididos en muestras de subgrupos diagnosticados previamente, con hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía. La muestra de sujetos normales se limitó a 724 personas, siendo este total menos de la tercera parte de lo que habían planeado originalmente, ya que por la escasez de recursos económicos los autores tuvieron que restringirse. La muestra normativa estuvo conformada por estudiantes graduados de secundaria y trabajadores administrativos, también familiares de pacientes, los cuales fueron considerados como la población normal adulta representativa del estado de Minnesota; la edad de los sujetos oscilaba

entre los 16 y los 65 años, con un nivel de educación secundaria, residentes de áreas rurales del estado, y la mayoría eran casados.

Se realizó un análisis de reactivos de cada grupo clínico para identificar los reactivos que diferenciaban significativamente entre el grupo clínico específico, otros grupos clínicos y el grupo de sujetos normales. Hathaway y Mckinley utilizaron la denominada "aproximación empírica" en la construcción de las escalas del MMPI. En esta aproximación se determinan empíricamente los reactivos que discriminan entre grupos de sujetos, esta técnica es común hoy en día, pero en el tiempo que se construyó del MMPI fue una innovación importante (Graham, 1990). Los inventarios de personalidad más utilizados habían sido contruídos con el criterio de "aproximación lógica", en la que los reactivos del inventario eran seleccionados de acuerdo a los criterios de validez de la muestra, y las respuestas determinadas de acuerdo al criterio subjetivo del autor de la prueba respecto a la clase de respuestas indicadoras de los atributos que se estaban midiendo.

Sin embargo, tanto la experiencia clínica como la investigación cuestionaron seriamente la adecuación de esta aproximación lógica. Se hizo cada vez más evidente que los sujetos podían falsear o distorsionar sus respuestas a fin de presentarse a sí mismos en la dirección que escogieran. Además, otros estudios mostraban que las respuestas subjetivamente determinadas, generalmente no eran consistentes con las diferencias reales observadas entre los grupos de sujetos. Con la introducción del método empírico, las respuestas individuales a los reactivos fueron tratadas como desconocidas, y se utilizó un análisis empírico de reactivos para identificar los reactivos que diferenciaban entre los grupos- criterio. Esto es, se formaron diversos grupos de criterio diagnosticados (con hipocondríasis, depresión, etc.) y se retenían los aspectos o características que distinguían entre los pacientes de estos grupos y los individuos normales. En esta manera de

ejecución de la prueba, el clínico no decidía de antemano cómo, por ejemplo, responderían los pacientes paranoides, y no tenían que hacer ninguna suposición sobre la puntuación. La dirección de la puntuación se derivaba de los datos que indicaban la manera en que los pacientes paranoides se distinguían de la muestra normal para responder las preguntas. De tal forma esta aproximación superó limitaciones de otros métodos subjetivos.

La primera escala del MMPI se desarrolló basándose en un contraste sistemático entre las respuestas de un grupo neurótico de pacientes hipocondríacos, con las respuestas del grupo de no pacientes. Los reactivos que fueron contestados de manera diferente estadísticamente significativa, se identificaron y combinaron para hacer una escala preliminar que midiera la hipocondría. Después se reunió una muestra adicional de neuróticos hipocondríacos y se hizo una validación cruzada con respecto a la escala preliminar para demostrar que esta medida proporcionaba una base confiable para diferenciar a los pacientes de los no pacientes. Posteriormente se hicieron más contrastes y validaciones cruzadas con otro grupo de pacientes neuróticos (grupos con histeria, con psicastenia y con reacciones depresivas). También se desarrollaron tres escalas con grupos psicóticos (psicosis, maniaco-depresiva, fase maniaca, paranoia y esquizofrenia). Se agregó un grupo de escalas clínicas que medían desviación psicopática y masculinidad-femenidad, y por último se agregó la escala de introversión social, que se desarrolló en la Universidad de Wisconsin por L.E. Drake (Drake, 1946; Drake y Thide, 1948). Como no fue fácil conseguir grupos de no pacientes para hacer las validaciones cruzadas, las normas se establecieron solo sobre la muestra derivacional, en consecuencia muchas de las transformaciones de puntaje T para las escalas básicas se fijaron demasiado bajas, las normas también se limitaron por la representación inadecuada de adultos de varias áreas regionales de diferentes medios culturales y de grupos étnicos y raciales, pues se reclutaron muy pocos negros y nativos (indios americanos) y de otros grupos minoritarios, pues el muestreo no fue a nivel nacional.

El primer trabajo sobre el MMPI se publicó en 1942 en la editorial de la Universidad de Minnesota, y en 1943 se publica el material y el primer manual del inventario con las escalas básicas, más 3 indicadores de validez de las respuestas del sujeto.

Los datos arrojados por el grupo de no pacientes del estado de Minnesota, se usaron para convertir el puntaje crudo a escalas lineales T para las escalas de validez y escalas clínicas. Estas normas para la prueba se usaron en los perfiles estándar del MMPI en los Estados Unidos y en muchos otros países. En 1950 quedó definido el formato básico del MMPI. La primera traducción al español se realizó en Cuba, Hathaway y Mena hicieron otra traducción en México, posteriormente el mismo Hathaway revisó otra traducción que se hizo en Puerto Rico, esta traducción fue revisada y adaptada en México para América Latina por Nuñez y publicada en 1967 (Nuñez, 1979).

La relevancia del MMPI se acentúa porque además de ser un instrumento que evalúa objetivamente a personas que poseen datos alterados y no alterados, tanto en la clínica como en la industria y la educativa, es amplio el número de investigaciones que documentan la validez y la confiabilidad del instrumento.

El MMPI original quedó conformado por 566 frases, las cuales cubren diferentes áreas del sujeto, consta de 8 escalas clínicas, 2 adicionales (5 y 0), y 4 escalas de validez que tienen por objetivo detectar posiciones alteradas en las respuestas al contestar el inventario.

A continuación se muestra la conformación del MMPI

L Mentiras con 15 reactivos

F Identificación de problemas con 64 reactivos

K De Corrección y aceptación social con 30 reactivos

? No puedo decir con el número de reactivos que no se contestan

Las escalas clínicas fueron designadas de acuerdo a síndromes que identificaban con una nomenclatura psiquiátrica convencional ; sin embargo, se les identifica además con un número

para evitar el riesgo de indicar patologías cuando se manejan grupos de sujetos, así quedó constituido el MMPI en cuanto las escalas clínicas:

Escala 1 (Hipocondriasis) que consta de 33 reactivos.

Escala 2 (Depresión) que consta de 60 reactivos.

Escala 3 (Histeria) que consta de 60 reactivos.

Escala 4 (Desviación Psicopática) que consta de 50 reactivos.

Escala 6 (Paranoia) que consta de 40 reactivos.

Escala 7 (Psicastenia) que consta de 48 reactivos.

Escala 8 (Esquizofrenia) que consta de 78 reactivos.

Escala 9 (Hipomanía) que consta de 46 reactivos

y dos escalas que no tienen denominación clínica

Escala 5 (Masculinidad-femenidad) que consta de 60 reactivos.

Escala 0 (Introversión-extroversión) que consta de 70 reactivos.

Escalas de validez del MMPI-I

Cuando el MMPI fue publicado en 1942, incluía tres indicadores de la validez de las respuestas de quien hubiera contestado la prueba el número de reactivos que se dejaban sin contestar (escala no lo puedo decir), una medida de defensividad (escala L), y una medida de desviaciones extremas o respuestas al azar (escala F) Posteriormente, se añadió una cuarta escala, la K (Butcher et al. 1989)

El propósito de estas escalas era detectar actitudes inapropiadas en la contestación de la prueba y pudieran invalidarla

-La escala "no lo puedo decir", es solamente el número total de reactivos que fueron omitidos o respondidos simultáneamente como cierto y falso. Obviamente, la omisión de un gran número de reactivos hace dudar acerca de la interpretación del perfil ya que

provocan aplanamiento en las escalas clínicas, por lo que la interpretación no es confiable para distinguir el diagnóstico entre la patología y la normalidad

-La escala "L" mentiras Fue diseñada para detectar cuando un sujeto miente y trata de dar una mejor imagen de sí mismo. Los reactivos de esta escala cubren situaciones de la vida cotidiana a fin de evaluar la fuerza con la que el sujeto es resistente a admitir hasta las más pequeñas debilidades de carácter o de la personalidad.

-La escala "F" Esta escala identifica a aquellos sujetos que tienen una dirección particular de responder el inventario de menos de 10% de los sujetos normales, por lo que un puntaje alto nos haría dudar acerca de que tanto el sujeto entendió las instrucciones de la prueba; también fue diseñada para detectar si el sujeto es capaz de reconocer su problemática.

-La escala "K", fue diseñada por Meehl y Hathaway (1946) para identificar la defensividad del sujeto ante el inventario (mecanismos de defensa) La escala K también se utilizó para desarrollar un factor de corrección para algunas escalas clínicas que va desde .2 a 1.0; Meehl y Hathaway pensaron que ante el efecto de una actitud defensiva al resolver la prueba se debería poder determinar la extensión en la cual los puntajes de las escalas clínicas deberían ser elevados a fin de poder reflejar de forma más exacta la conducta de la persona .

Estas escalas de validez del MMPI original fueron designadas específicamente para identificar a los sujetos que se acercaban al test con la intención de :

- a) Demandar síntomas y problemas que ellos realmente no tienen (simulando estar mal)
- b) Negar síntomas y problemas que ellos realmente tuvieron.
- c) Demandar características positivas que ellos realmente no tienen o tuvieron en menor medida que la demandada (simulación buena).

Desarrollo del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

La solidez que proyectó el MMPI instrumento de evaluación psicológica y psiquiátrica le conllevó a una gran trascendencia en E.U. y otras partes del mundo, sin embargo desde su aparición no se le había hecho ninguna revisión ni modernización a su contenido, y se tenía el antecedente de críticas que señalaban problemas o limitaciones en la construcción del MMPI, por ejemplo Hathaway (1965) dijo que el MMPI podría ser criticado por su perpetuación de la nosología diagnóstica derivada de Kraepelin, lo cual se hizo más evidente con las transformaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, así también Hathaway señaló las dificultades en la selección de los reactivos para las escalas, también se cuestionó el uso de las normas originales del MMPI (Butcher 1972, Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1983), además ya se habían señalado problemas del MMPI original en inglés (Butcher, 1972, Butcher y Tellegen, 1966; Butcher y Owen, 1978; Hathaway, 1965)

Se tenían que considerar los cambios culturales desde su aparición y que por lo tanto su contenido ya resultaba obsoleto, es por esto que en 1982 se designó un comité para emprender la reestandarización y modernización del MMPI, James N Butcher y W Grant Dahlstrom iniciaron este trabajo, más tarde se les unió John R Graham y en 1986 Auke Tellegen se agregó al comité. El objetivo de este proyecto era modificar el folleto de la prueba original y conducir los estudios para desarrollar nuevas normas para el instrumento; paralelamente se deseaba mantener la continuidad entre el MMPI y el nuevo MMPI, dada la multitud de investigaciones realizadas que apoyaban la solidez en la evaluación de la personalidad del MMPI original.

Entre las propuestas además de obtener nuevas normas nacionales con una muestra más representativa, se pretendía mejorar la redacción de los reactivos, eliminar aquellos con expresiones idiomáticas pasadas de moda o con referencia a un contenido menos actualizado además se agregar otros reactivos para ampliar la gama del contenido de evaluación del test, otra

expectativa era desarrollar una nueva distribución normativa para que las escalas reflejarán mejor los problemas clínicos, y recolectar datos clínicos para evaluar los cambios que se debían hacer en las escalas originales y para validar las nuevas escalas.

Se creó un folleto experimental AEX en el que se hicieron las correcciones pretendidas a los reactivos, se añadieron 154 nuevos ítems para ampliar el contenido e incluir problemas como abuso de alcohol y drogas, potencial suicida, patrones de personalidad tipo A, ajuste marital, actitudes laborales y disposición al tratamiento.

Para seleccionar la muestra normativa se utilizó el censo de población de 1980, y los sujetos se eligieron de la comunidad o del directorio telefónico. El total de la muestra fue de 2,900 sujetos, la aplicación fue grupal y en la aplicación se les pidió información biográfica y de eventos de vida; al eliminarse las pruebas invalidadas la muestra final fue de 2,600 sujetos (1,138 hombres y 1,462 mujeres), las edades eran de 18 a 85 años; también se recogieron datos de sujetos de grupos especiales, como pacientes psiquiátricos, alcohólicos, pacientes con enfermedades crónicas, clientes de consejería marital, estudiantes universitarios y aspirantes de trabajo (Butcher y Williams, 1992) A todos se les administró los 704 reactivos de la forma AEX del MMPI.

Finalmente en 1989 se publicó la primera versión modificada del MMPI, conocida como MMPI-2 para adultos (Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) El inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 es la conclusión de los cambios en la redacción de los reactivos, hechos al MMPI Aún cuando existe continuidad entre el MMPI es y el MMPI actualizado, el MMPI-2 tiene normas basadas en una muestra más diversa, étnicamente balanceada y son más apropiadas para los usuarios actuales de la prueba. Se agregó un número considerable de escalas nuevas para ampliar y hacer más precisa la evaluación psicológica. Entre ellas destacan las escalas de contenido, derivadas mediante una estrategia de construcción multietápica en la que se emplearon procedimientos estadísticos y racionales y, cuya validez y confiabilidad es tanta o aún mayor que de las escalas originales Se incorporaron

también nuevas escalas de validez que evalúan las actitudes del examinado ante el inventario (Lucio y Reyes, 1994)

El MMPI-2 es una prueba dimensional que evalúa un número importante de patrones de la personalidad y de desórdenes emocionales. Su forma de aplicación es individual y colectiva, siendo necesario un nivel de escolaridad de primaria y actitudes de cooperación. Se eliminó un número reducido de reactivos de las escalas básicas, se incluyeron nuevas escalas suplementarias, la reestructuración de los reactivos no alteró las propiedades psicométricas de la prueba, y se logró mantener continuidad entre ambas versiones, son similares en las escalas básicas de validez y en las escalas clínicas. Existen plantillas para sujetos masculinos y sujetos femeninos, por separado, clave de puntajes manuales, normas con y sin corrección de la escala K.

Para el MMPI-2 el puntaje 65 cae en percentil 92 para las 8 escalas clínicas y las 15 escalas de contenido, en consecuencia una elevación de este valor marca rangos clínicos significativos. El nuevo MMPI quedó compuesto, por 567 reactivos, hay estudios posteriores a su validación que indican hallazgos favorables en relación a la validez del instrumento en diferentes poblaciones (Butcher y Williams, 1992).

En Estados Unidos se demostró (Ben-Porath, Hostetler, Butcher y Graham, 1989; Munley y Zarantonello, 1989) que los resultados obtenidos con la versión publicada del MMPI-2 son comparables a los obtenidos con el MMPI original (Lucio y Reyes, 1994)

Escalas de validez adicionales del MMPI-2

Las escalas de validez del MMPI original se mantienen en el MMPI-2, y además se añadieron nuevas escalas de validez (Butcher, et. al, 1989)

De acuerdo al manual del MMPI-2 para México (Lucio, 1995) se presentan las nuevas escalas de validez entre las cuales se encuentran:

-**La escala Fp** (infrecuencia en la página posterior) desarrollada de la misma manera que la escala F original, incluye aquellos reactivos contestados por los menos del 10% de los

adultos normales en la parte posterior de la prueba. Así, la escala Fp puede proporcionar una verificación adicional sobre la aceptación de un registro de prueba dado, especialmente en cuanto a las escalas suplementarias y de contenido, cuyos reactivos se localizan principalmente en la parte final del inventario.

-Las escalas **INVER** (inconsistencia de respuestas verdaderas) e **INVAR** (inconsistencia de respuestas variables) son escalas nuevas de validez (Tellegen, 1982, 1988b). Estas se asemejan a la escala de descuido, y proporcionan un índice de la tendencia de un sujeto a responder los reactivos de manera inconsistente o contradictoria.

La escala **INVER** se basa en parejas de contenido opuesto. La inconsistencia se califica tanto si el sujeto contesta cierto a los dos reactivos de determinadas parejas, como si responde falso a los dos reactivos de otras parejas cuyo contenido resulta contradictorio. La puntuación **INVER** indica si el sujeto ha contestado el inventario indiscriminadamente, por lo que el perfil puede resultar sin validez y sin posibilidad de interpretación.

La escala **INVAR** está constituida por parejas de reactivos con contenidos similares u opuestos. En cada pareja unos o dos patrones se califican como inconsistentes. (Cierto. Cierto, Cierto- Falso, o Falso- Falso), cuando la respuesta a los dos reactivos tomándolos como pareja resulta contradictoria. Esta escala ayuda a interpretar un puntaje alto en la escala F, de este modo si la escala **INVAR** es alta, indica que las respuestas fueron aleatorias pero, si ésta es baja indica que el sujeto es una persona mentalmente perturbada o que intenta parecer más perturbada de lo que realmente está (Graham, 1990; Palacios, 1994).

A través de las investigaciones realizadas se ha podido demostrar que los individuos pueden responder en forma deshonesta a los instrumentos de medición por diferentes razones, Adelman y Hoxard, 1988; Resnick, 1984; Roesch y Golding, 1980, (citados en Valencia, 1996). Hathaway y Mckinley, mencionan que el MMPI ha sido el método psicométrico más ampliamente usado en el área general del fraude o engaño psicológico, Adelman y Howard,

1984; Rogers, 1984; Ziskin, 1984, (citados en Valencia, 1996), a través de las escalas de validez se puede detectar la pretensión de producir exageraciones o fabricar síntomas psicopatológicos.

Condiciones como la motivación adecuada y buen rapport pueden disminuir la posibilidad de fingimiento (aminorar o exagerar los síntomas), pero hay situaciones especiales donde el buen rapport y la adecuada motivación no ayudan a aminorar el fingimiento.

Valencia (1996), menciona que el "fraude" se da por:

- a) El engaño para elevar las puntuaciones en los test de aptitud mediante la utilización de ayuda externa.
- b) Los intentos de aparecer a una luz favorable en los test de personalidad.
- c) La simulación de inferioridad o anormalidad (en test de personalidad o aptitud)

Como ya se pudo detallar el MMPI-2 (Lucio, 1995), cuenta con varias escalas de validez (L, F, K, Índice de Gough, Fp, INVER, INVAR, No lo puedo decir?), escalas que reflejan indicadores de sujetos que contestan el inventario con una actitud falsa; ya sea que contestan la prueba intentando proyectar una mejor imagen de la que tienen, o bien, sujetos que fingen estar muy mal con el objeto de obtener beneficios.

Gough (1951), propuso que los perfiles de simulación buena podrían tener puntuaciones más elevadas en K que en los puntajes de F y que la diferencia de puntajes naturales entre estas dos escalas podría ser utilizado como un índice de simulación buena. Cuando los pacientes psiquiátricos o los reclusos han intentado simular estar bien en el MMPI, producen puntajes menores en la escala F, altos en la escala L y en la escala K, además de puntajes menores en las escalas clínicas que cuando contestaban el test bajo condiciones estándar (Grayson y Olinger, 1957; Grow, 1980; Otto, Lane, Me Gargee y Rosenblantz, 1988; Rappaport, 1958; Rice, 1983; Walters, 1988; citados en Valencia, 1996).

Escalas Clínicas

Las escalas clínicas dentro del MMPI-2 son las conformadas por las 10 escalas de la versión original :

- Escala 1 (Hs-Hipocondría), ahora consta de 32 reactivos.
- Escala 2 (D-Depresión), conformada por 57 reactivos.
- Escala 3 (Hi-Histeria Conversiva), tiene 57 reactivos.
- Escala 4 (Dp-Desviación psicopática), continua con 50 reactivos.
- Escala 5 (Mf-Masculinidad-femenidad), ahora consta de 56 reactivos.
- Escala 6 (Pa-Paranoia), con 40 reactivos
- Escala 7 (Pt-Psicastenia), tiene 48 reactivos
- Escala 8 (Es-Esquizofrenia), sigue constando de 78 reactivos.
- Escala 9 (Ma-Hipomanía), está conformada por 46 reactivos.
- Escala 0 (Is-Introversión Social), tiene ahora 69 reactivos).

Escalas Suplementarias

Este conjunto de escalas brinda información adicional en la elaboración del perfil completo, ampliando el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos.

Se mencionan las escalas suplementarias del MMPI revisado de acuerdo al manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

Escala de Ansiedad (A)

Escala de Represión (R)

Escala Fuerza del Yo (Fyo)

Escala Revisada de Alcoholismo de Mac Andrew (A-Mac) (Mac-R)

Escalas suplementarias adicionales:

Escala de Hostilidad Reprimida (HR) (O-H)

Escala de Dominancia (Do)

Escala de Responsabilidad Social (Rs) (Re)

Escala de Desajuste Profesional (Dpr) (Mt)

Escala de Género Masculino y Femenino GM y GF (MR y FR)

Escala de desorden de estrés post- traumático (EPK y EPS)

Escala de Reconocimiento de Adicciones (RA)

Escala de Tendencia a Problemas con el alcohol (TPAD)

Como en este trabajo de investigación se utilizará la escala A-Mac y la escala RA de las escalas suplementarias se detallará información sobre ellas:

Escala de alcoholismo de Mac Andrew

MacAndrew la desarrolló en 1965, contrastando las respuestas de una muestra de sujetos alcohólicos con las de una muestra de pacientes psiquiátricos, MacAndrew identificó 51 reactivos que establecían diferencias entre ambos grupos. El formato final de la escala se redujo a 49 reactivos ya que 2 de ellos tenían un contenido obvio de abuso de alcohol.

En la versión A-Mac se incluyen también 49 reactivos, sin embargo cuatro de ellos con contenido religioso se cambiaron por reactivos que evalúan abuso de drogas y alcohol.

Las puntuaciones altas de la escala A-Mac están asociados con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo únicamente, quienes obtienen puntuaciones altas suelen ser personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos. Las puntuaciones naturales de 28 o más sugieren que se abusa marcadamente de las sustancias. Las puntuaciones entre 24 y 27, sugieren que se abusa en cierto modo, pero no hay una adicción marcada. Las puntuaciones menores a 24 contra-indican un problema de abuso de sustancias, y generalmente lo obtienen personas introvertidas, tímidas y con poca confianza en sí mismas.

Escala de Reconocimiento de Adicciones

La escala de reconocimiento de adicciones RA fue desarrollada por Butcher, McKenna y Porath, como una medida de disposición para el reconocimiento de problemas con el alcohol, así como para las drogas. La escala brinda una comparación psicométrica de reconocimiento de problemas de alcohol o drogas. La escala consta de 13 reactivos, y fue desarrollada usando una estrategia de construcción donde se combinó un procedimiento estadístico y uno lógico. Inicialmente los reactivos que claramente se dirigían a problemas de abuso de sustancias fueron seleccionados de la combinación de reactivos del MMPI-2; esta escala provisional fue correlacionada con los otros reactivos del MMPI-2 para determinar si cualquier otro reactivo de la combinación estaba significativamente asociado con este. Esta escala fue depurada examinando los coeficientes alfa, tomando reactivos que perfeccionaban homogéneamente la escala. La RA calcula la dimensión de cualquier individuo que haya reconocido tener problemas en el uso o abuso de drogas y alcohol (Butcher, McKenna y Porath, 1992). Debe considerarse que se trata de una escala suplementaria de creación reciente, y su uso es a nivel experimental.

Puntuaciones $T \geq 65$ en RA indican que el individuo reconoce tener serios problemas con el abuso de alcohol y drogas

Puntuaciones T de 60-64 en RA sugieren que el individuo reconoce tener severos problemas con el abuso de alcohol y drogas

Elevaciones en RA sugieren que el individuo está conciente y dispuesto a compartir información personal acerca de su problema de abuso de sustancias.

Puntuaciones bajas en RA (puntaje $T \leq 59$) no son indicativas de ausencia de problemas de alcoholismo y drogadicción. Sino que significan que la persona no reconoce estos problemas. (Lucio, 1996)

Escalas de Contenido

Se desarrollaron debido a que la interpretación del contenido del instrumento se ha considerado un accesorio aceptable para la interpretación de las escalas tradicionales. Según lo referido por Hase y Goldberg (Lucio, 1995) las escalas de contenido son funcionales la mayoría de las veces en la descripción de variables de personalidad; siendo que el contenido homogéneo de los reactivos hace más fácil la interpretación de las escalas.

Las escalas de contenido fueron presentadas originalmente por Hatahway y Mckinley en 1940. En el transcurso de los últimos veinte años ha aumentado la confiabilidad acerca del uso del contenido en escalas de personalidad objetivas (Jackson, 1971; Burisch, 1984)

El grupo de escalas de contenido del MMPI-2 esta conformado por:

Ansiedad (ANS)

Miedos (MIE)

Obsesividad (OBS)

Depresión (DEP)

Preocupación por la salud (SAU)

Pensamiento Delirante (DEL)

Enojo (ENJ)

Cinismo (CIN)

Prácticas antisociales (PAS)

Personalidad tipo A (PTA)

Baja autoestima (BAE)

Incomodidad social (ISO)

Problemas familiares (FAM)

Dificultad en el trabajo (DTR)

Rechazo al tratamiento (RTR)

La versión revisada del MMPI se tradujo al español adecuando el contenido y el lenguaje de los reactivos a la población mexicana, para evitar los problemas de traducción señalados con el MMPI original se trata de un trabajo de transliteración (Lucio, 1994). Para obtener la nueva versión en español, primero se hizo la traducción de la versión en inglés del MMPI-2, la cual fue revisada y afinada por los responsables de la investigación y un traductor experto, esta versión fue validada por jueces externos, conocedores del MMPI, así se obtuvo una versión que esta vez fue traducida al inglés, existiendo una alta correspondencia con el MMPI-2 original. La muestra para la normalización de la prueba fue de 1,920 estudiantes universitarios mexicanos, de ambos sexos, seleccionada al azar, a los cuales se les aplicó el inventario en grupos. Se obtuvieron las medias y frecuencias de cada escala para obtener las normas. Las medias y las desviación estándar fueron comparadas con las de la muestra normativa de Estados Unidos y con las de una muestra de estudiantes también estadounidense (Butcher, 1989).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la muestra mexicana de estudiantes y la muestra norteamericana de estudiantes, tanto en las tres escalas de validez como en las escalas clínicas. En la comparación entre la muestra normativa mexicana y la población normativa norteamericana también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas excepto en las escalas 3 y 0. En la distribución de las puntuaciones T, la mayor diferencia se encontró en la escala 5 para las mujeres mayor a T 60. Se concluyó que las diferencias encontradas parecen reflejar diferencias reales de personalidad entre ambas poblaciones (Lucio, 1995). Con este trabajo se establecieron las normas para los estudiantes mexicanos.

En la investigación realizada las autoras encontraron diferencias significativas entre la población mexicana y la población norteamericana, pero menores a las que se encontraron con el MMPI original, pues en ninguna de las escalas clínicas la población mexicana llega a presentar medias que caigan por arriba de T 55, y menos dentro de niveles psicopatológicos como sucedía con la primera versión del instrumento (Ampudia, Stilman y Villanueva, 1977, Cárdenas, 1987; Lucio,

1976; Navarro, 1971; en Lucio y Ampudia, 1995) Los resultados encontrados entre la población mexicana y norteamericana parecen reflejar diferencias reales de personalidad entre ambas poblaciones. Los perfiles de los estudiantes mexicanos obtenidos con el MMPI-2 tienden más a la normalidad que los obtenidos por el MMPI original, lo cual se debe tanto a la revisión del instrumento, como al que el método de traducción y adaptación seguido en este estudio fue muy estricto.

Investigaciones realizadas con el MMPI aplicado a sujetos alcohólicos

Son múltiples las investigaciones que se han llevado a cabo teniendo como objeto de investigación el alcoholismo, personalidad, tratamiento, etc; con el MMPI, y no tantas donde se evalúan o se trabaja con escalas de alcoholismo de este instrumento.

Aranda, Benavides y Lira (1974), realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo fue ver que perfil de personalidad se podía obtener en las pruebas de los grupos de alcohólicos y poder comparar la escala de alcoholismo de J Amton de los Estados Unidos; y ver también si existía una personalidad previa en los sujetos alcohólicos.

Cordurier, 1977, lleva a cabo una investigación en la que compara a través del MMPI la personalidad de sujetos alcohólicos que reciben tratamiento rehabilitatorio (internos en un hospital psiquiátrico) y sujetos alcohólicos que reciben tratamiento externo.

Con la intención de investigar la importancia que pudiera tener la personalidad en el paciente alcohólico para su rehabilitación y no rehabilitación, Somarriba (1978) realizó una investigación con sujetos alcohólicos a los que les aplico el MMPI, como medida de evaluación para concretar su objetivo

En 1982, Batalla, concretó una investigación donde el objetivo fue obtener la validez y confiabilidad en la escala Adicional del Alcoholismo de batalla en MMPI

Eisenberg y Lammoglia (1990), en su trabajo de tesis averiguan si mediante la creación de un inventario se podría medir la predisposición a el alcoholismo.

Casanueva y Navarro (1982) realizaron una investigación para determinar a través de las escalas ordinarias del MMPI, algunas características de personalidad y sintomatología en grupos de alcohólicos, hospitalizados en una clínica privada del D.F. formaron dos grupos de hombres alcohólicos con mayor sintomatología, y otro con menor sintomatología. También formaron un grupo de mujeres alcohólicas y establecieron además, dos grupos de personas no alcohólicas, uno de 56 hombres y otro de 35 mujeres

El análisis estadístico mostró notables diferencias en la respuesta del MMPI, entre el grupo de hombres no alcohólicos. También encontraron numerosas diferencias significativas, y el de menor sintomatología, y en el grupo de mujeres alcohólicas y no alcohólicas.

En cuanto artículos de países extranjeros donde se ha aplicado el MMPI con algún fin a personas alcohólicas, también son abundantes.

Evans (1984), realizó un estudio que pretende proveer normas para la escala Dy (dependencia), utilizando las respuestas de 1,505 sujetos masculinos y femeninos (pacientes psiquiátricos y alcohólicos) de la forma R del MMPI. Mientras que las mujeres tenían puntajes más altos en la escala Dy que los hombres, los pacientes psiquiátricos y alcohólicos no tuvieron diferencias.

Venn (1988) en 16 nativos americanos y 16 mexico-americanos relacionados con caucásicos-americanos aplicó el MMPI durante su rehabilitación de dependencia alcohólica y encontró que el código 2-4 es normativo entre el perfil de los alcohólicos, los mexico-americanos tienden a puntuar más alto que los caucásicos en la escala L y se encuentran diferencias significativas entre grupos étnicos

Investigaciones con la escala A-MAC

Mac y otras escalas del MMPI con muestras de alcohólicos.

O'Neill, Giacinto, Waid, Roitzsch, Miller (1983), examinaron las correlaciones de los puntajes Mac dentro de una población de hombres alcohólicos. Se evaluaron las relaciones de los puntajes MAC con otras escalas del MMPI, con medidas de autorreporte psicológicas e históricas obtenidas de una entrevista. El propósito general fue obtener información sobre la validez de constructo de la escala MAC con la variable de abuso de alcohol severamente restringido.

Los sujetos se dividieron en 4 grupos sobre la base de los puntajes MAC. El primer grupo consistió de 19 sujetos quienes calificaron en el rango "no alcohólicos" (NA); esto es, menor o igual a 23. Este grupo de falsos- negativos representa "alcohólicos secundarios" en la nomenclatura de MacAndrew. Los otros 3 grupos se dividieron de acuerdo a los que estuvieron en el rango "alcohólicos" tercio más bajo (L-MAC igual a 24-28), tercio medio (M-MAC igual 29-31) y tercio más alto (H-MAC > 31).

El MMPI incluyó las 13 escalas (de validez y clínicas) estándares, las escalas de Primer Factor (A) y Segundo Factor (R) de Welsh, y la escala de Fuerza del Yo de Barron. Las diferencias grupales significativas se observaron en las escalas L, K, D, Ma y R. Estas variables están linealmente relacionadas a los puntajes MAC. El análisis New-Keuls mostró subsecuentemente que el grupo NA difirió de los otros grupos, los cuales difirieron escasamente de los otros. Los sujetos NA puntuaron más alto en las escalas L y K que los sujetos con MAC de "alcohólicos" y no hay diferencias significativas entre los subgrupos (L, M y H).

En el MMPI, el alcohólico con un bajo puntaje parece más defensivo, reprimido y socialmente inhibido, menos apto para estar conciente de y admitir conflictos psicológicos y dificultades, más reprimido y menos enérgico y optimista, descubrimientos que son bastante consistentes

aquellos reportados por Schwartz y Graham (1979).

En 1984, Pfof (et, al) investigaron la relación de la escala MAC con el tipo de personalidad y el nivel de angustia emocional correlacionado con los puntajes de la MAC con el tipo de perfil derivado y la elevación media de las escalas de MMPI

La muestra consistió de 38 hombres caucásicos que ingresaron voluntariamente al programa de tratamiento de alcoholismo. El 48% no habían sido hospitalizados para su desintoxicación, 26% habían sido hospitalizados para su desintoxicación una vez con anterioridad y otro 26% había tenido dos o más hospitalizaciones

Después de correlacionar los principales componentes de las escalas de validez y clínicas de un sujeto, se correlacionaron con los puntajes de otros sujetos, se produjo un perfil prototípico del MMPI para cada factor. los perfiles prototípicos fueron ajustados y resultaron 3 perfiles básicos de personalidad:

Tipo I: Solitarios, sensitivos, inseguros (Escala I y 2)

Tipo II: temperamentales, violentos, grandiosos (Escala F-K, 4, 9)

Tipo III: Abiertos, obstinados, quisquillosos (Escala K, 3, 4)

Un total de 35 de los 38 sujetos (92%) pudo ser clasificado por sus cargas factoriales de acuerdo a uno de estos tres perfiles. El puntaje medio MAC fue 27.), el cual está substancialmente arriba del puntaje d corte 24, que sido recomendado para clasificar alcoholismo.

El nivel de angustia psicológica, medida por los puntajes T del MMPI medio de cada sujeto correlacionó no significativamente con los puntajes MAC El grado de semejanza del tipo de personalidad, también correlacionó no significativamente con los puntajes MAC.

Se concluye que los puntajes MAC estaban relacionados al tipo de personalidad Las personas

con perfiles MMPI tipificados por puntajes altos en las escalas K-F,4 y 9 parecen tener relativamente altos puntajes MAC. Por otra parte el tipo II de personalidad parece corresponder al grupo "alcohólico primario" de MacAndrew, cuyas características incluyen excitación emocional rápida y fuerte, y orientación a la búsqueda de gratificación en el mundo. (MacAndrew, 1981).

La alta tasa de falsos-positivos obtenida cuando la MAC es usada con algunas poblaciones de tratamiento puede ser resultado de la relación de los puntajes MAC y el perfil II de personalidad obtenido en este estudio.

Cernovsky (1987) cita que en Cernovsky (1985) sugiere que muchos de los negativos falsos en la escala MAC en hombres alcohólicos pueden ser detectados por medio de sus puntajes elevados en la escala de Represión de Welsh: los puntajes R fueron elevados en cerca del 52% de negativos falsos, pero sólo en 11% de los positivos verdaderos y sólo en 8% de los negativos verdaderos.

El presente estudio examina si las elevaciones de R son también un marcador útil de negativos falsos en mujeres adictas

Participaron 103 mujeres admitidas para un tratamiento de adicción de pacientes internas. Se hizo un esfuerzo especial por incluir una gran porción de puntajes bajos MAC (puntajes crudos <24). Sólo las personas con perfiles válidos del MMPI se incluyeron.

Se manejó un grupo control de 21 mujeres pacientes externas psiquiátricas. Y se concluyó que la escala R fue elevada (puntaje $T > 60$) en 42.9% de los negativos falsos, pero sólo en 10.7% de los positivos verdaderos. La diferencia fue significativa.

Ciancio, Saltstone y Fraboni (1990) en su estudio investigaron la habilidad de la escala MAC de alcoholismo para distinguir entre alcohólicos y no alcohólicos, en 128 sujetos.

La escala MAC identificó correctamente 70% de los sujetos que reportaron usar alcohol; después correlacionaron los puntajes MAC con las escalas L y K. Y concluyeron que la escala MAC debe ser utilizada con precaución porque existe la posibilidad de clasificar incorrectamente, por lo que se deben considerar las escalas de validez del MMPI en conjunción con las escala MAC.

Greene 1994, examinó los puntajes de la escala MAC específicamente dentro del MMPI en 3 muestras: pacientes psiquiátricos internos y externos, pacientes referidos para una evaluación psiquiátrica y pacientes alcohólicos. La media de los puntajes MAC varía drásticamente en función de los códigos del MMPI, género y el escenario específico en los cuales el MMPI fue administrado.

Estas variaciones en los puntajes MAC sugieren que el uso de un solo punto de corte (24 o más) puede no ser apropiada. Los clínicos son cuestionados acerca del uso de la escala MAC para identificar a personas con abuso de sustancias sin considerar los efectos del código del MMPI, género y el escenario en el que es aplicado el MMPI

En 1990, Allen, Faden y Rawlings señalan que varios estudios reportan correlaciones entre datos relevantes (clínicos) de la personalidad y los puntajes altos y bajos de al escala MAC del MMPI, tanto en hombres como en mujeres.

Se encontró que la escala MacAndrew distingue datos clínicos relevantes de la personalidad que pueden ser útiles en la planeación de un tratamiento para pacientes con dependencia.

Svanum y Ehrmann (1992). 45 alcohólicos en tratamiento (29 hombres y 16 mujeres) que reportaron dependencia al alcohol pero puntuaron en el rango de no alcohólicos en MAC, fueron comparados con 45 alcohólicos que reportaron un similar grado de dependencia al alcohol y obtuvieron puntajes del rango de alcohólicos en MAC.

Los resultados sugieren que los alcohólicos que se encuentran en tratamiento y tienen igual grado de dependencia al alcohol, pero diferentes puntuaciones en la escala MAC tienen diferentes patrones de conducta alcohólica.

Estudios realizados en México con el MMPI-2

Con la recién aparición del MMPI-2 se inició el trabajo de investigación en pro de hallazgos que sustentaran su funcionalidad, además del interés que origina por su novedad y la utilidad que puede desprenderse al aplicarse en diversas muestras.

Los estudios realizados con el MMPI original reflejaban índices elevados de psicopatología en la población mexicana (Ampudia, Stilman y Villanueva, 1977; Cárdenas, 1987; Lucio, 1976; Navarro, 1971; citado en Lucio y Ampudia, 1995). En otros estudios se encontraron diferencias significativas comparando la población mexicana y la estadounidense (Rivera y Ampudia, 1976, Casabal y Wengerman, 1974; Lucio y Labastida, 1993; en Lucio y Ampudia, 1995) Debido a que la versión original no se adaptó ni se estandarizó no era posible saber si estas diferencias eran reales o se debían a las limitaciones de utilizar una traducción literal, por ello se decidió realizar un trabajo cuidadoso con la nueva versión del MMPI.

Como ya se mencionó Lucio y Reyes (1992) realizaron la primera investigación que tenía por objetivo traducir y adecuar el contenido y lenguaje de los reactivos del MMPI-2 a la población mexicana.

Ampudia (1994) quien realizó un estudio exploratorio con el fin de conocer el comportamiento de las escalas suplementarias, escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes, 1992), y el rendimiento académico alto, medio y bajo en un grupo de 650 estudiantes universitarios de las carreras de la facultad de ciencias y la escuela de artes plásticas de la UNAM. En los resultados las correlaciones obtenidas indican que no existen relaciones significativas entre las escalas suplementarias, clínicas, básicas y de validez, y el

rendimiento académico de los estudiantes excepto en la escala de dominancia. Cuando se utiliza el análisis de varianza, se encuentra que en las escalas suplementarias hay diferencias significativas, solo en las escalas de dominancia y desajuste escolar, así como escalas clínicas de depresión, masculino-femenino y escalas de ansiedad, en relación a los diferentes promedios de calificación: alto, medio y bajo. En otro análisis se encontró diferencias significativas por género en algunas de las escalas suplementarias en relación al rendimiento académico. Se pudo concluir que si existen algunas relaciones entre el perfil de personalidad del MMPI-2 y el rendimiento académico de los estudiantes.

En 1994, Palacios realizó la primera investigación clínica con el MMPI-2, hizo un análisis de capacidad discriminativa del MMPI-2 comparando los perfiles de 200 pacientes psiquiátricos con los de 1,920 estudiantes universitarios. Encontró diferencias en las escalas de la triada psicótica (paranoia, psicastenia e hipomanía), concluyendo que la prueba discriminó la sintomatología psicótica.

De la Torre (1994) aplicó el MMPI-2 y una entrevista clínica, a pacientes psiquiátricos. Se encontró relación en la mayoría de las categorías de la entrevista y las escalas de contenido del MMPI-2, principalmente en las escalas de ansiedad con la categoría de descripción de sí mismo y con la de relación con la gente.

Durán (1995) trabajó con las escalas clínicas del MMPI-2, su objetivo fue revisar la estructura factorial del MMPI-2 para la población mexicana y lo encontrado en los estudiantes norteamericanos. Los resultados muestran que la estructura factorial del MMPI-2 en los estudiantes mexicanos a pesar de ser diferente a la encontrada en los estudiantes norteamericanos, no es significativa, estas diferencias se explican en función de la cultura y no de aspectos de la personalidad.

Pérez y Farias (1995) concretó un estudio sobre confiabilidad para ver como se comportaban las escalas del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes, 1992) en una muestra de 252 sujetos: 106 mujeres y 146 hombres, estudiantes universitarios. Observó

mediante un análisis de test-retest, si existían diferencias estadísticamente significativas. Los hallazgos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en el MMPI-2 en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México en los grupos de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias. Comparó el estudio de test-retest realizado por Butcher (1989) con una muestra de sujetos extraídos de una comunidad adulta norteamericana de 193 sujetos, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se obtuvieron coconsistencias que permiten hacer inferencias sobre estabilidad y confiabilidad de este instrumento

Paéz (1995), hizo una investigación para normalizar las escalas de contenido del MMPI-2, por ser escalas novedosas que permiten completar el diagnóstico clínico a partir de las respuestas del paciente a un grupo de reactivos homogéneos; y de esta manera contar con normas propias para la población mexicana. En su trabajo verificó la consistencia interna de cada una de las escalas, y encontró diferencias para los hombres en las escalas MIE, DEL, ENJ, e ISO y para las mujeres en OBS, DEL, ENJ. Las diferencias encontradas las atribuyó a factores culturales.

Gallegos (1996), concretó un estudio de tipo confirmatorio con la finalidad de conocer las características de personalidad de pacientes con neurodermatitis, a través del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes, 1992), también investigó si existían diferencias estadísticamente significativas en las medias de las escalas del instrumento entre los pacientes con neurodermatitis y el grupo normativo de estudiantes universitario mexicanos obtenido por Lucio y Reyes (1992). Pudo concluir que si existe relación entre los factores psicológicos medidos a través del MMPI-2 y las manifestaciones de neurodermatitis, así como que si existen diferencias significativas entre las escalas básicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-2, entre el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo

normativo de estudiantes universitarios mexicanos; las escalas en las que se presenta diferencia estadística significativa son: F, Hs, D, Dp, Pa, Pt, Es e Is; las escalas de contenido: ANS, OBS, SAL, DEL, ENJ, ISO, DTR, y RTR, y en las escalas suplementarias: A, R, Fyo, A-Mac, Do Dpr, EPK y EPS.

Valencia (1996), realizó una investigación para conocer los alcances y/o limitaciones de las diferentes escalas de validez del MMPI-2 en la población mexicana para detectar a los sujetos simuladores. Otro objetivo de su estudio era determinar cuales escalas de validez son más exitosas en detectar a los sujetos que simulaban estar muy bien adaptados y a los que simulaban tener esquizofrenia paranoide. En sus conclusiones basadas en los resultados afirma que las escalas que resultan ser más exitosas en la detección de los sujetos que simulan estar mal, tanto para hombres como para mujeres fueron las escalas F, Fp y el índice de F-K. Los resultados obtenidos para detectar a los sujetos que simulaban estar bien, es que fué mucho más difícil de detectar a los sujetos que simulaban estar bien que los que simulaban estar mal. La escala L resultó ser la más exitosa para detectar a los sujetos que simulaban estar muy bien. El índice de L+K y el índice F-K, resultaron ser también indicadores importantes para la detección de los sujetos que simulan estar bien.

Dentro de esta sección se hizo referencia a la historia de la construcción del MMPI y de su nueva versión MMPI-2, se menciona el contenido de ambas presentaciones (escalas), objetivos y alcances del inventario; y se presentó de manera más explicativa las escalas que se trabajaron en esta investigación (L, F, K, Fp, INVAR, INVER, RA y la escala A-MAC).

Se hizo un acopio de investigaciones realizadas con el MMPI original aplicado en sujetos alcohólicos, estudios llevados a cabo en especial con la escala A-MAC, y la investigación realizada en México con la versión adaptada al español del MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1994).

La importancia de esta investigación es que en México aún no se han concretado estudios donde se utilice la nueva versión del MPPI en muestras de sujetos alcohólicos. Y dada la reciente aparición del MMPI-2 se necesitan hallazgos que avalen la capacidad de evaluación de esta reciente adaptación del MMPI, principalmente ahora que cuenta con más escalas, y a la vez es indispensable contar con información que oriente en la interpretación de los resultados obtenidos.

CAPITULO IV: METODOLOGIA

A)Planteamiento y Justificación del problema

Un amplio número de estudios han tenido como objetivo evaluar y determinar la validez y funcionalidad del MMPI como instrumento predictor y de evaluación de la personalidad, dado su amplio campo de aplicación las muestras utilizadas han sido muy diversas. Especialmente con sujetos alcohólicos la intención ha sido obtener una dinámica de personalidad o rasgos de su personalidad (Gamboa, 1978; Nares, 1982, Napoles, 1988); otras más han manejado la escala A-MAC básicamente con el objetivo de detectar la capacidad de discriminación de la escala como un indicador a la propensión a la adicción, al principio del alcohol, y ahora a la adicción en general. Con esta intención se han relacionado las puntuaciones de A-MAC con las puntuaciones de otras escalas, principalmente las de validez y las clínicas.

Pero dada la reciente aparición de la nueva versión del MMPI (MMPI-2) en nuestro país, no se han realizado investigaciones sobre la relación de las puntuaciones de la escala A-MAC y otras escalas del MMPI-2. En el extranjero son limitados los estudios donde se han relacionado las puntuaciones (altas y bajas) de A-MAC con las puntuaciones de las escalas de validez (O' Neill, 1983; Pfost y Stevesn, 1984; Ciancio et al, 1990); en una de estas investigaciones se menciona la importancia de relacionar las escalas de validez con las puntuaciones de A-MAC en la interpretación de los resultados, esto es porque se ha detectado que algunos sujetos alcohólicos que han contestado el MMPI niegan su problema de alcoholismo en la puntuación natural que obtienen en la escala A-MAC (McAndrew, 1979 b, 1980, 1981 a, b; denominó falsos-negativos a las respuestas de los sujetos que en A-Mac tuvieran un puntaje natural de 23 o menos).

Es por ello que este trabajo de tesis tiene como objetivo realizar una investigación de tipo exploratorio, para determinar si existe alguna relación entre las escalas de validez L, F, K, Fp, INVER, INVAR y RA y las puntuaciones altas y bajas de la escala A-MAC del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Lucio y Reyes, 1992) en un grupo de sujetos alcohólicos. Se espera encontrar elementos que sirvan en la interpretación de los perfiles de sujetos alcohólicos, dada la trascendencia que logra el MMPI como instrumento de evaluación; ya que las escalas de control se diseñaron con la finalidad de conocer la validez de las respuestas de sujeto que contesta el inventario, y considerando que la escala A-MAC es un indicador de la propensión a la adicción en general.

Además se correlacionarán las puntuaciones bajas y altas de la escala A-Mac con una nueva escala suplementaria RA, la cual fue desarrollada como una medida de buena disposición para el reconocimiento de problemas con alcohol y drogas.

Para cubrir los objetivos del estudio se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) a individuos con dependencia al alcohol. Quedando determinada de la siguiente manera la pregunta de investigación:

¿Existe relación entre las escalas de validez L, F, K y Fp, INVER, INVAR y RA y las puntuaciones bajas de la escala A-MAC?

B) Objetivos

Objetivo general.

Discriminar si existe relación entre las puntuaciones bajas obtenidas en la escala A-MAC y las escalas tradicionales y nuevas de validez L, F, K, INVER, INVAR, Fp y RA del MMPI-2 en una muestra de sujetos alcohólicos masculinos, localizados en diferentes centros de tratamiento antialcohólico.

Objetivos específicos:

- Aplicar el MMPI-2 a sujetos alcohólicos masculinos localizados en centros de tratamiento antialcohólico.
- Obtener medidas de tendencia central (frecuencias, medias, distribución de variables, y desviación estándar).
- Realizar la correlación entre las variables: puntuaciones bajas y altas de la escala A-MAC con las escalas L, F, K, Fp, INVER e INVAR y la escala RA
- Trazar perfiles de las medias de las escalas de validez y las escalas RA y A-MAC para observar como tienden a presentarse estas en la muestra de trabajo, tanto en los sujetos que obtuvieron puntuaciones bajas como en los que obtuvieron puntuaciones altas en la escala MacAndrew.

C) Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

El MMPI-2 cuenta con indicadores de validez de las respuestas dadas por el sujeto que contesta la prueba, con base en estudios realizados con personas diagnosticadas con alcoholismo y la escala A-Mac se han detectado que los que ofrecen puntuaciones naturales bajas en esta escala niegan su problema de alcoholismo, son falsos-negativos. Por lo que entonces se espera una correlación entre las escalas de validez L, F, K, Fp, INVER, INVAR y la RA y los puntajes bajos de la escala A-Mac (puntuaciones naturales menores a 24).

Hipótesis Estadísticas.

H 1 Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez L del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos.

H 2. Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez F del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos

H 3: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez K del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos

H 4: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez Fp del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos

H 5: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez INVER del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos.

H 6: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez INVAR del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos

H 7. Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala RA del MMPI-2, en un grupo de sujetos alcohólicos

D) Variables

En esta investigación se manejarán las siguientes variables.

V 1: Puntuaciones de la escala A-Mac

V 2: Escalas de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR, y la escala suplementaria RA.

Definición conceptual:

Escala de alcoholismo de MacAndrew (A-Mac) La escala de alcoholismo de MacAndrew fue creada originalmente para evaluar los problemas de abuso de alcohol en ambientes clínicos (MacAndrew, 1965); pero se recomienda más para ser usada como una medida de tendencia a la adicción MacAndrew recomendó usar como puntuación mínima natural 24 en la escala MAC para la identificación de abuso de alcohol (MacAndrew, 1965).

Definición operacional:

Para esta investigación las puntuaciones bajas MacAndrew serán aquellas puntuaciones naturales menores a 24 en la la escala A-Mac. Este grupo de falsos-negativos, puntuaciones menores o igual a 23, representan en la nomenclatura de MacAndrew "alcohólicos secundarios" (O'Neill, et al, 1983)

Definición conceptual:

Escalas de validez del MMPI-2:

Escala L

Es una escala diseñada para evaluar la alteración de las respuestas, cuando éstas reflejan las actitudes convencionales con que el individuo pretende mostrarse apegado a los valores sociales, como alguien que reacciona de acuerdo a las expectativas del grupo.

Escala F

Esta escala se conforma por reactivos que se refieren a elementos de alteraciones psicológicas.

Escala K

El contenido de los reactivos de esta escala cubre de manera extensiva características que los examinados prefieren negar acerca de sí mismos o de su grupo familiar.

Escala Fp

Su objetivo es discriminar a sujetos que contesten el inventario de manera poco admisible (Lucio, 1996).

INVER. Escala de inconsistencia de las respuestas verdaderas, de carácter experimental se compone de 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los que la combinación de dos verdaderos o dos falsos es semánticamente inconsistente. Utilizada para detectar a sujetos que contestan de manera inconsistente o indiscriminada, puntuaciones altas a respuestas ciertas indiscriminadas y puntuaciones bajas a respuestas falsos indiscriminadas, ambas dan perfiles inválidos.

INVAR. Escala de inconsistencia de respuestas variables. También es una escala de naturaleza experimental, se compone de 49 pares de respuestas (cierto-falso, falso-cierto, cierto-cierto, y falso-falso). Esta escala se puntúa sumando la cantidad de respuestas inconsistentes. Puntuaciones altas en la escala INVAR son una advertencia de que el sujeto puede haber contestado los reactivos del inventario de manera indiscriminada y sugerir, por lo tanto, que el protocolo no es válido por lo que el perfil no debe interpretarse (Lucio, 1995).

RA. Fue desarrollada como una medida de buena disposición para el reconocimiento de problemas con alcohol y drogas.

Definición operacional

En esta investigación se trabajará con las puntuaciones de las escalas L, F, K, Fp, INVER e INVAR y RA, obtenidas de las respuestas de los sujetos alcohólicos que contestaron el MMPI-2

Estas escalas forman parte del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), que es una prueba autodescriptiva que evalúa la personalidad, con una base estadística sólida, cualidad que nos permite conocer la validez de las respuestas del sujeto en cada escala; siendo a través del instrumento como el examinado define sus propias características y proyecta su autoimagen.

E)Tipo de Estudio

Es un estudio exploratorio (piloto). Los estudios exploratorios, buscan en lugar de predecir las relaciones que deben encontrarse (Kerlinger, 1988)

F)Tipo de Diseño

Es un diseño de dos grupos con una sola medición, y son grupos de sujetos alcohólicos (hombres) que asisten a un centro de tratamiento antialcohólico.

G)Sujetos

La muestra de la investigación está conformada por 41 protocolos de sujetos alcohólicos que contestaron el MMPI-2. Los sujetos fueron seleccionados de una población de 136 individuos que acudieron a nueve centros de tratamiento antialcohólico localizados en el área metropolitana. Una vez obtenidos los 136 fueron excluidos 23 que no cumplieron con los criterios de validez, quedando 113 protocolos. De estos se discriminaron las puntuaciones naturales bajas y las puntuaciones naturales altas de la escala A- MAC, obteniéndose 20 protocolos de puntuaciones naturales bajas y 21 de puntuaciones naturales altas de la escala A- MAC, los cuales constituyen la muestra de la investigación.

Criterios de Inclusión

Se aplicó el instrumento (MMPI-2) a los sujetos que cubrieron los siguientes criterios de inclusión

- Individuos con dependencia al alcohol
- De sexo masculino
- Edad de 19 a 55 años
- Escolaridad: Mínima Primaria
- y que soliciten ayuda o la reciban en centros de tratamiento para alcohólicos.

Se consideraron también como criterios de inclusión (validez del MMPI-2):

$F_p \leq 21$

$F \leq 25$

INVER 5-13

INVAR ≤ 13

y en la escala A-Mac :

puntuaciones bajas A-Mac ≥ 23

H) Muestreo

El muestreo fue no probabilístico de tipo propositivo, ya que dependió del número de sujetos que se encontraban concentrados en los centros de tratamiento, y la elección de los centros de atención en los que se hizo la aplicación fue de acuerdo a aquellos en los que se tuvo acceso.

I) Instrumento

El instrumento que se utilizó es la versión en Español del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) desarrollada en la UNAM por Lucio y Reyes (1995), el cual puede ser aplicado en forma individual o en grupo, pues es autoadministrada, su base es estadística, lo cual nos permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas. Es un instrumento a través del cual, un individuo define sus propias características de personalidad y en general la organización de sus rasgos.

Es un cuadernillo que consta de 567 reactivos a los que el sujeto puede responder verdadero o falso, en una hoja de respuestas individual, diseñada por Lucio, Monzón y Ampudia (1995). La lectura global del instrumento se realiza por medio de un sistema de lectura óptica.

J) Procedimiento

Con la intención de obtener la muestra para cubrir el objetivo de la investigación, se inició la búsqueda e ingreso a los centros de atención para alcoholicos, se solicitó el apoyo de los responsables o directivos de los centros de atención, después de una amplia y clara explicación y justificación de la intención para aplicar el instrumento a la población alcohólica se procedió a la administración. Se motivó a los sujetos a contestar el inventario enunciando la relevancia de su participación en cuanto al objetivo de la investigación dentro del área de la psicología, así en cuanto a su persona, ya que en algunos centros los resultados de su perfil de personalidad obtenidos en el MMPI-2 apoyaría el trabajo terapéutico del profesional correspondiente; en otros lugares como A.A se les brindó un bosquejo de características relevantes de personalidad obtenidas en el perfil del MMPI-2.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en los centros donde estaban internos los sujetos o en donde se habían incorporado, como el caso de A A; se aplicó la versión en español para México del MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1995), en donde el sujeto contestó a su elección de acuerdo a las instrucciones. Es relevante considerar que en la mayoría de los casos se leyó el inventario a los sujetos, dado que es una muestra clínica que necesita atención y supervisión especial. El trabajo para la administración del MMPI-2 duró un año aproximadamente, teniendo lugar las aplicaciones 4 o 5 días a la semana incluso, sábado o domingo

Conforme se reunió la muestra se calificaron las hojas de respuesta, mediante lectora óptica y se obtuvieron las puntuaciones naturales de la muestra. De acuerdo a su puntuación natural en la escala A-MAC se dividieron dos grupos: puntuaciones bajas y puntuaciones altas A-MAC, esto con fines del objetivo de la investigación, para realizar el análisis de los datos a través del paquete estadístico SPSS/PC. Con el cual se obtuvieron las medidas de tendencia central, y los coeficientes de correlación

K) Análisis de datos

Se manejó el programa estadístico SPSS/PC para obtener medidas de tendencia central como: frecuencias, medias, desviaciones estándar; para hacer un análisis cuantitativo de los resultados comparando las diferencias de medias de las escalas de validez y de las básicas.

Además se realizó un análisis estadístico mediante la correlación producto-momento de Pearson, para conocer si existe relación entre las escalas de validez L, F, K y Fp, INVER e INVAR y la escala suplementaria RA con la escala A-Mac. La correlación es una medida de asociación entre variables, indica cuanta relación existe entre los valores de una variable con respecto a los de otra.

CAPITULO V: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En este espacio se dará lugar a presentar y describir los resultados.

Se obtuvieron 136 protocolos contestados del MMPI-2 de los cuales 23 fueron excluidos porque no cubrieron los criterios de validez ($Fp \leq 21$, $F \leq 25$, $INVER \leq 5 - 13$, $INVAR \leq 13$). La población total fue 113 protocolos de sujetos alcohólicos, de sexo masculino.

Para la intención y requerimientos de esta investigación se discriminaron 41 casos que de acuerdo a su puntuación en la escala A-MAC se agruparon en puntuaciones altas A-MAC (puntuación natural A-Mac ≤ 32) y puntuaciones bajas A-MAC (puntuación natural A-Mac ≥ 23), con estos grupos se trabajo el análisis estadístico. Se aclara que el grupo de puntuaciones altas A-Mac se definió a partir de las puntuaciones más altas de la escala A-MAC, intentando un grupo de igual tamaño, de las puntuaciones bajas A-Mac, esto con fines de hacer comparaciones de ambos grupos.

Finalmente el grupo de altas puntuaciones A-Mac quedo conformado por 21 sujetos y el grupo de bajas puntuaciones A-Mac es de 20 sujetos.

El primer paso del tratamiento estadístico fue obtener frecuencias de las variables sociodemográficas edad, estado civil y escolaridad de los 41 sujetos que conforman puntuaciones altas y bajas A-Mac.

En la tabla 1 se pueden observar las frecuencias y porcentajes de los 41 sujetos alcohólicos de acuerdo a la variable edad. Para esta variable el mayor porcentaje, 7.3% cae en los sujetos con 29 y 37 años.

Después se presentan las frecuencias y porcentajes de los individuos alcohólicos respecto a la variable Estado Civil (ver tabla 2). Aquí se puede observar que el 48.8% de los sujetos alcohólicos son casados y una minoría son divorciados y separados.

Por último se puede observar la distribución de la variable escolaridad en la tabla 3. En este caso el nivel de escolaridad secundaria ocupa el mayor porcentaje, 29.3 %, en seguida lo alcohólicos que estudiaron hasta bachillerato, 24.4%; la menor parte está representada por los que tienen estudios de posgrado

TABLA 1: Frecuencias y porcentajes de la variable EDAD.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
22	2	4.9
23	2	4.9
24	1	2.4
25	1	2.4
26	1	2.4
28	1	2.4
29	3	7.3
30	1	2.4
31	1	2.4
32	2	4.9
33	1	2.4
34	1	2.4
35	1	2.4
36	1	2.4
37	3	7.3
38	2	4.9
39	1	2.4
45	2	4.9
46	2	4.9
47	2	4.9
48	2	4.9
49	1	2.4
50	1	2.4
51	1	2.4
52	2	4.9
54	2	4.9
56	1	2.4
	-----	-----
Total	41	100.0

La media de edad de los 41 sujetos alcohólicos es de 38 años 3 meses.

TABLA 2. Frecuencias y porcentajes de la variable ESTADO CIVIL

Edo. Civil	Frecuencias	Porcentaje
soltero	14	34.1
casado	20	48.8
divorciado	1	2.4
separado	5	12.5
unión libre	1	2.4
	-----	-----
total	41	100

TABLA 3. Frecuencias y porcentajes de la variable ESCOLARIDAD en los sujetos alcohólicos

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
primaria	9	22.0
secundaria	12	29.3
bachillerato	10	24.4
profesional	9	22.0
posgrado	1	2.4
	-----	-----
total	41	100

Como el objetivo de la investigación es trabajar con las escalas de validez F, L, K, Fp, INVER e INVAR, la escala suplementaria RA y A-MAC para el manejo de estas escalas se desarrollaron medidas de tendencia central, obteniendo frecuencias, medias, desviaciones estándar y coeficiente de correlación Momento Producto de Pearson.

A continuación se muestran las medias y desviación estándar de las escalas de validez tradicionales, las nuevas escalas de validez, la escala RA y las escalas A-MAC (ver tabla 4)

TABLA 4. Medias y desviación estándar de las escalas de validez, escala RA y escala A-Mac, de los 41 sujetos

Variable	Media	D.S
L	4.56	3.46
F	13.12	6.43
K	11.12	5.72
Fp	10.95	5.64
INVER	9.90	.869
INVAR	7.75	2.70
RA	5.80	2.61
A-MAC	27.53	7.24

Para el análisis de la correlación de la escala A-MAC y las escalas de validez, se discriminaron las puntuaciones altas y bajas de A-MAC bajo estos criterios

ALTOS A-MAC

- Puntuación natural de 32 - 39, siendo 21 casos los que conforman este grupo.

BAJOS A-MAC

- Puntuación natural de 16-23, siendo 20 casos los que conforman este grupo.

Para fines de una mejor descripción a continuación se presentan las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones altas y bajas A-MAC Ver tabla 5 y 6

TABLA 5. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones altas A-MAC

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
32	4	9.8
33	6	14.6
34	4	9.8
35	1	2.4
36	2	4.9
37	3	7.3
39	1	2.4
	-----	-----
total	21	48.8

La media para el grupo de puntuaciones altas A-MAC es de 34.23, la desviación estándar de 2.02 y la varianza de 4.09

TABLA 6 Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones bajas A-MAC

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
16	1	2.4
17	1	2.4
18	2	4.9
19	1	2.4
20	5	12.2
21	3	7.3
22	2	4.9
23	5	12.2
	-----	-----
total	20	51.2

La media para las puntuaciones bajas A-MAC es de 20.50, la desviación estándar de 2.11 y la varianza de 4.47

En la tabla 7 se presentan las medias y desviación estándar de las escalas de validez y la escala RA, de ambos grupos: puntuaciones bajas y altas de la escala A-MAC.

Escala	Medias	
	Puntuaciones bajas A-MAC	Puntuaciones altas A-MAC
L	5.45	3.71
F	9.50	16.57
K	13.60	8.76
Fp	8.15	13.61
INVER	9.90	9.90
INVAR	7.75	7.95
RA	4.90	6.66

Para obtener los coeficientes de correlación de Pearson se trabajaron las correlaciones de las puntuaciones altas y bajas A-MAC por separado con las respectivas escalas de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR, así como la escala RA.

A continuación en la tabla 8 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson del grupo puntuaciones altas A-MAC y las escalas L, F, K, Fp, INVAR e INVER y RA.

Tabla 8. COEFICIENTES DE CORRELACION DE PEARSON del grupo puntuaciones altas de la escala A-MAC y las escalas de validez y la escala RA

Escala	Coefficiente de correlación	Nivel de significancia
L	.0309	P=.894
F	-.2030	P=.377
K	-.0715	P=.758
Fp	-.1874	P=.416
INVAR	-.5375	P=.012
INVER	-.0923	P=.691
RA	.3791	P=.090

Los resultados de los coeficientes de correlación del grupo altas puntuaciones A-Mac muestran que en las escalas L, F, K, Fp e INVER no existe una correlación estadísticamente significativa, sin embargo sobresale la elevación de la escala F, que es alta de acuerdo a la puntuación T uniforme, lo cual significa que a nivel interpretativo, los sujetos manifiestan súplica de ayuda, reconocen su problemática y no muestran suficientes recursos para enfrentarse a ella, esto de acuerdo a la escala K.

En el perfil trazado también se observa que la escala Fp está elevada, esta escala es un indicador de los valores de las escalas suplementarias. La elevación de esta escala nos indica la manifestación de problemas y desórdenes clínicos, lo cual se justifica ya que se trata de una muestra clínica.

Aún cuando no se encontró correlación entre la escala INVER y las puntuaciones altas de la escala A-Mac, la media de la escala INVER en el perfil indica que se

encuentra dentro de las puntuaciones T uniforme promedio, por lo tanto al no existir una puntuación extrema (muy alta o muy baja) se observa que los sujetos de este grupo no contestaron la prueba indiscriminadamente, por lo que no proporcionaron sólo respuestas verdaderas o sólo respuestas falsas.

En cuanto la escala INVAR se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa, con un nivel de significancia de .01, con la escala A-Mac; ambas se relacionan inversamente, mientras A-Mac sube, INVAR baja en su puntuación natural. Dentro del perfil, la media de los puntajes INVAR indican nivel de puntaje T uniforme promedio, lo que refleja que los sujetos atendieron el contenido de los reactivos y no contestaron de forma indiscriminada; reflejando así en sus respuestas la presencia de desórdenes de adicción en la escala A-Mac. Cuando más acepta su patología más consistentes son las respuestas que da en la prueba.

En la correlación de la escala RA y los puntajes altos A-MAC existe una correlación moderada, aunque no significativa, lo cual nos refiere congruencia en cuanto que, cuando los sujetos tienen disposición para reconocer problemas con el alcohol, el puntaje elevado de la escala A-Mac muestra su tendencia a la adicción.

De acuerdo al puntaje T uniforme de la media de la escala A-Mac trazada en el perfil, se indica la presencia de características de un estilo de vida asociado con el desarrollo de desórdenes de adicción.

La elevación de la escala de validez F, puntaje T uniforme 87, y la escala básica Es, puntaje T uniforme 75, (de acuerdo a su media), resultan hallazgos no compatibles por los encontrados por Pfoet et al (1984), quienes reportaron que las personas con puntuaciones A-Mac presentan perfiles típicos del MMPI en las escalas K-F, 4 y 9. Situación que puede deberse posiblemente a diferencias culturales.

La figura A muestra el perfil de las puntuaciones de cada una de las medias de las escalas básicas y suplementarias A-MAC y RA, así como de las escalas de validez L, F, K, INVER, INVAR, y Fp del grupo de sujetos con puntuaciones altas A-MAC

Las puntuaciones T uniformes de las medias de las escalas del grupo puntuaciones altas A-Mac indican:

Existe la manifestación de súplica de ayuda en los sujetos, porque se sienten sin recursos para resolver su problema, reflejan que tienen un pobre autoconcepto

En este grupo de alcohólicos con puntuaciones altas A-MAC se encuentra una dinámica de rasgos que los define como personas violentas y resentidas, que tienen poca tolerancia a la frustración y al aburrimiento, por lo que les gusta tomar riesgos y pueden realizar acciones grotescas, lo que puede llevar a que su consumo de alcohol sea excesivo.

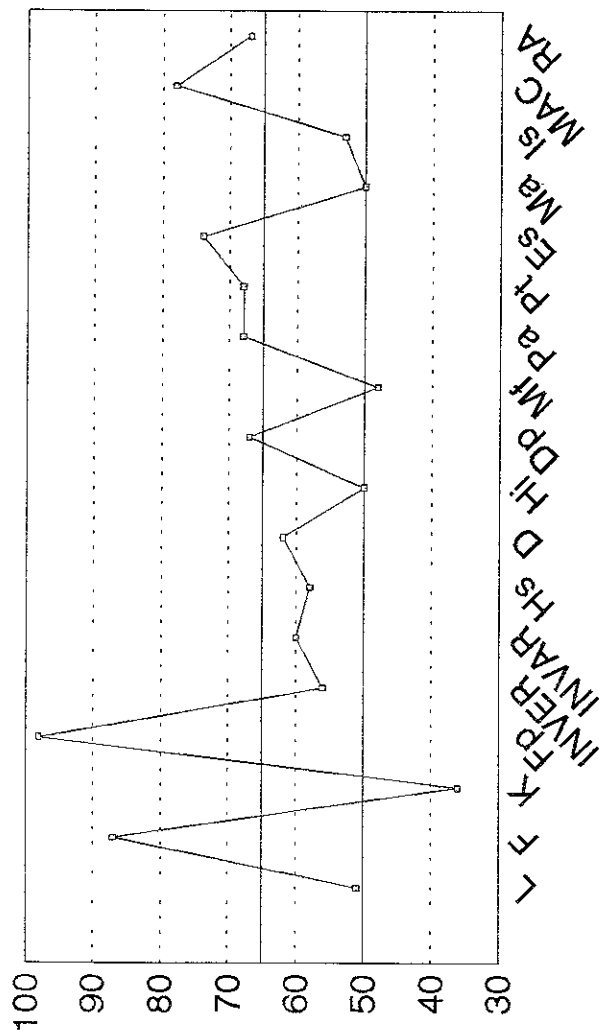
Esto conlleva un mayor riesgo, y probabilidad de ocasionarse problemas sociales, económicos y de salud.

También son rebeldes y hostiles involucrándose en problemas con la autoridad, sus relaciones interpersonales en general son superficiales ya que son obstinados y rígidos y con tendencia a mal interpretar las situaciones sociales. Pueden tener antecedentes de pocos logros.

Aunque manifiestan tener miedo al fracaso, pueden tomar riesgos, posiblemente alentados por el consumo de alcohol, ya que también pueden caracterizarse por ser impulsivos

Reflejan así mismo inseguridad, infelicidad, y se sienten insatisfechos. Manifiestan dificultades en la concentración y el pensamiento como resultado evidente del consumo del alcohol.

FIG. A. PERFIL DEL GRUPO DE SUJETOS ALCOHOLICOS CON PUNTUACIONES ALTAS MACANDREW
 ESCALAS BASICAS, SUPLEMENTARIAS AMAC Y RA, Y DE VALIDEZ, L,F,K,Fp,INVER E INVAR



ALTOS MAC	51	87	36	98	56	60	58	62	50	67	48	68	74	50	53	78	67
-----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ALTOS MAC

Las puntuaciones de la población normativa equivalen a T 50

Los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson para el grupo de puntuaciones bajas de la escala A-MAC se pueden ver a continuación. Tabla 9 Se observa que hay significancia en las correlaciones obtenidas entre la escala A-MAC y las escalas L, K, Fp y RA

Tabla 9 COEFICIENTES DE CORRELACION DE PEARSON del grupo de sujetos puntuaciones bajas de A-Mac

Escala	Coeficiente de correlación	Nivel de significancia
L	-.5238	P= .01
F	.4250	P= .06
K	-.5427	P= .01
Fp	.4530	P= .04
INVAR	-.0891	P= .70
INVER	-.2842	P= .22
RA	.5268	P= .01

Los resultados obtenidos en los coeficientes de correlación del grupo de puntuaciones bajas A-Mac y las escalas de validez y la escala RA muestran que:

Existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre la escala L y las puntuaciones bajas de la escala A-Mac, con un nivel de significancia de .01. Por lo que se acepta la hipótesis 1 : Existe una correlación significativamente estadística entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez L del MMPI-2, de un grupo de sujetos alcohólicos

La correlación de la escala Fp y las puntuaciones bajas A-Mac es positiva, estadísticamente significativa, con un nivel de significancia de .04. En esta correlación también se acepta la hipótesis 4: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez Fp del MMPI-2, de un grupo de sujetos alcohólicos.

Con respecto a las escalas INVAR e INVER la correlación no es estadísticamente significativa. En este caso se rechazan las hipótesis 5 y 6: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones bajas de la escala A-Mac y la escala de validez INVER; y existe una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes bajos de la escala A-Mac y la escala de validez INVAR del MMPI-2, de un grupo de sujetos alcohólicos.

Sin embargo los puntajes T uniformes de las medias de estas escalas se encuentran en el rango de la normalidad, que indica que los sujetos contestaron de manera consistente a los reactivos del instrumento. También es importante considerar que aún cuando la correlación no es significativa entre la escala INVER y las puntuaciones bajas de la escala A-Mac, la mínima correlación observada es negativa e inversa, mientras las puntuaciones de A-Mac bajan, la puntuación de INVER sube, lo que reflejaría que el sujeto con puntuaciones bajas A-Mac puede contestar indiscriminadamente, dando respuestas de asentimiento.

Los resultados indican que hay una correlación estadísticamente significativa (con un nivel de significancia de .01), entre la escala de RA y los puntajes bajos A-Mac. En esta correlación se acepta la hipótesis 7: Existe una correlación entre los puntajes bajos de la escala A-Mac y la escala RA del MMPI-2, de un grupo de sujetos alcohólicos.

Esto significa que el grupo de alcohólicos con puntuaciones bajas no tiene una buena disposición para el reconocimiento de problemas con el alcohol, y por lo tanto se clasifica como falso-negativo, puntaje A-Mac menor o igual a 23.

La figura B muestra el perfil de las puntuaciones de cada una de las medias de las escalas básicas, suplementarias A-Mac y RA y de validez L, F, K, Fp, INVER e INVAR del grupo puntuaciones bajas A-Mac.

De acuerdo a los puntajes T uniformes de las medias de las escalas de validez y las escalas básicas, a nivel de interpretación podemos observar que los alcohólicos con puntajes bajos en la escala A-Mac:

Desean mostrarse convencionales, son autocríticos, y creen poseer suficientes recursos para el tratamiento

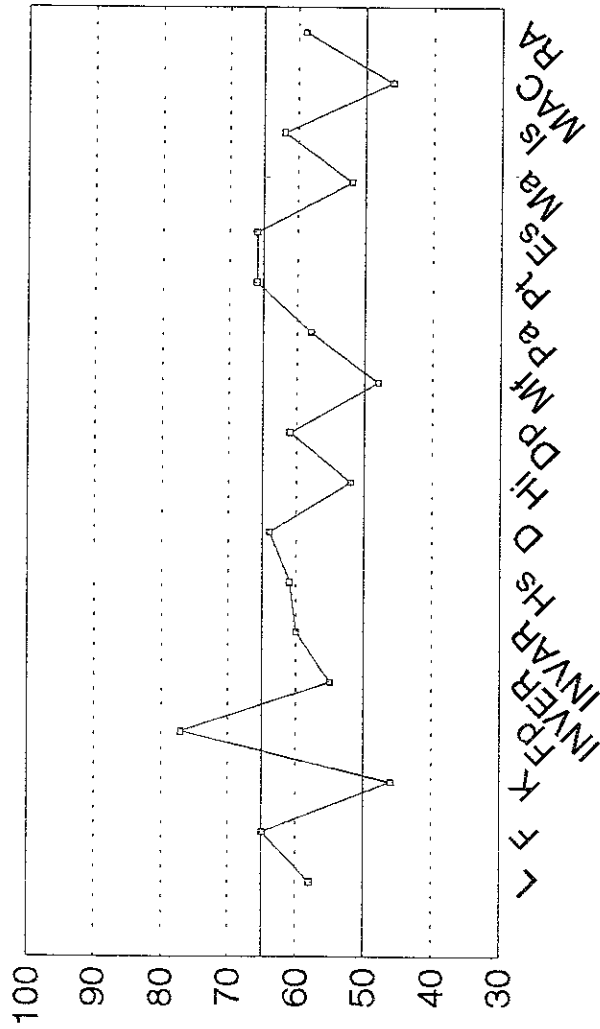
Este grupo de sujetos se caracteriza por ser inseguros, preocupados y aprensivos por lo que pueden sentirse insatisfechos, infelices y manifestar miedo al fracaso, debido a esto pueden utilizar el consumo de alcohol como una forma de reducir o evitar estos problemas.

Socialmente tímidos e inhibidos, reservados incluso torpes en la interacción con otros. Pero también se pueden identificar por ser moralistas y tener un sobrecontrol de sus impulsos.

Estos rasgos son similares a los detectados por O'Neill et al, usando el MMPI original (1983), " En el MMPI, el alcohólico con un bajo puntaje MAC parece ser más defensivo, reprimido, y socialmente inhibido, menos apto para estar conciente de y admitir conflictos psicológicos y dificultades, aún más deprimido y menos enérgico y optimista" Estos descubrimientos son también consistentes con los reportados por Schwartz y Graham (1979)

Es importante señalar que bajas puntuaciones T en la escala A-Mac (≤ 59) en el conocimiento del abuso del alcohol y drogas pueden ser de valiosa información para planear el tratamiento. Esta situación sugiere la posibilidad de que el abuso de sustancias pueda estar basado más en desajustes que en el típico patrón de conducta adictiva (Lucio, 1996)

FIG.B. PERFIL DEL GRUPO DE SUJETOS ALCOHOLICOS CON PUNTUACIONES BAJAS MACANDREW
 ESCALAS BASICAS, SUPLEMENTARIAS AMAC Y RA, Y DE VALIDEZ L,F, K, Fp, INVAR E INVER



—o— BAJOS MAC

Las puntuaciones de la población normativa equivalen a T 50

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos en la investigación se encontró que si existe correlación entre las escalas de validez L, K, Fp y la escala suplementaria RA y el grupo de sujetos alcohólicos con puntuaciones bajas A-MAC. Las correlaciones más significativas, de 01, fueron con las escalas L, K y RA. El resultado obtenido en las correlaciones con las escalas L y K con las puntuaciones bajas A-MAC indica una relación inversa entre estas escalas, es decir se espera que mientras L y K suben, las puntuaciones de la escala A-MAC bajan

En Lucio (1995) se menciona que puntuaciones moderadamente elevadas de la escala L pueden no indicar un enfoque marcadamente defensivo hacia la prueba, sino una visión fuertemente moralista y rígida con represiones marcadas (los sujetos con puntuaciones bajas A-MAC parecen ser moralistas y rígidos, según los perfiles obtenidos). Al ir aumentando las puntuaciones indicaran negación de defectos, el intentar parecer bien adaptado y resistencia a la prueba.

En lo que respecta a la escala K las puntuaciones por arriba de la media pueden reflejar la tendencia a que, de una manera sutil las respuestas se inclinen en el sentido de minimizar la existencia de un control emocional pobre e ineficacia personal (Lucio, 1995), el indicador de ineficacia personal parece consistente con los rasgos de personalidad que reflejan los sujetos con puntuaciones bajas A-MAC de este estudio, ya se muestran más inseguros, indecisos insatisfechos consigo mismos y socialmente pueden ser más retraídos. Las puntuaciones que se eleven arriba de la media en la escala K, reflejaran más una forma sutil de aparentar estar bien y de resistencia a aparecer incompetente, mal adaptado y sin control sobre su propia vida; los sujetos con puntuaciones bajas A-MAC de esta investigación intentan parecer con un buen control de sus impulsos y ser muy moralistas.

La correlación entre la escala RA y las puntuaciones bajas A-MAC indica una relación directa, si A-AMC baja, también baja la puntuación de RA. Recuerdese que bajas puntuaciones en la escala RA no indican ausencia de problemas de alcoholismo y drogadicción, más bien bajas puntuaciones, significan que la persona no reconoce estos problemas (Lucío, 1996). Por lo que el grupo de sujetos alcohólicos con puntuaciones bajas muestra no tener una buena disposición para el reconocimiento de problemas de alcohol, y de acuerdo a McAndrew se clasificaría como un falso- negativo por tener una puntuación A-MAC menor o igual a 23 y en la realidad si tener una adicción al alcohol.

Los resultados obtenidos muestran que para el caso de sujetos alcohólicos con puntuaciones bajas A-MAC las escalas de validez L, K y Fp parecen tener relación y que los indicadores de interpretación de estas escalas ayudarían a entender la actitud del sujeto alcohólico al responder el inventario y el porque obtiene una puntuación baja A-MAC, la cual contraindica su problema de alcoholismo cuando verdaderamente tiene una dependencia al alcohol. Los sujetos con puntuaciones bajas A-MAC intentan mostrarse bien adaptados, niegan sus fallas, son más rígidos, moralistas e intentan mostrar control sobre su vida, pero también muestran ser ineficaces personalmente y no tener una buena disposición para reconocer problemas de alcoholismo y drogadicción.

Es trascendente el considerar la interpretación que nos brindan las puntuaciones de las escalas de validez en cuanto a la interpretación del perfil completo.

Por otro lado aun cuando las puntuaciones T uniformes de las medias de las escalas de validez en el grupo de puntuaciones bajas A-MAC no son elevadas, si existen diferencias en las medias de ambos grupos, principalmente en las escalas de validez F, K, y Fp, lo cual señala la posición diferente que asumieron ante la prueba el grupo de puntuaciones bajas y el grupo de puntuaciones altas A-MAC

En los dos grupos, puntuaciones altas y bajas A-MAC, la escala F aparece más elevada con respecto a la L y la K, pero es importante considerar que en el grupo de sujetos puntuaciones altas A-MAC, la configuración de las escalas de validez (L, F y K) indica que este grupo de alcohólicos si reconoce su problemática por lo que existe la expresión de súplica de ayuda.

Es importante considerar que las diferencias de las medias en las escalas de validez también muestran similitudes con los hallazgos de O'Neill et al, (1983), quienes reportan que los sujetos con una puntuación menor o igual a 23 en A-MAC, puntuaron más alto en las escalas L y K, que los sujetos con una mayor puntuación en A-MAC.

Kemmer, Hoffman y Loper (citados en Navarro y Casanueva, 1982) realizaron un estudio donde se comparó un grupo de alcohólicos y otro de no alcohólicos, y encontraron que entre las escalas más elevadas del grupo de alcohólicos estaba la escala F. Esta situación también se detecta entre ambos grupos puntuaciones altas y bajas A-MAC, de esta investigación.

Otro hallazgo importante es que, de acuerdo a la puntuación T de las medias de las escalas básicas, fue posible detectar una dinámica o un tipo de personalidad diferente en los grupo de sujetos alcohólicos puntuaciones bajas y puntuaciones altas A-MAC. Los sujetos con puntuaciones bajas parecen más aprehensivos, rígidos, moralistas indecisos, inhibidos y deprimidos, y en la interacción con otras personas son introvertidos y tímidos pudiendo parecer torpes socialmente. Mientras que los sujetos alcohólicos con puntuaciones altas A-MAC están más dispuestos a correr riesgos, son impulsivos rebeldes y obstinados, violentos y menos tolerantes al aburrimiento.

Aunque otra consideración importante es que en ambos grupos de alcohólicos (puntuaciones

bajas y puntuaciones altas A-MAC) predominan rasgos similares como el ser inmaduros, irritables, manifestar desaliento, infelicidad, insatisfacción consigo mismos.

Otra conclusión importante es que la escala A-MAC reconoció en 79 de 113 sujetos que contestaron el MMPI-2 su tendencia al alcoholismo, esto es que 79 sujetos tuvieron una puntuación natural A-MAC mayor a 23.

Definitivamente las puntuaciones aisladas de las escalas no son tan útiles como el combinar los elementos de interpretación que brinda cada una, pero si pueden ser valiosos los indicadores que nos dan las escalas de validez de forma individual.

ALCANCES Y LIMITACIONES

La relevancia de esta investigación es que es un estudio exploratorio, que instiga y sirve de base para futuros estudios con la escala A-MAC ahora dentro de la nueva versión del MMPI. Aunado a esto se logra un estudio realizado en México utilizando el MMPI-2 y especialmente la escala A-MAC; mostrándose con esto que es posible hacer investigación aplicada en el área de psicología clínica, de forma objetiva, mediante indicadores cuantitativos y cualitativos (puntuaciones a las respuestas el MMPI-2), que sirven para el diagnóstico, interpretación de los datos obtenidos y para el plan del tratamiento terapéutico

Por tratarse de la nueva versión (MMPI-2) de un instrumento, este estudio se integrará a otros hallazgos, conformando una visión o información más clara y completa del manejo del MMPI-2. Los resultados obtenidos motivan y guían a futuras investigaciones donde la sugerencia puede ser trabajar con grupos de alcohólicos en donde se consideren otras variables, como, tiempo de abuso de alcohol, uso de alcohol y otras sustancias tóxicas, integrar mujeres alcohólicas en los estudios, considerar una muestra más amplia en número, etc.

Otro alcance es el haber podido, pese a las adversidades y/o limitaciones, "abrir puertas" de los diferentes centros de tratamiento para alcohólicos para lograr la aplicación; lo cual resulta ser parte de la experiencia que se adquiere durante la realización de la investigación

Dentro de las limitaciones se discrimina tal vez como la más trascendental, la poca importancia que se le da a la investigación en las instituciones médicas, principalmente a la investigación de otras áreas, en este caso de la psicología. Resulta complejo y difícil el acceso a centros de tratamiento antialcohólico, y esto se refleja en el tiempo tan extenso que se dedicó a la aplicación.

Una situación más en cuanto a limitaciones fue el número de muertes experimentales, situación de la cual no se pudo tener casi ningún control, ya que en instituciones donde los alcohólicos eran internos (pacientes) se les daba de alta sin previo aviso a la que suscribe, siendo imposible rescatar ese caso.

SUGERENCIAS

Como primera sugerencia y necesidad sería sensibilizar a la gente, principalmente a las instituciones, de la importancia de hacer investigación y del apoyo que se requiere no sólo económico sino de acceso a poblaciones clínicas.

Por tratarse esta investigación de un estudio exploratorio la información obtenida es descriptiva y no concluyente, por lo tanto se necesitan más estudios con la escala A-MAC y sujetos alcohólicos, para obtener más información

Para próximas investigaciones se sugiere trabajar con una muestra de mayor número, en donde además se consideren todas las escalas que contiene el MMPI-2. Otra recomendación es que se realice una investigación similar pero con la versión final del MMPI-2 para la Población Mexicana, ya que aun se le continúan haciendo modificaciones a la versión que se aplicó a la muestra que conforma este estudio

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allen, J.P; Faden, V, y Rawlings, R. (1990). Subtypes of substance abusers. Personality differences associated with MacAndrew scores. Psychological Reports, 66, 691-698
- Allport, W. G. (1961) Psicología de la Personalidad. Ed. Paidó, Buenos Aires.
- Allport, G. W. (1974) Psicología de la Personalidad. Ed. Paidós, Buenos Aires
- Allport, G. W. (1977). La personalidad, su configuración y desarrollo; Ed. Herder, Barcelona.
- American Psychiatric Association. (1988). DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Ampudia, R.A. (1994). El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anastasi, A.. (1967). Los test psicológicos. Ed. Aguilar, México
- Aranda, C. (1974). Investigación de la escala de alcoholismo en el MMPI. Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México.
- Batalla, M. (1982). Desarrollo de la escala adicional de alcoholismo en el Inventario Multifásico de la Personalidad. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ben - Porath, Y.S; Hostetler, K, Butcher, J N , y Graham, J R. (1989) "New subscales for the MMPI-2, Social introversion (Se) Scale". Paper given at the Society of Personality Psicolological Assessment: Meetings. New York.

Butcher, J. N; y Tellegen, A. (1966). Objections to MMPI items Journal of Consulting Psychology. 30, 527-534.

Butcher, J.N. (1972). Objctive personality assessment: Changing perspectives Academic Press. New York, E.U.A.

Butcher, J.N; Dahlstrom, W Graham J; Tellegan, A y Kraemmer, B (1989) MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Manual for administration and scoring. Minneapolis University of Minnesota press.

Butcher, J.N; Graham, J.R; Williams, C L y Ben-Porath, Y S. (1989) "Development and use of the MMPI-2 content scales". Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A

Butcher, J N. y Tellegen, A (1966). "Objetions to MMPI short forms. Journal of Consulting and Clinical Psychology . (53): 803-815

Butcher, J N. y Owen, P. (1978). Survey of Personality Inventories. Recent research developments and contemporary issues In B. Wolman (Ed). Handbook of clinical diagnosis. New York Plenum.

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

Casanueva, A. (1981), Características de personalidad y sintomatología en grupos de alcohólicos hospitalizados, según el MMPI. Universidad Iberoamericana, 236-246

Castrejón, R. P y Salas, M. (1984). Actitud Social hacia el alcoholismo y los alcohólicos. Estudio exploratorio. Tesis de licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México.

Catell, R. B. (1965). The Scientific Analysis of Personality. Baltimore, Penguin Books.

Cernovsky, Z Z (1987). A failure to detect Mac's false negatives in female alcohol and drug addicts. Addictive Behaviors, 12, 367-369

Ciancio, C; Saltstone, R. y Fraboni, M. (1990). Tavern patrons and the McAndrew Alcoholism Scale: Self-reported drinking behavior in relation to the MMPI L and K Scales. Journal of Clinical Psychology. 46(5), 687-691.

Colligan, R y Offord, K, (1987) The MacAndrew alcoholism scale applied to a contemporary normative sample. Journal of clinical Psychology. 43,291-293.

Cueli, J. y Reidí, L. (1972). Teorías de la personalidad. Ed. Trillas. México

Drake, L.E; (1946). "A social I.E . scale for the MMPI". Journal of Applied Psychology. (30): 51-54

Drake, L.E y Thiede, W.B. (1948) .Further validation of the social I.E scale for the MMPI. Journal of Education Research. 41, 551-556.

Duran. P.C. (1996). Análisis factorial de las escalas básicas del MMPI-2 Español en México. Tesis de maestría en psicología clínica. México UNAM:

Evans, R. (1984). MMPI dependency scale norms for alcoholics and psychiatric inpatients. Journal of clinical psychology. 40, 345-346

Eysenk, H. S. y Eysenk, S.B. (1961). A Factorial Study of Psychoticism as a Dimension of Personality, Multivar. Behav. Res Clinical Psychology

Fort, J. (1974). Alcohol nuestro máximo problema en drogas. Ed. Extemporáneos, México

Gallegos, M. Ma. L. (1996). Características de Personalidad de un grupo de personas que padecen neurodermatitis. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gough, H. G; McClosky, H; y Meehl, P. E. (1951). "A personality scale for dominance". Journal of Abnormal and Social Psychology. (46). 360-366

Graham, J.R. (1990). MMPI-2 Assessing Personality and psychology. New York: Oxford prd Universiy press.

Greene, R. (1994). Relationships among MMPI codetype, gender, and setting and the MacAndrew alcoholism scale. Psychological Assessment. 1, 39-46

Guilford, J. P. y Zimmerman, W. S. (1974). Fourteen Dimension of temperament; Psychol. Monogr Hall c. S, y Lindsey

Hathaway, S P y Mckinley, J. C. (1940). "A multiphasic personality schule (Minnesota): I Construction of the schule" Journal of psychology, (13): 73-84.

Hathaway, S. R. (1965). Personalitty inventories In B B. Wolman.(Ed). Handbook of clinical psychology . New York MacGraw-Hill

Hernández R.(1993) Pautas de interacción familiar en adultos jovenes provenientes de familias con uno o dos padres alcoholicos: estudio Exploratorio. Tesis de Licenciatura.Universidad Nacional Autónoma de México.

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). Psicología clínica Perspectivas científicas y profesionales. Ed. Limusa México

Kerlinger, N. F. (1988). Investigación del comportamiento Ed. McGraw-Hill. México

Lucio, G. M. y Reyes-Lagunes, I. (1992) "Estandarización y Normalización del MMPI-2 al español en un grupo de estudiantes universitarios". Fac de Psicología, UNAM.

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

Lucio, G. M. y Reyes- Lagunes, I. (1995). Cuadernillo de aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Adaptación al español de la versión elaborada por Butcher, J.N , Graham, J. R, Tellegen, A, y Kremmer, B. Ed. Manual Moderno

Lucio, E. (1995). Manual para la administración y calificación del MMPI-2. Versión en Español. Ed Manual Moderno, México

Luna, I.A. (1987). Revisión del contenido de las publicaciones nacionales sobre alcoholismo en el desarrollo de la Psicología clínica. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autonoma de México

Madden, J.S. (1986). Alcoholismo y Farmacodependencia. Ed. El Manual Moderno. México.

Marconi, J (1965). El concepto de enfermedad en alcoholismo. Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina. 11 (4), 330-338

Medina M.(1987) El consumo del alcohol en México y sus problemas asociados. Salud Mental 10,4

Medina M.(1991) Los patrones de consumo de alcohol y los sintomas de dependencia en la población urbana de la republica mexicana. Anales del Instituto mexicano de psiquiatria.

Meehl, P.E; Hathaway, S. R y Meehl, P E. (1948). "The MMPI VI The K scale" Journal of Consulting Psychology. (12): 20-31.

Mischel, W (1988). Teorías de la Personalidad. México, McGrawi- Hill

Munley, P. H. y Zaraztonello, M. M. (1989). "A comparison of MMPI profile a cross standard and contemporary norms". Journal of Clinical psychology. 46 (6). 229-239

Núñez, R. (1979). Aplicación del MMPI a la psicopatología. Ed. Manual Moderno. México

O'Neill, P. M; Giacinto, J. P; Waid, L. R., Roitzsch, J.C; Miller, W. C y Kilpatrick, D. G. (1983). Behavioral, psychological, and historical correlates of MacAndrew Scale scores among male alcoholics. Journal of Behavioral Assessment. 5 (4), 261-273.

Organización Mundial de la Salud. (1979). Cómite de expertos en problemas relacionados al consumo de alcohol. Ginebra. Moser, J Problemas relacionados con el consumo de alcohol y estrategias preventivas.

Paez, R. (1995). Las escalas de contenido del MMPI-2 en estudiantes universitarios". Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México

Palacios, V. M. H. (1994). Análisis de la capacidad de discriminativa del MMPI-2: comparación de perfiles psiquiátricos y estudiantes universitarios. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Pérez y Farias, J.M. (1995). Un estudio de confiabilidad en un grupo de estudiantes universitarios. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México

Pfost, K. S; Kuncze, J.T. y Stevens, M. J. (1984). The relationship of MacAndrew Alcoholism Scale scores to MMPI profile type and degree af elevation Journal of Clinical Psychology. 40(3), 852-855.

Rivera, J O. (1991). Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. Ed. El Manual Moderno, México.

Rosovsky, T. (1982). Problemas relacionados con el consumo de alcohol en México, consideraciones metodológicas en su estudio y algunos resultados. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Svanum, S. (1992) Alcoholic subtypes and MacAndrew Alcoholism Scale. Journal of Personality assessment, 58, 411-422

Tellegen, A (1982). Brief manual for the differential personality questionnaire. Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.

Tellegen, A (1988 b). "Derivation of uniform T score for the reestandarized MMPI. In R D. Fowier (chair), Revision and reestandarization of the MMPI. Rationale, normative sample, new norms, and initial validation". Symposium conducted at the 96 Annual Convention of the American Psychological Association, Atlanta, Georgia, E.U A

Tyler, L.E. (1975). Psicología de las diferencias humanas Ed Marova; Madrid, España.

Valencia, G R. (1996). Detección de perfiles de sujetos simuladores y sujetos honestos a través de las escalas del MMPI-2 Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México

Velasco, F. R.(1992) Esa Enfermedad llamada alcoholismo.Ed. Trillas México

Venn, J. (1988). MMPI profiles of native-mexican, and caucasian-american male alcoholics Psychological Reports. 62, 427-432.

Villamil, P. y Sotomayor, G. (1980). El alcoholismo en el DF: un enfoque socio-ecológico. Ciudad Universitaria, Departamento de Publicaciones ENEP Acatlán.

Weed, N; Butcher, J, Mckenna, T; Ben- Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and drug with the MMPI-2. the APS and AAS. Journal of Personality Assessment 58, 389-404.

Wolff, W.Ch (1970). Introducción a la Psicología. México, Fondo de Cultura Económica

Wolman, B (1968). Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Barcelona, España