

01985

2
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DIAGNOSTICO
DIFERENCIAL DE UNA MUESTRA DE SUJETOS
ALCOHOLICOS DE LA POBLACION MEXICANA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA IVONNE LEON GUZMAN

DIRECTORA DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

COMITE DE TESIS:

DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA
DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA
DRA. FATIMA FLORES PALACIOS
DRA. ERZSEBET MAROSI HOLCSBERGER

SUPLENTES:

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

273072

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo se realizó gracias al apoyo del Proyecto DGAPA ES301397

FE DE ERRATAS

En la página 78, en el primer párrafo dice "... se observa una elevación mayor en las escalas L, Hs, D, Dp, Pa, Pt, Ma e Is en el grupo de sujetos alcohólicos."

Debe decir: "... se observa una elevación mayor en las escalas L, Hs, D, Dp, Pa, Pt, Es, Ma e Is en el grupo de sujetos alcohólicos."

La gráfica 1 tiene un error en la elevación de la escala 8 Es, por lo que se anexa la gráfica corregida.

PAGINACION

DISCONTINUA.

A mis padres Socorro y Edmundo
por todo el amor que me han brindado
y por confiar en mí.

A mis hermanos José Alberto, Julio César y Edgar Omar
por todo lo que han significado en mi vida
por su amor y confianza en mí.

A tí Humberto,
por ser más que un compañero
por tu amor, apoyo, confianza
por la construcción de nuestra vida,
por todo

A mi hermosa Fátima
porque has venido a completar
mi vida y eres el motivo para
seguir creciendo

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Emilia Lucio, por toda la confianza que me ha brindado desde que formo parte de su equipo de trabajo, así como sus enseñanzas, su interés en mi trabajo y todas las horas invertidas en mí, además de su amistad.

A la Dra. Ma. Elena Medina Mora, por su paciencia, disposición y todas sus enseñanzas, porque siempre que acudí a ella estuvo dispuesta a guiarme y mostrar mis aciertos y errores, y por estar conmigo desde los inicios de este trabajo.

A las Dras. Graciela Rodríguez, Fátima Flores y Erzsebet Marosi por su disposición, recomendaciones y sugerencias para hacer un trabajo digno, completo y profesional.

A los Dres. José de Jesús González Núñez y Luisa Rossi Hernández, por formar parte del comité, su disposición y comentarios acertados.

Al Dr. Salvador González Gutiérrez, Director de la Clínica San Rafael, por el apoyo brindado para la obtención de la muestra.

Al Dr. Luis Solís Rojas, Jefe del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, por todo el apoyo brindado, el interés por la investigación y su amistad, y porque gracias a su colaboración y paciencia se obtuvo una gran parte de la muestra. Al psicólogo Guillermo Ruiz por apoyar en la obtención de la muestra, su compañía y amistad en el proceso. Al Dr. Reynaldo Díaz, por su colaboración en la obtención de la muestra y su amistad.

Al Mtro. Fernando Vázquez Pineda por su amistad, interés y apoyo para comprender la teoría de la Detección de Señales

A la Dra. Amada Ampudia Rueda, por su amistad, apoyo y colaboración durante todo el proceso de formación, desde la maestría.

A la Mtra. Consuelo Durán Patiño por todos los momentos compartidos, amistad, apoyo y colaboración en la elaboración de este trabajo de investigación.

A la Lic. Verónica Roldán por colaborar en la obtención de la muestra.

A todos los pacientes alcohólicos que colaboraron en este trabajo, por su disposición y por todo lo que me enseñaron. A todos los grupos de AA que se mostraron dispuestos a colaborar con la investigación.

INDICE

	Página
Introducción	I
Capítulo 1. Alcoholismo	1
Capítulo 2. Personalidad. Teoría de los Rasgos	27
Capítulo 3. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)	32
Capítulo 4. Personalidad de sujetos alcohólicos medida mediante MMPI	48
Capítulo 5. Metodología	64
Capítulo 6. Resultados	75
Capítulo 7. Discusión	150
Capítulo 8. Conclusiones. Limitaciones y Sugerencias	162
Referencias	167
Apéndice A. Tablas de frecuencias de respuesta a los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2, obtenidas de dos muestras: alcohólicos y voluntarios.	176
Apéndice B. Dos Estudios de Caso. Paciente Bajo MacAndrew y Paciente Alto MacAndrew	184

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución de la variable edad para las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios	75
Tabla 2. Distribución de la variable estado civil para las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios	76
Tabla 3. Distribución de la variable escolaridad para las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios	76
Tabla 4. Puntuación de la media y la desviación estándar para las escalas de validez y clínicas de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos	78
Tabla 5. Puntuación de la media y la desviación estándar para las escalas de contenido de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos y sujetos voluntarios	79
Tabla 6. Puntuación de la media y la desviación estándar para las escalas suplementarias de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos	80
Tabla 7. Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) para las escalas de validez y clínicas de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos.	82
Tabla 8. Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) para las escalas de contenido de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos.	83
Tabla 9. Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) para las escalas suplementarias de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos.	84
Tabla 10. Reactivos de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (G.A.) y de una muestra de 860 sujetos voluntarios (G.V.)	86

Tabla 11. Reactivos de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (G.A.) y de una muestra de 860 sujetos voluntarios (G.V.)	89
Tabla 12. Reactivos de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (G.A.) y de una muestra de 860 sujetos voluntarios (G.V.)	91
Tabla 13. Reactivos de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (Mex.) y de una muestra de 832 sujetos estadounidenses con diagnóstico de abuso de sustancias (tomada de Weed et al., 1992) (Nor.)	92
Tabla 14. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas del MMPI-2, de validez y clínicas, obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.	94
Tabla 15. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas de contenido del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.	95
Tabla 16. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas suplementarias del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.	96
Tabla 17. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas y de contenido del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.	97
Tabla 18. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas y suplementarias del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.	98
Tabla 19. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.	99
Tabla 20. Análisis Factorial de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC). 49 Reactivos. Sujetos Alcohólicos	103
Tabla 21. Análisis Factorial de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA). 39 Reactivos. Sujetos Alcohólicos	106

Tabla 22. Análisis Factorial de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA). 13 Reactivos. Sujetos Alcohólicos	108
Tabla 23. Análisis Factorial de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC). 49 Reactivos. Sujetos Voluntarios	109
Tabla 24. Análisis Factorial de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA). 39 Reactivos. Sujetos Voluntarios	112
Tabla 25. Análisis Factorial de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA). 13 Reactivos. Sujetos Voluntarios	115
Tabla 26. Análisis Factorial de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA). 13 Reactivos. Sujetos Alcohólicos	116
Tabla 27. Análisis Factorial de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA). 13 Reactivos. Sujetos Voluntarios	117
Tabla 28. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Voluntarios Mexicanos.	118
Tabla 29. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Abusadores de Sustancias Estadounidenses.	119
Tabla 30. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Voluntarios Mexicanos.	120
Tabla 31. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Abusadores de Sustancias Estadounidenses.	121
Tabla 32. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Voluntarios Mexicanos.	122
Tabla 33. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Abusadores de Sustancias Estadounidenses.	122

Tabla 34. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Básicas del MMPI-2 para los grupos de sujetos Alcohólicos y Voluntarios	123
Tabla 35. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas de Contenido del MMPI-2 para los grupos de sujetos Alcohólicos y Voluntarios	124
Tabla 36. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Suplementarias del MMPI-2 para los grupos de sujetos Alcohólicos y Voluntarios	125
Tabla 37. Puntos de corte, Sensibilidad, Especificidad, Proporción de Hits y Poderes Predictivos Positivo y Negativo de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew	126
Tabla 38. Puntos de corte, Sensibilidad, Especificidad, Proporción de Hits y Poderes Predictivos Positivo y Negativo de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones	127
Tabla 39. Puntos de corte, Sensibilidad, Especificidad, Proporción de Hits y Poderes Predictivos Positivo y Negativo de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones	128
Tabla 40. Ocupación de los sujetos Bajos MacAndrew y Altos MacAndrew	129
Tabla 41. Ingreso Mensual de los tipos de alcohólicos	129
Tabla 42. Persona (s) que contribuye (n) al ingreso mensual	129
Tabla 43. Frecuencia y Porcentaje de asistencia a los centros de tratamiento por tipo de alcohólico	130
Tabla 44. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Básicas del MMPI-2 para los grupos con puntuaciones altas y bajas en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew	131
Tabla 45. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas de Contenido del MMPI-2 para los grupos con puntuaciones altas y bajas en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew	132
Tabla 46. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Suplementarias del MMPI-2 para los grupos con puntuaciones altas y bajas en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew	133

Tabla 47. Estimaciones de la prueba chi cuadrada entre las variables del cuestionario de alcohol, para los grupos de alcohólicos con puntuaciones altas y bajas en la escala de Alcoholismo de MacAndrew	134
Tabla 48. Porcentaje de respuestas de los dos tipos de sujetos alcohólicos, sobre el consumo de otras sustancias y conductas antisociales tempranas (antes de los 15 años de edad).	135
Tabla 49. Diferencias estadísticamente significativas de los porcentajes de respuesta y Chi cuadrada de los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2 de los dos tipos de alcohólicos encontrados.	139
Tabla 50. Diferencias no significativas estadísticamente de los porcentajes de respuesta y Chi cuadrada de los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2 de los dos tipos de alcohólicos encontrados.	141
Tabla 51. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Básicas del MMPI-2 para el grupo de Bajos MacAndrew	144
Tabla 52. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Básicas del MMPI-2 para el grupo de Altos MacAndrew	145
Tabla 53. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas de Contenido del MMPI-2 para el grupo de Bajos MacAndrew	146
Tabla 54. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas de contenido del MMPI-2 para el grupo de Altos MacAndrew	147
Tabla 55. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Suplementarias del MMPI-2 para el grupo de Bajos MacAndrew	148
Tabla 56. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Suplementarias del MMPI-2 para el grupo de Altos MacAndrew	149

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar los factores que permiten la elaboración del diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos en la población mexicana; partiendo de la hipótesis de que existen diversos tipos de alcohólicos, cuyas características individuales requieren de un tratamiento específico. Este estudio resulta original debido a que identifica los factores que contribuyen a la diferenciación diagnóstica de tipos de alcohólicos mexicanos, considerando los patrones de consumo, dependencia de otras sustancias, conductas antisociales tempranas, características de personalidad y variables sociodemográficas que presentan cada tipo de alcohólicos, con base en el estudio reportado por Babor, Hofmann, DelBoca, Hesselbrock, Meyer, Dolinsky y Rounsaville 1992.

El tipo de estudio es descriptivo, ex post-facto, transversal, cuyo diseño es de dos grupos relacionados de 136 hombres: sujetos adultos alcohólicos y sujetos adultos no alcohólicos. La técnica de muestreo fue de tipo no probabilístico e intencional. Los instrumentos utilizados son el MMPI-2 (versión en español Lucio, 1995) y un cuestionario que evalúa patrones de consumo, adicciones a otras sustancias y conductas antisociales tempranas.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron, medidas de tendencia central y dispersión; análisis de frecuencia de los reactivos, Alfa de Cronbach, Correlación producto-momento de Pearson, Análisis Factorial, Análisis de Varianza Multivariado, Curvas Características de Operación del Receptor, Coeficiente de Correlación r de Spearman y Prueba χ^2 cuadrada.

De acuerdo con los resultados del estudio, se puede afirmar, que el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) permite la evaluación de los rasgos de personalidad de sujetos alcohólicos de nuestra población, ya que tiene una adecuada validez y consistencia interna, además de que distingue a dos muestras diferentes (alcohólicos y no alcohólicos). Por otro lado, es posible elaborar un diagnóstico diferencial preciso de sujetos alcohólicos, utilizando el MMPI-2. Asimismo, el MMPI-2 demostró tener validez y confiabilidad en estudios transculturales, así como la generalización de los resultados en muestras con características similares.

ABSTRACT

The objective in this paper is to identify the factors that permit to make a differential diagnostic in alcoholics subjects in Mexican population, beginning with the hypothesis that there are different types of alcoholics, whose individual characteristics require a specific treatment. This paper is original because it identifies the factors that help to the diagnostic differentiation from types of Mexican alcoholics, considering the drinking patterns, another drug dependence, early antisocial behavior, personality characteristics and sociodemographic variables that show each type of alcoholics, based in the study from Babor, Hofmann, DeBoca, Hesselbrock, Meyer, Dolinsky & Rounsaville, 1992.

The study is descriptive, ex post-fact, transversal, whose research design is of two related groups from 136 male adult subjects: alcoholics and non-alcoholics. The sampling technique was non-probabilistic and intentional kind. The instruments were the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2; Spanish version from Lucio, 1995) and a questionnaire that assess drinking pattern, other addictions and early antisocial behavior.

The statistical tests used were central and dispersion tendency measure, item's frequency analysis, Cronbach's Alpha coefficient, Pearson's product-moment correlation, Factor Analysis, Multivariate Analysis of Variance, Receiver Operating Characteristic curves, Spearman's coefficient correlation and chi-square test.

In accordance with the results of this study, the MMPI-2 permits the evaluation of personality traits of alcoholics subjects in our population, because it has an adequate validity and internal consistency, and distinguished between two different samples (alcoholics and non-alcoholics). In another way, it's possible to make a precise differential diagnostic of alcoholic people using the MMPI-2. Also, the MMPI-2 prove its validity and reliability in cross-cultural research, as soon as the generalization of the results in samples with similar characteristics.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales y más perjudiciales problemas de salud en México es el de las adicciones. Debido a este hecho, se han llevado a cabo muchos estudios desde diferentes perspectivas, entre las que se encuentran la epidemiológica, la social y la psicológica, cuya finalidad ha sido conocer sus causas y consecuencias, los factores que permiten la alta incidencia del mismo y que lo mantienen, así como los rasgos de personalidad de los sujetos alcohólicos.

El presente estudio tiene como objetivo principal identificar los factores que permiten la elaboración del diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos en la población mexicana; partiendo de la hipótesis de que existen diversos tipos de alcohólicos, cuyas características individuales requieren de un tratamiento específico. Para lograr dicho objetivo, en esta investigación se consideró la interrelación de factores epidemiológicos, psicológicos y sociales que influyen en el surgimiento y desarrollo del problema.

Este estudio resulta original debido a que identifica los factores que contribuyen a la diferenciación diagnóstica de tipos de alcohólicos mexicanos, considerando los patrones de consumo, dependencia de otras sustancias, conductas antisociales tempranas, características de personalidad y variables sociodemográficas que presentan cada tipo de alcohólicos. De acuerdo con los estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica (Cloninger, citado en NIAAA, 1992; Babor et al., 1992) se han encontrado tipos diferentes de alcohólicos, que presentan respuestas diferenciales al tratamiento debido a sus características individuales.

Por otro lado, en la práctica clínica en México, no ha habido suficiente interés en el diagnóstico y evaluación clínica que permitan la conformación de un perfil de personalidad detallado de las personas que padecen de una adicción, como es el alcoholismo.

En nuestro país, un número reducido de investigaciones realizadas, utilizan diversos instrumentos de personalidad para el diagnóstico de los sujetos alcohólicos, entre ellos se encuentra el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI, Hathaway y McKinley, 1942), que ha sido revisado y reestandarizado, en 1982, en la Universidad de Minnesota, por Beverly Kaemmer, James N. Butcher, Grant Dahlstrom, John R. Graham y Auke Tellegen, surgiendo del proceso la nueva versión: MMPI-2 (Butcher, 1992), publicado en 1989.

El instrumento está conformado por tres series de escalas, el primer grupo, las escalas básicas, incluye 3 escalas de validez y 10 clínicas (escalas del MMPI original), el segundo está formado por 15 escalas de contenido, mientras que el último, escalas suplementarias, engloba a 15 escalas, entre las que se encuentran la escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC, MacAndrew, 1965), la escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA) y la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) (Weed et al., 1992; Svanum, et al., 1994).

Esta nueva versión del inventario ha sido adaptada para la población mexicana por Lucio y Reyes-Lagunes (1994), en estudiantes universitarios mexicanos, concluyendo que el MMPI-2 es más adecuado que el MMPI original en la evaluación de la personalidad de la población mexicana, pues los perfiles tienden marcadamente a la normalidad. Asimismo, se ha adaptado a la población general, para la cual se obtuvieron las normas (Lucio, Ampudia, Durán y León, 1998) Hasta el momento se han realizado diversas investigaciones con el MMPI-2 en México, para evaluar la confiabilidad y validez de las escalas del inventario en diversas poblaciones: estudiantes, pacientes psiquiátricos, en la selección de personal, personas de la tercera edad, etc (Lucio, Reyes y Scott, 1994; Lucio y Palacios, 1994; Ampudia, Durán y Lucio, 1995; Lucio y Reyes, 1996; Lucio, 1997; Lucio, Pérez y Ampudia, 1997; Lucio y Valencia, 1997). Sin embargo, aún no existen estudios que utilicen la nueva versión del MMPI-2 para los sujetos alcohólicos de la población mexicana.

Los objetivos paralelos son, por un lado, evaluar la confiabilidad y validez del MMPI-2 en una muestra de sujetos alcohólicos de la población mexicana, comparando dicha muestra con un grupo control de sujetos voluntarios. Por otro lado, se encuentra el objetivo de conocer las características de personalidad de los sujetos de ambas muestras, de acuerdo con el perfil de cada grupo de escalas del inventario; así como determinar el grado con el cual las escalas de adicciones: de Alcoholismo de MacAndrew (MAC-R), de Predisposición a problemas con las adicciones (PPA) y de Reconocimiento de las Adicciones (RA), en particular, y el MMPI-2, en general, proporcionan la información necesaria para elaborar un diagnóstico de factores de personalidad más preciso, además de suministrar datos adicionales sobre los indicadores positivos y negativos que influyen en el proceso de tratamiento de pacientes alcohólicos.

Otro objetivo es determinar si el MMPI-2 permite identificar tipos diferentes de alcohólicos, cuyas características de personalidad hacen necesaria la planeación de un tratamiento específico para

cada tipo encontrado. De acuerdo con estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, existen diversas clasificaciones de los patrones de consumo de alcohol, siendo la más conocida y utilizada la propuesta por Jellinek, que define a los alcohólicos en cuatro tipos (Alfa, Beta, Gamma, Delta y Epsilon), basándose en cuatro aspectos básicos: dependencia psicológica contra dependencia fisiológica, inhabilidad para abstenerse del consumo contra pérdida del control sobre el consumo, consumo diario contra el episódico y salud física contra enfermedad. De este modelo se derivan otros como el "híbrido" de Morey y Skinner (1986, citado en Babor, Hofmann, DelBoca y cols., 1992) el de "desarrollo mental" de Zucker (1987, citado en Babor, Hofmann, DelBoca y cols., 1992) el de "aprendizaje neurobiológico" de Cloninger (1987, citado en NIAAA, 1992, y en Babor et al., 1992), así como el estudio realizado por Babor y cols. (1992) en el cual encuentran dos tipos de acuerdo con cuatro características básicas (elementos etiológicos, inicio y curso, síntomas presentes y patrones de consumo); esta última tipología sirve de modelo en el presente trabajo

Para evaluar los aspectos de patrones de consumo, adicciones a otras sustancias y conductas antisociales tempranas, se elaboró un cuestionario, adaptado de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora et al., 1991, citado en Medina-Mora, 1994; Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 1994) y de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI, Cotler et al., 1990). Dicho instrumento permite realizar el diagnóstico de dependencia o abuso al alcohol, pues proporciona información sobre la duración, tiempo, cantidad de ingestión de bebidas alcohólicas y severidad de la dependencia; adicionalmente, se indaga sobre aspectos sociodemográficos, dependencia o abuso de otras sustancias y conductas antisociales tempranas.

Por otro lado, es importante destacar que no existe un instrumento de medición psicológica, validado para nuestra población, que auxilie tanto en la elaboración del diagnóstico preciso de la personalidad de sujetos alcohólicos, como en el reconocimiento de los indicadores que contribuyen o frenan el proceso del tratamiento, al mismo tiempo que detecte otros factores de personalidad específicos que identifiquen tipos de alcohólicos diferentes, para quienes es necesario un tratamiento particular.

Este estudio es de tipo descriptivo, ex post-facto, transversal, cuyo diseño es de dos grupos relacionados: 136 sujetos alcohólicos adultos y el grupo control de 136 sujetos adultos no alcohólicos, todos de sexo masculino. La técnica de muestreo que se utilizó fue de tipo no

probabilístico e intencional, dado que el acceso a los centros de tratamiento para sujetos alcohólicos fue restringido y no todos los pacientes estuvieron de acuerdo en participar en la investigación; además la asignación de los sujetos al grupo control estuvo determinada por las variables que se aparearon como la edad, nivel de estudios y estado civil. Para determinar los criterios de inclusión a las muestras se consideraron los indicadores de validez del MMPI-2, específicamente las escalas F, Fp, INVAR e INVER, así como el porcentaje de respuestas en Verdadero o Falso; los criterios se especifican en el capítulo de metodología.

Los lugares que permitieron el acceso para la obtención del grupo de sujetos alcohólicos fueron: el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Clínica San Rafael, la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación (AMAR) y los grupos de Alcohólicos Anónimos Oceanía 2, San Felipe de Jesús, Zaragoza, Polanco (Cruz Roja), Caracol y Plaza Aragón. Es importante destacar que se entregaron las interpretaciones de los perfiles del MMPI-2, de cada paciente entrevistado, en el CAAF y en la Clínica San Rafael (también se entregaron los casos que no fueron incluidos en la muestra); dichas interpretaciones fueron adicionadas a los expedientes y resultaron de gran ayuda a los terapeutas en la evaluación de cada caso. En relación a las personas de los grupos de Alcohólicos Anónimos, se entregaron algunas interpretaciones a las personas interesadas, considerando la utilidad de las mismas para que los alcohólicos llevaran a cabo su "cuarto paso", que se refiere a realizar "un minucioso inventario moral" de sí mismos; dichas interpretaciones fueron cuidadosamente elaboradas para evitar el manejo inadecuado de las mismas.

Los resultados de los análisis estadísticos indican la existencia de diferencias en todas las escalas del MMPI-2, particularmente en las escalas de adicciones MAC-R, PPA y RA, entre el grupo de sujetos normales y el grupo de pacientes alcohólicos, de este modo estas escalas discriminan a un grupo del otro. Adicionalmente a estos resultados, el análisis de discriminación de los reactivos de las escalas de adicciones, muestra diferencias significativas entre los sujetos de ambos grupos.

Por otro lado, el Alfa de Cronbach indica que las escalas del inventario tienen una elevada consistencia interna, observada en ambos grupos, dicha consistencia va de moderada a elevada. Asimismo, se obtuvieron los coeficientes de correlación r de Pearson para determinar la relación

existente entre las escalas del MMPI-2; todos los coeficientes obtenidos son significativos al nivel de probabilidad de .001; no obstante varían de menor a mayor correlación.

Con respecto al análisis factorial, los resultados son similares a los encontrados en otros estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, observándose la formación del mismo número de factores para las escalas MAC-R y PPA, mientras que en la escala RA, se conformaron cuatro factores cuando no se indicó el número de ellos. Este análisis se realizó para las dos muestras; al comparar estos resultados con los obtenidos en Estados Unidos de Norteamérica, se observó mayor similitud entre la muestra de alcohólicos mexicanos y la muestra de sujetos abusadores de sustancias estadounidenses, que entre las muestras de mexicanos (voluntarios y alcohólicos).

Por otro lado, se realizó el análisis de varianza multivariado (MANOVA) entre los dos grupos: alcohólicos y voluntarios, para los tres grupos de escalas del MMPI-2; los resultados indican diferencias significativas en todas las escalas básicas, de Contenido y Suplementarias, con excepción de las escalas Hs y Hi. Es importante resaltar que con respecto a las escalas de adicciones, se observan las mayores diferencias entre los grupos, que representan los resultados esperados.

Asimismo, se realizó un análisis estadístico basado en la teoría de la Detección de Señales (Swets, 1988; Macmillan y Creelman, 1991; Egan, 1975; Berry, 1996), para obtener el punto de corte más idóneo para las escalas de Alcoholismo de MacAndrew, de Predisposición a Problemas con las Adicciones y de Reconocimiento de las Adicciones, utilizando las Curvas Características de Operación del Receptor (ROC). Dicha teoría permite identificar a los verdaderos positivos de los falsos positivos, es decir, proporciona "una medida de exactitud diagnóstica precisa y válida" (Swets, 1988) que colabora en la identificación de los diagnósticos correctos ("verdaderos positivos" y "verdaderos negativos") e incorrectos ("falsos positivos" y "falsos positivos"), utilizando un punto de corte adecuado para determinar la sensibilidad y la especificidad de la medida diagnóstica, en este caso de las escalas de adicciones del MMPI-2. Los resultados indican que para determinar la mejor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de sujetos que presentan problemas de alcoholismo, los puntos de corte más idóneos para las escalas de adicciones son: 24 para la escala de Alcoholismo de MacAndrew, 22 para la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones, y 4 para la escala de Reconocimiento de las Adicciones.

Adicionalmente, se realizó un MANOVA para determinar diferencias entre los sujetos alcohólicos que obtuvieron una puntuación igual o mayor al punto de corte de 24 en la escala de Alcoholismo de MacAndrew, y aquellos sujetos alcohólicos que obtuvieron una puntuación menor a dicho punto de corte; este análisis tuvo como finalidad determinar si existen características de personalidad que permitan diferenciar a dos tipos de alcohólicos en nuestra población, comparando tales resultados con los obtenidos por Babor y cols. (1994). Los resultados obtenidos indican diferencias significativas en las escalas del MMPI-2; evidentemente, dichas diferencias son las esperadas, principalmente, en las escalas de adicciones.

Por otra parte, se realizó el análisis de las respuestas al cuestionario de alcohol, utilizando la prueba chi cuadrada para evaluar las diferencias entre los grupos de alcohólicos con puntuaciones altas y bajas en la escala de alcoholismo de MacAndrew, para lo cual se calificaron las variables por subescalas de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV para abuso y dependencia al alcohol; los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en siete síntomas que conforman dichos criterios diagnósticos.

En conclusión, podemos afirmar, por un lado, que el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) permite la evaluación de los rasgos de personalidad de sujetos alcohólicos de nuestra población, ya que tiene una adecuada validez y consistencia interna, además de que discrimina entre dos muestras diferentes (alcohólicos y no alcohólicos). Por otro lado, es posible elaborar un diagnóstico diferencial preciso de sujetos alcohólicos, utilizando el MMPI-2. Asimismo, es posible la planeación de un tratamiento específico de acuerdo al tipo de alcohólico y de los indicadores que contribuyen o frenan el proceso de tratamiento, detectados mediante el MMPI-2.

Asimismo, el MMPI-2 demostró tener validez y confiabilidad en estudios transculturales, así como la generalización de los resultados en muestras con características similares.

CAPITULO 1

ALCOHOLISMO

Ingerir bebidas alcohólicas es uno de los problemas heredados por el hombre desde tiempos remotos. Dicho problema no es ajeno a México, pues actualmente, el consumo así como la producción de bebidas alcohólicas han aumentado considerablemente. Lo anterior se refleja al comprobar el aumento en el número de sujetos, tanto jóvenes como mujeres, que consumen bebidas alcohólicas, llegando a ser considerados como alcohólicos o personas dependientes del alcohol, y en otros casos, personas que abusan del alcohol o bebedores problema.

En 1977, la Organización Mundial de la Salud publicó un artículo en el que esclarece aspectos fundamentales sobre el alcoholismo, sugiriendo que el término alcoholismo sea sustituido por el de "síndrome de dependencia al alcohol", ya que abarca los distintos tipos de cambios, como los de conducta, los subjetivos y psicobiológicos que caracterizan al síndrome.

La anterior definición intenta explicar los diferentes elementos que constituyen el síndrome, caracterizado por una "pérdida del control en la ingestión de alcohol-etílico... y probablemente un deterioro en la sensibilidad para ajustar su conducta a las normas sociales" (Edwards y cols., citado por la OMS, 1979)

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en su Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, tercera versión revisada (DSM-III-R) (1988) y en su cuarta versión (DSM-IV), retomando el término de dependencia de sustancias psicoactivas, entre las que se encuentra al alcohol, afirma que el síndrome de dependencia incluye los síntomas de tolerancia y abstinencia, y que abarca a un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos. El síndrome puede ser reconocido por una serie de elementos, aunque no todos pueden estar siempre presentes o presentes en el mismo grado. En el DSM-III-R se indica que para el diagnóstico de dependencia deben encontrarse por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- 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 consciente 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, 1988, pp. 202-204)

En el DSM-IV el diagnóstico de dependencia es definido como un "patrón desadaptado de uso de alcohol que lleva a un daño clínicamente significativo" (Grant, B.F. y Towle, L.H., 1991) manifestado por la aprobación de tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un continuo período 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.
- b) el efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.

2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - 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 periodo más largo de lo 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. (DSM-IV, 1996, pp. 186-187)

Entre las diferencias más importantes entre los criterios diagnósticos del DSM-III-R y el DSM-IV se encuentra que el criterio de tolerancia fue definido en dos ítems en el DSM-IV, aclarando dos tipos de tolerancia; del mismo modo, el síndrome de abstinencia fue dividido en dos ítems, uno que caracteriza al síndrome y otro que se refiere al consumo para aliviar el síndrome.

Por otro lado, se define al abuso como "el punto a partir del cual el uso de las sustancias constituye un riesgo significativo de ocurrencia del trastorno que produce" (Medina-Mora, 1993, p. 29); el DSM-IV lo define como "un patrón maladaptativo de uso de sustancias que lleva a daño o dolor clínicamente significativo", que puede manifestarse por el consumo recurrente que provoca inhabilidad para cumplir con sus obligaciones, consumo continuo en situaciones físicamente peligrosas, reducción en actividades importantes debido al consumo y/o problemas legales o interpersonales relacionados con el alcohol.

La OMS, con base en los descubrimientos de Edwards y colaboradores (1977, citado en Molina y Sánchez, 1982), considera que el síndrome de dependencia existe y que es un proceso continuo en el que los dependientes se encuentran en el extremo derecho y un grado antes están los bebedores problema, cuyo patrón de consumo es "perjudicial". Edwards y colaboradores consideran que el síndrome de dependencia se caracteriza por lo siguiente:

- a) Se puede identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como alcoholismo, o quizás mejor como "adicción al alcohol", subclasificable en tipos que reflejan la influencia de factores secundarios.
- b) El síndrome es multifactorial y existe en grados.
- c) Por la misma razón, las incapacidades de cualquier individuo, relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, son susceptibles de un análisis multifactorial, sea o no un verdadero farmacodependiente.
- d) El síndrome de dependencia del alcohol es una condición diagnosticable, en la que los factores ambientales y sociales juegan un papel importante e interactúan con los que son propiamente orgánicos o biológicos.
- e) El síndrome se caracteriza porque el sujeto afectado manifiesta, necesariamente, alteraciones de conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones. (Molina y Sánchez, 1982, p. 25).

De acuerdo con los postulados de Edwards, Velasco Fernández (1988) afirma que el concepto integral del síndrome de dependencia del alcohol considera al alcoholismo como una enfermedad, así como la influencia determinante de los factores socioculturales en la "carrera del alcohólico"

Entre los modelos teóricos que se avocan al estudio y comprensión del alcoholismo, así como al tratamiento del problema, según Elizondo, L. J. (1988), se encuentran: el modelo Moral, el modelo Médico, el modelo Psicológico, el modelo Sociocultural, el modelo Epidemiológico y el modelo Interdisciplinario.

El Modelo Moral "considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable" (Elizondo, 1988, p. 42), por lo que quien abusa del mismo es considerado como "un infractor de las normas morales", que sólo merece el castigo y la humillación de la sociedad. Es predicado por grupos religiosos y algunos civiles como el Ejército de Salvación; los grupos de Alcohólicos Anónimos comparten muchos de los elementos filosóficos de este modelo; no obstante no aporta ningún descubrimiento importante relacionado con la etiología y desarrollo del alcoholismo.

El Modelo Médico, por su parte, considera que el abuso del alcohol "da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permiten predecir la conducta del alcohólico y que, al igual que cualquier otra enfermedad, el alcoholismo tiene una etiología, fisiopatogenia, historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento" (Elizondo, 1988, p. 42). En este modelo se basan los tratamientos médicos, psiquiátricos y los grupos de Alcohólicos Anónimos. Asimismo, gracias a los descubrimientos logrados bajo este modelo, principalmente por el Dr. Edwards y colaboradores, se integró y definió el concepto de Síndrome de Dependencia al Alcohol utilizado por la Organización Mundial de la Salud, "que se fundamentan por la presencia de 10 síntomas cardinales que se agrupan en 3 tipos de cambios, a saber, subjetivos, conductuales y psicobiológicos" (p. 43).

Por su parte, el Modelo Psicológico se divide en tres enfoques, el psicoanalítico, el conductual y de las teorías de la personalidad. El primero considera que el alcoholismo es un síntoma que "denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad" (Elizondo, 1988, p.43); Souza y Machorro (1988, p. 3) afirma que este enfoque supone que "la ingestión excesiva de alcohol protege al individuo contra un sentimiento de minusvalía, o bien le permite alcanzar una sensación de mayor poder.

El enfoque conductual afirma que el alcoholismo es el resultado de conductas aprendidas gracias a la presencia de reforzamientos condicionados y/o a los efectos gratificantes del alcohol, que pueden ser "los cambios psicológicos placenteros, la supresión subjetiva del estrés y la posibilidad

de vivenciar experiencias distintas y agradables" (Souza y Machorro, 1988, p. 3). Cantón y Mayor (Escámez, 1997) afirman que de acuerdo con el enfoque del aprendizaje, el alcoholismo y la adicción a otras drogas, se caracterizan por lo siguiente: a) las sustancias actúan como reforzadores positivos, b) su uso frecuente produce tolerancia y/o habituación, c) la interrupción del consumo por un período prolongado se asocia con el síndrome de abstinencia, y d) el consumo prolongado agrava enfermedades o las provoca. La teoría del aprendizaje social postulada por Bandura en 1971 (citado en Davidoff, 1990) afirma que el aprendizaje de las conductas requiere cuatro pasos, adquisición, retención, ejecución y consecuencias de la conducta, y que las personas copian las conductas que se adecúan a sus estilos de vida y a su estado emocional, por lo que el modelamiento de los padres, el reforzamiento positivo de los amigos y compañeros, y la imitación por "reacción defensiva ante los problemas de convivencia" (Cantón y Mayor, 1997, en Escámez, 1997, p. 30) producidos por el consumo de sustancias de los padres, pueden ser factores importantes en el desarrollo del alcoholismo.

El enfoque de teorías de la personalidad sugiere que el alcoholismo es la consecuencia de un trastorno de la personalidad, ya que entre sus características de personalidad típicas se encuentran la "labilidad emocional, inmadurez en sus relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales" (Elizondo, 1988, p. 44).

El Modelo Sociocultural supone que el alcoholismo es una consecuencia de factores del medio ambiente en el cual vive el individuo. De acuerdo con la Socióloga Ma. del Pilar Velasco (citada en Elizondo, 1988, p. 45), existen cuatro criterios de causalidad social en el alcoholismo, que son: la familia, la organización social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y otros aspectos socioculturales. Cada uno de estos criterios, de una manera u otra, influyen en el desarrollo e incidencia del problema. Este modelo ha contribuido en la conformación de estrategias para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo; no obstante, carece de utilidad si no se adiciona a los modelos médico y psicológico.

El Modelo Epidemiológico, por otro lado, considera que el alcoholismo es "el resultado de una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental

y sociocultural)" (Elizondo, p. 46). Este modelo sugiere acciones preventivas en el agente, el huésped y el ambiente, para lograr disminuir o eliminar la incidencia del alcoholismo.

Finalmente, el Modelo Interdisciplinario propone que sean aplicados los modelos médico, psicológico, sociocultural y epidemiológico de manera simultánea y racional, debido a que, como afirma Elizondo, el alcoholismo "es un fenómeno multicausal" y por lo tanto, "su tratamiento integral tiene que ser interdisciplinario" (p. 46), sugiriendo, además, que la utilización independiente de alguno de los modelos resultaría simple y reduccionista.

Es importante hacer notar la utilidad del Modelo Interdisciplinario en este trabajo, debido a que los objetivos de este estudio se refieren principalmente a la evaluación de la personalidad, patrones de consumo y problemas sociales y de salud asociados con la ingesta de alcohol, que permitan la planeación del tratamiento de los sujetos alcohólicos, por lo que se consideran aspectos epidemiológicos, socioculturales y psicológicos para la elaboración del diagnóstico diferencial preciso de los alcohólicos mexicanos.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Entre las medidas que habilitan la valoración de la prevalencia del alcoholismo mediante la observación y cuantificación indirecta de las manifestaciones clínicas atribuibles al alcohol, dentro de dos grandes grupos, se encuentran:

A. Las medidas sociales o macro:

1. *Las cifras de mortalidad por cirrosis hepática.* La cirrosis hepática asociada al alcohol es una cirrosis típica en la que el daño directo al hígado es la transformación lenta y progresiva de un órgano normal en un hígado graso que se vuelve fibroso y se reduce de tamaño. El análisis de los casos de "cirrosis hepática asociada al consumo de alcohol es uno de los mejores indicadores del impacto que esta adicción tiene en la salud" (Narro Robles et al., 1994, pp. 232-233). No obstante, existe una cantidad de registros que no permiten conocer el problema en su totalidad, debido a que "no es posible disponer de datos confiables y representativos a nivel nacional de la incidencia y prevalencia de la cirrosis hepática, ya que es común que los individuos cirróticos y alcohólicos tengan un estilo de vida que hace difícil su seguimiento, su inclusión en las encuestas de prevalencia y aún su registro en las estadísticas hospitalarias" (Narro, Gutiérrez, López, Borges y Rosovsky,

1992). Por este motivo se hace necesaria una mejor investigación al respecto, de tal modo que se permita determinar con exactitud la mortalidad por cirrosis hepática asociada al alcohol.

Es importante notar que no todos los alcohólicos padecen o llegan a padecer cirrosis hepática, así como no todos los pacientes que padecen cirrosis hepática son dependientes al alcohol, debido a que existe una serie de patologías de dicho órgano; de acuerdo con Borges, Kershenobich, Pelcastre, Gil, Inda y Garrido (1992) existen tres patologías del hígado relacionadas al consumo de alcohol, que son el hígado graso o adiposo, la hepatitis alcohólica y la cirrosis hepática alcohólica. Borges (1990) afirma que en los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la variable asociada con el alcohol más utilizada es la mortalidad por cirrosis hepática, seguida por el suicidio y los delitos, asimismo, uno de los tipos de diseño más utilizado en los estudios epidemiológicos es el "ecológico" que utiliza áreas geográficas, es decir, grupos de individuos como unidades de análisis; este tipo de diseños ofrece las ventajas de tiempo y economía, sin embargo, Borges sugiere utilizarlo en combinación con las encuestas de hogares, ya que cada uno de estos diseños proporciona información complementaria. En otro estudio, Borges, Rosovsky, Rodríguez y López-Lugo (1990) encontraron que la mortalidad por cirrosis hepática mostraba diferencias con respecto al sexo; esta variable fue asociada con el consumo de alcohol per cápita total mostrando una correlación significativa relativamente baja en los hombres, mientras que en las mujeres la correlación fue más alta y negativa; estos resultados indican que el consumo de alcohol en los hombres trae como consecuencia la cirrosis hepática.

Borges, Kershenobich, Pelcastre, Gil, Inda y Garrido (1992) analizaron la relación entre la cirrosis hepática y el consumo de bebidas alcohólicas utilizando un diseño de casos y controles en pacientes del sexo masculino; consideraron el diagnóstico de cirrosis hepática, los patrones de consumo de alcohol, antecedentes familiares de hepatitis y cirrosis, aspectos nutricionales y una muestra sanguínea; los resultados indicaron mayor obesidad para los pacientes cirróticos quizás debido al edema o a la ascitis, el 57 % de los pacientes fue diagnosticado con síndrome de dependencia al alcohol, el 40 % de los pacientes fue considerado bebedor frecuente consuetudinario en los últimos doce meses, todos estos datos diferían de los grupos controles, que obtuvieron un porcentaje menor en todas las variables estudiadas.

Por otro lado, Rosovsky, Narváez, Borges y González (1992) afirman que la mortalidad por cirrosis hepática en México se encuentra entre las más altas a nivel internacional, incluso es mayor que en países donde el consumo per cápita es mayor, y es una de las primeras diez causas de defunción general y la primera entre los hombres en edad productiva (35 a 64 años), sin embargo, existen diferencias en cuanto a la relación de estas variables en las distintas regiones del país.

En el estudio de Narro, Gutiérrez, López, Borges y Rosovsky (1992 a, b) el objetivo fue determinar la mortalidad por cirrosis hepática asociada con el alcoholismo; los autores afirman que la prevalencia de la cirrosis hepática es un buen indicador de los problemas asociados con el consumo de alcohol, no obstante, los datos que pueden obtenerse en México no son tan confiables como se desean, debido a que los pacientes cirróticos y los alcohólicos tienen un estilo de vida que no permite hacer un estudio longitudinal que aporte información detallada sobre la relación de las dos variables. Los resultados basados en las estadísticas disponibles de 1950 a 1986, indicaron que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática en la población masculina es elevada de manera consistente durante el periodo estudiado de 37 años, mientras que en la población femenina, aunque la tasa es elevada tiende a disminuir; el número de defunciones por esta causa ha aumentado en las últimas décadas; en relación a las diversas causas de muerte, la mortalidad por cirrosis hepática cambió de lugar, en el sexo masculino fluctuó del lugar número 16 al primer lugar, mientras que en las mujeres fue del lugar 17 al primer lugar; por otro lado, existe una mayor tasa de mortalidad en la región centro del país, y una menor tasa en la región del norte; la mortalidad por cirrosis hepática correlacionó positivamente con el consumo de pulque, mientras que correlacionó negativamente con el consumo de cerveza y obtuvo una correlación positiva no significativa con bebidas destiladas, además correlacionó negativamente con la variable embriaguez frecuente.

2. Los datos de consumo de alcohol per cápita en cada país. Este es uno de los indicadores más utilizados para evaluar el nivel de consumo de una población, así como de sus variaciones temporales, indicador que se obtiene dividiendo el volumen total de alcohol consumido, entre el número de consumidores potenciales. Este indicador se produce en términos de litros de alcohol consumido, usualmente por tipo de bebida, o en términos de su concentración de alcohol produciéndose una medida sumaria de litros de etanol o alcohol absoluto, independiente del tipo de bebida. Sin embargo, en la práctica, esta medida no siempre explica el nivel de problemas que se

observan en las diferentes culturas, ya que "cuando el alcohol disponible es consumido más o menos homogéneamente por la población, el consumo per cápita o consumo promedio puede describir el nivel de consumo del grupo social en cuestión" (Medina-Mora, 1994, p. 34), mientras que "cuando el alcohol disponible es consumido por un pequeño sector de la población, el consumo promedio dirá muy poco sobre el nivel de consumo" (Medina-Mora, 1994, p. 34). En México se presenta el segundo caso, pues presenta un gran número de abstemios, principalmente en la población femenina, y el alcohol disponible es consumido principalmente por hombres de edad media, quienes consumen alcohol con poca frecuencia pero con grandes cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo, además las ocasiones de consumo son también ocasiones de embriaguez, lo que produce gran cantidad de problemas (Medina-Mora et al., 1988b, citado en Medina-Mora, 1994).

B. Las medidas individuales, que incluyen:

1. *Accidentes de tránsito.* El consumo de alcohol aumenta la posibilidad de tener o producir accidentes, los cuales pueden ser graves, causar la muerte o la destrucción de la propiedad. El alcohol actúa sobre el sistema nervioso, no obstante, tiene efectos en otras partes del cuerpo; produce disminución en el control motor y la coordinación de los movimientos de los ojos y los dedos, así como el habla, que se hace lenta y torpe, al igual que altera el equilibrio y el juicio; por tal motivo el consumo de alcohol está directamente relacionado con los accidentes de tránsito, ya que las habilidades para reaccionar con rapidez ante una emergencia se reducen considerablemente.

2. *Suicidios y homicidios relacionados con el consumo de alcohol.* Esta medida está enlazada con las condiciones del entorno que contribuyen a su manifestación. De este modo, se ha comprobado que un alto índice de las víctimas de suicidio, que es impulsivo, abusaron del alcohol o lo consumieron antes del evento. En la ciudad de México, el alcohol es asociado con la tercera parte de todos los actos delictivos. En la Encuesta Nacional de Adicciones se encontró que del total de personas que sufrieron accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol, sólo el 18% eran dependientes a esta sustancia, mientras que una cuarta parte de los sujetos, que también eran dependientes, tuvieron problemas con la policía (25%), y otros accidentes no automovilísticos (25%), el 18% de las personas que "perdieron o casi perdieron el trabajo por problemas relacionados con el abuso de alcohol, eran dependientes" y el 41% de los casos de peleas, en los que el alcohol

estuvo involucrado, participaron dependientes. (Medina-Mora, et al., 1991, citado en Medina-Mora, 1994, p. 26).

3. *Ingresos en hospitales mentales en relación a la ingesta de alcohol.* Esta manifestación es un indicador habitual de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, en el que se determina la proporción de los sujetos que ingresan a las instituciones psiquiátricas para su tratamiento debido a un diagnóstico de alcoholismo u otros trastornos relacionados con éste. Sin embargo, pueden aparecer otros cuadros patológicos que ameriten tratamiento urgente, que pueden estar asociados con el alcoholismo. Otros trastornos relacionados con el alcohol pueden ser el delirium tremens, la alucinosis alcohólica, el trastorno amnésico alcohólico o Síndrome de Korsakoff, la demencia asociada a alcoholismo y el delirio de celos.

4. *Síndrome fetal alcohólico o síndrome alcoholofetal.* Los estudios realizados han demostrado que el alcohol afecta el desarrollo normal del encéfalo del niño; entre las alteraciones provocadas por el consumo de alcohol por la madre se encuentran la arrinencefalia, poroencefalia, agenesia del cuerpo caloso, hidrocefalia, microcefalia y mielomeningocele (Mena et al., 1984, citado por Narro et al., 1994), así como la acidosis fetal mixta, bajo peso al nacer, parto pretérmino, retardo en el desarrollo, deficiencia mental y abortos espontáneos, etc.

5. *Patrones de Consumo.* Los patrones de consumo se estiman con base en las respuestas individuales en estudios de campo sobre la población general, con respecto a la cantidad, frecuencia y variabilidad de la ingesta de alcohol. Existen dos sistemas que clasifican a los hábitos de consumo, el que cataloga con base en el consumo diario de alcohol, y el que lo hace de acuerdo al consumo semanal o mensual y la cantidad máxima consumida en alguna ocasión (Kershenovich y Vargas, 1994). El estudio de los patrones de consumo es importante porque proporciona información sobre la extensión y magnitud del uso y abuso en una población.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (1988), se afirma que existen tres patrones principales de abuso o de dependencia al alcohol: "el primero consiste en el consumo regular y diario de grandes cantidades; el segundo, en el consumo abundante limitado regularmente a los fines de semana y el tercero, en largos periodos de sobriedad entremezclados con periodos de embriaguez diaria a raíz de consumir grandes cantidades de alcohol durante semanas o meses. Es un error asociar exclusivamente uno de estos patrones al alcoholismo" (p. 211). No obstante en

diversos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, se han encontrado diversos patrones de consumo como los observados por Medina Mora (1993), por lo que es necesario analizar todas las posibilidades de tal forma que no se encasille al alcoholismo en sólo uno o dos patrones específicos, ya que existen diversos grados del síndrome, de acuerdo con el concepto planteado por Edwards, y colaboradores (1977, citado en Molina y Sánchez, 1982).

Por otro lado, en el estudio realizado por Medina Mora (1993), se encontró que en poblaciones estudiadas (rurales y urbanas) en el estado de Michoacán, es alto el índice de abstinencia entre las mujeres (el término abstemio fue definido como aquella persona que reportó no haber consumido bebidas alcohólicas en los doce meses previos al estudio) y que éste aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres, siendo más frecuente entre los hombres rurales, principalmente entre los de 40 años y más.

Una proporción baja de la población reportó consumir alcohol todos los días, 3% de los hombres y 1% de las mujeres, que tiende a aumentar en la población rural, siendo 1 de cada diez hombres rurales mayores de 39 años, quienes afirman beber todos los días.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido, el estudio reporta que la mitad de los bebedores (49%) reportaron haber consumido 5 ó más copas de alcohol por ocasión de consumo, una tercera parte (29%) reportó haber consumido 12 copas o más en una sola ocasión por lo menos una vez en el año anterior. En cuanto a las diferencias por género, se encontró que los hombres beben con más frecuencia que las mujeres, y en mayor cantidad.

Con respecto a la frecuencia de embriaguez, una de cada 5 mujeres reportaron haber tenido la experiencia de embriaguez, lo cual nunca ocurrió una vez por mes. Mientras que la mitad de los hombres reportaron haber tenido dicha experiencia en los 12 meses previos al estudio, 4 de cada 100 reportan embriagarse por lo menos una vez al mes, esto ocurre con más frecuencia entre los menores de 40 años, siendo poco frecuente a partir de los 60 años.

En el estudio se encontró una proporción de 6 hombres, bebedores consuetudinarios por cada mujer; el patrón de consumo más frecuente en los hombres es de frecuencia moderada con grandes cantidades de alcohol consumidos por ocasión, mientras que en las mujeres es de tipo de frecuencia moderada con bajas cantidades de alcohol.

El 67% de los hombres que beben por lo menos una vez al mes, son bebedores de alto nivel, siendo sólo un porcentaje de 21% en las mujeres con las mismas características de consumo.

En la población masculina el mayor índice de bebedores se ubica entre los 40 y 49 años de edad, mientras que en las mujeres ocurre entre las más jóvenes, entre los 18 y 29 años. El consumo consuetudinario en los hombres se ubica en los grupos más jóvenes (18 a 29 años).

Como ya se indicó anteriormente, en esta investigación se considerarán los indicadores de patrones de consumo, indicadores de dependencia y problemas relacionados con el consumo, dado que se tiene como objetivo estudiar la interrelación de estos aspectos con las características de personalidad que producen tipos diferentes de alcohólicos. Asimismo, el sistema de clasificación de hábitos de consumo que será utilizado es el que cataloga con base en el consumo semanal o mensual.

ETIOLOGIA

En 1977, al hablar de "Síndrome de Dependencia al Alcohol", la OMS esclarece algunos aspectos del síndrome, sin embargo tal concepto no puede ser clasificado como una condición de etiología conocida y del establecimiento total de la patología en los términos de la "Historia Natural de la Enfermedad". La OMS señala que existen diversos elementos que intervienen en el síndrome; entre los factores predisponentes se encuentran los siguientes.

1) Factores biológicos.

Los factores biológicos pueden dividirse en los cambios fisiológicos y los factores genéticos.

En cuanto a los primeros, se ha comprobado que el alcohol tiene un efecto depresor sobre el Sistema Nervioso Central, que es determinado, a su vez, por la duración y cantidad de la ingestión. Las manifestaciones clínicas de la acción depresora van desde fenómenos psíquicos "simples" hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Una vez metabolizado el alcohol, el tejido nervioso reacciona con mayor excitabilidad, que se manifiesta, comúnmente, a la "mañana siguiente" en forma de temblores o agitación, cuyo alivio temporal es una nueva ingestión de alcohol. La mejoría experimentada se hace, cada vez, más urgente e importante para el bebedor, lo que provoca el desarrollo de la dependencia, tanto física como psicológica.

Los alcohólicos presentan diversas alteraciones fisiológicas debido al consumo de alcohol y sus efectos sobre el organismo, lo que se agrava por la dieta deficiente a la que se someten, pues

ésta es "carente de vitaminas, minerales o proteínas de valor biológico" (Mothner, I., y Weitz, A., 1986, p. 186).

En lo que respecta a los factores genéticos, los estudios realizados concluyen que "uno de los factores de más riesgo para padecer alcoholismo es tener familiares alcohólicos" (Nicolini, S.H., 1994, p. 176). Kershenovich y Vargas (1994) afirman que, al parecer, un tipo de alcoholismo depende de factores genéticos, otro requiere de factores genéticos y ambientales, mientras que un tercero se presenta sin factores genéticos evidentes. No obstante, aún no existe suficiente evidencia que proporcione información sobre el porcentaje de personas que puedan desarrollar el síndrome de dependencia al alcohol debido únicamente a factores genéticos, por lo que se considera que el alcoholismo es un problema de salud determinado por múltiples factores.

2) Factores psicológicos.

Los factores psicológicos abarcan la relación existente entre el alcoholismo y los trastornos conductuales. Hay una serie de teorías que estudian dichos factores, afirmando que los individuos consumen alcohol para: reducir la tensión, por la búsqueda de satisfacción, la satisfacción de alguna necesidad personal, o que se deben a problemas de comunicación, etc.

Kessel y Walton (1989) afirman que "la personalidad se diagnostica a través del estudio de los rasgos de una persona (dependencia y pasividad, niveles de hostilidad, grados de pesimismo, etc.) y estudiando las relaciones de la persona con la gente que es importante en su vida" (p.57), por lo que encuentran, en una forma general, dos clases de personalidad propensas a la bebida excesiva. La primera se caracteriza por tener poca autoestima, está disgustada consigo misma, en su infancia fue privada de afecto, se "autocastiga", "para ellos el alcohol es un descanso del constante sentimiento de insuficiencia e inferioridad y de un continuo autorreproche" (p.55). En cambio, el segundo tipo tiene como características el estar libre de la aversión de sí mismo, no le preocupan las relaciones personales, es autoindulgente, a menudo fue consentido por sus padres en la infancia, se siente abrumado por los problemas por lo que prefiere sobrellevarlos bajo la influencia del alcohol. En tratamiento, los alcohólicos del segundo tipo parecen tener mejor pronóstico que los del primer tipo, según estos autores.

3) Factores socioculturales.

Esta categoría incluye a todos los aspectos socioculturales que afectan la aceptabilidad y disponibilidad del alcohol, que son las características más determinantes en la producción de los hábitos de consumo personal peligroso. De este modo, se han encontrado factores tales como actitudes hacia el consumo de alcohol, que van desde la creencia de sus propiedades curativas, de iniciación, eliminador de estrés, así como estimulador de la violencia y la pasión sexual, etc.

En el caso del alcohol el uso no está sancionado legalmente y aún más, la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social y aún, tomado en pequeñas dosis, preventivo de mortalidad por ciertas condiciones médicas, como es el caso de problemas de circulación coronaria.

La definición de la situación en que se puede beber es un mecanismo que organiza la conducta convencional del consumo, de la misma forma en que las normas se relacionan con el sexo y la edad.

Las normas sociales y los problemas se relacionan de manera importante. Los problemas se derivan de las prácticas de consumo, por lo tanto se espera que el consumo excesivo cause problemas al individuo, sin embargo su manifestación dependerá de otros factores que interactúan con la conducta (dependerán de las reacciones de otros, de la tolerancia social hacia la embriaguez, de las recompensas sociales hacia la intoxicación repetida y de la personalidad del individuo). Cuando se violan las normas sociales surgen los problemas, que también se relacionan con lo que les afecta a otras personas.

Una vez que hombres y mujeres han desarrollado dependencia, su sintomatología será muy similar. Sin embargo, el efecto de una intoxicación frecuente en su vida diaria variará en forma importante debido a las diferencias en su función social y a las expectativas culturales.

Junto con las normas de conducta para los diferentes grupos sociales definidos por su sexo y edad, un segundo gran organizador de la conducta convencional de consumo es la definición de la situación en que aquella tiene lugar.

CLASIFICACIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL

Existen diversas clasificaciones de los patrones de consumo de alcohol, siendo la clasificación de Jellinek una de las más utilizadas en Estados Unidos. Jellinek basó su tipología en cuatro dimensiones básicas, la primera involucra *dependencia psicológica contra dependencia fisiológica*, la segunda incluye la *inhabilidad para abstenerse del consumo contra pérdida del control sobre el consumo*, la tercera comprende el *consumo diario contra el episódico*, y finalmente, la última dimensión se refiere a *salud física contra enfermedad* (Wallace, 1977). Entre los tipos básicos de alcoholismo de dicha clasificación encontramos:

a) Alcoholismo Alfa, caracterizado por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, cuya dependencia es psicológica pues no existen pruebas de que el organismo se adapte al alcohol, además de que no hay pérdida del control.

b) Alcoholismo Beta, se identifica por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas que provoca un daño en el organismo, pero no hay dependencia del alcohol. El alcohólico Beta sufre desórdenes físicos tales como, gastritis, cirrosis del hígado o polineuropatía. No obstante, Wallace (1977) afirma que este tipo no es fácilmente distinguible de los otros como un tipo independiente.

c) Alcoholismo Gamma, se caracteriza por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en el que hay pruebas de la existencia de tolerancia y de síntomas de abstinencia, un consumo máximo fluctuante de alcohol y una notable pérdida del control sobre sí mismo. Jellinek consideró que éste es el patrón típico de los países anglosajones.

d) Alcoholismo Delta, caracterizado por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en donde también hay pruebas de la existencia de tolerancia, síntomas de abstinencia, pero hay un nivel más estable en el consumo de alcohol. Estos sujetos manifiestan "imposibilidad de abstenerse" y no pierden el control.

e) Alcoholismo Epsilon, que incluye a los bebedores periódicos, también son conocidos como dipsómanos (Edwards., 1986, p. 49)

Los teóricos han incorporado en sus modelos sobre la tipología del alcohol, la interacción compleja de los factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales.

Uno de los modelos es el propuesto por Morey y Skinner (1986, citado en Babor et al., 1992), "modelo híbrido", que por medio de un análisis de conglomerados (cluster) identifica a tres tipos de

bebedores: a) bebedores problema de etapa temprana, representa un grupo bastante heterogéneo, que muestra evidencia de problemas de consumo pero no tiene síntomas mayores de dependencia al alcohol; b) bebedores afiliativos, quienes están orientados más socialmente, tienden a beber diario y demuestran dependencia moderada al alcohol; y c) bebedores esquizoides, que son más aislados socialmente, tienden a beber como obligación y reportan los síntomas de alcoholismo más severos. Babor y colaboradores afirman que estos dos últimos tipos son similares a los tipos delta y gama de Jellinek, respectivamente.

El modelo de desarrollo mental de Zucker (1987, citado en Babor et al., 1992), por otro lado, plantea cuatro clases de alcoholismo: a) alcoholismo antisocial, que tiene influencia genética y pobre pronóstico, es caracterizado por inicio temprano de problemas relacionados con el alcohol y conducta antisocial; b) alcoholismo de desarrollo mental acumulativo, considerado como alcoholismo primario, es independiente de y antecedente al desarrollo de otros desórdenes psiquiátricos, el proceso de consumo inducido culturalmente llega a ser suficientemente acumulativo para producir dependencia al alcohol; c) alcoholismo de afecto negativo, que se considera que ocurre primariamente en las mujeres, se caracteriza por el uso del alcohol para la regulación del afecto o para enaltecer las relaciones sociales; y d) alcoholismo limitado por el desarrollo mental, que se caracteriza por el frecuente consumo fuerte y tiende a restituir al consumo social con la hipótesis exitosa de la profesión y los roles de familia.

Cloninger (1987, citado en NIAAA, 1992, y en Babor et al., 1992) postula un modelo teórico conocido como "modelo de aprendizaje neurobiológico", en el que identifica a dos subtipos clínicos de alcohólicos, que difieren en edad de inicio, conducta de consumo y rasgos de personalidad. Los subtipos tienen las siguientes características:

A) Tipo 1 (Limitado por el medio, "milieu-limited")

Este tipo involucra factores genéticos y fuertes influencias medioambientales. Su edad de inicio usual es después de los 25 años; es poco frecuente que busquen el alcohol espontáneamente, así como también es poco frecuente que tengan problemas (peleas y arrestos) cuando beben; es frecuente la dependencia psicológica, pues llegan a perder el control; sienten culpa y miedo acerca de su dependencia al alcohol; las conductas de este tipo son consistentes con una personalidad "pasiva dependiente", que incluye inflexibilidad y conducta contemplativa (búsqueda de novedades

disminuida), conducta cuidadosa e inhibida (alta evitación al daño), e interés acerca de los sentimientos y pensamientos de los demás (gran dependencia a la recompensa).

B) Tipo 2 (limitado por el hombre, "male-limited")

A diferencia del tipo anterior, este tipo es altamente heredado, con influencias medioambientales limitadas y se asocia con alcoholismo y conducta antisocial, ambos presentes en uno o los dos padres. La edad de inicio usual es antes de los 25 años; es frecuente la búsqueda espontánea del alcohol (son incapaces de abstenerse), así como también son frecuentes los problemas relacionados con la ingestión del alcohol (peleas y arrestos); es poco frecuente la dependencia psicológica (pérdida del control) y la culpa y el miedo acerca de su dependencia. La conducta de estos alcohólicos es consistente con la personalidad antisocial, que incluye impulsividad y excitabilidad (gran búsqueda de novedades), conducta no inhibida y temeraria (poca evitación al daño) y relaciones sociales distantes (poca dependencia a la recompensa).

Para Cloninger, la tipología de los alcohólicos no es absoluta, sino que constituye un espectrum de características con extremos opuestos que pueden mostrarse en grados diferentes en determinados individuos alcohólicos.

Babor et al. (1992) realizaron un estudio para diferenciar a los tipos de alcohólicos, tomando como base las evidencias, arriba descritas, de que existen diversos tipos de alcohólicos; los autores basándose en los modelos tipológicos, afirman que: a) los alcohólicos difieren en cuatro características básicas (elementos etiológicos, inicio y curso, síntomas presentes y patrones de consumo); b) que los subtipos pueden distinguirse por características cardinales y que al mismo tiempo pueden compartir otras características; c) hay evidencia limitada para identificar tipos de alcohólicos puros; y d) existe una carencia generalizada de una evaluación comprehensiva para aprehender la complejidad de las características de los subtipos. Babor y colaboradores distinguen a dos tipos diferentes de alcohólicos:

Tipo A

Es caracterizado por un inicio tardío, pocos factores de riesgo en la infancia, dependencia menos severa, pocas consecuencias físicas y sociales relacionadas con el alcohol, menor disfunción psicopatológica y menor angustia en las áreas del trabajo y la familia.

Tipo B

Este tipo tiene como características los factores de riesgo familiares y en la infancia, inicio temprano, mayor severidad de la dependencia, abuso de otras sustancias, consecuencias más serias (a pesar de los pocos años en el consumo) y desórdenes psiquiátricos concurrentes.

Babor et al. concluyen que estos dos tipos se manifiestan tanto en hombres como en mujeres, a pesar de que existen algunas excepciones notables, esto es, las mujeres muestran los mismos patrones de riesgo y severidad que los hombres, y no difieren significativamente en cuanto al uso de otras sustancias, la automedicación, los síntomas depresivos y la ansiedad.

En este estudio se tomará en consideración el modelo de clasificación de Babor et al. debido a que define cada subtipo mediante una serie de características, cuya base teórica es de un enfoque biopsicosocial, en el que el alcoholismo es multideterminado por diversos factores, por lo que permitirá el logro del objetivo principal de esta investigación. Por otro lado, este modelo identifica tipos homogéneos, que tienen validez discriminativa y predictiva, lo que no sucede con otros modelos, como por ejemplo el de Morey y Skinner (1986, citado en Babor et al., 1992) que sólo distingue patrones de consumo, problemas asociados al mismo y situaciones en las que se da el consumo.

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Uno de los principales aspectos de este problema de salud es el tratamiento, que en la actualidad ha formado parte importante de las actividades de diferentes disciplinas, a saber, medicina, psiquiatría, psicología, sociología y trabajo social, además de la religión. Los métodos utilizados son diversos y abarcan desde la desintoxicación hasta la psicoterapia psicoanalítica y el método de autoayuda en grupo. Es importante recalcar que la efectividad del tratamiento depende de diversos factores entre los cuales se encuentra la motivación del paciente, las ganancias secundarias, las metas terapéuticas, etc.

La decisión de utilizar un método específico depende de diversos factores; de acuerdo con Souza (1988), está sujeta a las "diferencias conceptuales en torno al objeto de estudio: enfermedad (Jellinek y su enfoque psiquiátrico tradicional), síndrome (enfoque de la OMS), síntoma (principalmente la perspectiva psicoanalítica), conducta aprendida (conductismo), desviación

(culturalismo), conducta delictiva (enfoque criminológico)" (p. 28); así como a las definiciones operacionales, diferentes aún entre quienes comparten el mismo enfoque.

Otros puntos a considerar en el tratamiento son la evaluación del caso, la determinación de las metas terapéuticas, la relación terapéutica, la continuidad del propósito del tratamiento, el equilibrio entre el tratamiento y el ambiente externo, la atención a otras áreas problema diferentes al alcoholismo, el trabajo multidisciplinario, el trabajo con la familia del paciente, la separación gradual de la relación terapéutica, etc. (Edwards, 1986)

El empleo de un método en particular depende también, de la meta terapéutica, así se tiene que algunos comparten como objetivo a lograr la abstinencia o, por el contrario, el consumo no problemático, es decir, controlado consumo moderado; el primero está relacionado al concepto de enfermedad y es compartido por el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) y Alcohólicos Anónimos, mientras que el segundo constituye la tesis de las teorías del aprendizaje.

Los tratamientos médicos más utilizados, cuyo enfoque es el de síndrome, son la hospitalización para la desintoxicación, así como para aliviar la abstinencia, el delirium tremens y la alucinosis alcohólica; asimismo, se utiliza una serie de medicamentos cuyo objetivo depende del tipo de medicamento de que se trate, así se tienen sustancias "que producen sobriedad y antagonizan con el efecto agudo del alcohol, al hacer reversible su efecto" (Souza, 1988, p. 140), conocidos como agentes ametísticos, que incluyen dos tipos diferentes, los de tipo químico, antagonistas opiáceos que disminuyen los efectos del alcohol, y los de tipo físico, que engloban administración de oxígeno, métodos para permear las vías respiratorias, etc. Otro tipo de medicamentos son aquellos cuyo objetivo es evitar las recaídas, ya que sensibilizan contra el alcohol, provocando sensaciones desagradables de disforia, depresión, insomnio etc., al reiniciar el consumo, entre los que encontramos al *Antabuse* o Disulfiram (que está contraindicado en algunos padecimientos como aterosclerosis coronaria, diabetes, nefropatías, etc., como lo señala Souza, 1988, p. 146) y el *Temposil* o *Abstem*. Por otro lado, otros medicamentos tienen como meta eliminar los efectos de la abstinencia y la recuperación de la homeostasis corporal (dependiendo del caso, se utilizan tranquilizantes leves y fuertes, vitaminas y algunos otros medicamentos que equilibren el líquido corporal y los electrolitos) (Edwards, 1986; Kessell y Walton, 1989; Fort, 1980; Campillo et al., 1994).

Otro de los métodos terapéuticos más comunes en nuestro país es el proporcionado por los grupos de autoayuda, a saber, los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), cuyo enfoque es el de enfermedad, que han tenido "una gran influencia para humanizar las actitudes sociales hacia las personas que tienen problemas de alcoholismo" (Edwards, 1986, p. 241). En estos grupos las sesiones son diarias con una asistencia variable que oscila entre 10 y 20 personas, aproximadamente. En dichas sesiones cada miembro expone su situación compartiendo sus experiencias como alcohólico, su recuperación debida al grupo y la importancia del grupo como un estilo de vida. Los grupos de AA se basan en una serie de preceptos ideológicos conocida como los "doce pasos", que deben seguir los miembros para llegar a recuperarse ayudados por creencias religiosas y por la oración. No obstante, "a pesar de la prueba aparentemente tan clara de la eficacia terapéutica de los grupos de AA, no hay ninguna demostración científica que pruebe en forma categórica que ese tratamiento sea eficaz" (Campillo et al., 1994, p. 249).

De estos grupos se desprenden los grupos de Al-Anon y Al-Ateen; el primero es una organización independiente que ayuda a los familiares de alcohólicos, pues proporciona alivio inmediato al cónyuge de un sujeto alcohólico, le enseña a "dejar de preocuparse" (Edwards, 1986, p. 248) y a evitar controlar la conducta de su pareja, se basa en sus propios "doce pasos" y funciona de manera similar a AA; el grupo de Al-Ateen tiene como objetivo ayudar a los adolescentes con uno o los dos padres alcohólicos, para aliviar las tensiones y conflictos que se desprenden de dicha situación y a su vez, alienta el esfuerzo personal. Otro grupo que se desprende de AA, es el grupo 24 horas de Alcohólicos Anónimos de Terapia Intensiva, que tiene como objetivo intensificar el tratamiento de los sujetos alcohólicos, por lo que "anexan", es decir, internan a los alcohólicos en el establecimiento, para evitar la reincidencia y para sostener sesiones constantes las 24 horas del día. Los alcohólicos viven en el lugar y muchos de ellos están en contra de su voluntad, por tales razones mencionan que sus experiencias en el grupo son sumamente desagradables, por lo que, en muchos casos, este método resulta poco efectivo.

Otras técnicas utilizadas, principalmente por psicólogos, son las terapias conductuales, el entrenamiento asertivo, las terapias grupales y la terapia psicoanalítica. Las terapias conductuales, que se fundamentan en las teorías del aprendizaje, ofrecen un enfoque metodológico sistemático, que

incluye evaluación objetiva de diferentes factores que influyen en el consumo de alcohol, entre los que se encuentran, factores sociales, emocionales, medio ambientales y fisiológicos.

Existen una serie de técnicas conductuales para el tratamiento del Alcoholismo, de acuerdo con Miller (1976), entre estas se encuentran la terapia de aversión, la enseñanza de conductas alternativas y los métodos operantes.

La terapia de aversión, una de las primeras técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento del alcoholismo, está basada en procedimientos de condicionamiento bien establecidos que incluyen, el condicionamiento clásico, el castigo como concepto del condicionamiento operante, el aprendizaje de evitación y el aprendizaje de escape. En situaciones controladas, estas técnicas tienen efectos rápidos y exitosos en el tratamiento del alcoholismo, no obstante, muchos autores consideran a la técnica inaceptable por ignorar "todos los factores psicológicos que determinan el alcoholismo" (Kessel y Walton, 1989, p.159). La mecánica de esta terapia es la asociación repetida de un estímulo aversivo con el hecho de ver, oler y saborear bebidas alcohólicas, produciendo experiencias desagradables. Este grupo incluye la técnica de aversión química, la aversión eléctrica y la aversión verbal o sensibilización cubierta. La primera de estas induce una respuesta fisiológica desagradable mediante el uso de una droga vomitiva, las más utilizadas son la Emetina, la Apomorfina y la Ipecacuana, que producen náusea y vómito (Miller, 1976, p. 49), otra droga, también utilizada, es la Anectina que "induce un estado de completa parálisis muscular y respiratoria" (Ibid, p. 49). Mediante una serie de ensayos repetidos, se administra la sustancia en el momento en que el sujeto mira, huele y/o saborea bebidas alcohólicas, el éxito de este tratamiento depende de una serie de factores, como son la contingencia de las consecuencias aversivas (náusea, vómito o parálisis, la cual dura unos segundos) sobre la respuesta de consumo, el consumo de alcohol preceda inmediatamente al inicio de la náusea y el vómito, la aplicación individual contra la grupal (la cual es reportada como más efectiva, debido al reforzamiento mutuo para participar en la terapia y el mantenimiento de la sobriedad, reportado por Miller, 1976, p. 54), etc.

Otra de las técnicas aversivas es la Aversión eléctrica, que sigue un paradigma de escape al castigo, ya que el estímulo aversivo es un choque eléctrico contingente a un sorbo de alcohol; generalmente se coloca un electrodo en el antebrazo, pierna o dedo del paciente, variando la intensidad del choque de leve (tres a ocho miliamperes) hasta niveles altos (20 a 30 miliamperes),

ésta debe ser determinada individualmente de acuerdo con los reportes y reacciones del paciente (Miller, 1976, p. 56).

La sensibilización cubierta, técnica aversiva, término acuñado por Cautela en 1966 (Miller, 1976, p. 62), se lleva a cabo mediante la imaginación de escenas de ingesta de alcohol, apareadas con escenas, también imaginadas, de eventos desagradables o sentimientos como náusea y vómito, esto sucede mientras el paciente se encuentra relajado; Miller (1976) afirma que se debe poner énfasis en las primeras escenas de la secuencia de consumo, instruyendo al paciente para que imagine estas escenas utilizando todos sus sentidos, para inmediatamente después se le describa las escenas desagradables. Los eventos desagradables pueden ser identificados por el terapeuta, mediante el Inventario de Miedos (Wolpe, 1973, citado por Miller, 1976, p. 63). Miller (1976, p. 66) afirma que esta técnica es viable pues tiene la ventaja de que el paciente puede usarla fácilmente como una técnica de autocontrol en su ambiente natural, ya que puede continuar con el reforzamiento de la conducta de abstinencia en su casa.

En lo que se refiere a las técnicas de enseñanza de conductas alternativas, existen tres métodos cuyo objetivo es la enseñanza de respuestas alternativas más apropiadas, con la ventaja adicional de que el paciente adquiera el control sobre sus patrones de consumo y su vida en general.

Entre estas técnicas se encuentra el Entrenamiento Asertivo, cuya meta es la adquisición de la habilidad de expresar apropiadamente sus sentimientos y derechos personales, tanto positivos como negativos, en presencia de otras personas; en sujetos alcohólicos, la inhabilidad para manejar situaciones que requieren conductas asertivas, a menudo lo conducen a episodios de consumo excesivo (Miller, 1976, p. 78).

Otras técnicas utilizadas son el entrenamiento en relajación y la desensibilización sistemática, basadas en la idea de que existe una relación entre el estrés psicológico y el abuso de alcohol, que pueden ser utilizadas de manera conjunta y consisten en la asociación de la técnica de relajación con situaciones que producen ansiedad, ya sea de manera imaginaria o situaciones en vivo, con el fin de que el cliente pueda experimentar tales situaciones con poco o ningún malestar.

La técnica de Autocontrol o Automanejo enseña al alcohólico respuestas que disminuyen la probabilidad de su excesivo consumo, ya que el autocontrol, de acuerdo con Goldfried y Merbaum (1973, citado por Miller, 1976, p. 87), es "un proceso a través del cual un individuo llega a ser el

principal agente en guiar, dirigir y regular aquellas características de su propia conducta que pueden llevar, eventualmente, a consecuencias positivas deseadas". Esta técnica tiene dos formas básicas, el control de estímulos y la programación conductual. La primera implica la reordenación de claves o secuencias ambientales que ayuden a disminuir la probabilidad de la ingesta, mientras que la segunda, enseña al sujeto a reordenar las consecuencias de su propia conducta, de tal modo que se proporcione a sí mismo contingencias de autoreforzamiento o castigo, que pueden ser cubiertos o abiertos.

Los métodos operantes consideran que el abuso de alcohol es determinado por sus consecuencias, que pueden ser sociales, ambientales, fisiológicas o cognitivas; estos métodos involucran el manejo del ambiente natural de los sujetos, que debe ser fácilmente manipulable, así como el manejo de los reforzadores positivos y reforzadores negativos, que dependen de la conducta de consumo o la de abstinencia, además de técnicas de castigo o extinción de conductas de consumo. Este método involucra los siguientes elementos: 1) eliminación de los reforzadores de la conducta de consumo; 2) castigo social sistemático, frecuente y variado de la conducta de consumo; 3) reforzamiento de las conductas incompatibles con el consumo excesivo y, 4) reordenación de claves medioambientales que establecen el consumo en exceso (Miller, 1976, p. 104). En este grupo de métodos encontramos el manejo de contingencias, los procedimientos de economía de fichas y las alteraciones en los programas de reforzamiento.

Otras técnicas utilizadas son: a) el automonitoreo del nivel de alcohol en sangre, cuyo objetivo es enseñar a los alcohólicos a reconocer el momento en el que han llegado a tener un determinado nivel de alcohol en sangre, de tal forma que no se exceden del mismo; b) el objetivo de la exposición a señales, aunque se encuentra en fase experimental, es exponer al sujeto a señales que antecedían al consumo o al anhelo de beber, estimulándolo a no consumir bebidas alcohólicas o consumirlas de manera moderada; c) la retroalimentación por video, que consiste en la presentación de fotografías o películas de los momentos en que el sujeto bebe, aún no se tienen evidencias claras sobre el efecto de esta técnica en el tratamiento del alcoholismo. Estas técnicas no se emplean de manera sistemática en nuestro país, además de que algunas no tienen suficiente efectividad por las circunstancias ambientales en que se deben aplicar.

Algunos autores como Edwards (1986) afirman que en muchos casos es importante utilizar "paquetes cognitivo-conductuales multimodales" que ayuden en el manejo de áreas problema de un sujeto alcohólico.

En México, Quiroga, Sánchez y Barrera (1993) presentaron un programa de intervención de conductas adictivas (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) para la población estudiantil y trabajadora de la U.N.A.M., llamado Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas. Dicho programa incluye técnicas (que pueden combinarse entre sí) de autocontrol conductual, relajación, sensibilización encubierta asistida y entrenamiento en habilidades sociales. El proceso puede presentar diversas secuencias que incluyen a la línea base (donde se realiza la evaluación del individuo), la implementación de las técnicas conductuales, la generalización y el mantenimiento. Asimismo, plantean la necesidad de incluir sesiones de consejo psicológico a los familiares de los usuarios, así como un programa de prevención de las adicciones.

Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995) implementaron un programa de tratamiento de autocontrol dirigido, con un enfoque cognoscitivo-conductual, de intervención breve, que incorpora cuatro estrategias de intervención: análisis funcional de antecedentes y consecuentes del consumo excesivo de alcohol, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, uso óptimo de redes y recursos sociales y, la prevención de recaídas. Los resultados iniciales muestran que el 81% de los usuarios eligieron como meta de tratamiento la moderación en el consumo, mientras que el 19% eligió la abstinencia al inicio del tratamiento; en la fase final del proceso, el 83% seleccionó como meta la moderación y el 17% la abstinencia; al inicio del proceso los usuarios reportaron un 62% de días de abstinencia durante los 12 meses anteriores al tratamiento y un 74% de días de abstinencia durante el tratamiento; el patrón de consumo disminuyó considerablemente a lo largo del tratamiento, al igual que el consumo excesivo (más de 10 copas por ocasión de consumo). Los autores concluyen que el programa de tratamiento es efectivo en el control del consumo de bebidas alcohólicas, de manera similar a los resultados obtenidos en otros países, lo que indica un adecuado nivel de generalización y adaptabilidad transcultural del programa.

En la revisión de la literatura referente al tratamiento de conductas adictivas, Ayala y Cárdenas (1996) afirman que es necesario desarrollar un modelo de tratamiento que considere el desarrollo inicial del hábito adictivo y el proceso de cambio, mismos que están regulados por

factores de aprendizaje; asimismo, afirman que el proceso de cambio se presenta en tres etapas separadas, de acuerdo con Marlatt y Gordon (1985, citado en Ayala y Cárdenas, 1996), que son compromiso y motivación para el cambio, instrumentación del cambio conductual específico y, el mantenimiento a largo plazo del cambio conductual. Los autores mencionan la importancia de estas etapas, considerando a la segunda como el tratamiento en sí mismo; no obstante, consideran que la etapa de mantenimiento es la más importante, debido a que el cliente se enfrenta a tentaciones, estresores y a la influencia de los patrones de hábitos, por lo que el proceso de tratamiento debe considerar la prevención de recaídas. De acuerdo con el modelo terapéutico de autocontrol, el cliente tiene un papel activo y determinante en el manejo de sus conductas adictiva, durante las etapas de cambio y mantenimiento, por lo que sugieren que el programa de tratamiento sea individualizado, dependiendo de las metas y técnicas que el cliente necesite, de tal forma que anticipe y afronte la posibilidad de una recaída. De acuerdo con los elementos propuestos por Marlatt (citado en Ayala y Cárdenas, 1996), el programa de autocontrol debe: 1) probar efectividad en el mantenimiento del cambio conductual; 2) promover y mantener la adherencia al tratamiento; 3) mezclar técnicas conductuales específicas, procedimiento de intervención cognitivos y modificación global de estilos de vida para incrementar la capacidad general de afrontamiento; 4) facilitar el desarrollo de la motivación y toma de decisiones; 5) incluir procedimientos de intervención verbales y no verbales; 6) reemplazar patrones de hábito maladaptativos con conductas y habilidades alternativas; 7) permitir al cliente afrontar más eficazmente situaciones problemáticas; 8) enseñar al cliente formas nuevas y adaptativas para manejar el fracaso y, 9) hacer uso de los sistemas de apoyo social para la generalización de los efectos del tratamiento.

En otro estudio, Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell (1997) reportaron la efectividad de un programa de autocontrol dirigido en un grupo de individuos con problemas de abuso de alcohol en México. El programa incluye técnicas de autocontrol, análisis funcional de la conducta de beber y la identificación de situaciones de riesgo en cuatro sesiones; sesiones adicionales se realizaron a petición de algunos usuarios. Los resultados indican que el patrón de consumo se modificó de excesivo a moderado, siendo mantenido durante el seguimiento a 6 y 12 meses de concluido el tratamiento; asimismo, se observó una reducción en los problemas asociados con el consumo de alcohol y un incremento en la confianza para controlar la ingesta de alcohol. Los autores concluyen

que este programa de tratamiento fue efectivo en el cambio de conductas adictivas y el mantenimiento de conductas alternativas; además de que, debido a que es un proceso de intervención breve, la implementación de dicho tratamiento en instituciones de salud pública redundarán en el menor costo y el máximo beneficio en la intervención y prevención del problema de alcoholismo en nuestro país.

En cuanto a las modalidades de psicoterapia que se han utilizado favorablemente en el tratamiento del alcoholismo se encuentran el tratamiento individual, el grupal dirigido a pacientes alcohólicos, el individual simultáneo con terapia grupal, el tratamiento simultáneo en dos grupos, el simultáneo en diferentes grupos, la terapia de pareja, la terapia familiar, etc.; sin importar la elección de la modalidad a seguir, "el tratamiento usual dirigido al paciente tiene como finalidad lograr que el paciente suspenda, o por lo menos disminuya la ingestión de alcohol" (Souza, 1988, p. 149).

Finalmente, la psicoterapia psicoanalítica ha sido utilizada, "no tanto como tratamiento 'contra el alcoholismo', sino como una ayuda en la adaptación" (Edwards, 1986, p. 260), así como para incrementar la calidad de vida del paciente que ha dejado la ingesta y siempre que llegue a una periodo estable de abstinencia.

Muchos autores afirman que es necesario el trabajo multidisciplinario conjunto (Edwards, 1986; Kessell y Walton, 1989; Fort, 1980; Campillo et al., 1994; Souza, 1988), de tal forma que se logre la recuperación, ya sea para dejar de beber o para controlar el consumo, por lo que es indispensable la detección de los principales problemas de salud del alcohólico, el tipo de alcohólico y el objetivo del tratamiento, para la planeación del mismo; es importante resaltar que algunas técnicas serán más eficaces que otras dependiendo de las diversas variables que están involucradas en cada caso, por lo que este estudio resulta innovador y presenta un modelo diagnóstico para la determinación del tratamiento específico y oportuno que sea necesario para cada tipo de alcohólico.

Asimismo, dado que el objetivo de este estudio es conformar el perfil de personalidad de los sujetos alcohólicos, se tomará como base teórica la Teoría de los Rasgos de Personalidad de Allport, que a continuación se describe.

CAPITULO 2

PERSONALIDAD

TEORÍA DE LOS RASGOS

La personalidad ha sido considerada un área importante de estudio dentro de la Psicología, como ciencia, por tal motivo se han realizado múltiples investigaciones que han producido diversas teorías. Es importante destacar que el interés en esta área hace necesaria la formulación de leyes y objetivos que pongan de manifiesto lo descubierto hasta ahora.

El término personalidad ha tenido múltiples dificultades en cuanto a su definición y significado, lo cual se manifiesta en las diferentes maneras en que se aborda el término. En todas las concepciones, surgidas de disciplinas diferentes como la Antropología, la Sociología, la Psicología, la Filosofía, etc, existe el interés por ubicar al individuo en un nivel individual así como en uno social.

En consecuencia, han surgido una gran variedad de corrientes psicológicas cuyo objetivo principal es explicar la personalidad de acuerdo a sus formulaciones teóricas, las cuales algunas veces resultan ser complementarias y en otras contradictorias, pero nunca totalistas. Es por tal motivo, que en este estudio se pretende abordar sólo algunos de los enfoques que existen sobre esta área, ya que la personalidad, como afirman Marx y Hillix (1972), es una "conducta compleja del organismo humano total", por lo que sugieren que los teóricos de la personalidad deben enfocarse en aspectos tales como: su naturaleza funcional, sus procesos motivacionales (dinámicos), el estudio de la persona en su "habitat" natural, etc.

En las investigaciones realizadas sobre la personalidad, se ha tomado como base al concepto de rasgo como una constante de la personalidad, puesto que puede describir a un individuo de acuerdo con la posición alcanzada en un número determinado de escalas, que representan, cada una, a un rasgo específico (Cattell, 1965).

El estudio de la personalidad permite: a) entender, de manera aproximada, los motivos que conducen a la acción en el hombre, así como a opinar, sentir, ser, etc. de determinada manera; b) la integración de los conocimientos adquiridos separadamente de las diversas facetas de un individuo, todo en un solo concepto; c) aumentar la probabilidad de predicción, con mayor exactitud, de la

conducta de un individuo; d) conocer la interrelación de los diferentes factores integrantes de la personalidad (Anastasi, 1967).

Por lo tanto, puede decirse que la personalidad es un sistema dinámico, de acuerdo con la definición dada por Allport (1974), "la personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente", esta definición fue modificada por el mismo Allport en su libro *Pattern and Growth in Personality*, en 1961, de acuerdo con Bischof (1973, p. 316), en cuanto a la última frase, que fue cambiada por "su conducta y su modo de pensar característicos".

De acuerdo con la teoría de los rasgos, la tarea del teórico "consiste en aislar y describir ciertas propiedades del individuo que están en la base de la conducta manifiesta y la determinan, otorgando de esta manera al comportamiento individual una dirección coherente, integrada" (p. 333, Marx y Hillix, 1972), dichas propiedades son los rasgos.

Para Allport (1974) la personalidad es el "tema natural" de la psicología y "el descubrimiento de la personalidad ha sido uno de los acontecimientos mas notables en la psicología de nuestro siglo", consideraba que una de las principales tareas para los psicólogos, era estudiar la personalidad y crear una teoría adecuada sobre su dinámica; sin embargo, su preocupación por fomentar la apertura con respecto al método para estudiarla, demuestra que Allport creía firmemente que toda teoría de la personalidad, debía examinarse bajo las concepciones de la literatura, la filosofía, las ciencias naturales y las ciencias biológicas y convenir con todas ellas. Esta concepción de Allport es un enfoque abierto, cuya base puede contribuir a una mayor comprensión de la personalidad.

La teoría de los rasgos subraya la importancia de las acciones abiertas de las personas y sus relaciones con experiencias presentes, considera que la personalidad está influida por rasgos definidos y que es posible inferirlos mediante la medición de sus indicadores (Wolff, 1970).

Algunas de las teorías de los rasgos usan como método fundamental el análisis factorial. En lugar de agrupar a las personas según unos cuantos tipos, lo hacen según el grado con que cierto número de rasgos son caracterizables, que en su mayor parte son comunes a todos los seres humanos (Allport 1974).

Allport enfatiza la importancia de la calidad del estudio del caso individual marcando énfasis en la motivación consciente. Considera que las "materias primas de la personalidad son el cuerpo, el temperamento y la inteligencia" (Dicaprio, 1976)

El mayor énfasis de su teoría lo da a los rasgos, que prestan a las actitudes e intenciones un status casi equivalente, los considera duraderos y significantes, además de adaptarse fácilmente a una descripción personal exacta (Bischof, 1973). Su teoría es llamada también **psicología de los rasgos**.

El rasgo es una tendencia determinante o una predisposición para responder; es una fuerza real, una motivación o disposición del individuo que inicia y guía una manera particular de conducta. Lo define como "un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas equivalentes de conducta expresiva y adaptativa" (Allport, 1970; Marx y Hillix, 1972). "El rasgo tiene una existencia normal; es independiente del observador, está realmente ahí".

Bischof (1973) enumera ocho criterios que definen al rasgo, de acuerdo con la teoría de Allport, a saber:

- 1) El rasgo tiene algo más que una existencia nominal (hábitos de un orden complejo).
- 2) El rasgo está más generalizado que un hábito (dos o más hábitos organizados y coherentes).
- 3) El rasgo es dinámico, o por lo menos determinante (ocupa una posición motivante en cada acto).
- 4) Puede establecerse empírica o estadísticamente la existencia de un rasgo (pruebas de reacciones repetidas o de tratamiento estadístico).
- 5) Los rasgos son relativamente independientes entre sí (por lo común y en cierto grado, se correlacionan positivamente entre sí).
- 6) Psicológicamente considerado, un rasgo de la personalidad no es lo mismo que una cualidad moral (puede o no coincidir con un concepto social convencional).
- 7) Los actos, e incluso los hábitos, incompatibles con algún rasgo no prueban la inexistencia de ese rasgo (pueden existir rasgos contradictorios en la misma personalidad a más de actos conductuales bajo presión que temporalmente falsean el rasgo).
- 8) Ha de considerarse el rasgo a la luz de la personalidad que lo contiene o de su distribución en toda la población (los rasgos son únicos y universales). (p. 340)

El rasgo representa la forma de combinación o integración de dos o más hábitos. Un rasgo es común cuando es compartido por muchas personas, mientras que es individual cuando es peculiar a una persona. Los rasgos centrales son típicos y característicos de un individuo, asimismo son

constantes, y mantienen juntos una gran cantidad de respuestas aprendidas (DiCaprio, 1976). Los rasgos secundarios son aquellos que en determinadas situaciones y condiciones, hacen que un individuo se comporte de manera diferente a la habitual (Allport, 1974). Asimismo, tienen el poder de motivar, inhibir o seleccionar la conducta, son interdependientes, ayudan a explicar las consistencias de la personalidad, no son directamente observables pero sí deducibles, son difíciles de clasificar, pueden ser estilísticos (informan la forma de cómo se conduce una persona) o dinámicos (indican el por qué se conducen así), guían e inician la conducta y poseen una fuerte connotación de contemporaneidad (Bischof, 1973, pp. 340-341).

Allport (1970) concibe un rasgo como una combinación de motivos y hábitos; es un sistema neuropsíquico que determina en gran parte los estímulos que serán percibidos, a esto le llama percepción selectiva y las respuestas que serán formuladas las denomina acción selectiva.

Allport distingue entre rasgos y tipos, dependiendo de la extensión con la que se apliquen al individuo. El rasgo puede representar la unicidad de la persona, mientras que el tipo debe englobarlo. Por lo tanto, de acuerdo con el autor, un tipo de personalidad es una agrupación de muchos rasgos de personalidad que conforman un modelo o arquetipo. Asimismo, Allport considera que a medida que crecen los rasgos, la personalidad se va diferenciando e integrando, de tal forma que los objetivos e intenciones que no existen en el niño, guían y proporcionan dirección en la vida de un adulto (DiCaprio, 1976).

Allport propone que todas las funciones de la "persona" o del "ego" que han sido descritas sean llamadas apropiadamente funciones de la personalidad, ya que son todas porciones verdaderas y vitales de la personalidad, además integran a la "persona". La "persona" no es innata; se desarrolla con el tiempo. Allport admite la importancia de todas las funciones psicológicas que han sido dadas al "self" y al "ego".

Allport afirma que la clave del porqué los rasgos son diferentes de los motivos originales está en el principio de la autonomía funcional. Cualquier conducta, simple o compleja, aunque en su principio pueda haber sido derivada de tensiones orgánicas o segmentales, es capaz de mantenerse ella misma indefinidamente, en ausencia de refuerzos biológicos.

De acuerdo con este principio, Allport afirma que la conducta se continúa simplemente porque ha sido repetida tantas veces que se ha vuelto el motivo en sí, o sea una parte del estilo de vida.

La consistencia del ego está dada a través de la integración gradual de los patrones dinámicos que se componen de rasgos centrales, intenciones, pulsiones apropiadas, autoimagen, y otras unidades funcionales que pueden ser empíricamente identificadas en una personalidad después de cuidadosa investigación a través de todos los métodos posibles.

Pruebas como el MMPI surgidas empíricamente de la psicopatología, posteriormente han sido aplicadas y desarrolladas a partir de rasgos de la personalidad, como la que se utiliza en esta investigación. De acuerdo con la teoría de Allport, en este trabajo se estudiaron los rasgos de personalidad característicos de los sujetos alcohólicos y de los sujetos no alcohólicos; asimismo, considerando los diferentes rasgos observados, para conformar tipos de personalidad de los sujetos alcohólicos, de acuerdo con la clasificación encontrada.

CAPITULO 3

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

Desde su aparición en 1940, el MMPI ha llegado a ser uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la personalidad tanto en el campo de la psicología clínica, como en las áreas de la psicología laboral o educativa.

El MMPI, en sus orígenes, se utilizó en el servicio psiquiátrico en Minnesota; cuenta con una base estadística sólida que permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas, y por otro lado, constituye un instrumento mediante el cual, un individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo. Se le puede considerar una técnica de inventario con excelentes bases psicométricas y, simultáneamente como una técnica de autoreporte bastante confiable.

Por tal motivo, el MMPI ha llegado a ser la medida de psicopatología más ampliamente usada en estudios psicológicos y psiquiátricos, e investigaciones médicas. En México la primera traducción fue realizada por el Dr. Núñez (1979) y su uso se ha llevado a diversas áreas de la psicología, además de que se han realizado múltiples investigaciones con este instrumento. Entre las características del MMPI se encuentran las siguientes: a) constituye una técnica útil y práctica en la evaluación de individuos que reportan problemas y síntomas de salud mental, b) proporciona información útil en la predicción de problemas y conductas del individuo, c) suministra evaluaciones confiables, d) evalúa la credibilidad del autoreporte de una persona, a través del uso de las escalas de validez, y e) facilita la interpretación del perfil de acuerdo con un marco normativo.

El primer paso en la construcción de las escalas básicas del MMPI, realizado por Hathaway y McKinley, fue reunir un gran número de reactivos potenciales de la prueba. El siguiente paso fue administrar los 504 reactivos originales a los grupos de normales y de pacientes en cada uno de los grupos clínicos. Se llevó a cabo un análisis de reactivos para cada uno de los grupos clínicos, con el fin de identificar los reactivos que diferenciaban significativamente entre el grupo clínico específico, otros grupos clínicos y un grupo de sujetos normales. La primera de las diez escalas clínicas del MMPI, fue construida con base en el contraste sistemático entre las respuestas de dos grupos diferentes: uno de pacientes neuróticos con un desorden hipocondríaco manifiesto, y otro de

personas no pacientes que visitaban el hospital. Después del análisis estadístico, se separaron los reactivos que diferenciaron de manera significativa en ambos grupos, los cuales conformaron la primera escala. El siguiente paso fue elegir una muestra adicional de pacientes hipocondríacos, a los que se les aplicaron los reactivos; con las respuestas de este grupo se llevó a cabo una validación cruzada con los resultados del primer paso, con el fin de confirmar la confiabilidad de la escala y que ésta fuera capaz de discriminar a los pacientes de los no pacientes.

Para la conformación de las otras escalas se siguieron los pasos realizados para la primera escala, utilizando la contrastación de grupos y la validación cruzada. La décima escala (Si) fue agregada posteriormente.

A pesar de que se afirma que el MMPI fue construido sin una base teórica, Hathaway y McKinley construyeron el instrumento apoyándose en un modelo de psicopatología influido por pensamientos conductuales, psicodinámicos y psicométricos, de acuerdo con sus propias palabras:

"Los reactivos individuales fueron formulados particularmente sobre la base de experiencia clínica previa. Principalmente, no obstante, los reactivos fueron suministrados de formas directivas de examinación psiquiátrica, de varios libros de texto de psiquiatría, desde algunas de las direcciones de caso tomadas en medicina y neurología, y de las primeras escalas publicadas de actitudes personales y sociales" (Hathaway y McKinley, 1949, p. 249, citado por Ben-Porath, 1994, p. 363).

De esta forma las formulaciones teóricas del MMPI incluyen, de acuerdo con Ben-Porath (1994, p. 365):

- 1) Selección inicial de los reactivos y designación de las escalas basadas en la entonces contemporánea nosología descriptiva de Kraepelin, como un modelo de psicopatología.
- 2) Tratamiento de los reactivos de prueba como estímulos de respuestas conductuales que pueden tener ciertos correlatos empíricos que incluyen la afiliación a un grupo diagnóstico.
- 3) Rechazo de interpretaciones de la prueba basadas en el contenido como abiertamente susceptibles a las influencias de distorsión abierta (intencional) y cubierta (inconsciente).

Hathaway y McKinley, al publicar el MMPI en 1942, proporcionaban al usuario tres indicadores que mostraban la validez de las respuestas de cualquier sujeto que contestara la prueba, que son: el número de reactivos que se dejaban sin contestar (Escala de "no sabría decir" o "no sé"), una medida del rol defensivo (Escala L, Mentira) y una medida de desviación extrema o de contestación al azar (Escala F, Infrecuencia). Después se agregó un cuarto indicador, la escala K (de

corrección) que sirvió para evaluar la posibilidad de que el sujeto hubiera contestado la prueba de una manera sutil pero manipulando los reactivos, ya sea para esconder (puntaje alto), o exagerar (puntaje bajo), sus problemas o dificultades.

La normalización del instrumento se realizó utilizando los datos arrojados por el grupo de hombres y mujeres, no pacientes, del estado de Minnesota, para convertir el puntaje crudo a puntajes lineales T para cada una de las escalas de validez y de las escalas clínicas. Dichas normas se han usado en los perfiles estándar del MMPI en todos los Estados Unidos y en muchos otros países; asimismo, se desarrollaron diferentes normas para sujetos adolescentes estudiantes de licenciatura, y para personas de edad avanzada (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1972). En 1950, el formato básico del MMPI quedó establecido, siendo conformado por las escalas:

Escala 1 (Hs - Hipocondriasis)

Escala 2 (D - Depresión)

Escala 3 (Hi - Histeria)

Escala 4 (Dp - Desviación Psicopática)

Escala 5 (Mf - Masculinidad-Femineidad)

Escala 6 (Pa - Paranoia)

Escala 7 (Pt - Psicastenia)

Escala 8 (Es - Esquizofrenia)

Escala 9 (Ma - Manía)

Escala 0 (Si - Introversión Social)

Este instrumento, inicialmente fue diseñado para colaborar en la asignación de los individuos a una categoría diagnóstica, cuyo propósito era el diagnóstico diferencial de los grupos clínicos psiquiátricos (Graham, 1990; Ben Porath, 1994); no obstante se ha comprobado que es útil en la conformación de descripciones o inferencias sobre un individuo (normal o con patología) de acuerdo con su perfil. Dado que es un instrumento que tiene una base empírica, se hace necesario el uso de puntuaciones de corte que permitan un diagnóstico más preciso de las personas que pueden presentar ciertas patologías, como es el caso de los alcohólicos.

En 1982, Beverly Kaemmer, administradora del MMPI en la Editorial de la Universidad de Minnesota, designó un comité para emprender la reestandarización y modernización del MMPI. En

dicho comité, iniciaron el trabajo, James N. Butcher (Universidad de Minnesota) y W. Grant Dahlstrom (Universidad de Carolina del Norte); un año después, John R. Graham se sumó al comité (Universidad del Estado de Kent) y en 1986, se unió Auke Tellegen (Universidad de Minnesota). La tarea del Proyecto de Reestandarización era modificar el folleto de la prueba original y conducir los estudios para desarrollar nuevas normas para el instrumento; siendo en 1989, cuando se publica la primera versión modificada denominada MMPI-2; esta revisión debía asegurar la continuidad del instrumento, dada la considerable cantidad de investigaciones realizadas con el instrumento original (Graham, 1990). En México se lleva a cabo la primera traducción del instrumento por Lucio y Reyes (1994; Lucio, Reyes y Scott, 1994; Lucio, 1995), aplicándolo a una población estudiantil a nivel universitario.

Los objetivos del comité fueron:

1. Revisar y modernizar los reactivos del MMPI eliminando aquellos que eran objetables, disfuncionales u obsoletos, reemplazándolos por reactivos dirigidos a problemas clínicos contemporáneos y de empleo. Incluir los reactivos de las escalas clínicas y de validez originales en la primera parte del folleto.
2. Asegurar la continuidad del instrumento original, manteniendo virtualmente intactas las escalas clínicas, de validez y algunas suplementarias.(...)
3. Desarrollar nuevas escalas dirigidas a problemas que no estaban cubiertos en el MMPI original.
4. Recolectar muestras nuevas, seleccionadas al azar, de adultos y adolescentes, representativas de la población de los Estados Unidos, para desarrollar normas apropiadas a nuestra época.
5. Desarrollar una nueva distribución normativa para las escalas de adultos y adolescentes, que pudiera reflejar mejor los problemas clínicos y que resolviera el problema de la no-uniformidad en la clasificación percentil que ocurre con las escalas del MMPI original (por ejemplo, los puntajes T de un valor dado, no eran percentiles equivalentes a través de las escalas).
6. Recolectar un amplio rango de datos clínicos para evaluar los cambios que se debiera hacer en las escalas originales y para validar las nuevas escalas. (Butcher y Williams, 1992)

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) es una prueba multidimensional, de amplio espectro, diseñada para evaluar un número de patrones importantes de la personalidad y de los desórdenes emocionales. Puede administrarse en forma fácil tanto individualmente como a grupos de sujetos. Es requisito necesario tener un nivel de lectura de secundaria y, un grado satisfactorio de cooperación y dedicación hacia la tarea de contestar el inventario. La prueba MMPI-2, al igual que la versión original, proporciona puntajes y perfiles objetivos derivados de normas nacionales bien determinadas. Su uso tan extenso y los cambios

culturales han hecho necesario, corregir la redacción del MMPI. Adicionalmente, la evidencia creciente de que las personas estaban valorando los reactivos de maneras diferentes, sustancialmente, hizo necesaria su reestandarización utilizando normas nacionales contemporáneas. El MMPI-2 tiene como características: el grupo de escalas básicas, formas de perfiles para sujetos masculinos y femeninos, por separado, clave de puntajes manuales, y normas con y sin correcciones de la escala K, importantes refinamientos y modificaciones en la redacción de los reactivos; nuevos reactivos que cubren áreas de contenido no representadas en el MMPI original, como las escalas de alcoholismo, validez adicional de los indicadores, escalas suplementarias y un nuevo método de puntuación T para la composición de escalas.

Un gran avance es el de que los reactivos del MMPI-2 se corrigieran para eliminar ambigüedades, fraseología sexista y contenidos obsoletos, además de que los reactivos de contenido poco conveniente se suprimieron y se incluyen, en las escalas suplementarias, un grupo de medidas nuevas todavía experimentales: un nuevo grupo de indicadores de validez (Escala F posterior), las medidas INVER y INVAR de inconsistencia, un nuevo grupo de escalas de contenido y nuevas medidas de diferenciación de género para identificar los roles masculino y femenino.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, se identifica como un inventario de ajuste, sin embargo, ya que valora y clasifica grupos clínicos puede pertenecer también al tercer tipo de inventarios de la personalidad, (Anastasi, 1967, el de inventarios que valoran y clasifican grupos clínicos; el tipo conocido como inventario de ajuste (Anastasi, 1967), es constituido por reactivos que diferencian a los sujetos desajustados de los normales y que sirven como instrumentos de clasificación.

El MMPI fue diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

"El procedimiento de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante tienen alta confiabilidad pues dependen de marcos de referencia fijos, principalmente estadísticos, característica que plantea la necesidad de llevar a cabo un proceso de normalización o estandarización de los puntajes, previo a la interpretación de los mismos, puesto que se han encontrado diferencias transculturales" (Rivera, 1991).

El MMPI se convierte en una técnica de incalculable valor, cuya interpretación se puede ajustar a la utilización que se quiera hacer de ella, en relación con las metas hacia las que se deben enfocar los resultados, desde aspectos totalmente cuantitativos, hasta algunos rasgos finos de la organización psicodinámica de la personalidad.

Por tanto, las características de una autodescripción deben considerarse con base en sus relaciones internas, como en la posibilidad de que sean comparadas con los resultados estadísticos obtenidos del estudio de un grupo.

ESCALAS CLÍNICAS

A continuación se presenta un breve resumen sobre cada una de las escalas y lo que miden, tomados del Manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

Escala 1. Hs - Hipocondriasis.

Esta escala se desarrolló con base en las respuestas de un grupo de pacientes neuróticos que manifestaban una gran preocupación acerca de su salud, que presentaban una gran variedad de quejas somáticas sin base orgánica y no aceptaban tener buena salud. Los reactivos que constituyen esta escala reflejan: a) síntomas particulares o quejas específicas y b) preocupación corporal general o un enfoque de la vida del individuo centrado en sí mismo.

Escala 2. D - Depresión.

Los reactivos que conforman esta escala reflejan características del estado clínico de pacientes deprimidos, como desmoralización, pesimismo y desesperación; además de características básicas de personalidad, como responsabilidad extrema, normas personales estrictas e intrapunitivas, etc.

Escala 3. Hi - Histeria

Parte de los reactivos que componen esta escala reflejan quejas físicas sin base orgánica o desórdenes específicos; mientras que otra parte reflejan negación de problemas en la vida personal o falta de ansiedad social observada, frecuentemente, en individuos con estas defensas.

Escala 4. Dp - Desviación Psicopática.

Esta escala mide la propensión de las personas a reconocer problemas y dificultades con la ley, o la falta de interés por la mayoría de las normas sociales y morales de conducta.

Escala 5. Mf - Masculinidad-Femineidad.

Los reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y, sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los hombres y mujeres en general. Esta escala es esencialmente inversa para hombres y mujeres, ya que los puntajes T corren de manera opuesta para cada género.

Escala 6. Pa - Paranoia

Esta escala se desarrolló con base en las respuestas proporcionadas por pacientes que presentaban alguna forma de condición paranoide o estado paranoide. El contenido de sus reactivos refleja marcadas susceptibilidades interpersonales y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, así como el estar centrado en sí mismo y la inseguridad.

Escala 7. Pt - Psicastenia.

Se construyó con ayuda de pacientes que manifestaban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores exagerados del grupo neurótico, cuya designación actual es de desorden obsesivo compulsivo. En general, la escala mide ansiedad y angustia (o emotividad negativa), normas morales altas, tendencia a sentirse culpable porque las cosas no salen bien, y esfuerzos por lograr un control rígido sobre los impulsos.

Escala 8. Es - Esquizofrenia.

El objetivo de esta escala fue discriminar a los pacientes psiquiátricos cuyo diagnóstico fuera una de las formas de los desórdenes esquizofrénicos; dicho objetivo no fue alcanzado, debido a la gran variedad de síntomas de cada forma del desorden. Los reactivos cubrían un amplio rango de conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad para estos sujetos.

Escala 9. Ma - Manía.

El contenido de los reactivos de esta escala se refiere a conductas de desórdenes maniaco-depresivos y a características relacionadas con estos desórdenes, como ambición exagerada, extroversión y aspiraciones elevadas

Escala 0. Si - Introversión Social.

Esta escala fue desarrollada por Drake en una muestra de estudiantes universitarios, quienes puntuaron en los extremos de las escalas del Inventario de introversión y extroversión social T-S-E

de Evans y McConnell (1941, citado en Butcher y Williams, 1992, y en Lucio, 1995). Los puntajes por encima de la media reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencia por permanecer solo y carencia de asertividad social. Por su parte, los puntajes por debajo de la media muestran las tendencias contrarias, es decir, tendencias hacia la participación y ascendencia social.

ESCALAS DE CONTENIDO.

Adicionalmente a las escalas básicas (de validez y clínicas originales), se crearon las Escalas de Contenido del MMPI, debido a que la interpretación del contenido del instrumento se ha considerado un accesorio aceptable para la interpretación de las escalas tradicionales. Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989, citado en Butcher y Williams, 1992) desarrollaron un conjunto total de dimensiones de contenido con base en el total de reactivos del instrumento, mediante "una estrategia de construcción multietápica en la que se emplearon procedimientos estadísticos y lógicos y, cuya validez y confiabilidad es tanta o aún mayor que la de las escalas originales" (Lucio y Reyes, 1994, p. 45). En este grupo de escalas se encuentran las siguientes:

ANS Ansiedad

Los puntajes elevados en esta escala indican síntomas generales de ansiedad, incluida la tensión, problemas somáticos (taquicardia, dificultad en la respiración, etc.) dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración. Los sujetos con altas puntuaciones temen volverse locos, sienten la vida como una tensión constante y tienen dificultad en la toma de decisiones; admiten abiertamente tener estos síntomas y problemas, lo que sugiere que están conscientes de ellos.

MIE Miedos

Los altos puntajes en esta escala muestran que se trata de un individuo con muchos temores específicos; los que incluyen miedo a la vista de la sangre, estar en lugares altos, a perder dinero o el hogar, a los animales tales como serpientes, ratones o arañas, al fuego, tormentas y a los desastres naturales, al agua, a la oscuridad, a sentirse enclaustrado y a la suciedad.

OBS Obsesividad

Los puntajes elevados indican a personas que tienen gran dificultad para tomar decisiones y probablemente tienden a meditar excesivamente sus puntos de vista y sus problemas, causando que los demás se impacienten. El tener que hacer cambios les resulta angustiante y pueden mostrar

conductas compulsivas como contar o guardar cosas insignificantes. Se preocupan excesivamente, y con frecuencia, se sienten abrumados por sus propios pensamientos.

DEP *Depresión*

Las calificaciones elevadas en esta escala son características de individuos con pensamientos depresivos significativos. Reportan sentir tristeza, incertidumbre sobre el futuro y desinterés en la vida. Probablemente estén intranquilos, se sientan infelices, lloren fácilmente y se sientan sin esperanza y vacíos. Pueden manifestar pensamientos de suicidio o deseo de estar muertos. Pueden creer que están condenados o han cometido pecados imperdonables. No ven en otras personas alguna fuente de apoyo.

SAU *Preocupación por la Salud*

Los sujetos con altos puntajes en esta escala reportan muchos síntomas físicos en las diversas funciones corporales. Se incluyen los síntomas gastro-intestinales, problemas neurológicos, problemas sensoriales, síntomas cardiovasculares, problemas de la piel, dolor y molestias respiratorias. Estos individuos se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que la mayoría de las personas.

DEL *Pensamiento Delirante*

Los procesos de pensamiento delirante caracterizan a los individuos con altos puntajes en esta escala. Ellos pueden reportar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Pueden presentar, además, ideación paranoide. Estos individuos pueden sentir que tienen una misión especial que cumplir en la vida o poderes especiales.

ENJ *Enojo*

Las calificaciones elevadas en esta escala sugieren problemas para controlar el enojo. Estos sujetos muestran ser irritables, gruñones, impacientes, arrebatados y obstinados. Algunas veces tienen ganas de maldecir o destrozar cosas. Pueden perder el control y agredir físicamente a las personas o destruir objetos.

CIN *Cinismo*

Los individuos con puntajes altos en esta escala, se caracterizan por tener creencias misantrópicas; suponen que detrás de los actos de otros, hay motivos negativos escondidos. Piensan que se debe desconfiar de las personas, porque utilizan a otras y son amigables sólo por razones

egoístas. Mantienen, probablemente, actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellos, incluyendo a sus compañeros de trabajo, su familia y amigos.

PAS *Prácticas Antisociales*

De manera similar a los sujetos con altos puntajes en la escala CIN, los sujetos con puntajes elevados en esta escala tienen actitudes misantrópicas, muestran conductas problema durante sus años escolares, además de prácticas antisociales tales como dificultades con la ley, robos, o hurtos en las tiendas. Algunas veces se divierten con las actividades de los criminales, y aunque no apoyan conductas ilegítimas de manera explícita, ellos creen que está bien eludir a la ley.

PTA *Personalidad Tipo A*

Las calificaciones altas en esta escala son características de individuos rígidos, de movimientos rápidos y orientados al trabajo, quienes frecuentemente se impacientan, son irritables y enojones. No les gusta esperar o ser interrumpidos. Para ellos jamás hay tiempo suficiente en un día para realizar sus tareas. Son directos y pueden ser dominantes en sus relaciones con otros.

BAE *Baja Autoestima*

Los sujetos que califican alto en BAE se caracterizan por tener una pobre opinión de sí mismos. No creen que son simpáticos a otros o que son importantes. Pueden mantener muchas actitudes negativas hacia sí mismos, incluyendo pensamientos como de que ellos no son atractivos, que son torpes e inútiles, además de una carga para otros. Carecen, evidentemente, de auto-confianza y encuentran difícil aceptar elogios. Pueden sentirse abrumados por todas las fallas que ven en sí mismos.

ISO *Incomodidad en Situaciones Sociales*

Los puntajes elevados indican que se trata de individuos que se sienten muy inquietos al estar cerca de otros, por lo que prefieren estar solos. Cuando se encuentran en situaciones sociales, probablemente se sienten solos en lugar de unirse al grupo. Se ven a sí mismos como personas tímidas y no les gustan las fiestas ni otros eventos grupales.

FAM *Problemas Familiares*

Considerables discordias familiares se presentan en personas con puntajes altos en FAM. Describen a sus familias como carentes de amor, peleoneros y desagradables. Pueden hasta expresar

aborrecer a algunos miembros de su familia. Pueden describirse maltratados en su infancia y consideran a sus matrimonios como infelices y carentes de afecto.

DTR *Dificultad en el Trabajo*

Una calificación elevada en esta escala es indicadora de conductas o actitudes que contribuyan, probablemente, en un desempeño pobre en el trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con una baja autoconfianza, dificultades para concentrarse, obsesividad, tensión y presión, además de dificultades con la toma de decisiones. Otros problemas sugieren la falta de apoyo familiar para la elección de carrera, cuestionamiento personal de su elección de carrera y actitudes negativas hacia los colaboradores.

RTR *Rechazo al Tratamiento*

Los puntajes altos indican que se trata de individuos con actitudes negativas hacia los doctores y hacia el tratamiento de la salud mental. Estos individuos no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos. Tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con alguien. Pueden querer no cambiar nada en sus vidas, ni sentir que el cambio sea posible. Prefieren darse por vencidos, que enfrentarse a las crisis o dificultades.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

El grupo de Escalas Suplementarias propuesto por Butcher (Butcher y Williams, 1992), proporciona información adicional en la elaboración del perfil completo de una persona, utilizando el MMPI-2. En este grupo de escalas, cuando las puntuaciones limítrofes específicas son más elevadas o muy bajas, mayor será la probabilidad de que se aplique la información interpretativa correspondiente. Para algunas de estas escalas, el material interpretativo es más completo que para otras medidas más novedosas que ofrece el MMPI-2. Este grupo de escalas está conformado por 17 escalas.

A *Ansiedad*

Esta escala fue desarrollada por Welsh en 1956, junto con la escala de Represión; el objetivo de esta escala fue medir la dimensión de ansiedad. El contenido de los reactivos de A caen en una de cuatro categorías: a) pensamiento y procesos de pensamiento, b) tono emocional negativo y disforia, c) falta de energía y pesimismo, y d) ideación maligna.

R Represión

Esta escala, construida por Welsh, mide la segunda dimensión, la represión; el contenido de R se refiere a la negación de síntomas físicos, emotividad, violencia, reacciones sociales desagradables, sentimientos de adaptación, dominio social e interés en la apariencia personal. Welsh sugiere la interpretación conjunta de las escalas A y R, con el fin de dar un diagnóstico más completo de un sujeto, en particular.

Fyo Fuerza del Yo

Esta escala fue desarrollada por Barron en 1953, para evaluar la capacidad de un sujeto para beneficiarse de una psicoterapia, individual o grupal, y para predecir la respuesta de pacientes neuróticos a la psicoterapia individual. En el MMPI-2, se incluye como una medida de adaptación, de fortaleza, de recursos personales y de funcionamiento eficiente, además de ser un buen indicador general de salud mental.

A-MAC Escala de Alcoholismo de MacAndrew-Revisada

Esta escala fue desarrollada por MacAndrew (1965), usando dos diferentes grupos de pacientes. Se contrastaron las respuestas del grupo de sujetos masculinos con historia conocida de alcoholismo, con un grupo de sujetos psiquiátricos masculinos sin historia conocida de alcoholismo. MacAndrew identificó, inicialmente, 51 reactivos que diferenciaban a estos dos grupos, los cuales se redujeron a 49, debido a que dos de los reactivos, que fueron eliminados, tenían un obvio contenido de abuso de alcohol. MacAndrew sugirió utilizar un puntaje de corte de 24, para hombres (en el caso de las mujeres se sugirió un puntaje de 22), el cual sugiere abuso potencial de alcohol. Las investigaciones realizadas sugieren que un puntaje elevado en MAC-R se asocia con problemas de adicción, tal como abuso de drogas y riesgo patológico, pero que no es útil para diferenciar entre abuso de alcohol y abuso de otras drogas. Sin embargo, los estudios reportados en la bibliografía, indican que la escala no discrimina a sujetos alcohólicos de sujetos no alcohólicos, de tal manera que la escala no puede considerarse como una escala de tamizaje o de filtro efectiva. No obstante, existe evidencia de que puede diferenciar a tipos de alcohólicos, cuyas características de personalidad son fundamentalmente diferentes, además de ser independientes de la edad. Los puntajes crudos arriba de 24 sugieren abuso de sustancias, ya sea alcohol u otras drogas, mientras que puntajes crudos menores de 24 contraindican abuso de sustancias. Los puntajes altos son característicos de

individuos que son socialmente extrovertidos, exhibicionistas y que están dispuestos a correr riesgos; por su parte, los puntajes bajos indican que los sujetos tienden a ser introvertidos, tímidos, faltos de confianza en sí mismos.

HR Hostilidad Reprimida

Esta escala mide la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias. Los puntajes elevados son característicos de sujetos que tienden a responder apropiadamente a la provocación, en la mayoría de los casos, pero que ocasionalmente manifiestan respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente.

Do Dominancia

Esta escala mide la tendencia de un individuo a tener control sobre sus relaciones interpersonales. Los puntajes altos en Do son asociados con equilibrio, confianza, seguridad en sí mismo, iniciativa social, perseverancia, resolución y liderazgo de grupo; mientras que los puntajes bajos muestran a personas sumisas, poco enérgicas y fácilmente influibles por otras personas, carecen de confianza en sí mismas y sienten que manejan sus problemas inadecuadamente.

Rs Responsabilidad Social

Los sujetos con elevados puntajes tienden a verse a sí mismos y a ser vistos por otras personas como dispuestos a aceptar las consecuencias de su propia conducta y como responsables, asimismo se les considera dignos de confianza y personas íntegras, con sentido de responsabilidad para con el grupo. Las personas con bajos puntajes, por otro lado, no pueden ser vistos, ni verse a sí mismos como dispuestos a aceptar la responsabilidad de su propio comportamiento, son carentes de responsabilidad, poco dignos de confianza, faltos de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con el grupo.

Dpr Desajuste Profesional

Las investigaciones sobre esta escala, han demostrado que es útil en la identificación de problemas emocionales entre estudiantes profesionistas, pero no muy útil para predecir futuras dificultades de adaptación. Los puntajes altos indican que los individuos parecen estar poco adaptados, son ineficientes generalmente, pesimistas y angustiados; mientras que los sujetos con bajos puntajes tienden a ser bien adaptados, optimistas y conscientes.

GM **Género Masculino**

En el caso de sujetos masculinos, esta escala se relaciona con una gran confianza en sí mismo, gran perseverancia y amplios intereses, además de la carencia de temores o sentimientos referentes a sí mismos. Para las mujeres, la escala se relaciona con una gran confianza en sí mismas, con la honestidad y la disposición para probar nuevas cosas, además de que indica la carencia de preocupaciones y sentimientos referidos a sí mismas.

GF **Género Femenino**

Esta escala, a diferencia de la anterior, en sujetos masculinos, se relaciona con la religiosidad, la tendencia a no jurar o maldecir, y el ser francos en señalar a otros sus faltas personales, además se correlaciona con el ser mandón, tener poco control sobre el propio temperamento, el ser susceptibles al abuso del alcohol y de las drogas que no sean por prescripción médica. En el caso de las mujeres, también se relaciona con la religiosidad y los problemas con el alcohol y las drogas.

EPK **Desorden de Estrés Postraumático de Keane**

Esta escala tiene como objetivo evaluar a personas que manifiestan desorden de estrés post-traumático, a diferencia de quienes no lo manifiestan, de acuerdo con el diagnóstico del Eje I del DSM-III.

EPS **Desorden de Estrés Postraumático de Schlenger**

Esta escala, a diferencia de la EPK, se desarrolló mediante el contraste de un grupo de veteranos vietnamitas sanos emocionalmente, con otros que fueron identificados por padecer un desorden de estrés post-traumático. Ambas escalas requieren mayor investigación, de tal forma que se amplíe su utilización.

Ep **Infrecuencia**

Esta escala es propuesta por Butcher y tiene como objetivo determinar la validez del perfil, tiene como característica principal la detección de respuestas al azar, particularmente en la parte final del inventario, en la cual se encuentran los reactivos de esta escala. Un alto puntaje en esta escala, es un indicador de que el sujeto inició respondiendo de buena fe, y que, al final de la prueba, dicha actitud se modificó, de tal forma que el sujeto pierde interés en contestar el instrumento.

INVER Inconsistencia en las Respuestas Verdaderas

Esta escala proporciona información sobre la tendencia a dar sólo un tipo de respuesta (la repetición de respuestas verdadero o falso) a los reactivos del MMPI-2 sin tener en cuenta el contenido de las frases.

INVAR Inconsistencia en las Respuestas Variables

Los puntajes en esta escala reflejan una tendencia general a no fijarse en el contenido de los reactivos, al marcar las respuestas en el instrumento. Los reactivos de esta escala están distribuidos, indistintamente, en todo el inventario.

RA Escala de Reconocimiento de la Adicción

Esta escala fue construida lógicamente por Weed, Butcher, McKenna y Ben Porath (1992) y el interés principal se centró en la consistencia interna, está conformada por 13 reactivos que indagan directamente acerca del uso o abuso de sustancias; fue desarrollada sobre la base de su contenido obvio, en relación a problemas de abuso de sustancias, cuyo interés principal es la consistencia interna. Esta escala representa un intento para usar el MMPI-2 para evaluar la inclinación de los sujetos para reportar directamente problemas de abuso de alcohol y drogas. Las elevaciones en esta escala indican con que extensión los sujetos reconocen tener problemas con el uso del alcohol y las drogas. Sin embargo, esta escala aún no es concluyente, debido a que existen pocos datos empíricos al respecto.

PPA Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones

Weed, Butcher, McKenna y Ben Porath (1992) desarrollaron esta escala como un intento de identificar las características de personalidad y los patrones de estilo de vida que son asociadas con abuso de alcohol y de drogas. Está constituida de 39 reactivos derivados empíricamente, contrastando las respuestas de una muestra de sujetos que abusan de sustancias con las respuestas de dos grupos control, el normativo y el psiquiátrico. La evidencia apoya el hecho de que tales factores de personalidad juegan una parte importante en el desarrollo de problemas de adicción. Al igual que la escala RA, esta escala no ha sido muy investigada, por lo que se recomienda su uso con las debidas precauciones.

En este estudio se estudiarán todas las escalas, arriba mencionadas, que constituyen al MMPI-2, de tal manera que proporcionen la información necesaria para conformar un perfil de personalidad

más completo, de los sujetos alcohólicos; del mismo modo, permitirán conocer las intercorrelaciones que existen entre ellas que, a su vez, ayudarán a un diagnóstico más preciso del alcoholismo y, por consiguiente, a definir el tipo de tratamiento más idóneo.

Se considerarán, principalmente, las escalas de adicciones: de Alcoholismo de MacAndrew, de Reconocimiento de la Adicción y la de Predisposición a Problemas con las Adicciones, y la escala de Rechazo al Tratamiento, con la finalidad de identificar el perfil que conforman para definir los tipos de alcohólicos que existen en la muestra estudiada. A continuación se describirán dichas escalas mediante los diversos estudios, que se han llevado a cabo en distintos escenarios y con muestras diferentes; en la revisión que se presenta, existe un gran número de estudios sobre la escala de Alcoholismo de MacAndrew debido a que es una de las más utilizadas para medir características de personalidad de sujetos alcohólicos, mientras que existen pocos estudios que comparan la efectividad de la escala de MacAndrew y de las otras dos escalas de adicciones, dicha situación se debe a que estas últimas son escalas especiales de investigación, de creación reciente.

CAPITULO 4

PERSONALIDAD DE SUJETOS ALCOHÓLICOS

MEDIDA MEDIANTE MMPI

Uno de los aspectos importantes en el diagnóstico de los sujetos alcohólicos es la evaluación de los rasgos de personalidad, ya que contribuyen en la elaboración del diagnóstico y en el tratamiento. En nuestro país existen diversos estudios que investigan dichos factores, en los cuales se han utilizado diversos instrumentos, entre los que encontramos al MMPI. En tales estudios el objetivo principal es la detección de las características de personalidad de estos sujetos, algunos intentan plantear un tratamiento idóneo; otros comparan la efectividad de diversos tratamientos, y sólo unos pocos han logrado obtener elementos diagnósticos precisos que permitan la conformación de un tratamiento efectivo de acuerdo con dichos diagnósticos.

Debido a que el MMPI-2 es una nueva versión del instrumento, la cual está conformada por tres grupos de escalas, descritas anteriormente, y que proporciona un perfil de personalidad más completo, se decidió utilizarlo en esta investigación, puesto que es una herramienta muy útil en la detección de elementos finos de personalidad que, junto con los otros factores que se investigarán (patrones de consumo, conductas antisociales y aspectos sociodemográficos), permitirán la conformación de un modelo diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos mexicanos, el cual suministrará información para la elaboración del tratamiento específico que resultará ser más efectivo.

A continuación se presenta un resumen de diversos estudios que evalúan la efectividad del MMPI y del MMPI-2 en la elaboración del diagnóstico clínico en sujetos alcohólicos, así como la validez de las escalas de Alcoholismo de MacAndrew, de Reconocimiento de la Adicción y de Predisposición a Problemas con las Adicciones del MMPI-2.

En 1943, Horton (citado en Molina et al, 1983) realizó un estudio comparativo transcultural, en el que describió a la personalidad y a la cultura como partes integrantes de un mismo fenómeno; asegura que "las dificultades inherentes al modo de vida pueden registrarse en la ansiedad y conflictos individuales y que para resolver esta situación, los sujetos utilizan formas particulares de conducta que, o encuentran o innovan en su cultura" (p. 10); destacó la función del alcohol en

diferentes sociedades, siendo utilizado como un medio para reducir la ansiedad, que en ocasiones produce nuevas ansiedades.

Entre las características de la personalidad de los sujetos alcohólicos, reportados en la literatura, se encuentran: conducta masculina agresiva, que sirve como defensa para ocultar su dependencia emocional; antecedentes de rebeldía e impulsividad, depresión y ansiedad como consecuencias del consumo de alcohol. En los estudios en los que se aplica el MMPI, se ha encontrado que los perfiles muestran alta puntuación en las escalas de Depresión y Desviación psicopática (Hill & cols., 1962; Rae & Forbes, 1966, citados en Madden, 1986).

La historia de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew inicia en 1965, con su creación (MacAndrew, 1965). Inicialmente, MacAndrew conforma su escala de 49 reactivos, relacionadas indirectamente con el consumo de alcohol, previamente elimina 2 reactivos por su relación directa con el problema. MacAndrew compara dos grupos de sujetos, uno de alcohólicos y otro de pacientes psiquiátricos, encontrando diferencias en los reactivos del MMPI que conforman, a partir de este estudio, la escala MAC.

En su investigación, MacAndrew, (1979), realiza una recopilación de los estudios previos sobre la escala A-MAC, logrando hacer un resumen analítico que sirve de apoyo para documentar la existencia de dos tipos caracterológicos fundamentalmente diferentes dentro de las diversas muestras de abusadores de sustancias masculinos, con estos datos resaltó las diferencias entre estos dos tipos y demostró que su existencia es independiente de la edad. El autor concluye que uno de los tipos caracterológicos, que es el más frecuente, ocurre o como una tendencia o "en pleno" en aproximadamente el 85% de los casos. Los miembros de este tipo son fácilmente distinguibles de los miembros de pacientes externos psiquiátricos no abusadores de sustancias; a este primer grupo le llama "Abusadores de Sustancias Primarios", que de acuerdo con el contenido de los reactivos con los que se diferencia, se sugiere que sufren de un desorden de carácter. El segundo tipo, "Abusadores de Sustancias Secundarios", es el menos frecuente (se ha encontrado presente o como una tendencia, o "en pleno", en aproximadamente el 15 % de los casos) y se distingue de los pacientes psiquiátricos no abusadores, sólo por su mayor propensión a consumir grandes cantidades de alcohol. MacAndrew sugiere que, debido a las diferencias fundamentales de estos dos tipos, se considere su existencia en el diseño de futuras investigaciones, ya que el no hacerlo puede producir una "inflación" innecesaria

del rango de error. Asimismo, sugiere considerar las características de ambos tipos de abusadores para la adaptación de la terapia a aspectos más específicos que los síntomas presentes. El autor concluye que, dado que los tipos de abusadores no presentan características exclusivas de abuso de sustancia solamente, la escala A-MAC no es específica de abuso de sustancias, sino que parece medir algo cercanamente parecido a la sociopatía o "psicopatía secundaria", en el sentido sugerido por Eysenck.

El propósito general en el estudio de O'Neill, Giacinto, Waid, Roitzch, Miller y Kilpatrick, (1983) fue obtener información sobre la validez de constructo de la escala A-MAC con la críticamente importante variable de abuso de alcohol severamente restringido. Los sujetos fueron 194 hombres veteranos en la unidad de tratamiento de alcoholismo de pacientes internos. Se llevó a cabo un diagnóstico primario de alcoholismo; un diagnóstico psiquiátrico secundario y otros problemas adictivos fueron del tipo y frecuencia esperados en una muestra de alcohólicos. Los sujetos se dividieron en 4 grupos sobre la base de los puntajes A-MAC. El primer grupo consistió de 19 sujetos quienes puntuaron en el rango "no alcohólico" (NA), esto es, menor o igual a 23. Este grupo de falsos negativos representa "alcohólicos secundarios" en la nomenclatura de MacAndrew. Los sujetos restantes se dividieron en tres partes sobre la base de sus puntuaciones A-MAC, los cuales estuvieron dentro del rango "alcohólicos" (tercio más bajo, L-MAC = 24-28, n = 53; tercio medio, M-MAC = 29-31, n = 63; y tercio más alto, H-MAC > 31, n = 59). Estos grupos L, M y H, como un todo, constituyen a los "alcohólicos primarios" de MacAndrew. Se obtuvieron muy pocas diferencias significantivas entre los cuatro grupos sobre las variables demográficas. 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 significantes se observaron en las escalas L, K, D, Ma y R. Estas variables están linealmente relacionadas a las puntuaciones A-MAC. Los sujetos NA puntuaron más alto en las escalas L y K que los sujetos con puntuaciones A-MAC de "alcohólicos", con diferencias no significantivas entre los subgrupos (L, M y H). En la Escala D, la única diferencia significativa mostró que los sujetos NA obtuvieron puntuaciones significantivamente más bajas que los sujetos H. En Ma, los sujetos NA puntuaron significantivamente más bajo que los sujetos en los otros tres grupos, los cuales no difirieron entre ellos. En R, los sujetos NA obtuvieron puntuaciones significantivamente más altas que los otros

grupos, y el grupo L fue significativamente más alto que el grupo H. En Mf, las diferencias de grupos alcanzaron significancia con los grupos L y M, tendiendo a calificar levemente más alto que el grupo H, que fue levemente más alto que el grupo NA. Diferencias marginalmente significantivas se encontraron en Si, con el grupo NA puntuando algo más alto que el grupo L, el cual fue algo más alto que los grupos M y H.

Pfost, Kunce y Stevens, (1984) investigaron la relación de la A-MAC con el tipo de personalidad y el nivel de angustia emocional, correlacionando los puntajes de la escala A-MAC con el tipo de perfil derivado y la elevación media de las escalas del MMPI. La muestra consistió de 38 hombres caucásicos quienes ingresaron voluntariamente al programa de tratamiento de alcoholismo para pacientes internos. Se analizó la matriz de correlación factorialmente, usando un procedimiento de componentes principales, seguido por una rotación Varimax limitada a tres factores basados en las recomendaciones de Cattell (1966, citado en Pfost et al., 1984). Este análisis produjo una carga factorial para cada sujeto en cada uno de los factores obtenidos y en un perfil prototípico del MMPI para cada factor. Los tres perfiles básicos de personalidad que resultaron del análisis son descritos como sigue: a) Tipo I: Solitarios, sensitivos, inseguros (Escala 1 y 2); b) Tipo II: Temperamentales, violentos, superiores (Escala F-K, 4 y 9); c) Tipo III: Abiertos, obstinados, quisquillosos (Escala K, 3 y 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. La puntuación media A-MAC fue 27.9 (D.E. = 4.9), la cual está substancialmente arriba del punto de corte de 24, que ha sido recomendado para clasificar alcoholismo. Treinta y uno de los 38 sujetos tuvieron una puntuación mayor o igual a 24. Las elevaciones de la escala MMPI de esta muestra indicaron un nivel moderadamente alto de angustia psicológica, como se refleja en la puntuación T media de 61.9 (D.E. = 8.0). La puntuación T media para las escalas de validez y clínicas produjo puntuaciones más altas para las Escalas 2 y 4, respectivamente. El nivel de angustia psicológica, medida por las puntuaciones T del MMPI medio de cada sujeto, no correlacionó con las puntuaciones A-MAC. El grado de semejanza del tipo de personalidad, medida por la correlación de los perfiles de cada sujeto con cada uno de los perfiles prototípicos, tampoco correlacionó con las puntuaciones A-MAC. Se concluye que las puntuaciones A-MAC estaban relacionadas al tipo de personalidad. Las personas con perfiles MMPI tipificados por altas puntuaciones en las escalas F-K, 4 y 9 parecen tener relativamente altas puntuaciones A-

MAC. Por otra parte, el Tipo II de personalidad parece corresponder al carácter "alcohólico primario" de MacAndrew, cuyas características incluyen rápida y fuerte excitación emocional y orientación a la búsqueda de gratificación hacia el mundo (MacAndrew, 1981, citado en Pfoest et al., 1984). La tasa alta de falsos positivos obtenida cuando la A-MAC es usada con algunas poblaciones de tratamiento puede ser resultado de la relación entre las puntuaciones A-MAC y el perfil Tipo II de personalidad obtenido en este estudio.

El estudio de Cernovsky (1987) examina si las elevaciones de la escala de Represión (R) de Welsh son un marcador útil de falsos negativos en mujeres adictas, tal y como quedó demostrado en el estudio de Cernovsky (1985, citado por Cernovsky, 1987) en el que se detectaron a los falsos negativos en hombres adictos. En el estudio participaron 103 mujeres admitidas para un tratamiento de adicción, quienes fueron diagnosticadas como adictas crónicas incapaces de renunciar al abuso fuera de un lugar controlado y estructurado de pacientes internos. El grupo control consistió de 21 mujeres pacientes externas psiquiátricas exentas de historia conocida de abuso de alcohol o drogas, a quienes se les administró el MMPI, cuyos perfiles fueron válidos. Con respecto al grupo experimental, 28 mujeres adictas obtuvieron puntuaciones crudas menores a 24 en la escala A-MAC ("falsos negativos"), siendo 75 el número de "verdaderos positivos". La escala R fue elevada en 42.9% de los falsos negativos, pero sólo en 10.7% de los verdaderos negativos, siendo significativa la diferencia. Los resultados muestran que los falsos negativos difirieron de los verdaderos positivos en las escalas 9, R, la triada neurótica, L y D: los falsos negativos fueron mujeres menos enérgicas o menos inquietas, con mayor probabilidad a reprimir o conscientemente suprimir información amenazante, menos perturbadas en las escalas de alteraciones psicóticas, levemente más interesadas acerca de ser vistas en una forma delicada socialmente favorable, y menos deprimidas que las verdaderas positivas. Al comparar los verdaderos negativos con los falsos negativos se encontraron diferencias no significativas, con excepción de las escalas R y D: los verdaderos negativos fueron menos deprimidas y menos probable que concuerrieran a la supresión consciente o a la defensa del yo de represión para tratar con información subjetivamente amenazante.

Alfano, Nerviano y Thurstin (1987), en su estudio, conformaron un sistema de clasificación de seis tipos clínicos usuales de una muestra de 150 veteranos alcohólicos, pacientes internos, utilizando el MMPI, dos estimaciones intelectuales, 2 estimaciones perceptuales y una clasificación

de empleo. Los seis tipos encontrados son: A) Pasivo-dependiente; corresponde al tipo de código "1-2-3-4" de Gilberstadt y Duker (1965, citado por Alfano et al., 1987), y es descrito como un alcohólico explícito intenso, que muestra patología de rasgo de carácter en el contexto de dificultades neuróticas; B) Bebedor impulsivo; un tipo alcohólico común, se caracteriza por la elevación de la escala 4, comúnmente, con la ausencia de la mayoría de otros indicadores de angustia o psicopatología, en algunas ocasiones es acompañado de una elevación secundaria en la escala 2; C) Orgánico crónico; el perfil refleja un código "2-1", caracterizado principalmente por depresión, inquietud, con tensión y angustia, que tiende a contraindicar la actuación (acting-out); D) Bebedor culpable; presenta elevaciones significativas en las escalas 7, 2 y 4, con énfasis en la escala 7, las cuales producen combinaciones 247/274/427, comunes en poblaciones alcohólicas, se describen como sujetos con características de personalidad pasivo-agresiva, con depresión, miedos, preocupación, tensión y ansiedad, fobias, etc.; E) Alegre irreal; su tipo de código es "2-7-8-4" con la escala "0" también elevada, que representa un grado elevado de angustia subjetiva crónica (baja energía, depresión, obsesiones, miedos, tensiones, ansiedad, etc.), así como una gran incapacidad psicosocial; y F) Daño Global, cuyo perfil fue, básicamente, "8-6-7", con elevaciones adicionales en las escalas 1, 2, 4, 9, y 3, este perfil, parecido al psicótico, se encuentra en poblaciones alcohólicas que han tenido historias sociales más pobres y mayor severidad de las consecuencias del consumo; en este tipo los perfiles "8-6" paranoides no se invalidan por la gran elevación de la escala F, y el "8-2-4" es un tipo de alcohólico explícito, en el caso de los perfiles "7-8/8-7" existe una necesidad explícita de relajarse con abuso de alcohol en el contexto de angustia psíquica notable con la concentración de problemas y una mayor dificultad con la interacción social y el ajuste sexual. Esta tipología es bastante similar a las encontradas en otros estudios de la literatura del MMPI que, igualmente, estudian las variables descriptivas de los tipos de alcohólicos.

Por otro lado, en relación a las investigaciones efectuadas para estudiar la efectividad de la Escala de MacAndrew, encontramos el de Colligan, Davis, Morse y Offord (1988), quienes realizaron una comparación entre 7 escalas de alcoholismo; los resultados obtenidos demuestran que la escala de MacAndrew alcanza un 90 % de sensibilidad y que, además puede identificar a alcohólicos femeninos.

En el estudio de Kight-Law, Sugerman y Pettinati (1988), el objetivo fue determinar si el patrón encontrado en el estudio de Conley y Prioleau (1983, citado por Kight-Law y cols., 1988) podía encontrarse en una muestra clínica de pacientes alcohólicos, utilizando el sistema de clasificación del MMPI, así como determinar la habilidad de este sistema para identificar los síndromes etiológicos del alcoholismo esencial y reactivo. Además de administrar el MMPI, se aplicó la Escala de Alcoholismo Esencial-Reactivo de Rudie-McGaughran, que proporcionó una medida independiente para evaluar el sistema de clasificación. La muestra fue constituida por 113 sujetos (75 hombres y 38 mujeres), cuya media de edad fue de 41 años, de diferentes niveles socioeconómicos. Cada perfil del MMPI fue clasificado en una de seis tipologías de personalidad: Neurótico, Clásico, Neurótico-Clásico, Psicopático, Esquizoforme A, y Esquizoforme B, los tres primeros forman el tipo Reactivo y los tres últimos conforman el tipo Esencial. Los análisis estadísticos para identificar diferencias entre los tipos Reactivo y Esencial, se realizaron para la muestra total así como para hombres y mujeres por separado. A pesar de que en este estudio sólo el 40 % de la muestra fue clasificada de acuerdo con el sistema de Conley y Prioleau (1983, citado en Kight-Law et al., 1988), los resultados apoyan la clasificación en dos subtipos más que en las seis categorías definidas originalmente. Al evaluar la conducta de consumo después de un periodo de 4 años, los resultados mostraron una relación significativa entre el consumo de 4 años después del tratamiento y el alcoholismo esencial, en contraste con la abstinencia y el alcoholismo reactivo. Asimismo, al valorar la adaptación a la comunidad 4 años después de concluido el tratamiento, se encontró una relación significativa entre pobre adaptación y alcoholismo esencial contra buen ajuste y alcoholismo reactivo, principalmente en las mujeres.

Ciancio, Salstone y Fraboni (1990), en su estudio trataron de determinar la proporción de la varianza adicional que es explicada en la escala de alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) por la escala de consumo reportada de Donovan (1980, citado en Ciancio et al., 1990), así como eliminar la varianza atribuida a las escalas L y K, y determinar la capacidad de la escala A-MAC para diferenciar entre abusadores y no abusadores de alcohol. En el estudio participaron 38 mujeres y 90 hombres, clientes de tres tabernas de Ontario. Los resultados de la matriz de correlación mostraron que no hubo significancia en las intercorrelaciones de las puntuaciones A-MAC, la edad, edad de inicio del consumo y el nivel de educación. El 70 % de los alcohólicos y el 64.6 % de los no

alcohólicos fueron identificados correctamente. Es importante destacar que en este estudio sólo se utilizaron las escalas L, K y A-MAC, lo que constituye un total de 94 reactivos.

En la investigación de Allen, Faden, Rawlings y Miller (1990), los objetivos fueron realizar una validación cruzada para identificar las diferencias de personalidad de sujetos que abusan de sustancias, quienes obtuvieron puntuaciones altas o bajas en la Escala A-MAC, así como investigar si dichas diferencias se asociaban con el género o con el tipo de abuso de sustancias. En el estudio participaron 318 hombres y 59 mujeres, a quienes se les administró el MMPI, que se calificó para las escalas de validez, las escalas clínicas y las escalas de "investigación" (A, R, Es y A-MAC). Utilizando el criterio diagnóstico del DSM-III-R, el diagnóstico de abuso se codificó como dependencia pura al alcohol, dependencia pura a la droga, o simultánea dependencia al alcohol y al menos una droga diferente. De acuerdo con el punto de corte de 24 en la escala A-MAC, se dividió a los sujetos en dos grupos: "altos MAC" (puntuaciones de 24 o más) y "bajos MAC" (puntuaciones de 23 o menos). Los resultados muestran que el 91% de los hombres y el 71% de las mujeres, obtuvieron puntuaciones altas en la escala A-MAC, la cual parece estar asociada con estructuras de personalidad diferentes para hombres y mujeres. Los hombres "altos MAC" difieren de los sujetos "bajos MAC" en las puntuaciones de las escalas 4 y 9; mientras que las mujeres "altas MAC" diferencian de las "bajas MAC" obteniendo puntuaciones más bajas en las escalas 2 y 0. Los hombres "altos MAC" y las mujeres "bajas MAC" muestran mayor angustia emocional, de acuerdo con la elevación total de las escalas clínicas del MMPI, que exceden a las puntuaciones obtenidas por sus pares del mismo sexo, quienes califican lo opuesto en la escala A-MAC. De acuerdo con los datos obtenidos, los hombres con puntuaciones altas en A-MAC parecen estar asociados con disturbo emocional más severo y con mayor impulsividad; mientras que las mujeres con bajas puntuaciones en A-MAC presentan mayor depresión e introversión, así como dificultades emocionales completas.

Allen, Faden, Miller y Rawlings (1991) tuvieron como objetivo de su estudio, evaluar las diferencias de personalidad entre pacientes diagnosticados como dependientes a sustancias, de acuerdo con la puntuación obtenida en la escala A-MAC (división similar a la utilizada en el estudio de Allen et al., 1990). Además del MMPI, se aplicó la Forma E de Investigación de la Personalidad (PRF, Jackson, 1984, citado por Allen, et al., 1991), que es una medida objetiva que no intenta medir

psicopatología, sino que se interesa en las variaciones en las características de personalidad entre individuos ajustados normalmente. Participaron 376 pacientes adultos (hombres y mujeres) admitidos en un centro de tratamiento en abuso de alcohol y drogas, cuyo diagnóstico fue codificado como alcoholismo, dependencia a las drogas o dependencia combinada al alcohol y drogas. En base al punto de corte de 24, para la escala A-MAC, 288 hombres y 40 mujeres se categorizaron como "altos MAC"; siendo considerados como "bajos MAC" 30 hombres y 19 mujeres. Los resultados indican que la escala A-MAC está asociada con diferencias en rasgos de personalidad, y que dicha relación no es mediada por el sexo del paciente o por el tipo de abuso de sustancias.

En otros estudios, se han encontrado los tipos de código 4-9 y 9-4, y en raras ocasiones los tipos de código 2-3 y 3-2; no obstante se han correlacionado las escalas 4 (Dp), 6 (Pa) y 9 (Ma) con altas puntuaciones en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (Archer y Klinefelter, 1992).

Allen (1993) en su estudio, en el que hace una revisión de la literatura sobre los correlatos de personalidad de la escala de MacAndrew, sugiere que dicha escala puede distinguir 2 subtipos significativos de farmacodependencia basados en las diferencias de la personalidad.

En el estudio de Wasyliw, Haywood, Grossman y Cavanaugh (1993), se examinó el efecto de la predisposición de la respuesta en una muestra clínica de delincuentes y la utilidad de la A-MAC prediciendo abuso de alcohol. Los autores partieron de la idea de que los sujetos con problemas legales tienen una motivación extrínseca sustancial para distorsionar la existencia o extensión de psicopatología. Los sujetos de este estudio fueron 63 pacientes delincuentes masculinos, de raza blanca, de tres grupos: a) acusados criminales evaluados de cordura al momento de su ataque (n = 23), b) pacientes internos, internados voluntariamente, encontrados no culpables por razones de locura (n = 7), y c) individuos acusados de conducta sexual desviada o ilegal (n = 33). Los expedientes de los sujetos, cuyas evaluaciones se realizaron entre 1985 y 1989, contenían la Escala de Vida del Instituto Shipley y el MMPI con protocolos válidos, además de información concerniente al abuso de alcohol y otras sustancias. Treinta y un sujetos tuvieron historia positiva de alcohol o drogas (grupo de alcohol positivo) y 32 sujetos tuvieron historia negativa de alcohol o drogas (grupo de alcohol negativo). La muestra se clasificó en grupos, de acuerdo con los criterios recomendados por Greene (1991, citado en Wasyliw et al., 1993), de categorías de predisposición de la respuesta, el grupo claramente exagerado, el claramente minimizado, y el equívoco o no

exagerado/minimizado, utilizando las escalas F, K, L, Ds-r (Escala de Disimulo de Gough-Revisada; Gough, 1954, 1957a, citado en Wasyliv et al., 1993); la escala Mp "fingimiento positivo de enfermedad" (Cofer, Chance & Judson, 1949, citado en Wasyliv et al., 1993); el índice F-K de Gough (1950, 1957b, citado en Wasyliv et al., 1993); y la suma de puntuaciones T de la subescala Obvio Menos Sutil o Índice O-S (Greene, 1991; Wiener, 1948, citados en Wasyliv et al., 1993). Los autores compararon la efectividad y exactitud de tres diferentes puntos de corte de la escala A-MAC (27, 25 y 24) con el reactivo 215 que indaga directamente sobre el uso de sustancias, encontrando: a) que el punto de corte óptimo de la escala A-MAC es de 25, el cual clasificó correctamente el 62% de los casos, y b) a pesar de que la A-MAC no fue mejor que la encuesta directa (reactivo 215 "He bebido alcohol con exceso"), existen posibles ventajas de la primera sobre la segunda, si se utiliza el punto de corte de 24 la A-MAC se vuelve más sensible que el reactivo 215, mientras que si se utiliza el punto de corte de 27, la A-MAC es más específica. En cuanto a la relación de las puntuaciones A-MAC con las medidas de validez del MMPI, se encontraron correlaciones significativas, para el grupo de alcohol positivo, entre las puntuaciones A-MAC y las escalas K y Ds-r, y correlaciones casi significativas con los índices F-K y O-S; en otras palabras, se correlacionaron negativamente con medidas de minimización y positivamente con medidas de exageración; por otro lado, para el grupo de alcohol negativo no se encontró relación significativa. Estos resultados sugieren que la gente con historias de abuso de alcohol pueden tener características de personalidad que elevan las puntuaciones de las escalas de validez del MMPI, así como pueden tener mayor tendencia a exagerar psicopatología. Los autores sugieren mayor cuidado al categorizar pacientes con bajas puntuaciones A-MAC como sin historia de abuso de sustancias, cuando muestran minimización de psicopatología en el MMPI.

Weed, Butcher, McKenna y Ben Porath (1992) reportan la introducción de las nuevas escalas de adicciones del MMPI-2, la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) y la escala de Reconocimiento de la Adicción (RA); la primera escala está constituida de 39 reactivos derivados empíricamente, contrastando las respuestas de una muestra de sujetos que abusan de sustancias con las respuestas de dos grupos control, el normativo y el psiquiátrico; mientras que la segunda, conformada por 13 reactivos que indagan directamente acerca del uso o abuso de sustancias, fue construida lógicamente sobre la base de su contenido obvio en relación a problemas

de abuso de sustancias, el interés se centró, principalmente, en la consistencia interna. A todos los sujetos se les aplicó la forma EX del MMPI, de 704 reactivos, misma que fue utilizada en la reestandarización del instrumento. Se calificaron, además las escalas de MacAndrew y la de Inclinación de Abuso de Sustancias (SAP; MacAndrew, 1986, citado por Weed y cols., 1992) con el objetivo de compararlas con las escalas nuevas. Los resultados obtenidos indican: a) que la escala A-MAC presenta puntuaciones más elevadas en las mujeres de la muestra psiquiátrica; b) la escala SAP muestra puntuaciones sustancialmente elevadas en la muestra psiquiátrica en ambos géneros; c) la escala RA es un tanto más efectiva que la PPA en la discriminación de los sujetos de las muestras normativa y de abuso de sustancias. Cuando la PPA es incluida con la RA en una correlación múltiple, el nivel de asociación incrementa considerablemente, aunque no discriminan entre los sujetos de la muestra psiquiátrica y de abuso de sustancias. Los investigadores concluyen que ambas escalas tienen utilidad potencial evaluando abuso de sustancias con el MMPI-2.

Por su parte, Svanum, McGew y Ehrmann (1994) evaluaron la validez de las 3 escalas de abuso de sustancias, a saber, la escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC), la de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) y la de Reconocimiento de la Adicción (RA), en 308 sujetos estudiantes universitarios de ambos sexos, quienes contestaron el instrumento y la Escala de Entrevista Diagnóstica (DIS, Robins, Helzar, Croughan y Ratcliff, 1981; citado en Svanum et al., 1994). Los resultados muestran que la A-MAC y la PPA tuvieron una relación de no significativa a endeble con dependencia de sustancias, de acuerdo con la definición del DSM-II-R; mientras que la RA tuvo una habilidad moderada para identificar a los sujetos diagnosticados con trastorno de uso de sustancias, principalmente alcoholismo. Estos resultados resaltan la relativa superioridad de las escalas directas, como la RA, sobre las sutiles, como la PPA y A-MAC, al detectar dependencia de sustancias. Por otro lado, evaluaron la sensibilidad de las escalas de adicciones para diagnosticar adecuadamente a los sujetos alcohólicos, para lo cual utilizaron las curvas características de operación del receptor (ROC). Los investigadores concluyen que la curva ROC de la escala RA reflejó una modesta capacidad para detectar personas dependientes de sustancias; el punto de corte de T 59 presenta una adecuada sensibilidad (.73), manteniendo una adecuada proporción de falsos positivos (.24). Con respecto a las escalas A-MAC y PPA, la gráfica

ROC indica que dichas escalas poseen un poder de discriminación ineficiente, siendo la primera la que tiene una sensibilidad menor.

Flores, Chavira, Velasquez, Perez y Engel (1996) tuvieron como propósitos, presentar los tipos de código más frecuentes en hispanos culpables por conducir bajo los efectos del alcohol y describir la relación entre variables sociodemográficas clave y las escalas del MMPI-1. Los sujetos del estudio fueron 60 hombres hispanos, que hablaran español, descendientes de mexicanos, con una historia de alcohol originada en la última etapa de la adolescencia, a quienes se les requirió participar en el programa de educación de alcohol para pacientes externos en Phoenix, Arizona. Los autores encontraron tres tipos de códigos más frecuentes en la muestra: el 20 % de los sujetos presentaron la escala 9 como pico de perfil; 20% obtuvieron un tipo de código con la escala 8 apareada con las escalas 1, 6, 7 o 9, y el 33 % presentaron un perfil normativo o subclínico. En cuanto a las correlaciones de las escalas del MMPI-2 con las variables sociodemográficas, los autores encontraron lo siguiente: los sujetos que fueron criados en comunidades rurales, tendían a obtener mayores elevaciones en las escalas L, Hs, SAU, ISO, MIE y DEL, cuando fueron comparados con los sujetos criados en ambientes urbanos en México. Por otro lado, los sujetos que expresaron dificultad con los valores sajones tendieron a obtener menores elevaciones en la escala K y mayores puntuaciones en las escalas ANS, OBS y DEP. Contrario a lo que se esperaba, la escala A-MAC se encontró en la puntuación T 65 para todo el grupo. Es importante recalcar que los autores utilizaron la versión hispánica del MMPI-2, concluyendo que pueden existir diversos subtipos de hispanos conductores bajo la influencia del alcohol, y que el MMPI-2 puede medir algunos aspectos de estrés adaptativo en un grupo en riesgo.

Por otro lado, Sawrie, Kabat, Dietz, Arredondo y Mann (1996), evaluaron la validez de la escala de Predisposición de Problemas con las Adicciones (PPA) del MMPI-2, en dos muestras, la primera estuvo constituida de 264 pacientes alcohólicos en tratamiento y la segunda de 456 pacientes psiquiátricos. Las respuestas a los 39 reactivos de la escala fueron sujetos a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Del análisis surgieron 5 factores que explicaron el 30% de la varianza total; los nombres de los factores se determinaron de acuerdo con sus componentes cualitativos y cuantitativos, y fueron consistentes entre las muestras; los nombres son:

Satisfacción/Insatisfacción consigo mismo, Impotencia/Falta de autoeficacia, Actuación Antisocial, Agitación y Toma de Riesgo/Imprudencia.

Stein, Graham, Ben-Porath y McNulty (1999), examinaron la utilidad del MMPI-2 para diagnosticar problemas de abuso de sustancias en pacientes que acuden a un centro de salud mental, especialmente evaluaron la efectividad de las escalas de adicciones A-MAC, PPA y RA. La muestra estuvo constituida de 500 mujeres y 333 hombres cuyo perfil del MMPI-2 fue válido, a quienes se les asignó a uno de cuatro grupos con base en la clasificación del uso de sustancias como el alcohol, la marihuana, la cocaína y otras sustancias, los grupos fueron: ningún uso, algún uso, posible abuso y abuso definitivo. Los resultados del análisis de varianza muestran diferencias significativas entre los grupos, en ambos sexos, en las escalas de adicciones; por otro lado, hubo una correlación modesta positiva entre las escalas A-MAC, PPA y RA, al igual que con la clasificación de abuso de sustancias. Un análisis de regresión jerárquica indicó que la escala RA adicionó varianza de predicción a las escalas A-MAC y PPA. Con respecto al análisis de exactitud de la clasificación, los resultados indican que para ambos géneros, un punto de corte de 28 en la escala A-MAC, proporciona la clasificación de exactitud total más elevada, ya que obtuvo el 100% en la especificidad y el poder predictivo positivo, aunque la sensibilidad fue pobre; en la escala RA, el punto de corte más adecuado para obtener la clasificación más elevada fue de T 65 para las mujeres, y de T 60 para los hombres; el punto de corte que proporciona la clasificación de exactitud total más elevada para la escala PPA es T 60 para las mujeres y T 65 para los hombres. Los autores concluyen que las escalas de adicciones del MMPI-2 tienen utilidad práctica en la examinación de conductas de abuso de sustancias en la práctica clínica, especialmente la escala RA, puesto que es una escala obvia; las escalas PPA y RA, son útiles pues proporcionan información relevante para diagnosticar problemas de abuso de sustancias en instituciones de salud de consulta externa.

Rose, Butcher y Miller (1999) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de las escalas de adicciones del MMPI-2 en la examinación de una muestra que incluyó a pacientes de varios psicoterapeutas dedicados a la práctica privada o de un centro de salud mental. La muestra estuvo constituida de 271 mujeres y 189 hombres, que fueron incluidos en dos grupos de acuerdo con el diagnóstico dado por el terapeuta (abusadores de sustancias y no abusadores). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos en las tres escalas,

por lo que suministran información valiosa en el diagnóstico de abuso de sustancias; no obstante, la escala PPA produjo un moderado tamaño del efecto, debido a que parece estar relacionada a angustia psicológica y no es tan efectiva en la diferenciación entre abusadores y no abusadores de sustancias. Por otro lado, el análisis de clasificación de la exactitud del sistema diagnóstico de las escalas de adicciones mostró que son dispositivos de examinación efectivos, ya que identifican de una manera precisa a los verdaderos positivos. Los autores concluyen que la escala PPA, aunque no proporciona más información discriminativa que las escalas A-MAC y RA, puede esperarse que sea más efectiva en otros ambientes, ya que parece estar relacionada con afectos negativos y angustia emocional, como tensión, preocupación y auto-crítica obsesiva, por lo que puede considerarse como un indicador de conductas de riesgo de abuso de sustancias producido por la angustia psicológica. Además las escalas A-MAC y RA pueden identificar problemas de abuso de sustancias en la práctica privada, siendo la escala RA la que proporciona la mejor discriminación entre abusadores de sustancias y no abusadores.

Existen otros estudios en los que se comprueba la efectividad de la escala de MacAndrew, hasta en un 70 %, para detectar características de alcoholismo. Sin embargo, todos los estudios realizados hasta el momento se han efectuado en los Estados Unidos, o en algunos otros países europeos; es por tal motivo que en este estudio uno de los objetivos sea evaluar la consistencia del MMPI-2, y de todas las subescalas que lo conforman, en población mexicana, ya que además de aportar información sobre las características de la personalidad de los sujetos alcohólicos, es muy importante la confiabilidad, en términos de consistencia interna, de una prueba psicológica que pueda utilizarse en la población mexicana, de tal modo que permita elaborar un diagnóstico más preciso, así como conocer los factores que influyen en el proceso terapéutico y en la identificación de tipos de alcohólicos.

Asimismo, para realizar un diagnóstico preciso es necesario conocer el punto de corte más idóneo, que identifique a los verdaderos positivos y a los falsos positivos. Usualmente, en un sistema de clasificación binario, el objetivo es determinar "la presencia contra la ausencia de algún atributo" (Nunnally y Bernstein, 1995), para lo cual la identificación del índice de sensibilidad es primordial, así como el índice de sesgo. Para obtener tales indicadores, se han desarrollado dos teorías: la Teoría de la Detección de Señales diseñada por Green y Swets en 1966, y la Teoría de la Elección

desarrollada por Luce (1959, 1963a; citado en Macmillan y Creelman, 1991). La primera fue desarrollada por ingenieros y matemáticos, con base en una estructura conceptual consistente, principalmente, de "la combinación de la teoría de la decisión estadística y la teoría de las propiedades estadísticas de las señales y el ruido azaroso. Este enfoque teórico hizo posible dar un significado exacto, en el sentido probabilístico, al proceso de detección y reconocimiento de una esperada, o útil, señal que ha sido reducida por el ruido" (Egan, 1975, p. 1). En el campo de la Psicología, según Nunnally y Bernstein (1965), esta teoría surge de la psicofísica auditiva, la teoría de la decisión estadística y de la escala de medición de Thurstone.

Según Swets (1988), el análisis de los sistemas diagnósticos basados en las características de operación del receptor (ROC), de la teoría de la Detección de señales, proporciona "una medida de exactitud diagnóstica precisa y válida" (p. 1285), ya que proporciona información acerca de las características "positivas" y "negativas" de un evento, es decir, que en un sistema diagnóstico se presentan dos clases de resultados correctos ("verdaderos positivos" y "verdaderos negativos") y dos clases de errores ("falsos positivos" y "falsos negativos"), que están constituidos de las frecuencias y proporciones observadas, de las cuales sólo se consideran las proporciones de "verdaderos positivos" (hit) y falsos positivos (falsa alarma).

Macmillan y Creelman (1991) afirman que "la sensibilidad es simplemente la habilidad del observador para discriminar, y es medida por el grado en el cual se hace la distinción entre 'sí' y 'no' (p. 7-8), es decir entre los hits y las falsas alarmas

Un par de hit y falsa alarma, "produce una constante d' que se llama una *curva de isosensibilidad*, debido a que todos los puntos en la curva tienen la misma sensibilidad" (Macmillan y Creelman, 1988, p. 13); al graficar ese par de proporciones, se produce una curva ROC, de cada valor de hit y falsas alarmas, que varían de 0 a 1, produciendo un nivel particular de sensibilidad. Las curvas ROC teóricas se caracterizan por el diagnóstico correcto de la presencia de un evento determinado y su contraparte, además de que la inclinación de la curva disminuye cuando se incrementa la predisposición a responder "sí", es decir, si la proporción de hit varía, también cambia la proporción de falsa alarma.

A continuación se mencionan los términos más utilizados en dicha teoría, de acuerdo con Berry (1996), con la finalidad de lograr una mayor comprensión de este procedimiento estadístico.

PUNTO DE CORTE: Puntuación en o arriba de la cual el signo de prueba es positivo.
Puntuación abajo de la cual el signo de prueba es negativo.

SENSIBILIDAD: Porcentaje de aquellos sujetos con la condición, que tienen un signo de prueba positivo.

ESPECIFICIDAD: Porcentaje de aquellos sujetos sin la condición, que tienen un signo de prueba negativo.

PROPORCIÓN DE HIT: Porcentaje total de sujetos clasificados correctamente utilizando el signo de prueba.

PODER PREDICTIVO POSITIVO: Porcentaje de aquellos sujetos con signo de prueba positivo que tienen la condición.

PODER PREDICTIVO NEGATIVO: Porcentaje de aquellos sujetos con signo de prueba negativo que no tienen la condición.

PREVALENCIA: Porcentaje de la muestra que tiene la condición.

Las diferencias entre los conceptos sensibilidad y poder predictivo positivo, y entre especificidad y poder predictivo negativo, se encuentran en la obtención de los porcentajes. Para obtener el porcentaje de sensibilidad se consideran a los verdaderos positivos y a los falsos negativos, mientras que para el porcentaje del poder predictivo positivo son considerados los verdaderos positivos y los falsos positivos; en cuanto a la especificidad se consideran a los falsos positivos y verdaderos negativos, y para el poder predictivo negativo se consideran a los falsos negativos y verdaderos negativos. Es importante señalar que partiendo de un punto de corte menor a uno mayor, los porcentajes de la sensibilidad y del poder predictivo negativo disminuyen, mientras que los de la especificidad y del poder predictivo positivo aumentan.

En esta investigación se determinaron los puntos de corte más adecuados de las escalas de adicciones del MMPI-2, con la finalidad de realizar un diagnóstico más preciso, además de que el punto de corte de la escala A-MAC es utilizado para la clasificación de los tipos de alcohólicos.

Como se ha mencionado, en este estudio se consideran las escalas del MMPI-2 para identificar rasgos de personalidad de sujetos alcohólicos, que los distinguen de sujetos no alcohólicos, así como para determinar las características de personalidad de los tipos de alcohólicos encontrados, utilizando dicho punto de corte.

CAPITULO 5

METODOLOGÍA

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

Identificar los factores de personalidad, sociodemográficos y de patrones de consumo que permiten la elaboración del diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos en la población mexicana.

Evaluar la confiabilidad (consistencia interna) del MMPI-2, y de las escalas de adicción, de Alcoholismo de MacAndrew, de Reconocimiento de la Adicción y de Tendencia a la Adicción, en población mexicana.

Comparar los datos obtenidos de la muestra de alcohólicos con una muestra apareada de sujetos no alcohólicos.

Identificar las características de personalidad que diferencian a la muestra de sujetos alcohólicos de la muestra de sujetos no alcohólicos.

Comparar los datos obtenidos de la muestra de alcohólicos mexicanos con una muestra de sujetos abusadores de sustancias estadounidenses

Evaluar si el MMPI-2 y, en particular, la escala de Alcoholismo de MacAndrew miden la severidad del alcoholismo en los sujetos alcohólicos.

Evaluar si la escala de Alcoholismo de MacAndrew puede detectar a diferentes tipos de alcohólicos, en una muestra de la población mexicana.

Comparar las características de los tipos encontrados utilizando los datos de la escala de Alcoholismo de MacAndrew con la tipología planteada por Babor y cols. (1994).

Evaluar si las nuevas escalas de adicción (AAS Y APS) pueden medir rasgos de personalidad de los sujetos alcohólicos, en cuanto a reconocer que tienen problemas con el uso del alcohol y con su conducta hacia el mismo.

Distinguir los indicadores o factores que contribuyen al proceso de tratamiento y aquellos que obstaculizan dicho proceso, interpretando la información proporcionada por el MMPI-2.

A través del diagnóstico diferencial, proporcionar información que contribuya al planteamiento de un tratamiento específico adecuado para cada tipo de alcohólico.

JUSTIFICACION

El objetivo principal de esta investigación es identificar los factores de personalidad, sociodemográficos y de patrones de consumo de alcohol, en una muestra de sujetos alcohólicos y hacer una comparación de dicha muestra con una muestra de sujetos no alcohólicos; dicho objetivo es esencial en la conformación de un modelo diagnóstico que permita la identificación de tipos diferentes de alcohólicos, el cual abarca aspectos sociodemográficos, clínicos y epidemiológicos del alcoholismo, uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Es importante resaltar que en México no existe un modelo diagnóstico que investigue los factores de patrones de consumo y sociodemográficos, además de elementos finos de personalidad, por lo que el presente proyecto resulta ser original y relevante.

Por otro lado, dicho diagnóstico servirá para elaborar una clasificación de alcohólicos para quienes es indispensable un tratamiento específico, basada en la clasificación de Babor et al. (1994), quienes distinguen a dos tipos, a saber, el tipo A, caracterizado por un inicio de la ingesta tardío, pocos factores de riesgo en la infancia, dependencia menos severa, pocas consecuencias físicas y sociales relacionadas con el alcohol, menor disfunción psicopatológica y menor angustia en las áreas del trabajo y la familia; por su parte, el tipo B se caracteriza por tener factores de riesgo familiares y en la infancia, inicio temprano, mayor severidad de la dependencia, abuso de otras sustancias, consecuencias más serias (a pesar de los pocos años en el consumo) y desórdenes psiquiátricos concurrentes.

La comparación entre los grupos de sujetos alcohólicos y no alcohólicos tiene como objetivo principal identificar rasgos de personalidad finos que permitan el diagnóstico más preciso de los primeros, por lo que se utilizará el MMPI-2. Villamil y Sotomayor (1980) afirman que, de acuerdo con la propuesta de Bacon (1973, citado en Villamil y Sotomayor, 1980), "la clave del entendimiento del alcoholismo, descansa en la dinámica de la personalidad y en los contextos donde esta personalidad se desarrolla, más que en el comienzo de la enfermedad misma" (p. 28), de esta forma, resulta necesaria la evaluación de la personalidad, así como los factores sociodemográficos y patrones de consumo en sujetos con problemas de alcoholismo. En cuanto a los factores sociodemográficos, es

importante recalcar que en la Encuesta Nacional de Adicciones (1994) se encontró que el nivel socioeconómico influye en el problema del alcoholismo, siendo las clases económicas media y alta quienes consumen una gran cantidad de alcohol en nuestro país.

Asimismo, este estudio evalúa la confiabilidad del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, utilizando dos muestras de la población mexicana, sujetos alcohólicos y sujetos no alcohólicos, logrando con esto determinar la eficacia del mismo en nuestra población. Adicionalmente, se realizó la contrastación de las muestras mexicanas con los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en Estados Unidos con sujetos alcohólicos y abusadores de sustancias, con la finalidad de indagar la utilidad y extensión con las cuales los constructos de personalidad medidos por el MMPI-2 en la cultura estadounidense, pueden aplicarse a nuestra cultura, así como identificar personalidades "típicas" en dichas culturas.

PROBLEMA

El problema general de este estudio es el siguiente:

¿Cuáles son los factores de personalidad, patrones de consumo y sociodemográficos que permiten la elaboración de un diagnóstico diferencial en una muestra de sujetos alcohólicos de la población mexicana?

Los problemas secundarios que se desprenden de este son:

¿El MMPI-2 tiene consistencia interna, utilizándolo en una muestra de sujetos alcohólicos de la población mexicana?

¿Existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad de un grupo de sujetos alcohólicos y aquellos de otro grupo de sujetos no alcohólicos?

¿La Escala de MacAndrew del MMPI-2, y las otras escalas de adicciones (escala de Reconocimiento de la Adicción y la de Tendencia a la Adicción), miden las características de personalidad de los sujetos alcohólicos en comparación con una muestra de sujetos no alcohólicos?

¿Existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad de un grupo de sujetos alcohólicos mexicanos y aquellos de un grupo abusadores de sustancias estadounidenses?

¿La Escala de MacAndrew del MMPI-2, y las otras escalas de adicciones (escala de Reconocimiento de la Adicción y la de Tendencia a la Adicción), miden las características de personalidad de los sujetos alcohólicos mexicanos en comparación con una muestra de sujetos abusadores de sustancias norteamericanos?

¿El MMPI-2 y la escala de Alcoholismo de MacAndrew aporta información sobre la severidad del alcoholismo de los sujetos alcohólicos?

¿La Escala de Alcoholismo de MacAndrew puede distinguir a tipos diferentes de alcohólicos en una muestra de la población mexicana?

¿Los tipos encontrados comparten las características de los tipos propuestos por Babor et al?

¿En qué medida los factores sociodemográficos, los patrones de consumo y los rasgos finos de personalidad determinan la presencia de tipos diferentes de alcohólicos?

¿El MMPI-2 aporta información sobre los factores que influyen en el tratamiento de sujetos alcohólicos?

DISEÑO

Es un estudio de tipo descriptivo, ex post-facto, transversal, cuyo diseño es de dos grupos apareados o relacionados: uno de sujetos adultos alcohólicos (150 hombres) que asisten a un centro de tratamiento para alcohólicos y otro de sujetos no alcohólicos (150 hombres). Los grupos fueron igualados considerando las variables de edad, nivel de estudios y estado civil.

VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Son los indicadores usuales de edad, ingreso, ocupación, escolaridad, etc.

Por **edad** se considera el número de años de vida de una persona.

El **estado civil** es la situación civil en que se encuentra una persona, es decir, soltero, casado, etc..

La **escolaridad** o **nivel de estudios** es el último grado de estudios del individuo que es objeto de estudio.

PERSONALIDAD

Según Allport (1974), la **personalidad** "es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente, su conducta y su modo de pensar característico".

Los **rasgos**, indicadores de la personalidad, son "aquellas dimensiones importantes en que las personas se diferencian" (Allport, 1974) así como una "disposición generalizada que sirve para comparar con utilidad a las personas" (Allport, citado por Bischof, 1973, p. 342).

DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Es un estado psíquico, y en ocasiones también físico, que se caracteriza por una compulsión a recurrir al alcohol, ya sea de modo continuo o periódico, para sentir sus efectos y en ocasiones para evitar el malestar de su abstinencia, así como la pérdida del control en la ingestión de alcohol-etílico y un deterioro en la sensibilidad para ajustar su conducta a las normas sociales. (OMS, 1979)

PATRONES DE CONSUMO

Es el índice de frecuencia y cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por un individuo, así como el inicio y evolución de la ingesta.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

Diversos tipos de problemas asociados con el consumo que son reportados como consecuencias negativas de la ingesta, que incluyen señales de abuso del alcohol, necesidad del consumo de bebidas, aumento en la tolerancia a los efectos del alcohol, falta de control sobre la ingesta, síntomas de abstinencia, embriaguez por varios días seguidos, problemas

de salud, problemas laborales, problemas familiares, problemas físicos o psicológicos del individuo, así como dificultades con la policía, violencia y accidentes.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Respuestas al cuestionario sociodemográfico, adaptado de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora et al., 1991), sobre las variables de edad, estado civil y nivel de estudios de los sujetos que participen en el estudio.

PERSONALIDAD

Respuestas a los reactivos del MMPI-2, calificadas e interpretadas, obteniéndose un perfil de personalidad constituido por las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias que componen el instrumento.

DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Medido por el cuestionario de información general sobre alcoholismo, adaptado de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora et al., 1991, citado en Medina-Mora, 1994) y de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI, Cottler et al., 1990); los síntomas que conforman el criterio diagnóstico son los propuestos en el DSM-IV para evaluar el síndrome, los cuales incluyen a) necesidad de incrementar el consumo, b) síndrome de abstinencia, c) consumo de alcohol para aliviar el síndrome de abstinencia, d) dificultad para controlar el consumo, e) consumo en grandes cantidades o por un periodo largo de tiempo, f) decremento importante en actividades sociales o de recreación, g) consumo recurrente resultante en una incapacidad para cumplir con sus obligaciones, h) consumo recurrente en situaciones de peligro, i) consumo continuo a pesar de reconocer que el alcohol les causa problemas, j) problemas sociales recurrentes asociados con la ingesta de alcohol, k) empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener alcohol, beberlo o recuperarse de sus efectos..

PATRONES DE CONSUMO

Indicadores de frecuencia, cantidad y variabilidad de la ingesta de alcohol basados en el consumo diario, medidos por el cuestionario de información general sobre alcoholismo, adaptado de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora et al., 1991, citado en Medina Mora, 1994) y de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI, Cottler et al., 1990).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

Situaciones o problemas evaluados mediante el cuestionario de información general sobre alcoholismo, adaptado de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora et al., 1991, citado en Medina Mora, 1994) y de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI, Cottler et al., 1990).

MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico de tipo propositivo, pues estuvo sujeto a la afluencia de pacientes a los centros de atención especializada y la elección de los centros de atención en los que se realizó la aplicación de los instrumentos no fue azarosa. En cuanto al grupo control, el muestreo también fue propositivo, debido a que la asignación al grupo dependía de las variables a aparear. Las variables que se consideraron en la igualación de los grupos son atributivas, a saber, edad, nivel de estudios y estado civil.

MÉTODO

SUJETOS

Los sujetos, para el grupo experimental, fueron 136 hombres adultos alcohólicos, que solicitaron ayuda o la recibieron en los distintos centros de atención antialcohólica. El grupo control estuvo constituido de 136 hombres adultos no alcohólicos que aceptaron participar en la investigación y que cumplieron con los requisitos del diseño.

Los criterios de inclusión para la muestra de sujetos alcohólicos, que colaboran en la determinación de perfiles válidos, son los siguientes:

- 1.- Edad de 18 a 65 años.
- 2.- CIERTOS hasta 454, 80%
- 3.- FALSOS hasta 454, 80%
- 4.- Sin respuesta hasta 29.
- 5.- INVER entre 5 y 13.
- 6.- INVAR hasta 13.
- 7.- F hasta 29.
- 8.- Fp hasta 21.

En cuanto a la muestra de sujetos no alcohólicos, de acuerdo con los criterios establecidos por Lucio y Reyes Lagunes (1994, p. 47) para la muestra normativa de estudiantes mexicanos, los criterios de inclusión que se utilizaron en este estudio son:

- 1.- Edad de 18 a 65 años.
- 2.- CIERTOS hasta 454, 80 %
- 3.- FALSOS hasta 454, 80 %
- 4.- Sin respuesta hasta 29.
- 5.- INVER entre 5 y 13.
- 6.- INVAR hasta 13.
- 7.- F hasta 20.
- 8.- Fp hasta 11.

INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario, elaborado ad hoc para este estudio, adaptado de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora, et al., 1991, citado en Medina-Mora, 1994) y de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI, Cottler et al., 1990), que incluye: a) un apartado sobre aspectos sociodemográficos que aporta información sobre los sujetos de ambos grupos, en cuanto a edad, nivel de estudios, nivel socioeconómico, etc; b) un apartado de información sobre la ingestión de bebidas alcohólicas, tales como duración, cantidad,

tiempo de consumo, etc; c) y otro apartado que indaga sobre el consumo de otras sustancias y sobre la presencia de conductas antisociales tempranas.

Asimismo, se utilizó el MMPI-2 que mide características de la personalidad, conformado por las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias; en este último grupo se encuentra la Escala de Alcoholismo de MacAndrew y las escalas de adicción, RA Y PPA. Este instrumento ha sido aplicado a diversas poblaciones en nuestro país, resultando ser un inventario con confiabilidad y validez significativas (Lucio, 1995). Lucio y Reyes Lagunes (1994) encontraron que, en una muestra de estudiantes universitarios, los perfiles tienden a presentarse en la normalidad, es decir, las puntuaciones observadas de las escalas clínicas no se encuentran por arriba de T 55, lo que indica que "los resultados encontrados implican que los índices de patología en poblaciones mexicanas normales disminuyen con el MMPI-2" (Lucio y Reyes, 1994, p. 52). En cuanto a las escalas de adicciones, (MAC-R, RA Y PPA) los estudios realizados en México son incipientes, debido a que son tres nuevas escalas del MMPI-2 que miden diferentes rasgos de personalidad de sujetos adictos a alguna sustancia, la primera de ellas detecta a sujetos alcohólicos y/o dependientes a alguna droga, la segunda mide la capacidad del sujeto de reconocer que es adicto a alguna sustancia, mientras que la tercera evalúa la tendencia a la adicción de alguna sustancia.

PROCEDIMIENTO

La aplicación de ambos instrumentos se realizó, para el grupo de sujetos alcohólicos, de manera individual o en grupos pequeños no mayores de 3 personas, dado que es una muestra clínica que requiere de una supervisión especial, mientras que el grupo de sujetos no alcohólicos, se hizo en forma colectiva. En los casos en que las condiciones impidieron la aplicación colectiva, ésta fue individual. En el caso del grupo de comparación, sólo se aplicó el MMPI-2 debido a que el objetivo es la comparación de rasgos finos de personalidad entre ambos grupos, con el fin de lograr un diagnóstico preciso de los sujetos alcohólicos en nuestro país; además el requisito de este grupo es ser no alcohólico, por lo que no se necesitó

la aplicación del otro instrumento, pues en el cuestionario de información biográfica se indaga sobre esta cuestión.

Las instrucciones que se dieron a los sujetos, independientemente de las indicadas en cada uno de los instrumentos, fueron:

"El Área de Psicología Clínica de Posgrado de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M., está realizando una investigación sobre pruebas psicológicas de personalidad, por lo que pedimos su colaboración. A continuación se les entregarán dos cuestionarios, uno por vez, les daremos a su entrega las indicaciones pertinentes para su contestación. La información que nos proporcionen es muy importante para la investigación, por lo que pedimos sean lo más sinceros al responder a los cuestionarios. La información es totalmente confidencial, y sólo se entregarán los resultados a las personas interesadas. Agradecemos su colaboración".

Se entregó, inicialmente, el cuestionario de alcoholismo, y una vez contestado completamente, se hizo entrega del MMPI-2. En cada paso de la aplicación se les dieron las indicaciones para responder a los instrumentos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico de los resultados se realizó por computadora, con el paquete estadístico SPSS (Nie, y cols., 1975) y las pruebas estadísticas fueron:

- Alpha de Cronbach, con el fin de calcular los índices de consistencia interna de las escalas del MMPI-2 y de las tres escalas relacionadas con adicciones.

- Prueba chi cuadrada para verificar la discriminación de los reactivos de las tres subescalas de adicciones.

- Análisis Factorial de las escalas de adicciones, por separado y conjuntamente para determinar los factores que puedan discriminar a los sujetos alcohólicos de los no alcohólicos.

- Correlación de las escalas del MMPI-2 mediante la correlación producto-momento de Pearson.

- MANOVA para determinar las diferencias de las medias de las subescalas del MMPI-2 entre los grupos de alcohólicos y de no alcohólicos.

-Curvas ROC para determinar el mejor punto de corte de las escalas de adicciones del MMPI-2.

-MANOVA para determinar las diferencias entre los grupos de alcohólicos, en cada una de las escalas del MMPI-2.

- Prueba Chi cuadrada para determinar las diferencias entre los tipos de alcohólicos, en las variables sociodemográficas, de patrones de consumo (de alcohol y otras sustancias) y conductas antisociales tempranas.

- Correlación de los factores sociodemográficos, de patrones de consumo y rasgos de personalidad, obtenidos en el grupo de sujetos alcohólicos.

Asimismo, se hizo un análisis de los datos de manera descriptiva, en la que se examinaron los perfiles de personalidad de la muestra global, tanto para la muestra de sujetos alcohólicos, como para los sujetos no alcohólicos, y las puntuaciones de las escalas de adicción de la misma; también se evaluaron los indicadores de tratamiento, de acuerdo con la escala de Rechazo al Tratamiento del grupo de escalas de contenido; además, se examinaron los diversos perfiles de cada tipo de alcohólico encontrado en dicha muestra.

Finalmente, se llevó a cabo la revisión de estudios de caso relevantes de la muestra de sujetos alcohólicos, de tal forma que colaboren en la conformación del modelo diagnóstico y ejemplifiquen algunas sugerencias de tratamiento adecuado para dichos casos.

CAPITULO 6

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación, analizados a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS/PC) (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner y Bent, 1975), se presentan a continuación.

Análisis de las Variables sociodemográficas

El primer conjunto de análisis realizado incluye las medidas de tendencia central y distribución de frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas de edad, estado civil y escolaridad.

Para la variable edad, se encontró lo siguiente:

Tabla 1. Distribución de la variable edad para las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios.

Edad	Alcohólicos		Voluntarios	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
21-25	16	11.8	16	11.8
26-30	18	13.2	18	13.2
31-35	23	17.0	23	17.0
36-40	20	14.7	21	15.4
41-45	22	16.2	21	15.4
46-50	14	10.2	15	11.0
51-55	6	4.4	4	2.9
56-60	9	6.7	9	6.7
61-65	6	4.4	6	4.4
66-70	2	1.4	3	2.2

Para la variable estado civil, los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la variable estado civil para las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios.

Estado civil	Alcohólicos		Voluntarios	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	33	24.6	24	18.8
Casado	71	53.0	92	56.4
Unión libre	9	6.7	6	4.7
Divorciado	7	5.2	3	2.3
Separado	13	9.7	2	1.6
Viudo	1	.7	1	.8

La distribución de frecuencias y porcentajes de la variable escolaridad, se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la variable escolaridad para las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios.

Escolaridad	Alcohólicos		Voluntarios	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	34	25.0	11	8.1
Secundaria	34	25.0	42	30.9
Bachillerato	36	26.5	37	27.2
Profesional	28	20.6	39	28.7
Posgrado	4	2.9	7	5.1

Análisis de Frecuencias y Medidas de Tendencia Central de las escalas del MMPI-2

A continuación se obtuvieron las tablas de frecuencias de las tres escalas de adicción del MMPI-2: la escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC), la escala de Reconocimiento de las

Adicciones (RA) y la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA), en el apéndice A se muestran las frecuencias de la muestra de alcohólicos y de la muestra de voluntarios por separado.

La tabla 1 del Apéndice A muestra las frecuencias obtenidas para la escala de Alcoholismo de MacAndrew en la muestra de sujetos alcohólicos; utilizando la puntuación de corte de 24, sugerida por MacAndrew (1965), el 26.5 % de los sujetos son identificados como "falsos negativos", lo que demuestra, inicialmente, que esta escala identifica correctamente al 73.5 % de los sujetos alcohólicos y verifica la sensibilidad de la misma.

En la Tabla 2 del Apéndice A se presentan las frecuencias y porcentajes de la escala de PPA, el 63.2 % de la muestra obtuvo puntuaciones naturales de 24 a 34, lo cual demuestra que la escala es sensible para detectar tendencia al consumo de sustancias.

Los resultados obtenidos para la escala de RA se muestran en la Tabla 3 del Apéndice A, en esta escala, el 58.8 % de los sujetos de la muestra obtuvo puntuaciones naturales entre 6 y 11. Considerando que la escala está constituida por 13 reactivos, el porcentaje de sujetos que reconocen sus conductas adictivas no es bajo.

Las tablas 4, 5 y 6 del Apéndice A presentan las frecuencias obtenidas de las escalas A-MAC, PPA y RA, respectivamente, de una muestra de 860 sujetos voluntarios. Al comparar las frecuencias de cada escala, se observan diferencias importantes entre las respuestas de las dos muestras estudiadas, identificando una puntuación natural mayor en la muestra de sujetos alcohólicos.

Se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de cada una de las escalas del MMPI-2 para las dos muestras. En la Tabla 4 se presentan las medias y desviaciones estándar de las escalas de validez y clínicas del MMPI-2 obtenidas para el grupo de 136 sujetos alcohólicos y para el grupo de 860 sujetos voluntarios de la muestra normativa mexicana.

En la gráfica 1 se muestra el perfil de las escalas básicas de los grupos de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios; se observa una elevación mayor en las escalas L, Hs, D, Dp, Pa, Pt, Ma e Is en el grupo de sujetos alcohólicos.

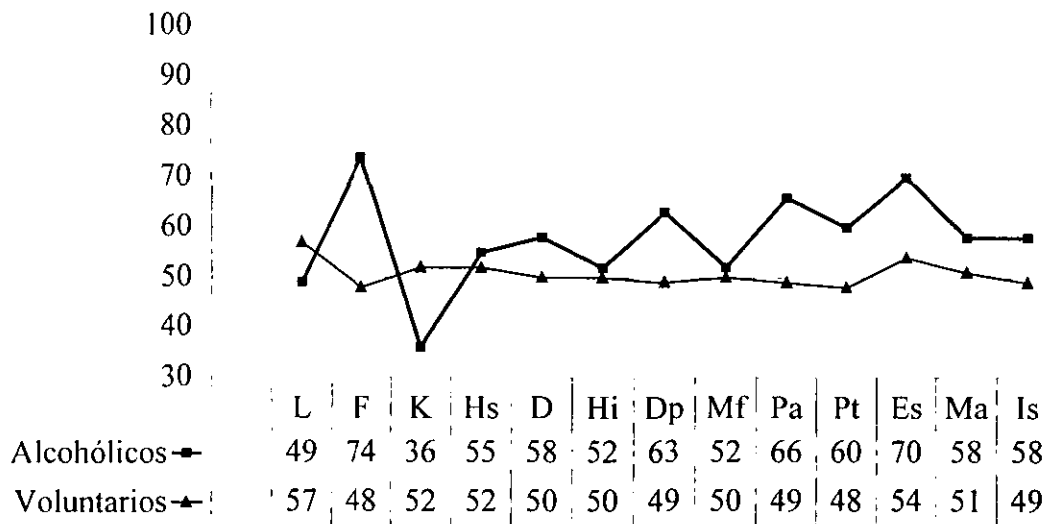
Tabla 4. Puntuación de la media y la desviación estándar para las escalas de validez y clínicas de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos

ESCALA	Alcohólicos N = 136		Voluntarios N = 860	
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.
INVAR	8.02	2.67	6.73	2.69
INVER	10.02	0.91	9.46	0.66
L	4.52	2.88	6.75	2.80
F	13.52	6.02	5.47	3.53
K	10.96	4.73	16.87	4.84
1 (Hs)	15.90	4.91	14.89	4.33
2 (D)	23.84	4.80	20.11	4.60
3 (Hi)	21.75	5.59	21.10	4.93
4 (Dp)	28.86	4.87	23.41	4.30
5 (Mf)	25.38	4.20	23.75	4.12
6 (Pa)	13.61	4.20	9.21	3.09
7 (Pt)	33.50	6.61	27.37	4.69
8 (Es)	38.09	9.29	28.51	5.88
9 (Ma)	24.68	4.00	21.57	4.02
0 (Is)	32.47	8.97	25.22	7.59

En la Tabla 5 se observan las medias y desviaciones estándar de las escalas de contenido del MMPI-2 para los dos grupos.

PERFIL MASCULINO DE DOS MUESTRAS MEXICANAS

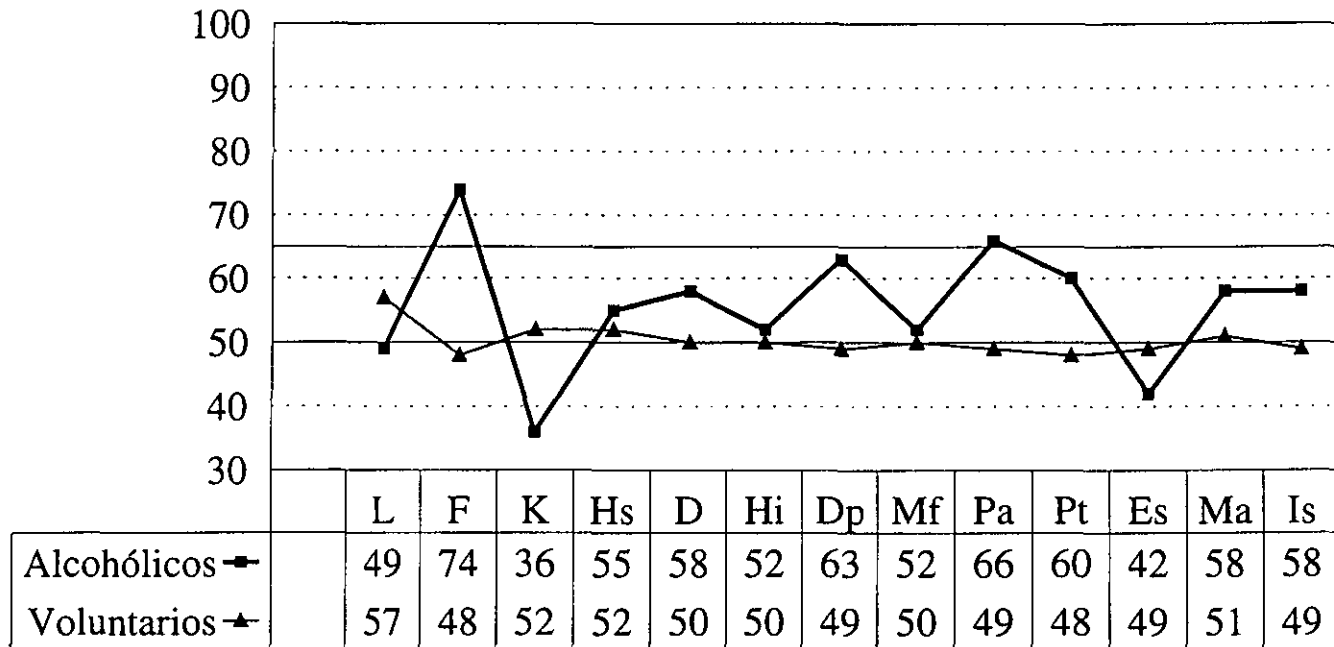
Escalas Básicas



Gráfica 1

PERFIL MASCULINO DE DOS MUESTRAS MEXICANAS

Escalas Básicas



Gráfica 1

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

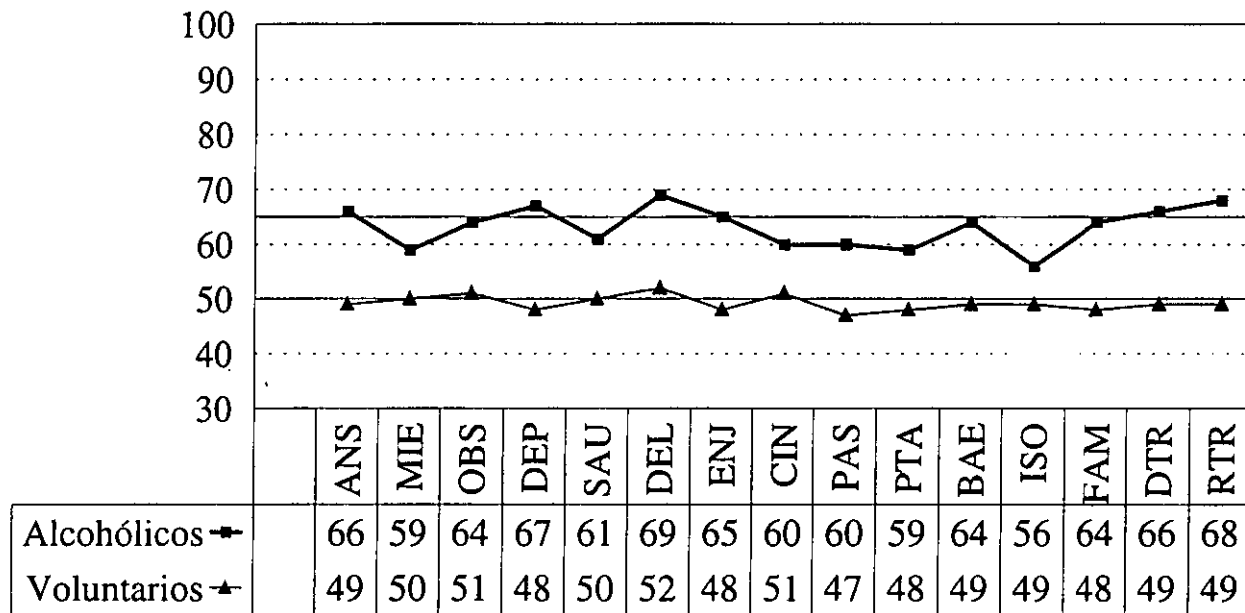
En la gráfica 2 se muestran los perfiles de las escalas de contenido de los grupos de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios, se observan diferencias significativas en todas las escalas, los sujetos alcohólicos presentan una elevación mayor o igual a T 65 en las siguientes: ANS, DEP, DEL, ENJ, DTR, y RTR.

Tabla 5. Puntuación de la media y la desviación estándar para las escalas de contenido de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos

ESCALA	Alcohólicos		Voluntarios	
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.
	N = 136		N = 860	
ANS	12.59	5.23	6.07	4.27
MIE	8.45	4.55	5.31	3.63
OBS	8.69	3.56	4.56	3.07
DEP	13.45	5.91	5.42	3.90
SAU	10.37	5.37	6.63	4.50
DEL	6.93	3.83	2.96	2.65
ENJ	9.61	3.80	4.90	3.23
CIN	16.33	4.45	12.32	5.28
PAS	13.61	3.85	9.40	3.87
PTA	12.14	3.81	8.50	3.65
BAE	9.28	5.09	4.21	3.33
ISO	10.22	4.81	6.94	4.01
FAM	11.07	4.67	5.15	3.83
DTR	13.99	6.60	5.82	4.60
RTR	9.68	4.76	4.42	3.44

PERFIL MASCULINO DE DOS MUESTRAS MEXICANAS

Escalas de Contenido



Gráfica 2

En la Tabla 6 se muestran las medias y desviaciones estándar de las escalas suplementarias del MMPI-2 de ambos grupos. En la gráfica 3 se muestra el perfil de las escalas suplementarias de los grupos de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios; en este perfil las diferencias más significativas se observan en las escalas A, A-MAC, Dpr, EPK, EPS, PPA Y RA que presentan una elevación mayor en el grupo de sujetos alcohólicos, no obstante, todas las escalas señalan diferencias importantes.

Tabla 6. Puntuación de la media y desviación estándar para las escalas suplementarias de la muestra de alcohólicos y de la normativa de voluntarios mexicanos adultos

ESCALA	Alcohólicos		Voluntarios	
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.
A	21.36	8.72	9.19	7.09
R	14.39	4.33	17.23	4.41
Fyo	30.08	5.99	36.77	4.63
A-MAC	27.30	4.47	21.86	3.97
HR	12.64	2.78	15.20	3.02
Do	12.27	3.30	15.67	2.91
Rs	16.10	4.51	20.89	3.80
Dpr	20.99	7.68	11.74	5.91
GM	30.59	5.75	35.56	4.88
GF	24.80	4.27	27.82	3.79
EPK	19.91	8.74	7.73	6.10
EPS	26.22	11.80	10.50	8.30
Fp	10.36	5.37	2.82	2.81
PPA	24.19	3.64	19.86	3.44
RA	6.02	2.15	1.56	1.57

La media de la escala A-MAC para los sujetos alcohólicos es 27.30, con una desviación estándar de 4.47, y para los sujetos voluntarios la media es de 21.86 y la desviación estándar de 3.97. Con respecto a la escala PPA, los sujetos alcohólicos obtuvieron una media de 24.19 con desviación estándar de 3.64, mientras que para los sujetos voluntarios la media es de 19.86 y la desviación estándar de 3.44. En la escala RA los sujetos alcohólicos obtuvieron una media de 6.02, con una desviación estándar de 2.15, y los sujetos voluntarios, una media de 1.56 con una desviación estándar de 1.57.

En general, se observan diferencias entre las medias de ambos grupos en todas las escalas del MMPI-2, siendo sobresalientes las diferencias en las puntuaciones de las escalas de adicciones, que indican que los sujetos alcohólicos obtienen puntuaciones más elevadas en dichas escalas, dichas puntuaciones van en la dirección esperada.

Evaluación de la Consistencia Interna de las escalas del MMPI-2

Para determinar la consistencia interna de las escalas del MMPI-2, se obtuvieron los coeficientes Alfa de Cronbach. En la Tabla 7 se presentan los coeficientes Alfa de Cronbach de las escalas de validez y clínicas del MMPI-2 de las dos muestras estudiadas. Puede observarse que los coeficientes van de moderados a altos en todas las escalas, lo que indica una adecuada consistencia interna de las escalas básicas del instrumento.

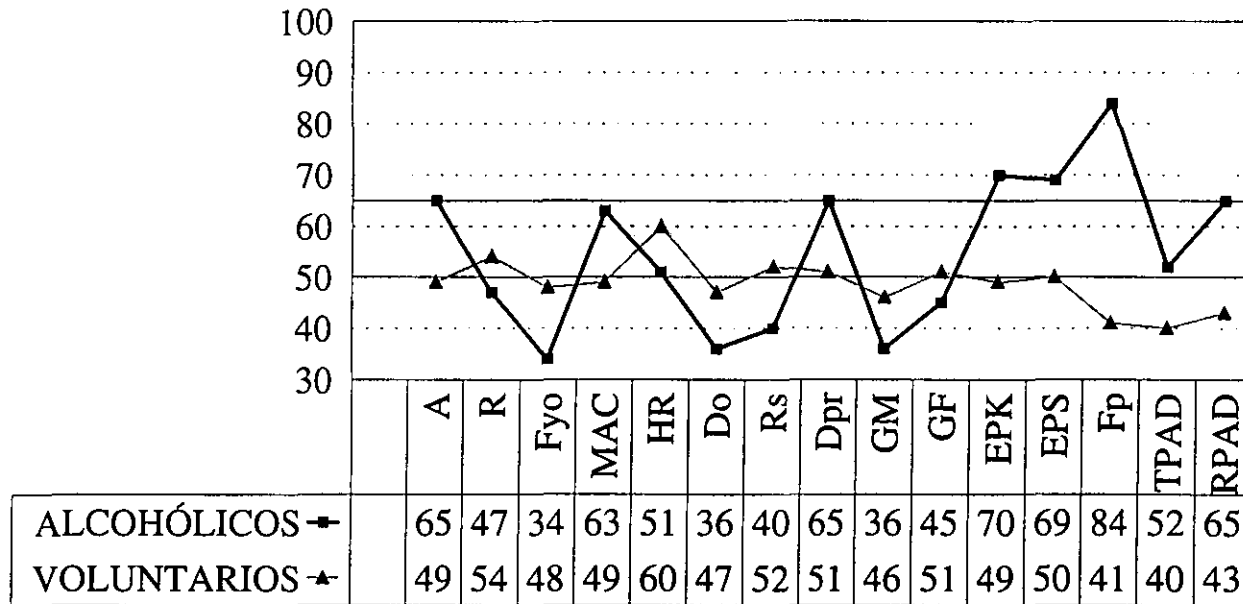
Tabla 7. Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) para las escalas de validez y clínicas de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos

ESCALA	Alcohólicos		Voluntarios	
	N	ALFA (α)	N	ALFA (α)
INVAR	136	.94	860	.92
INVER	136	.67	860	.57
L	136	.71	860	.65
F	136	.74	860	.62
K	136	.76	860	.77
Hs	136	.79	860	.81
D	136	.85	860	.74
Hi	136	.83	860	.72
Dp	136	.82	860	.78
Mf	136	.74	860	.74
Pa	136	.80	860	.78
Pt	136	.90	860	.82
Es	136	.90	860	.87
Ma	136	.76	860	.71
Is	136	.84	860	.82

La tabla 8 muestra los coeficientes Alfa de Cronbach de las escalas de contenido del MMPI-2 obtenidos para las dos muestras; al igual que en la tabla 7, los coeficientes indican una adecuada consistencia interna de este grupo de escalas del instrumento.

PERFIL MASCULINO DE DOS MUESTRAS MEXICANAS

Escalas Suplementarias



Gráfica 3

Tabla 8. Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) para las escalas de contenido de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos

ESCALA	Alcohólicos		Voluntarios	
	N	ALFA (α)	N	ALFA (α)
ANS	136	.84	860	.80
MIE	136	.78	860	.72
OBS	136	.77	860	.75
DEP	136	.83	860	.77
SAU	136	.54	860	.71
DEL	136	.73	860	.69
ENJ	136	.80	860	.77
CIN	136	.79	860	.84
PAS	136	.73	860	.73
PTA	136	.76	860	.74
BAE	136	.83	860	.73
ISO	136	.65	860	.63
FAM	136	.77	860	.78
DTR	136	.86	860	.80
RTR	136	.78	860	.73

En la Tabla 9 se observan los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos para las escalas suplementarias del MMPI-2 en las dos muestras.

Tabla 9. Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) para las escalas suplementarias de la muestra de alcohólicos y de la normativa de adultos voluntarios mexicanos

ESCALA	Alcohólicos		Voluntarios	
	N	ALFA (α)	N	ALFA (α)
A	136	.90	860	.89
R	136	.66	860	.65
Fyo	136	.84	860	.81
A-MAC	136	.78	860	.71
Fp	136	.78	860	.67
HR	136	.68	860	.57
Do	136	.74	860	.67
Rs	136	.73	860	.65
Dpr	136	.86	860	.81
GM	136	.63	860	.46
GF	136	.68	860	.68
EPK	136	.89	860	.85
EPS	136	.92	860	.89
PPA	136	.72	860	.70
RA	136	.34	860	.44

Del mismo modo, los coeficientes indican una adecuada consistencia interna de este grupo de escalas, particularmente en las escalas A-MAC y PPA; no obstante, la escala RA muestra un coeficiente Alfa de .34 para los sujetos alcohólicos y de .44 para los sujetos voluntarios.

Análisis de Frecuencia de Aprobación de los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2

En la tabla 10 se muestran los porcentajes de aprobación de los reactivos de la escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) obtenidos en las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios, así como los resultados de la comparación entre las muestras obtenidos mediante la prueba chi cuadrada. En general, se observan diferencias significativas entre las muestras, con excepción de 14 reactivos que no discriminaron.

En este análisis se consideró el porcentaje de las respuestas de los sujetos a los reactivos, de acuerdo con la dirección de cada reactivo.

TABLA 10. Reactivos de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (G.A.) y de una muestra de 860 sujetos voluntarios (G.V.)

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2	G.A.	G.V.	X ²	Prob
7. (V) Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	48.1	44.0	1.06	N.S.
24. (V) En ocasiones los espíritus malignos se posesionan de mí.	11.9	1.4	46.77	.001
36. (V) Casi siempre tengo tos.	8.1	3.7	5.67	.058
49. (V) Soy una persona muy sociable.	54.1	71.9	17.82	.001
52. (V) No he llevado una vida correcta.	85.2	27.6	169.51	.001
69. (V) Creo que me gustaría trabajar como guardabosques.	34.1	37.1	.79	N.S.
72. (V) A veces mi alma abandona mi cuerpo.	26.7	6.6	56.12	.001
73. (F) Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.	71.1	94.4	82.94	.001
82. (V) Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento más o más frecuentemente que otras personas de las cosas que hago).	67.4	21.5	122.78	.001
84. (V) Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.	51.9	20.8	59.97	.001
103. (V) Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	28.1	23.3	1.95	N.S.
105. (V) En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta.	56.3	24.7	56.81	.001
107. (F) Mis modales en la mesa no son tan buenos en casa como cuando salgo a comer con otras personas.	49.6	57.4	3.10	N.S.
113. (V) Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	73.3	50.7	24.42	.001
115. (V) Cuando veo sangre no me asusto ni me enfermo.	71.9	85.5	16.25	.001
117. (F) Nunca he vomitado ni escupido sangre.	37.0	24.7	9.22	.002
128. (V) Me gusta cocinar.	65.2	64.4	.02	N.S.
137. (F) Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	93.3	92.0	.41	N.S.
160. (F) Me gustaba la escuela.	23.0	23.8	2.30	N.S.
166. (F) Me preocupan las cuestiones sexuales.	40.7	51.2	5.06	.024
168. (V) He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	74.1	19.1	181.14	.001
172. (V) Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	39.3	10.8	75.40	.001
202. (V) A menudo mis padres se oponían a la clase de gente que frecuentaba.	68.9	19.8	144.78	.001
214. (V) He sido bastante independiente y liberado de la disciplina familiar.	75.6	42.4	51.40	.001
224. (V) Padezco poca o ninguna clase de dolores.	77.0	80.2	1.56	N.S.

Continuación Tabla 10.

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2	G.A.	G.V.	X ²	Prob
229. (V) He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.	47.4	17.3	62.82	.001
238. (V) Sudo con facilidad aún en días frescos.	43.7	25.8	18.42	.001
251. (F) Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente.	42.2	82.3	106.57	.001
257. (V) Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir notas deportivas.	58.5	60.3	4.60	N.S.
266. (F) Nunca he tenido problemas con la ley.	62.2	6.5	138.92	.001
280. (V) Creo que hago amistades tan fácilmente como cualquiera.	68.1	75.2	3.06	N.S.
287. (F) Muchos de mis sueños están relacionados con el sexo.	68.1	84.3	21.22	.001
299. (F) No me puedo concentrar en una sola cosa.	48.9	83.4	82.75	.001
325. (F) Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.	48.9	77.0	48.03	.001
342. (V) A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etcétera.	47.4	30.9	14.29	.001
344. (V) Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	48.1	39.9	3.53	N.S.
387. (F) Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	57.8	89.7	104.23	.001
407. (V) Merezco un severo castigo por mis pecados.	41.5	13.0	67.72	.001
412. (V) Cuando era chico(a) frecuentemente no iba a la escuela aunque debía haberlo hecho.	40.0	7.7	114.96	.001
414. (V) A veces he tenido que ser rudo(a) con personas groseras o inoportunas.	88.9	78.7	7.56	.005
422. (V) Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	90.4	81.3	6.68	.009
434. (V) Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.	37.0	32.0	2.04	N.S.
439. (V) Me convierto rápidamente en partidario de una buena idea.	90.4	86.2	1.96	N.S.
445. (V) Frecuentemente he trabajado para personas que se atribuyen el reconocimiento por un buen trabajo pero culpan a los subalternos de los errores.	61.5	46.0	11.66	.002
456. (V) Me gustaría vestir ropa cara.	74.1	48.8	29.78	.001
473. (V) La persona hacia la que sentía mayor afecto y admiración cuando era niño(a) fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).	71.1	69.8	.10	N.S.
502. (V) Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	80.7	15.6	268.41	.001
506. (V) Recientemente he pensado en matarme.	21.5	2.0	100.77	.001
549. (V) Ultimamente siento que me están evaluando en todo lo que hago.	62.2	23.8	83.42	.001

En la tabla 11 se observan los porcentajes de aprobación de los reactivos de la escala PPA de las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios, así como la comparación entre los dos grupos obtenida mediante la prueba chi cuadrada.

Por otra parte, en la tabla 12 se muestran los porcentajes de aprobación de los reactivos de la escala RA de las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios, y los resultados de la prueba chi cuadrada.

También se presentan, en la tabla 13, los porcentajes de aprobación de los reactivos para la escala de PPA, obtenidos en la muestra mexicana y que son contrastados con los porcentajes de aprobación reportados por Weed et al. (1992) en una muestra de sujetos con diagnóstico de abuso de sustancias. Se observan diferencias en ambas muestras: en 15 reactivos los porcentajes de aprobación son significativamente mayores en la muestra mexicana y los restantes 24 presentan mayores porcentajes de aprobación para la muestra norteamericana, aunque no por ello totalmente diferentes. De lo anterior se concluye que la escala de PPA muestra sensibilidad para detectar tendencia a la adicción, ya que los porcentajes de aprobación obtenidos para la muestra mexicana tienden a agruparse en la dirección esperada.

Tabla 11. Reactivos de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (G.A.) y de una muestra de 860 sujetos voluntarios (G.V.)

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2	G.A.	G.V.	X ²	Prob
4. (F) Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario (a).	74.8	77.1	.71	N. S.
7. (V) Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	48.1	44.0	1.06	N. S.
29. (V) En ocasiones siento deseos de maldecir.	67.4	32.1	62.54	.001
41. (V) No siempre digo la verdad.	77.0	46.6	43.27	.001
43. (F) Soy más sensato (a) ahora que nunca.	27.4	26.4	.24	N.S.
76. (F) Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.	21.5	37.4	13.48	.001
89. (V) Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo (a).	88.9	36.2	133.40	.001
103. (V) Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	28.1	23.3	1.95	N.S.
104. (F) La mayor parte de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.	42.2	57.6	11.27	.003
113. (V) Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	73.3	50.7	24.42	.001
120. (V) Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.	96.3	94.8	.57	N.S.
137. (F) Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	93.3	92.0	.41	N.S.
157. (F) No me importa lo que otros piensen de mí.	34.1	37.4	.73	N.S.
168. (V) He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	74.1	19.1	181.14	.001
183. (V) No me agradan todas las personas que conozco.	78.5	59.1	18.72	.001
189. (V) Me gusta coquetear.	69.6	52.9	13.41	.001
196. (V) Frecuentemente me encuentro preocupado (a) por algo.	74.1	33.4	81.36	.001
217. (V) Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.	39.3	69.7	47.77	.001
220. (F) Nunca me preocupa mi apariencia física.	81.5	83.1	.41	N.S.
239. (F) Tengo entera confianza en mí mismo (a).	32.6	10.5	49.21	.001
242. (V) Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy agitado (a).	43.7	11.0	95.19	.001
260. (V) A veces me río de los chistes obscenos.	95.6	90.9	3.22	N.S.
267. (V) Tengo periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.	77.8	59.3	16.97	.001
306. (F) A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	49.6	72.0	27.62	.001

Continuación Tabla 11.

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2			G.A.	G.V.	X ²	Prob
312.	(F)	La única parte interesante del periódico son las caricaturas de la sección cómica.	91.1	95.7	5.76	.05
341.	(V)	Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.	60.7	25.0	78.47	.001
342.	(V)	A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etc.	47.4	30.9	14.29	.001
344.	(V)	Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	48.1	39.9	3.53	N.S.
349.	(F)	Nunca me siento más contento que cuando estoy solo (a).	70.4	90.6	45.56	.001
377.	(V)	No estoy contento (a) con mi manera de ser.	51.1	15.1	94.60	.001
422.	(V)	Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	90.4	81.3	6.68	.009
440.	(F)	Generalmente hago las cosas por mí mismo (a), en vez de buscar a alguien que me enseñe a hacerlas.	28.1	32.4	.99	N.S.
495.	(F)	Creo que las personas deberían guardar sus problemas personales para sí mismas.	71.9	75.3	.95	N.S.
496.	(F)	Actualmente no me siento estresado (a).	37.8	25.7	8.68	.01
500.	(F)	Aunque no estoy satisfecho (a) con mi vida, nada puedo hacer ahora para cambiarla.	79.3	89.7	15.23	.001
502.	(V)	Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	80.7	15.6	268.41	.001
504.	(F)	Reconozco que tengo varios defectos que no seré capaz de cambiar.	38.5	54.1	11.82	.002
523.	(V)	Me molesta mucho tener que esperar en fila para entrar a restaurantes, cines o eventos deportivos.	73.3	44.7	38.42	.001
540.	(V)	Cuando he estado tomado (a), me he enojado y he roto muebles y platos.	52.6	4.2	285.19	.001

TABLA 12. Reactivos de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA) y Frecuencia de Aprobación de muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (G.A.) y de una muestra de 860 sujetos voluntarios mexicanos (G.V.)

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2			G.A	G.V	X ²	Prob
172.	(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	39.3	10.8	75.40	.001
264.	(V)	He bebido alcohol con exceso.	95.6	31.2	201.76	.001
266.	(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	62.2	16.5	138.92	.001
288.	(V)	Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	39.3	11.3	71.51	.001
362.	(V)	Recuerdo haberme fingido enfermo (a) para evitar algo.	63.0	27.1	72.14	.001
387.	(V)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	42.2	9.5	104.23	.001
429.	(F)	Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.	34.1	16.6	24.45	.001
487.	(V)	He disfrutado fumando marihuana.	24.4	3.0	97.32	.001
489.	(V)	Tengo problemas con el alcohol o las drogas.	84.4	4.7	567.90	.001
501.	(F)	Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas	3.7	6.9	1.93	N.S.
511.	(V)	Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana.	34.8	5.7	113.48	.001
527.	(V)	Después de un mal día, generalmente necesito algunos tragos para relajarme.	31.1	3.1	141.71	.001
544.	(V)	Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	49.6	9.7	146.33	.001

TABLA 13. Reactivos de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA) y Frecuencia de Aprobación de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos (Mex.) y de una muestra de 832 sujetos estadounidenses con diagnóstico de abuso de sustancias (tomada de Weed et al., 1992) (Nor.)

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2			Mex.	Nor.
4.	(F)	Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario (a).	74	10
7.	(V)	Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	48	60
29.	(V)	En ocasiones siento deseos de maldecir.	67	94
41.	(V)	No siempre digo la verdad.	77	83
43.	(F)	Soy más sensato (a) ahora que nunca.	27	32
76.	(F)	Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.	21	31
89.	(V)	Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo (a).	88	90
103.	(V)	Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	28	49
104.	(F)	La mayor parte de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.	42	35
113.	(V)	Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	73	86
120.	(V)	Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.	96	79
137.	(F)	Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	93	13
157.	(F)	No me importa lo que otros piensen de mí.	34	17
168.	(V)	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	74	53
183.	(V)	No me agradan todas las personas que conozco.	78	94
189.	(V)	Me gusta coquetear.	69	74
196.	(V)	Frecuentemente me encuentro preocupado (a) por algo.	74	80
217.	(V)	Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.	39	63
220.	(F)	Nunca me preocupa mi apariencia física.	81	13
239.	(F)	Tengo entera confianza en mí mismo (a).	32	24
242.	(V)	Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy agitado (a).	43	53
260.	(V)	A veces me río de los chistes obscenos.	95	98
267.	(V)	Tengo periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.	77	76
306.	(F)	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	49	7
312.	(F)	La única parte interesante del periódico son las caricaturas de la sección cómica.	91	3
341.	(V)	Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.	60	81
342.	(V)	A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etc.	47	59
344.	(V)	Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	48	70
349.	(F)	Nunca me siento más contento que cuando estoy solo (a).	70	6

Continuación Tabla 13.

Número de Reactivo, Dirección de Calificación y Reactivo del MMPI-2	Mex.	Nor.
377. (V) No estoy contento (a) con mi manera de ser.	51	78
422. (V) Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	90	95
440. (F) Generalmente hago las cosas por mí mismo (a), en vez de buscar a alguien que me enseñe a hacerlas.	28	61
495. (F) Creo que las personas deberían guardar sus problemas personales para sí mismas.	71	16
496. (F) Actualmente no me siento estresado (a).	37	20
500. (F) Aunque no estoy satisfecho (a) con mi vida, nada puedo hacer ahora para cambiarla.	79	5
502. (V) Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	80	90
504. (F) Reconozco que tengo varios defectos que no seré capaz de cambiar.	38	21
523. (V) Me molesta mucho tener que esperar en fila para entrar a restaurantes, cines o eventos deportivos.	73	76
540. (V) Cuando he estado tomado (a), me he enojado y he roto muebles y platos.	52	35

Coefficientes de Correlación de las escalas del MMPI-2

Asimismo, se obtuvieron los coeficientes de correlación r de Pearson para las escalas básicas, de validez y clínicas, obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos. Los resultados se muestran en la tabla 14

En la tabla 15, se observan los coeficientes de correlación r de Pearson para las escalas de contenido del MMPI-2, obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos.

Por otro lado, en la tabla 16 se presentan los coeficientes de correlación r de Pearson para las escalas suplementarias del MMPI-2, calculados para la muestra de sujetos alcohólicos.

Tabla 14. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas del MMPI-2, de validez y clínicas, obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma
L												
F	-.45***											
K	.63***	-.64***										
Hs	-.07	.19*	-.00									
D	-.24**	.27***	-.23**	.53***								
Hi	-.04	.12	.06	.69***	.53***							
Dp	-.32***	.37***	-.12	.24**	.35***	.38***						
Mf	-.03	.08	-.09	.08	.14	.26**	.15					
Pa	-.20**	.60***	-.40***	.21**	.26**	.28***	.45***	.21**				
Pt	-.40***	.57***	-.37***	.47***	.63***	.44***	.40***	.08	.50***			
Es	-.46***	.74***	-.46***	.39***	.46***	.33***	.50***	.13	.58***	.81***		
Ma	-.27***	.51***	-.37***	.00	.03	.06	.19*	.18*	.46***	.33***	.45***	
Is	-.43***	.38***	-.52***	.24**	.50***	.04	.16*	.10	.21**	.53***	.49***	-.03

* $p = .05$

** $p = .01$

*** $p = .001$

Tabla 15. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas de contenido del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
ANS															
MIE	.50**														
OBS	.76**	.50**													
DEP	.75**	.39**	.69**												
SAU	.57**	.41**	.48**	.45**											
DEL	.43**	.39**	.54**	.48**	.32**										
ENJ	.69**	.40**	.62**	.61**	.45**	.41**									
CIN	.40**	.27**	.46**	.41**	.25*	.55**	.40**								
PAS	.36**	.22*	.49**	.41**	.22*	.42**	.49**	.68**							
PTA	.65**	.42**	.64**	.61**	.33**	.52**	.74**	.48**	.54**						
BAE	.58**	.44**	.68**	.74**	.40**	.40**	.50**	.26*	.38**	.50**					
ISO	.39**	.23*	.42**	.45**	.22*	.11	.38**	.19*	.23*	.36**	.54**				
FAM	.59**	.34**	.60**	.67**	.37**	.59**	.59**	.37**	.43**	.54**	.53**	.36**			
DTR	.78**	.48**	.81**	.80**	.51**	.47**	.63**	.35**	.43**	.62**	.79**	.51**	.64**		
RTR	.66**	.45**	.73**	.80**	.41**	.48**	.55**	.42**	.43**	.63**	.76**	.46**	.58**	.82**	

* p = .01

** p = .001

Tabla 16. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas suplementarias del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.

	A	R	Fyo	A-MAC	HR	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Fp	PPA
A														
R	-.42***													
Fyo	-.73***	.09												
A-MAC	.30***	-.54***	-.20**											
HR	-.49***	.31***	.20**	-.09										
Do	-.71***	.29***	.57***	-.23**	.43***									
Rs	-.61***	.48***	.37***	-.51***	.43***	.67***								
Dpr	.87***	-.31***	-.69***	.16*	-.52***	-.63***	-.55***							
GM	-.71***	.13	.70***	.00	.28***	.62***	.41***	-.68***						
GF	-.30***	.43***	.04	-.34***	.33***	.30***	.60***	-.29***	-.00					
EPK	.89***	-.44***	-.68***	.38***	-.50***	-.65***	-.67***	.86***	-.62***	-.45***				
EPS	.91***	-.41***	-.72***	.33***	-.48***	-.67***	-.65***	.90***	-.64***	-.40***	.94***			
Fp	.76***	-.38***	-.61***	.35***	-.38***	-.51***	-.58***	.66***	-.62***	-.37***	.77***	.76***		
PPA	.49***	-.39***	-.28***	.38***	-.42***	-.36***	-.47***	.54***	-.35***	-.22**	.54***	.52***	.29***	
RA	.48***	.38***	-.33***	.38***	-.39***	-.38***	-.51***	.45***	-.21**	-.51***	.53***	.56***	.52***	.38***

* p = .05

** p = .01

*** p = .001

Tabla 17. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas y de contenido del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
L	-.55	-.32	-.55	-.55	-.32	-.32	-.55	-.41	-.58	-.52	-.51	-.31	-.52	-.62	-.56
F	.62	.40	.65	.70	.47	.71	.57	.49	.52	.56	.58	.41	.73	.68	.69
K	-.70	-.44	-.71	-.66	-.41	-.54	-.69	-.65	-.57	-.66	-.60	-.48	-.61	-.67	-.63
Hs	.33	.21	.17	.23	.81	-.02	.19	-.09	-.07	.05	.19	.09	.09	.27	.14
D	.58	.27	.33	.55	.50	.07	.30	.03	.06	.27	.46	.32	.20	.54	.39
Hi	.35	.13	.11	.25	.54	-.01	.10	-.26	-.15	-.01	.15	-.01	.16	.20	.09
Dp	.35	.14	.29	.46	.22	.25	.41	.03	.24	.36	.29	.11	.54	.40	.36
Mf	.19	.08	.12	.14	.14	.14	.06	-.03	-.05	.01	.01	.15	.27	.09	-.07
Pa	.53	.28	.50	.56	.40	.59	.41	.19	.14	.45	.40	.18	.53	.52	.47
Pt	.71	.47	.69	.71	.60	.38	.49	.13	.24	.49	.65	.41	.47	.74	.65
Es	.61	.45	.65	.74	.61	.59	.51	.28	.38	.54	.66	.40	.66	.75	.73
Ma	.39	.13	.47	.46	.27	.55	.35	.46	.41	.39	.27	-.01	.44	.37	.38
Is	.52	.41	.49	.50	.38	.10	.45	.20	.24	.42	.63	.83	.35	.65	.52

Tabla 18. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas y suplementarias del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.

	A	R	Fyo	A-MAC	HR	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Fp	PPA	RA	INVAR	INVER
L	-.57	.44	.38	-.26	.56	.57	.59	-.61	.46	.42	-.64	-.60	-.46	-.54	-.46	-.18	-.06
F	.71	-.37	-.56	.40	-.39	-.48	-.58	.63	-.48	-.44	.78	.75	.78	.35	.55	.10	.25
K	-.78	.55	.54	-.37	.52	.64	.63	-.69	.54	.37	-.79	-.78	-.62	-.47	-.46	-.07	-.13
Hs	.24	.21	-.45	-.08	.01	-.23	.06	.43	-.32	.12	.25	.33	.17	.16	.13	.05	.05
D	.53	.16	-.56	-.07	-.25	-.37	-.12	-.67	-.49	.06	.50	.54	.31	.31	.17	.02	.06
Hi	.19	.16	-.39	-.06	.08	-.00	.08	.39	-.20	.12	.25	.30	.08	.25	.09	-.06	-.04
Dp	.30	-.09	-.16	.20	-.25	-.20	-.38	.44	-.22	-.24	.48	.42	.34	.43	.30	.07	.07
Mf	.12	-.08	-.14	-.01	.09	.14	.19	.12	-.16	.22	.13	.12	.05	.23	.07	-.05	-.03
Pa	.56	-.29	-.45	.32	-.19	-.30	-.34	.52	-.41	-.16	.57	.54	.54	.37	.26	-.01	.30
Pt	.77	-.11	-.69	.10	-.27	-.58	-.46	.77	-.66	-.21	.74	.77	.65	.36	.32	.19	.29
Es	.76	-.24	-.64	.25	-.33	-.55	-.55	.70	-.61	.31	.78	.80	.77	.35	.50	.12	.31
Ma	.48	-.52	-.30	.55	-.25	-.20	-.38	.36	-.18	-.27	.46	.46	.51	.36	.40	-.00	.20
Is	.61	.07	-.50	-.21	-.42	-.58	-.35	.62	-.60	-.12	.57	.59	.39	.25	.21	.11	.10

Tabla 19. Coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas contenido y suplementarias del MMPI-2 obtenidos para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos.

	A	R	Fyo	A-MAC	HR	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Fp	PPA	RA	INVAR	INVER
ANS	.85	-.40	-.69	.22	-.41	-.57	-.49	.87	-.66	-.24	.82	.85	.64	.53	.40	.08	.20
MIE	.52	-.09	-.62	.02	-.23	-.43	-.32	.47	-.77	.05	.44	.47	.53	.29	.14	-.03	.11
OBS	.85	-.46	-.65	.30	-.42	-.62	-.61	.74	-.65	-.28	.82	.81	.65	.49	.38	.15	.24
DEP	.85	-.32	-.60	.28	-.51	-.58	-.51	.83	-.61	-.30	.86	.84	.78	.46	.49	.14	.22
SAU	.55	-.08	-.67	.14	-.16	-.47	-.34	.64	-.54	-.05	.53	.62	.45	.31	.31	.07	.11
DEL	.55	-.49	-.58	.47	-.25	-.36	-.43	.41	-.41	-.26	.56	.54	.66	.25	.42	.07	.25
ENJ	.67	-.43	-.42	.34	-.53	-.49	-.63	.72	-.46	-.44	.71	.72	.60	.59	.48	.14	.08
CIN	.48	-.47	-.34	.41	-.36	-.46	-.47	.35	-.26	-.24	.47	.45	.42	.19	.38	.06	.17
PAS	.49	-.49	-.29	.47	-.43	-.48	-.69	.41	-.19	-.54	.53	.51	.45	.35	.47	.09	.15
PTA	.68	-.47	-.41	.36	-.49	-.57	-.66	.62	-.44	-.41	.67	.68	.62	.52	.49	.05	.22
BAE	.80	-.22	-.59	.07	-.44	-.63	-.50	.72	-.66	-.26	.72	.73	.67	.35	.45	.14	.18
ISO	.50	.02	-.36	-.16	-.38	-.45	-.31	.49	-.40	-.26	.53	.51	.38	.17	.27	.07	.04
FAM	.66	-.42	-.42	.28	-.38	-.35	-.48	.63	-.44	-.32	.73	.71	.69	.41	.49	.11	.18
DTR	.87	-.31	-.63	.13	-.58	-.66	-.55	.85	-.69	-.30	.83	.84	.70	.44	.46	.14	.23
RTR	.80	-.31	-.57	.21	-.51	-.65	-.57	.71	-.63	-.38	.80	.78	.72	.34	.49	.07	.23

En la tabla 17 se muestran los coeficientes de correlación r de Pearson obtenidos, para el grupo de sujetos alcohólicos, entre las escalas básicas y de contenido del MMPI-2. En la tabla 18 se presentan los coeficientes de correlación r de Pearson para las escalas básicas y suplementarias del MMPI-2 de la muestra de sujetos alcohólicos; mientras que en la tabla 19 se observan los coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas de contenido y suplementarias. Todos los coeficientes obtenidos son significativos al nivel de probabilidad de .001; no obstante varían de menor a mayor correlación. En lo que se refiere a las escalas de adicciones, encontramos el coeficiente de correlación más alto entre las escalas A-MAC y RA que es de $r = .3865$; por su parte el coeficiente de correlación entre las escalas A-MAC y PPA es de $r = .3805$ y para las escalas PPA y RA, el coeficiente es de $r = .3800$.

Validez de constructo de las escalas de adicciones del MMPI-2. Análisis Factorial

Por otro lado, se presentan los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de las tres escalas de adicciones del MMPI-2 en las muestras de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios. En las tablas 20, 21 y 22 se observa la conformación de los factores de las tres escalas (A-MAC, PPA y RA, respectivamente) en la muestra de sujetos alcohólicos, así como sus cargas factoriales y el contenido de los reactivos.

Con respecto al grupo de sujetos voluntarios, los resultados del análisis factorial del grupo de sujetos voluntarios se presentan en las tablas 23, 24 y 25, para las escalas de adicciones A-MAC, PPA y RA, respectivamente, con sus cargas factoriales y el contenido de los reactivos.

Es importante hacer notar que en el momento de realizar los análisis factoriales para la escala RA, se llevó a cabo un segundo análisis en el cual no se especificó el número de factores que se buscaba, los resultados obtenidos indican la formación de cuatro factores en los grupos de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios; los resultados de este segundo análisis se presentan en las tablas 26 y 27, respectivamente.

En la tabla 28 se presentan los resultados del análisis factorial de la escala de Alcoholismo de MacAndrew en dos muestras diferentes: alcohólicos mexicanos y voluntarios mexicanos. Los reactivos de la escala cargan en seis factores, con valor propio mayor a uno; en cada muestra los factores son conformados por diferentes reactivos, aunque entre las muestras, los factores comparten algunos reactivos. El porcentaje total de la varianza explicada para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos es de 33.4 %, mientras que para los voluntarios mexicanos es de 25.7 %. En la muestra de sujetos alcohólicos, los factores se distribuyeron como sigue y sus cargas factoriales se muestran en la tabla: factor 1, Conducta antisocial; factor 2, Alteraciones del funcionamiento corporal; factor 3, Conducta de riesgo; factor 4, Personalidad extrovertida; factor 5, Daño cognoscitivo, y factor 6, Psicopatología.

En la tabla 29 se observan los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de la escala de Alcoholismo de MacAndrew, obtenidos entre las muestras de sujetos alcohólicos mexicanos y sujetos abusadores de sustancias estadounidenses; al igual que en la tabla 26, los reactivos se agrupan de manera diferente en ambas muestras, aunque algunos reactivos se agrupan en el mismo factor, lo cual es indicativo de diferencias transculturales.

La tabla 30 muestra los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de la escala de Predisposición a problemas con las adicciones; se observan 6 factores, con valor propio mayor a uno, que en la comparación entre las muestras comparten algunos reactivos, no obstante, los factores se formaron en diferente manera para las tres muestras. El porcentaje total de la varianza explicada para la muestra de alcohólicos mexicanos fue de 36.6 %, mientras que para la muestra de voluntarios mexicanos fue de 29.0 %; las cargas correspondientes a cada factor se observan en la tabla y para el grupo de sujetos alcohólicos los nombres son: factor 1, Satisfacción/insatisfacción consigo mismo; factor 2, Acting out; factor 3, Egocentrismo; factor 4, Ineficiencia; factor 5, Actitudes hacia el tratamiento; y factor 6, Conductas de riesgo.

Por su parte, en la tabla 31 se muestran los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de la escala de Predisposición a problemas con las adicciones, obtenidos entre las muestras de sujetos alcohólicos mexicanos y sujetos abusadores de sustancias estadounidenses; al igual que con los análisis factoriales anteriores, algunos reactivos cargan en el mismo factor, aunque muchos otros cargan en factores distintos.

Los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, por reactivo de la escala de Reconocimiento de las Adicciones, entre las muestras mexicanas (sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios) se presentan en la tabla 32; asimismo, en la tabla 33 se observan los resultados del análisis factorial de la escala de Reconocimiento de las Adicciones, obtenidos entre las muestras de sujetos alcohólicos mexicanos y sujetos abusadores de sustancias estadounidenses; son tres los factores obtenidos para esta escala con valor propio mayor a uno, y al igual que en las otras escalas, algunos reactivos cargan en el mismo factor en las tres muestras, sin embargo, la mayoría de los reactivos cargan en factores diferentes en cada muestra. El porcentaje total de la varianza explicada, después de la rotación, para la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos es de 41.6 %, y para la muestra de sujetos voluntarios mexicanos es de 35.1 %. En la muestra de sujetos alcohólicos las cargas de los factores se muestran en la tabla y sus nombres son: factor 1, Reconocimiento de consumo de alcohol; factor 2, Reconocimiento de consumo de drogas; factor 3, Actitudes negativas hacia el tratamiento.

TABLA 20. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE ALCOHOLISMO DE MACANDREW (A-MAC) 49

REACTIVOS		
SUJETOS ALCOHÓLICOS		
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA		33.4%
FACTOR 1	CONDUCTA ANTISOCIAL	11.5 %
7. (V)	Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	.44
69. (V)	Creo que me gustaría trabajar como guardabosques.	-.21
82. (V)	Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento.(Me arrepiento más o más frecuentemente que otras personas de las cosas que hago).	.41
84. (V)	Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.	.65
103.(V)	Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	.49
107.(F)	Mis modales en la mesa no son tan buenos en casa como cuando salgo a comer con otras personas.	.41
160.(F)	Me gustaba la escuela.	-.44
287.(F)	Muchos de mis sueños están relacionados con el sexo.	.37
344.(V)	Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	.59
412.(V)	Cuando era chico(a) frecuentemente no iba a la escuela aunque debía haberlo hecho.	.55
456.(V)	Me gustaría vestir ropa cara.	.40
FACTOR 2	ALTERACIONES EN EL FUNCIONAMIENTO CORPORAL	5.4 %
36. (V)	Casi siempre tengo tos.	.40
73. (F)	Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.	.31
113.(V)	Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	-.46
166.(F)	Me preocupan las cuestiones sexuales.	.42
172.(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	.62
224.(V)	Padezco poca o ninguna clase de dolores.	-.55
238.(V)	Sudo con facilidad aún en días frescos.	.55
299.(F)	No me puedo concentrar en una sola cosa.	.58
325.(F)	Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.	.43
387.(F)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	.41

FACTOR 3	CONDUCTA DE RIESGO	4.6 %
52.(V)	No he llevado una vida correcta.	.53
137.(F)	Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	-.29
202.(V)	A menudo mis padres se oponían a la clase de gente que frecuentaba.	.58
214.(V)	He sido bastante independiente y liberado de la disciplina familiar.	.42
266.(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	-.45
414.(V)	A veces he tenido que ser rudo(a) con personas groseras o inoportunas.	.41
422.(V)	Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	.40
502.(V)	Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	.57
FACTOR 4	PERSONALIDAD EXTROVERTIDA	4.3 %
49.(V)	Soy una persona muy sociable.	.71
115.(V)	Cuando veo sangre no me asusto ni me enfermo.	.46
257.(V)	Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir notas deportivas.	.35
280.(V)	Creo que hago amistades tan fácilmente como cualquiera.	.76
342.(V)	A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etcétera.	.53
439.(V)	Me convierto rápidamente en partidario de una buena idea.	.40
FACTOR 5	DAÑO COGNOSCITIVO	3.9 %
24.(V)	En ocasiones los espíritus malignos se posesionan de mí.	.46
229.(V)	He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.	.33
251.(F)	Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente.	.65
407.(V)	Merezco un severo castigo por mis pecados.	.57
445.(V)	Frecuentemente he trabajado para personas que se atribuyen el reconocimiento por un buen trabajo pero culpan a los subalternos de los errores.	.44
549.(V)	Ultimamente siento que me están evaluando en todo lo que hago.	.47

FACTOR 6 PSICOPATOLOGÍA		3.7 %
72.(V)	A veces mi alma abandona mi cuerpo.	.29
105.(V)	En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta.	.57
117.(F)	Nunca he vomitado ni escupido sangre.	-.30
128.(V)	Me gusta cocinar.	.38
168.(V)	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	.37
434.(V)	Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.	.43
473.(V)	La persona hacia la que sentía mayor afecto y admiración cuando era niño(a) fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).	-.47
506.(V)	Recientemente he pensado en matarme.	.49

TABLA 21. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE PREDISPOSICIÓN A PROBLEMAS CON LAS ADICCIONES
(PPA) 39 reactivos
SUJETOS ALCOHÓLICOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 36.6 %

FACTOR 1	SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CONSIGO MISMO	10.5 %
4.(F)	Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario (a).	-.27
157.(F)	No me importa lo que otros piensen de mí.	-.42
183.(V)	No me agradan todas las personas que conozco.	.43
196.(V)	Frecuentemente me encuentro preocupado (a) por algo.	.58
220.(F)	Nunca me preocupa mi apariencia física.	-.37
239.(F)	Tengo entera confianza en mí mismo (a).	-.49
377.(V)	No estoy contento (a) con mi manera de ser.	.50
496.(F)	Actualmente no me siento estresado (a).	-.53
523.(V)	Me molesta mucho tener que esperar en fila para entrar a restaurantes, cines o eventos deportivos.	.51
FACTOR 2	ACTING OUT	6.8 %
7.(V)	Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	.51
29.(V)	En ocasiones siento deseos de maldecir.	.48
41.(V)	No siempre digo la verdad.	.36
103.(V)	Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	.55
104.(F)	La mayor parte de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.	.31
168.(V)	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	.39
189.(V)	Me gusta coquetear.	.49
344.(V)	Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	.62
FACTOR 3	EGOCENTRISMO	5.7 %
76.(F)	Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.	.50
120.(V)	Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.	.43

137.(F)	Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	-.71
260.(V)	A veces me río de los chistes obscenos.	.65
267.(V)	Tengo periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.	.55
FACTOR 4 INEFICIENCIA		4.7 %
312.(F)	La única parte interesante del periódico son las caricaturas de la sección cómica.	.49
341.(V)	Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.	.62
349.(F)	Nunca me siento más contento que cuando estoy solo (a).	.52
422.(V)	Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	.29
440.(F)	Generalmente hago las cosas por mí mismo (a), en vez de buscar a alguien que me enseñe a hacerlas.	.44
502.(V)	Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	.43
FACTOR 5 ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO		4.6 %
113.(V)	Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	-.35
217.(V)	Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.	.34
242.(V)	Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy agitado (a).	.55
306.(F)	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	.55
500.(F)	Aunque no estoy satisfecho (a) con mi vida, nada puedo hacer ahora para cambiarla.	.50
504.(F)	Reconozco que tengo varios defectos que no seré capaz de cambiar.	.29
FACTOR 6 CONDUCTAS DE RIESGO		4.2 %
43.(F)	Soy más sensato (a) ahora que nunca.	.42
89.(V)	Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo (a).	.44
342.(V)	A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etc.	.45
495.(F)	Creo que las personas deberían guardar sus problemas personales para sí mismas.	-.48
540.(V)	Cuando he estado tomado (a), me he enojado y he roto muebles y platos.	.56

**TABLA 22. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE RECONOCIMIENTO DE LAS ADICCIONES (RA) 13 Reactivos
SUJETOS ALCOHÓLICOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 41.6**

FACTOR 1	RECONOCIMIENTO DE CONSUMO DE ALCOHOL	16.4 %
172.(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	.44
387.(V)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	.67
511.(V)	Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana.	.62
527.(V)	Después de un mal día, generalmente necesito algunos tragos para relajarme.	.72
544.(V)	Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	.53
FACTOR 2	RECONOCIMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS	14.6 %
266.(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	-.49
362.(V)	Recuerdo haberme fingido enfermo (a) para evitar algo.	.56
429.(F)	Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.	-.79
487.(V)	He disfrutado fumando marihuana.	.74
FACTOR 3	ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO	10.6 %
264.(V)	He bebido alcohol con exceso.	.51
288.(V)	Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	-.38
489.(V)	Tengo problemas con el alcohol o las drogas.	.61
501.(F)	Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas.	.39

TABLA 23. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE ALCOHOLISMO DE MACANDREW (A-MAC) 49 reactivos
SUJETOS VOLUNTARIOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 25.7 %

FACTOR 1		8.7 %
52.(V)	No he llevado una vida correcta.	.37
73.(F)	Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.	.40
82.(V)	Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento más o más frecuentemente que otras personas de las cosas que hago).	.37
117.(F)	Nunca he vomitado ni escupido sangre.	-.26
166.(F)	Me preocupan las cuestiones sexuales.	.26
168.(V)	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	.55
172.(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	.45
214.(V)	He sido bastante independiente y liberado de la disciplina familiar.	.24
229.(V)	He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.	.45
287.(F)	Muchos de mis sueños están relacionados con el sexo.	.50
299.(F)	No me puedo concentrar en una sola cosa.	.52
325.(F)	Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.	.52
502.(V)	Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	.39
FACTOR 2		4.4 %
84.(V)	Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.	.76
105.(V)	En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta.	.76
202.(V)	A menudo mis padres se oponían a la clase de gente que frecuentaba.	.24
266.(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	-.43
412.(V)	Cuando era chico(a) frecuentemente no iba a la escuela aunque debía haberlo hecho.	.41

FACTOR 3		3.5 %
7. (V)	Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	.34
103.(V)	Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	.61
107.(F)	Mis modales en la mesa no son tan buenos en casa como cuando salgo a comer con otras personas.	.27
257.(V)	Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir notas deportivas.	.30
344.(V)	Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	.57
439.(V)	Me convierto rápidamente en partidario de una buena idea.	.33
456.(V)	Me gustaría vestir ropa cara.	.30
473.(V)	La persona hacia la que sentía mayor afecto y admiración cuando era niño(a) fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer)	.26
FACTOR 4		3.2 %
49. (V)	Soy una persona muy sociable.	.67
72. (V)	A veces mi alma abandona mi cuerpo.	-.13
137.(F)	Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	.31
160.(F)	Me gustaba la escuela.	.21
238.(V)	Sudo con facilidad aún en días frescos.	-.27
280.(V)	Creo que hago amistades tan fácilmente como cualquiera.	.70
342.(V)	A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etcétera.	.50
FACTOR 5		3.2 %
69. (V)	Creo que me gustaría trabajar como guardabosques.	.29
113.(V)	Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	.31
115.(V)	Cuando veo sangre no me asusto ni me enfermo.	.27
128.(V)	Me gusta cocinar.	.53
251.(F)	Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente.	.32
387.(F)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	-.20

414.(V)	A veces he tenido que ser rudo(a) con personas groseras o inoportunas.	.34
422.(V)	Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	.33
434.(V)	Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.	.32
445.(V)	Frecuentemente he trabajado para personas que se atribuyen el reconocimiento por un buen trabajo pero culpan a los subalternos de los errores.	.33
FACTOR 6		2.8 %
24. (V)	En ocasiones los espíritus malignos se poseionan de mí.	.56
36. (V)	Casi siempre tengo tos.	.44
224.(V)	Padezco poca o ninguna clase de dolores.	-.33
407.(V)	Merezco un severo castigo por mis pecados.	.33
506.(V)	Recientemente he pensado en matarme.	.32
549.(V)	Ultimamente siento que me están evaluando en todo lo que hago.	.34

TABLA 24. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE PREDISPOSICIÓN A PROBLEMAS CON LAS ADICCIONES
(PPA) 39 reactivos
SUJETOS VOLUNTARIOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 29.0 %

FACTOR 1		9.7 %
4.(F)	Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario (a).	.19
89.(V)	Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo (a).	.45
168.(V)	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	.52
196.(V)	Frecuentemente me encuentro preocupado (a) por algo.	.60
242.(V)	Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy agitado (a).	.53
312.(F)	La única parte interesante del periódico son las caricaturas de la sección cómica.	.29
341.(V)	Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.	.60
377.(V)	No estoy contento (a) con mi manera de ser.	.39
496.(F)	Actualmente no me siento estresado (a).	-.39
502.(V)	Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos.	.38
FACTOR 2		4.7 %
29.(V)	En ocasiones siento deseos de maldecir.	.34
41.(V)	No siempre digo la verdad.	.50
183.(V)	No me agradan todas las personas que conozco.	.56
217.(V)	Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.	-.38
504.(F)	Reconozco que tengo varios defectos que no seré capaz de cambiar.	.42
523.(V)	Me molesta mucho tener que esperar en fila para entrar a restaurantes, cines o eventos deportivos.	.48

FACTOR 3		4.3 %
76.(F)	Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.	.32
104.(F)	La mayor parte de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.	.26
113.(V)	Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	-.23
306.(F)	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	.53
349.(F)	Nunca me siento más contento que cuando estoy solo (a).	.37
495.(F)	Creo que las personas deberían guardar sus problemas personales para sí mismas.	.53
500.(F)	Aunque no estoy satisfecho (a) con mi vida, nada puedo hacer ahora para cambiarla.	.44
FACTOR 4		3.7 %
103.(V)	Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	.64
260.(V)	A veces me río de los chistes obscenos.	.39
344.(V)	Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	.70
FACTOR 5		3.4 %
43.(F)	Soy más sensato (a) ahora que nunca.	.34
120.(V)	Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.	.40
189.(V)	Me gusta coquetear.	.31
239.(F)	Tengo entera confianza en mí mismo (a).	.32
342.(V)	A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etc.	.43
440.(F)	Generalmente hago las cosas por mí mismo (a), en vez de buscar a alguien que me enseñe a hacerlas.	.38
540.(V)	Cuando he estado tomado (a), me he enojado y he roto muebles y platos.	.40

FACTOR 6

7.(V)	Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	.39
137.(F)	Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	-.22
157.(F)	No me importa lo que otros piensen de mí.	.50
220.(F)	Nunca me preocupa mi apariencia física.	.28
267.(V)	Tengo periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.	.45
422.(V)	Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).	.37

**TABLA 25. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE RECONOCIMIENTO DE LAS ADICCIONES (RA) 13 Reactivos
SUJETOS VOLUNTARIOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 35.1 %**

FACTOR 1		15.8 %
387.(V)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	.16
487.(V)	He disfrutado fumando marihuana.	.13
489.(V)	Tengo problemas con el alcohol o las drogas.	.61
511.(V)	Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana.	.67
527.(V)	Después de un mal día, generalmente necesito algunos tragos para relajarme.	.59
544.(V)	Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	.59
FACTOR 2		10.0 %
172.(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	.46
264.(V)	He bebido alcohol con exceso.	.52
288.(V)	Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	.46
362.(V)	Recuerdo haberme fingido enfermo (a) para evitar algo.	.71
FACTOR 3		9.3 %
266.(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	.47
429.(F)	Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.	.74
501.(F)	Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas	.64

**TABLA 26. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE RECONOCIMIENTO DE LAS ADICCIONES (RA) 13 Reactivos
SUJETOS ALCOHÓLICOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 50.9**

FACTOR 1	RECONOCIMIENTO DE CONSUMO DE ALCOHOL	16.4 %
387.(V)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	.60
511.(V)	Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana.	.69
527.(V)	Después de un mal día, generalmente necesito algunos tragos para relajarme.	.83
544.(V)	Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	.47
FACTOR 2	RECONOCIMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS	14.6 %
266.(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	.54
362.(V)	Recuerdo haberme fingido enfermo (a) para evitar algo.	-.56
429.(F)	Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.	.80
487.(V)	He disfrutado fumando marihuana.	-.71
FACTOR 3	RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL O DROGAS	10.6 %
264.(V)	He bebido alcohol con exceso.	.78
489.(V)	Tengo problemas con el alcohol o las drogas.	.66
FACTOR 4	ACTITUDES NEGATIVAS HACIA EL TRATAMIENTO	9.3 %
172.(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	.50
288.(V)	Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	.55
501.(F)	Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas.	-.69

**TABLA 27. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE RECONOCIMIENTO DE LAS ADICCIONES (RA) 13 Reactivos
SUJETOS VOLUNTARIOS
TOTAL DE LA VARIANZA EXPLICADA 43.8 %**

FACTOR 1		15.8 %
489.(V)	Tengo problemas con el alcohol o las drogas.	.61
511.(V)	Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana.	.68
527.(V)	Después de un mal día, generalmente necesito algunos tragos para relajarme.	.57
544.(V)	Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	.60
FACTOR 2		10.0 %
264.(V)	He bebido alcohol con exceso.	.51
266.(F)	Nunca he tenido problemas con la ley.	-.47
288.(V)	Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	.43
362.(V)	Recuerdo haberme fingido enfermo (a) para evitar algo.	.72
FACTOR 3		9.3 %
429.(F)	Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.	.73
501.(F)	Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas	.67
FACTOR 4		8.7 %
172.(V)	Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	.45
387.(V)	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	.46
487.(V)	He disfrutado fumando marihuana.	-.69

Tabla 28. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Voluntarios Mexicanos

FACTOR 1				FACTOR 2				FACTOR 3				FACTOR 4				FACTOR 5				FACTOR 6			
A.M.		M.V.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.	
I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
84	65	168	55	172	62	105	76	202	58	103	61	280	76	280	70	251	65	128	53	105	57	24	56
344	59	325	52	299	58	84	76	502	57	344	57	49	71	49	67	407	57	414	34	506	49	36	44
412	55	299	52	238	55	266	-43	52	53	7	34	342	53	342	50	549	47	445	33	473	-47	549	34
103	49	287	50	224	-55	412	41	266	-45	439	33	115	46	137	31	24	46	422	33	434	43	224	-33
160	-44	172	45	113	-46	202	24	214	42	456	30	439	40	238	-27	445	44	434	32	128	38	407	33
7	44	229	45	325	43			414	41	257	30	257	35	160	21	229	33	251	32	168	37	506	32
82	41	73	40	166	42			422	40	107	27			72	-13			113	31	117	-30		
107	41	502	39	387	41			137	-29	473	26							69	29	72	29		
456	40	52	37	36	40													115	27				
287	37	82	37	73	31													387	-20				
69	-21	166	26																				
		117	-26																				
		214	24																				

Nota: Se reportan las cargas más altas por reactivo, se omiten los puntos decimales. Los nombres de las muestras son como sigue: A.M. = Alcohólicos Mexicanos; V.M. = Voluntarios Mexicanos (I = Item; C = Carga)

Tabla 29. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC) en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos Mexicanos y Sujetos Abusadores de Sustancias Estadounidenses¹

FACTOR 1				FACTOR 2				FACTOR 3				FACTOR 4				FACTOR 5				FACTOR 6			
A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.	
I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
84	65	299	56	172	62	84	72	202	58	502	59	280	76	49	68	251	65	344	71	105	57	137	-55
344	59	251	55	299	58	105	71	502	57	168	57	49	71	280	63	407	57	103	66	506	49	456	-48
412	55	325	54	238	55	412	62	52	53	229	52	342	53	342	57	549	47	7	40	473	-47	257	45
103	49	549	53	224	-55	202	53	266	-45	36	46	115	46	128	32	24	46	422	32	434	43	69	45
160	-44	82	48	113	-46	266	-53	214	42	52	44	439	40	414	29	445	44			128	38	473	-43
7	44	445	44	325	43	160	40	414	41	107	-31	257	35			229	33			168	37	115	29
82	41	166	43	166	42	117	-23	422	40	113	31									117	-30	214	22
107	41	73	41	387	41			137	-29	387	30									72	29	434	19
456	40	407	37	36	40																		
287	37	24	36	73	31																		
69	-21	172	36																				
		224	-32																				
		506	32																				
		238	31																				
		287	28																				
		439	27																				
		72	24																				

Nota: Se reportan las cargas más altas por reactivo, se omiten los puntos decimales. Los nombres de las muestras son como sigue: A.M. = Alcohólicos Mexicanos; A.N. = Abusadores de Sustancias Estadounidenses (I = Item; C = Carga) ¹ Datos tomados de Weed et al. (1994).

Tabla 30. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Voluntarios Mexicanos

FACTOR 1				FACTOR 2				FACTOR 3				FACTOR 4				FACTOR 5				FACTOR 6			
A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.	
I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
196	58	341	60	344	62	183	56	137	-71	495	53	341	62	344	70	306	55	342	43	540	56	157	50
496	-53	196	60	103	55	41	50	260	65	306	53	349	52	103	64	242	55	120	40	495	-48	267	45
523	51	242	53	7	51	523	48	267	55	500	44	312	49	260	39	500	50	540	40	342	45	7	39
377	50	168	52	189	49	504	42	76	50	349	37	440	44			113	-35	440	38	89	44	422	37
239	-49	89	45	29	48	217	-38	120	43	76	32	502	43			217	34	43	34	43	42	220	28
183	43	377	39	168	39	29	34			104	26	422	29			504	29	239	32			137	-22
157	-42	496	-39	41	36					113	-23							189	31				
220	-37	502	38	104	31																		
4	-27	312	29																				
		4	19																				

Nota: Se reportan las cargas más altas por reactivo, se omiten los puntos decimales. Los nombres de las muestras son como sigue: A.M. = Alcohólicos Mexicanos; V.M. = Voluntarios Mexicanos. (I = Item; C = Carga)

Tabla 31. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos Mexicanos y Sujetos Abusadores de Sustancias Estadounidenses²

FACTOR 1				FACTOR 2				FACTOR 3				FACTOR 4				FACTOR 5				FACTOR 6			
A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.	
I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
196	58	502	65	344	62	76	-56	137	-71	29	54	341	62	242	61	306	55	344	72	540	56	4	51
496	-53	377	65	103	55	306	-54	260	65	183	49	349	52	267	59	242	55	103	68	495	-48	217	44
523	51	168	60	7	51	500	-52	267	55	220	-48	312	49	120	46	500	50	7	32	342	45	137	37
377	50	43	-57	189	49	504	-50	76	50	260	43	440	44	189	42	113	-35			89	44	341	30
239	-49	540	52	29	48	495	-47	120	43	239	-42	502	43	342	36	217	34			43	42	440	-25
183	43	196	36	168	39	104	-45			157	-38	422	29	422	34	504	29						
157	-42	496	-36	41	36	349	-42			41	38												
220	-37	113	34	104	31	312	-30																
4	-27	89	31			523	-28																

Nota: Se reportan las cargas más altas por reactivo, se omiten los puntos decimales. Los nombres de las muestras son como sigue: A.M. = Alcohólicos Mexicanos; A.N. = Abusadores de Sustancias Estadounidenses (I = Item; C = Carga) ² Datos tomados de Weed et al. (1994).

Tabla 32. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos y Sujetos Voluntarios Mexicanos

FACTOR 1				FACTOR 2				FACTOR 3			
A.M.		V.M.		A.M.		V.M.		A.M.		V.M.	
I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
527	72	511	67	429	-79	362	71	489	61	429	74
387	67	489	61	487	74	264	52	264	51	501	64
511	62	527	59	362	56	288	46	501	39	266	47
544	53	544	59	266	-49	172	46	288	-38		
172	44	387	16								
		487	13								

Nota: Se reportan las cargas más altas por reactivo, se omiten los puntos decimales. Los nombres de las muestras son como sigue: A.M. = Alcohólicos Mexicanos; V.M. = Voluntarios Mexicanos (I = Item; C = Carga)

Tabla 33. Análisis Factorial con Rotación Varimax de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones en dos muestras diferentes: Sujetos Alcohólicos Mexicanos y Sujetos Abusadores de Sustancias Estadounidenses³

FACTOR 1				FACTOR 2				FACTOR 3			
A.M.		A.N.		A.M.		A.N.		A.M.		A.N.	
I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
527	72	489	79	429	-79	487	79	489	61	288	61
387	67	527	77	487	74	429	-74	264	51	501	-56
511	62	511	73	362	56	362	44	501	39	387	55
544	53	264	66	266	-49	266	-44	288	-38	172	45
172	44									544	43

Nota: Se reportan las cargas más altas por reactivo, se omiten los puntos decimales. Los nombres de las muestras son como sigue: A.M. = Alcohólicos Mexicanos; A.N. = Abusadores de Sustancias Estadounidenses (I = Item; C = Carga) ³ Datos tomados de Weed et al. (1994).

Análisis de Varianza Multivariado de las escalas del MMPI-2 entre los grupos de alcohólicos y de los voluntarios

Por otro lado, se realizó el análisis de varianza multivariado (MANOVA) entre los dos grupos: alcohólicos y voluntarios; los resultados de dicho análisis para las escalas básicas se presentan en la tabla 34, se observan diferencias significativas en todas las escalas, con excepción de las escalas Hs y Hi.

Tabla 34. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Básicas del MMPI-2 para los grupos de sujetos Alcohólicos y Voluntarios

Escala	Alcohólicos N = 136		Voluntarios N = 136		F	p
	Media	D.E.	Media	D.E.		
INVAR	8.02	2.67	7.06	2.74	8.48	.005
INVER	10.02	0.91	9.45	0.70	33.62	.001
L	4.52	2.88	7.18	2.63	63.01	.001
F	13.52	6.02	5.82	3.33	170.30	.001
K	10.96	4.73	16.66	4.76	97.81	.001
Hs	15.90	4.91	15.97	4.57	0.01	N.S.
D	23.84	4.80	20.59	4.76	31.37	.001
Hi	21.75	5.59	21.44	5.05	0.22	N.S.
Dp	28.86	4.87	23.32	4.05	103.72	.001
Mf	25.38	4.20	23.60	4.46	11.45	.001
Pa	13.61	4.20	9.34	3.35	85.85	.001
Pt	33.50	6.61	27.30	4.56	80.83	.001
Es	38.09	9.29	28.36	5.63	109.11	.001
Ma	24.68	4.00	20.87	4.22	58.32	.001
Is	32.47	8.97	25.93	6.97	45.11	.001

Lambda de Wilks = 17.68 (1, 270) $p = .001$

En la tabla 35 se observan los resultados del MANOVA entre los grupos de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios, para las escalas de Contenido del MMPI-2; se observan diferencias significativas en todas las escalas, siendo el grupo de sujetos alcohólicos quienes obtuvieron mayor puntuación en comparación con el grupo de sujetos voluntarios.

Tabla 35. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas de Contenido del MMPI-2 para los grupos de sujetos Alcohólicos y Voluntarios

Escala	Alcohólicos N = 136		Voluntarios N = 136		F	p
	Media	D.E.	Media	D.E.		
ANS	12.59	5.23	6.52	4.15	112.06	.001
MIE	8.45	4.55	5.89	3.43	27.35	.001
OBS	8.69	3.56	4.61	2.87	108.06	.001
DEP	13.45	5.91	5.67	3.84	165.50	.001
SAU	10.37	5.37	7.69	4.49	19.81	.001
DEL	6.93	3.83	3.15	2.43	94.26	.001
ENJ	9.61	3.80	4.62	3.04	142.83	.001
CIN	16.33	4.45	12.71	5.60	34.83	.001
PAS	13.61	3.85	9.50	4.02	73.72	.001
PTA	12.14	3.81	8.47	3.52	68.23	.001
BAE	9.28	5.09	4.63	3.11	82.30	.001
ISO	10.22	4.81	6.99	3.75	38.09	.001
FAM	11.07	4.67	5.13	3.18	150.12	.001
DTR	13.99	6.60	6.32	4.38	127.20	.001
RTR	9.68	4.76	4.94	3.42	88.98	.001

Lamba de Wilks = 16.53 (1, 270) $p = .001$

Los resultados del MANOVA entre los grupos de sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios, para las escalas Suplementarias del MMPI-2 se muestran en la Tabla 36; en este grupo de escalas, se observan diferencias significativas en las 15 escalas. Es importante resaltar que con respecto a las escalas de adicciones, se observan las mayores diferencias entre los grupos, que representan los resultados esperados.

Tabla 36. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Suplementarias del MMPI-2 para los grupos de sujetos Alcohólicos y Voluntarios

Escala	Media	Alcohólicos N = 136		Voluntarios N = 136		F	p
		D.E.	Media	D.E.			
A	21.36	8.72	9.56	6.82	154.15	.001	
R	14.39	4.33	17.77	4.55	39.53	.001	
Fyo	30.08	5.99	35.75	4.61	76.15	.001	
A-MAC	27.30	4.47	22.47	4.02	87.56	.001	
HR	12.64	2.78	15.36	2.98	60.43	.001	
Do	12.27	3.30	15.32	3.04	62.38	.001	
Rs	16.10	4.51	20.82	3.65	89.91	.001	
Dpr	20.99	7.68	12.00	6.01	115.42	.001	
GM	30.59	5.75	34.97	4.45	49.17	.001	
GF	24.80	4.27	27.89	3.93	38.40	.001	
EPK	19.91	8.74	8.02	5.70	176.55	.001	
EPS	26.22	11.80	10.63	7.54	168.33	.001	
Fp	10.36	5.37	2.88	2.68	210.37	.001	
PPA	24.19	3.64	19.54	3.55	113.46	.001	
RA	6.02	2.15	1.65	1.48	371.60	.001	

Lamba de Wilks = 27.87 (1, 270) $p = .0001$

Análisis de la Clasificación de la Exactitud Diagnóstica de las escalas de adicciones del MMPI-2

Por otro lado, se realizó un análisis estadístico basado en la teoría de la Detección de Señales, para detectar la proporción de aciertos (hits) y falsas alarmas, que permitieron obtener el punto de corte más idóneo para las escalas de Alcoholismo de MacAndrew, de Predisposición a Problemas con las Adicciones y de Reconocimiento de las Adicciones, utilizando las Curvas Características de Operación del Receptor (ROC).

En la tabla 37 se muestran los resultados utilizando diversos puntos de corte de la escala de Alcoholismo de MacAndrew, para determinar la mejor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de sujetos que presentan problemas de alcoholismo; en este estudio se determinó el punto de corte de 24 como el más idóneo para obtener adecuada sensibilidad y especificidad que permite un diagnóstico más preciso de sujetos alcohólicos. Este punto de corte proporciona un parámetro para determinar si existen tipos de alcohólicos en nuestra población. Asimismo, la gráfica 4 muestra la curva ROC de la escala de Alcoholismo de MacAndrew.

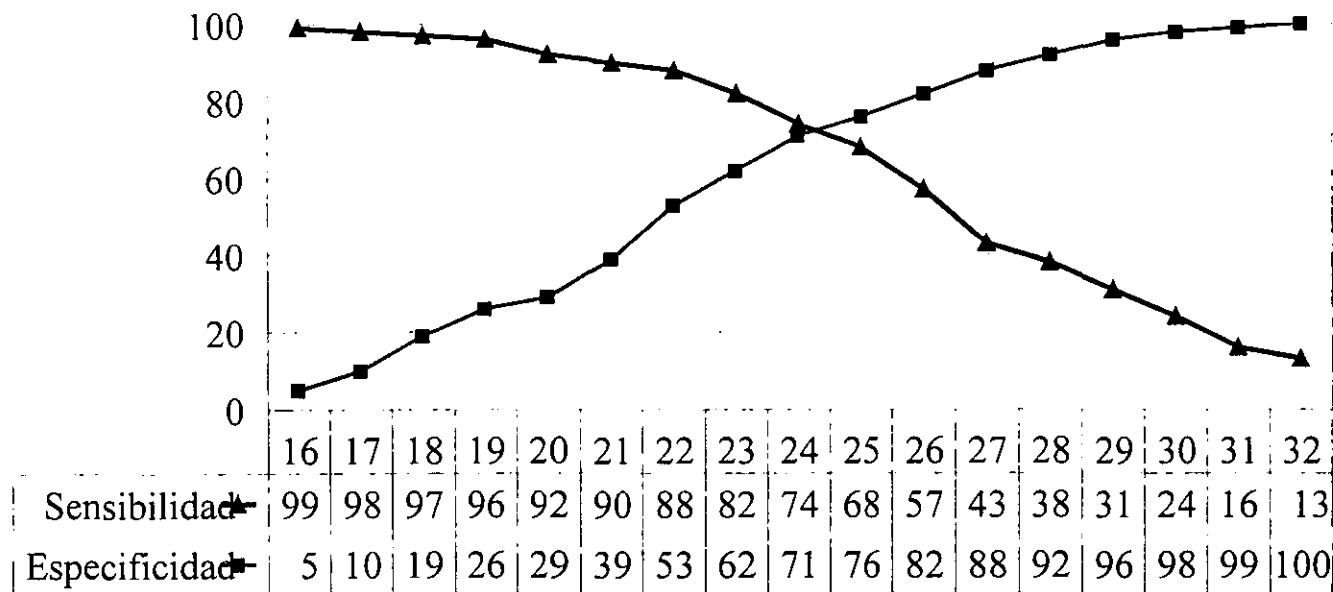
Tabla 37. Puntos de corte, Sensibilidad, Especificidad, Proporción de Hits y Poderes Predictivos Positivo y Negativo de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew

Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	Proporción de Hit	Poder Predictivo Positivo	Poder Predictivo Negativo	Prevalencia
16	99	5	52	51	88	50
17	98	10	54	52	87	50
18	97	19	58	54	86	50
19	96	26	61	56	87	50
20	92	29	60	56	78	50
21	90	39	64	59	79	50
22	88	53	70	65	81	50
23	82	62	72	68	77	50
24	74	71	72	71	72	50
25	68	76	72	74	70	50
26	57	82	69	76	65	50
27	43	88	65	78	60	50
28	38	92	65	82	59	50
29	31	96	63	87	58	50
30	24	98	61	91	56	50
31	16	99	57	91	54	50
32	13	100	56	100	53	50

En la tabla 38 se muestran los resultados utilizando diversos puntos de corte de la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones, para determinar la mejor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de sujetos que presentan problemas de alcoholismo; para esta escala se estableció el punto de corte de 22 para obtener adecuada sensibilidad y especificidad que permite diagnosticar, junto

CURVA DE CARACTERISTICAS DE OPERACION DEL RECEPTOR

Escala de Alcoholismo de MacAndrew



Punto de Corte vs Sensibilidad y Especificidad

Gráfica 4

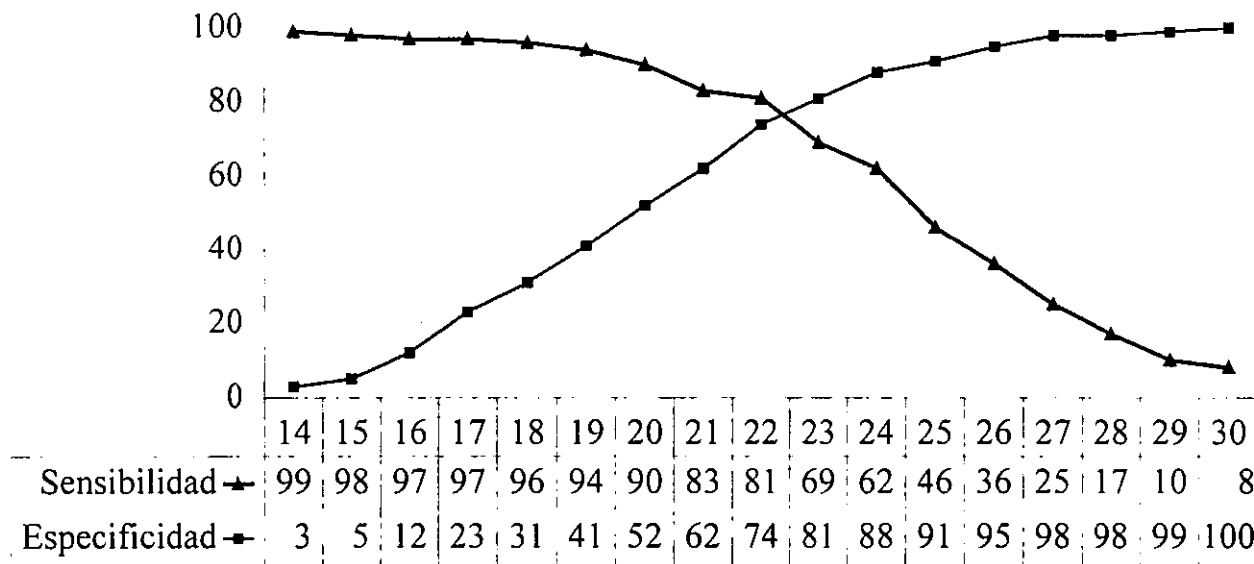
con la escala A-MAC, a sujetos que tienen tendencia a las adicciones. Por otro lado, la gráfica 5 muestra la curva ROC de la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones.

Tabla 38. Puntos de corte, Sensibilidad, Especificidad, Proporción de Hits y Poderes Predictivos Positivo y Negativo de la Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones

Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	Proporción de Hit	Poder Predictivo Positivo	Poder Predictivo Negativo	Prevalencia
14	99	3	51	50	80	50
15	98	5	52	51	80	50
16	97	12	54	52	84	50
17	97	23	59	55	88	50
18	96	31	63	57	89	50
19	94	41	67	61	87	50
20	90	52	70	65	95	50
21	83	62	72	68	78	50
22	81	74	77	75	80	50
23	69	81	75	77	72	50
24	62	88	75	83	70	50
25	46	91	68	82	62	50
26	36	95	65	87	60	50
27	25	98	61	89	56	50
28	17	98	57	88	54	50
29	10	99	54	87	52	50
30	8	100	53	91	51	50

CURVA DE CARACTERISTICAS DE OPERACION DEL RECEPTOR

Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones



Punto de Corte vs Sensibilidad y Especificidad

Gráfica 5

La tabla 39 muestra los puntos de corte, sensibilidad, especificidad, proporción de hits, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo obtenidos para la escala de Reconocimiento de las Adicciones; debido a que esta escala está formada por 13 reactivos cuyo contenido evalúa directamente el consumo de alcohol y otras sustancias, el punto de corte que diagnostica mayor el reconocimiento del consumo de sustancias es de 4. En la gráfica 6 se observa la curva ROC correspondiente a la escala de Reconocimiento de las Adicciones.

Tabla 39. Puntos de corte, Sensibilidad, Especificidad, Proporción de Hits y Poderes Predictivos Positivo y Negativo de la Escala de Reconocimiento de las Adicciones

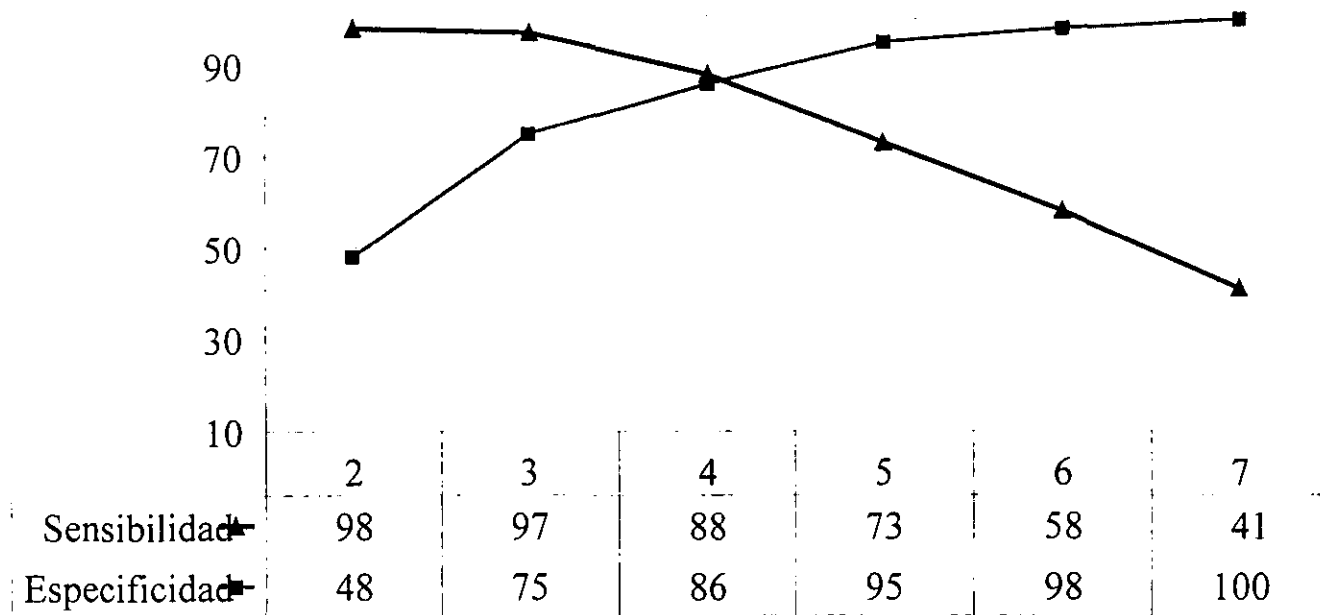
Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	Proporción de Hit	Poder Predictivo Positivo	Poder Predictivo Negativo	Prevalencia
2	98	48	73	65	97	50
3	97	75	86	79	96	50
4	88	86	87	86	87	50
5	73	85	84	94	78	50
6	58	98	78	97	70	50
7	41	100	70	100	62	50

Análisis de los datos sociodemográficos de los grupos de alcohólicos encontrados utilizando el punto de corte de 24 de la escala de Alcoholismo de MacAndrew

En la tabla 40 se presentan la frecuencia y el porcentaje de la ocupación de los pacientes alcohólicos clasificados como Altos MacAndrew y Bajos MacAndrew, observándose que la ocupación de comerciante obtuvo el mayor porcentaje en el primer grupo, mientras que en el segundo tipo fue empleado.

CURVA DE CARACTERISTICAS DE OPERACION DEL RECEPTOR

Escala de Reconocimiento de las Adicciones



Punto de Corte vs Sensibilidad y Especificidad

Gráfica 6

Tabla 40. Ocupación de los sujetos Bajos MacAndrew y Altos MacAndrew

Ocupación	Bajos MacAndrew		Altos MacAndrew	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	0	0.0	5	4.5
Empleado	8	33.2	18	16.1
Profesionista	4	16.7	10	8.9
Oficio	4	16.7	24	21.4
Ejecutivo	0	0.0	1	0.9
Comerciante	6	25.0	45	40.2
Jubilado	1	4.2	1	0.9
Desempleado	1	4.2	8	7.1

Tabla 41. Ingreso Mensual de los tipos de alcohólicos

Ingreso	Bajos MacAndrew		Altos MacAndrew	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De \$400 a \$1600	10	41.7	53	47.3
De \$1601 a \$3200	9	37.5	33	29.5
De \$3201 a \$12800	5	20.8	26	23.2

Tabla 42. Persona (s) que contribuye (n) al ingreso mensual

Persona	Bajos MacAndrew		Altos MacAndrew	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	11	45.8	48	42.9
Padres del Sujeto	1	4.2	10	8.9
Otros	1	4.2	14	12.5
Paciente y otras personas	11	45.8	40	35.7

Tabla 43. Frecuencia y Porcentaje de asistencia a los centros de tratamiento por tipo de alcohólico

Centro	Bajos MacAndrew			Altos MacAndrew		
	Frec.	% Grupo		Frec.	% Grupo	
		% Centro	% Centro		% Centro	% Centro
Clínica San Rafael	4	16.7	13.8	25	22.3	86.2
AA 24 HORAS	2	8.3	9.5	19	17.0	90.5
AA TRADICIONAL	2	8.3	6.7	28	25.0	93.3
CAAF	16	66.7	28.6	40	35.7	71.4

En la Tabla 41 se muestra el nivel de ingreso mensual de los pacientes alcohólicos para los dos tipos encontrados; el mayor porcentaje en los dos tipos se observa en el nivel de \$ 400.00 a \$1,600.00.

El porcentaje y las frecuencias de la principal persona que contribuye al ingreso mensual familiar se muestra en la tabla 42, obtenidos para los dos tipos de alcohólicos; los mayores porcentajes en ambos grupos se presentan en las categorías de paciente y paciente y otras personas.

De igual modo, en la tabla 43 se presentan las frecuencias y porcentajes de asistencia a los centros de tratamiento antialcohólico obtenidos para los dos grupos de alcohólicos. El centro más solicitado por el grupo de Bajos MacAndrew es el CAAF. al igual que por el grupo de Altos MacAndrew; mientras que el primer grupo asiste en un segundo lugar en porcentajes a la Clínica San Rafael y el segundo a los grupos de AA tradicionales.

Análisis de Varianza Multivariado de las escalas del MMPI-2 entre los tipos de alcohólicos encontrados

Adicionalmente, se realizó un MANOVA para determinar diferencias entre los sujetos que obtuvieron una puntuación igual o mayor al punto de corte de 24 en la escala de Alcoholismo de MacAndrew, y aquellos sujetos que obtuvieron una puntuación menor a dicho punto de corte; este análisis tuvo como finalidad determinar si existen características de personalidad que permitan diferenciar a dos tipos de alcohólicos en nuestra población, comparando tales resultados con los obtenidos por Babor y cols. (1994).

En la tabla 44 se presentan los resultados del MANOVA obtenidos para las escalas básicas entre los sujetos con puntuaciones altas y bajas en la escala de Alcoholismo de MacAndrew; se observan diferencias significativas en cinco escalas: F, K, Pa, Ma e Is. En la gráfica 7 se presentan los perfiles correspondientes.

PERFIL MASCULINO DE SUJETOS ALCOHÓLICOS

Escalas Básicas

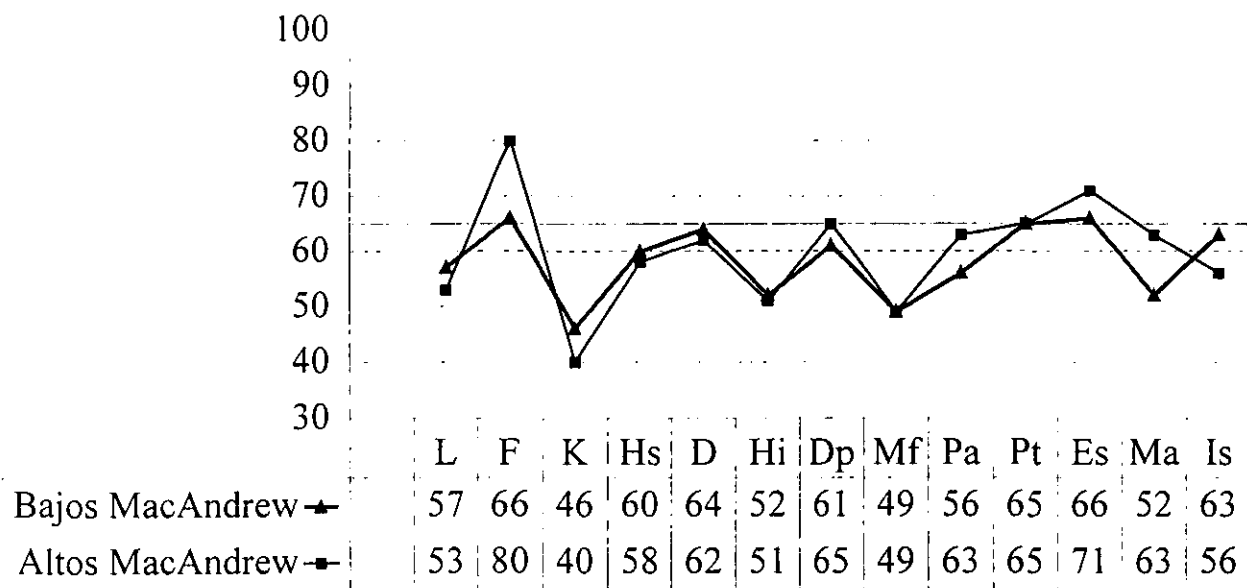


Figura 7

Tabla 44. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Básicas del MMPI-2 para los grupos con puntuaciones altas y bajas en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew

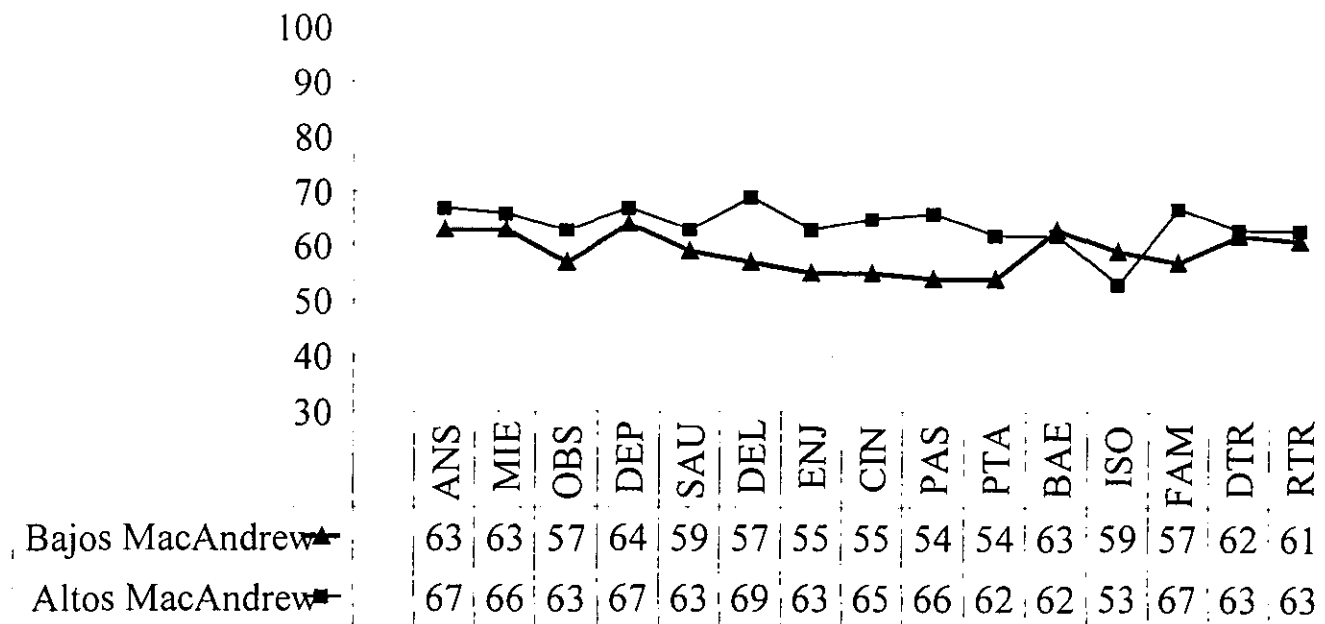
Escala	Bajos		Altos		F	p
	Media	D.E.	Media	D.E.		
INVAR	7.58	2.52	8.12	2.70	0.78	N.S.
INVER	9.88	0.74	10.06	0.94	0.83	N.S.
L	5.13	3.76	4.39	2.67	1.27	N.S.
F	9.62	5.05	14.37	5.90	13.35	.0001
K	13.17	5.88	10.49	4.34	6.57	.01
Hs	16.38	4.79	15.80	4.96	0.26	N.S.
D	25.08	5.12	23.58	4.71	1.95	N.S.
Hi	22.08	6.41	21.68	5.43	0.10	N.S.
Dp	27.58	6.32	29.13	4.49	2.01	N.S.
Mf	25.50	3.82	25.36	4.30	0.02	N.S.
Pa	11.92	3.88	13.98	4.20	4.90	.05
Pt	33.62	6.54	33.47	6.66	0.01	N.S.
Es	35.29	9.43	38.70	9.19	2.68	N.S.
Ma	21.33	2.81	25.40	3.86	23.89	.0001
Is	37.08	10.07	31.49	8.44	8.08	.005

Lambda de Wilks = 3.79 (1, 134) $p = .0001$

Los resultados del MANOVA de las escalas de contenido, realizado para determinar diferencias entre los grupos de alcohólicos con puntuaciones altas y bajas en la escala de Alcoholismo de MacAndrew, se observan en la tabla 45; las diferencias más significativas se encuentran en las escalas OBS, DEL, ENJ, CIN, PAS, PTA, ISO y FAM. En la gráfica 8 se presentan los perfiles correspondientes.

PERFIL MASCULINO DE SUJETOS ALCOHÓLICOS

Escalas de Contenido



Gráfica 8

Tabla 45. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas de Contenido del MMPI-2 para los grupos con puntuaciones altas y bajas en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew

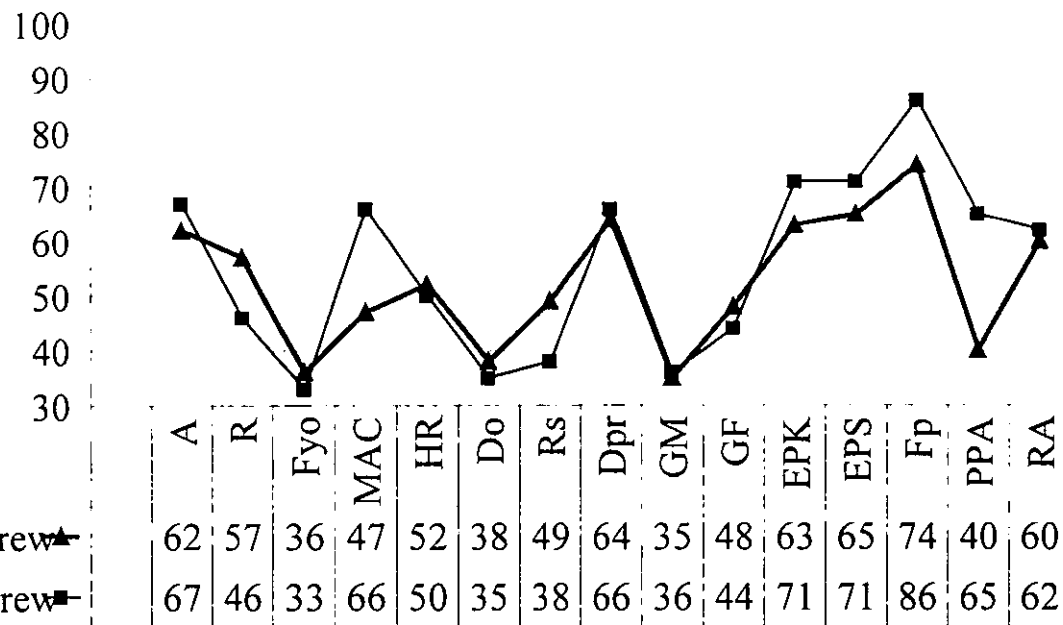
Escala	Bajos		Altos		F	p
	Media	D.E.	Media	D.E.		
ANS	11.29	5.29	12.88	5.20	1.82	N.S.
MIE	7.83	4.82	8.59	4.51	0.54	N.S.
OBS	7.33	3.77	8.98	3.46	4.34	.05
DEP	11.83	6.55	13.80	5.74	2.21	N.S.
SAU	8.83	6.18	10.71	5.16	2.42	N.S.
DEL	3.96	2.73	7.57	3.74	20.02	.0001
ENJ	7.88	4.18	9.99	3.63	6.35	.01
CIN	13.37	5.44	16.97	3.96	14.14	.0001
PAS	10.42	3.82	14.29	3.52	23.24	.0001
PTA	10.13	3.84	12.58	3.68	8.66	.005
BAE	9.38	5.99	9.27	4.92	0.00	N.S.
ISO	12.63	5.53	9.71	4.50	7.64	.01
FAM	7.92	4.87	11.46	4.49	4.34	.05
DTR	13.54	7.23	14.09	6.50	0.13	N.S.
RTR	8.92	5.22	9.85	4.67	0.75	N.S.

Lambda de Wilks = 3.77 (1, 134) $p = .001$

La tabla 46 muestra los resultados del MANOVA de las escalas suplementarias del MMPI-2, entre los grupos de alcohólicos con puntuaciones altas y bajas en la escala de Alcoholismo de MacAndrew; las diferencias más significativas se encontraron en las escalas R, A-MAC, Rs, GF, EPK, Fp, PPA y RA; evidentemente, dichas diferencias son las esperadas, principalmente, en las escalas de adicciones. En la gráfica 9 se presentan los perfiles correspondientes.

PERFIL MASCULINO DE SUJETOS ALCOHÓLICOS

Escalas Suplementarias



Gráfica 9

Tabla 46. Análisis de Varianza Multivariado de las Escalas Suplementarias del MMPI-2 para los grupos con puntuaciones altas y bajas en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew

Escala	Bajos		Altos		F	p
	Media	D.E.	Media	D.E.		
A	18.79	9.02	21.91	8.60	2.55	N.S.
R	18.13	3.92	13.59	4.00	25.55	.0001
Fyo	31.92	5.50	29.70	6.05	2.74	N.S.
A-MAC	20.79	2.11	28.71	3.50	113.19	.001
HR	12.92	3.08	12.58	2.73	0.28	N.S.
Do	13.08	3.11	12.11	3.34	1.73	N.S.
Rs	19.46	4.28	15.38	4.25	18.14	.0001
Dpr	20.13	9.08	21.18	7.39	0.36	N.S.
GM	30.46	7.11	30.63	5.45	0.01	N.S.
GF	26.37	4.30	24.47	4.22	3.99	.05
EPK	16.00	9.21	20.76	8.45	6.06	.01
EPS	22.29	12.11	27.06	11.62	3.28	N.S.
Fp	7.92	4.87	10.88	5.35	6.25	.01
PPA	21.96	4.40	24.68	3.30	11.86	.001
RA	5.04	2.27	6.23	2.08	6.26	.01

Lamba de Wilks = 8.07 (1, 134) $p = .0001$

Análisis de las respuestas obtenidas mediante el cuestionario de alcohol en el grupo de sujetos alcohólicos

Por otra parte, se realizó el análisis de las respuestas al cuestionario de alcohol, utilizando la prueba chi cuadrada para evaluar las diferencias entre los grupos de alcohólicos con puntuaciones altas y bajas en la escala de alcoholismo de MacAndrew, para lo cual se calificaron las variables por subescalas de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV para abuso y dependencia al alcohol; los resultados estadísticamente significativos de este análisis se presentan en la tabla 47.

Tabla 47. Estimaciones de la prueba chi cuadrada entre las variables del cuestionario de alcohol, para los grupos de alcohólicos con puntuaciones altas y bajas en la escala de Alcoholismo de MacAndrew.

Variable criterio	Bajos MAC Porcentajes	Altos MAC Porcentajes	Chi cuadrada	Prob.
Consumo para aliviar el síndrome	45.8	67.0	3.79	.05
Consumo continuo a pesar de los problemas	66.7	90.2	9.09	.005
Consumo en grandes cantidades	75.0	90.2	4.16	.05
Disminución de actividades	54.2	83.0	9.58	.001
Dificultad para controlar el consumo	83.3	97.3	7.92	.005
Necesidad de incrementar el consumo	70.8	90.2	6.44	.01
Intoxicación frecuente o peligrosa	75.0	91.1	4.91	.05
Síndrome de abstinencia	83.3	94.6	3.71	.05
Diagnóstico del consumo				
Síndrome de dependencia al alcohol	87.5	99.1		
Abuso de Alcohol	12.5	.9		
			9.32	.005
Problemas relacionados con el consumo				
Protestas familiares por el consumo de alcohol	17.9	82.1	.43	N.S.
Protestas por parte de amigos, médico o guía espiritual	15.9	84.1	1.35	N.S.
Problemas laborales o escolares debido al consumo	11.2	88.8	9.95	.001
Se ha metido en problemas mientras bebía	13.7	86.3	3.40	N.S.
Arrestos o internamientos por el consumo	13.6	86.4	4.80	.05
Rupturas con familiares o amigos por el consumo	13.6	86.4	6.36	.01
Accidentes o arrestos por conducir en estado de embriaguez	13.2	86.8	1.82	N.S.
Accidentes o heridas por el consumo de alcohol	14.1	85.9	2.41	N.S.
Euforia en situaciones peligrosas	11.1	88.9	5.88	.01

Asimismo, se utilizó la prueba t de Student para determinar las diferencias entre las medias de edad de inicio del consumo, variable del cuestionario de alcohol, observando que la edad de inicio del consumo para el tipo de sujetos con puntuación menor al punto de corte en la escala A-MAC es de 29 años, mientras que para el tipo de sujetos con puntuación igual o mayor al punto de corte, la media es de 24.5 años:

	Bajos MacAndrew		Altos MacAndrew		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad de inicio del consumo	29	11.1	24.5	8.7	2.14*

* $p \leq .05$

Por otro lado, se analizaron las respuestas al apartado de uso de otras sustancias y conductas antisociales tempranas del cuestionario de alcohol, obtenidas en los dos subgrupos de sujetos alcohólicos; los resultados se muestran en la tabla 48.

Tabla 48. Porcentaje de respuestas de los dos tipos de sujetos alcohólicos, sobre el consumo de otras sustancias y conductas antisociales tempranas (antes de los 15 años de edad).

	Bajos MacAndrew	Altos MacAndrew
Sustancia		
Analgésico Narcótico	8.3	8.0
Tranquilizantes	33.3	53.6
Sedantes	29.2	22.3
Anfetaminas	4.2	9.8
Inhalables	25.0	25.9
Mariguana o Hashish	33.3	47.3
Alucinógenos	8.3	12.5
Cocaína y/o derivados	16.7	25.0
Heroína u opio	0.0	3.6
Conducta Antisocial Temprana		
Tomar un auto sin permiso	8.3	17.0
Golpear o dañar algo a propósito	12.5	25.0
Vender drogas	0.0	5.4
Tomar cosas con valor menor a \$10,000	20.8	28.6
Tomar cosas con valor mayor a \$10,000	8.3	10.7
Golpear o herir a alguien a propósito	12.5	19.6
Forzar cerraduras	8.3	9.8
Tomar parte en riñas	16.7	41.1
Prender fuego a algún objeto	0.0	8.0
Portar armas	4.2	15.2

De acuerdo con estos resultados, el tipo de alcohólico cuya puntuación en la escala A-MAC es menor al punto de corte, no consume otras sustancias de la misma forma en que el otro tipo de alcohólico

la consume; las sustancias más utilizadas son tranquilizantes y marihuana o hashish. Adicionalmente, el primer tipo no manifestó haber presentado conductas antisociales tempranas, mientras que el segundo tipo afirmó haberlas tenido antes de los 15 años de edad; las conductas más reportadas, de mayor a menor porcentaje son. para el grupo de Bajos MacAndrew tomar cosas con valor menor a \$10,000.00 y tomar parte en riñas: por su parte, para el grupo de Altos MacAndrew fueron tomar parte en riñas, tomar cosas con valor menor a \$10,000.00 y golpear o dañar algo a propósito.

Por otro lado, se realizó un análisis de frecuencias de respuestas a los reactivos de las escalas de adicciones, para los dos grupos de alcohólicos, los resultados se observan en las tablas 49 y 50, la primera contiene los reactivos que diferenciaron significativamente entre los tipos de alcohólicos y la segunda los reactivos cuyas diferencias no fueron significativas. Es notorio el hecho de que el grupo de Altos MacAndrew afirman haber tenido un mayor número de problemas escolares y familiares, conductas de riesgo, problemas de memoria y sensación de ser evaluados por los demás.

Finalmente, se realizó un análisis de correlación r de Spearman entre las variables síntoma del cuestionario de alcohol y las escalas del MMPI-2, para los dos tipos de alcohólicos, sólo se presentan las correlaciones estadísticamente significativas. En la tabla 51 se presentan las correlaciones de las escalas Básicas para el grupo de Bajos MacAndrew, entre las más elevadas se encuentran: la escala Dp con consumo continuo; K con consumo en grandes cantidades; Hs, Hi y Es con Dificultad para controlar el consumo; Hi con necesidad de incrementar el consumo; y Es con síndrome de abstinencia.

Para el grupo de Altos MacAndrew, las correlaciones para las escalas Básicas se muestran en la tabla 52, las cuales son moderadas, principalmente entre la escala Hs, Es e Is con consumo continuo; Mf con disminución de actividades; Pt con necesidad de incrementar el consumo; Pa y Pt con intoxicación frecuente o peligrosa, y Hs con síndrome de abstinencia.

Las correlaciones de las escalas de Contenido con los síntomas para el grupo de Bajos MacAndrew se presentan en la tabla 53; las asociaciones más fuertes se observan entre las escalas ANS, ENJ, DTR y RTR con consumo en grandes cantidades; SAU con dificultad para controlar el consumo, y ANS, PTA y RTR con síndrome de abstinencia.

Con respecto al grupo de Altos MacAndrew, los coeficientes de correlación de las escalas de contenido se muestran en la tabla 54, siendo los más elevados, aunque moderados, para las escalas SAU, ENJ y ISO con consumo continuo, y SAU con síndrome de abstinencia.

En la tabla 55 se presentan los coeficientes de correlación de las escalas Suplementarias para el grupo de Bajos MacAndrew, las asociaciones más elevadas son entre las escalas EPK con consumo continuo; A, Do, Dpr, EPK y EPS con consumo en grandes cantidades y, Dpr y Fp con síndrome de abstinencia.

Los coeficientes de correlación de las escalas Suplementarias del grupo de Altos MacAndrew se muestran en la tabla 56, las asociaciones moderadamente elevadas se encuentran entre las escalas Dpr, EPK, EPS y RA con consumo continuo.

Es necesario resaltar que los coeficientes de correlación para el grupo de Bajos MacAndrew, a pesar de que es un grupo pequeño, muestra mayores asociaciones que el grupo de Altos MacAndrew de este estudio.

En el apéndice B se presentan dos estudios de caso: un paciente clasificado como Bajo MacAndrew de acuerdo al punto de corte de 24, y un paciente Alto MacAndrew; se presentan los perfiles correspondientes, información de su historia clínica y la interpretación de los datos obtenidos del MMPI-2 de cada paciente.

Tabla 49. Diferencias estadísticamente significativas de los porcentajes de respuesta y Chi cuadrada de los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2 de los dos tipos de alcohólicos encontrados.

Reactivo	Bajos MacAndrew	Altos MacAndrew	Chi cuadrada
29 V En ocasiones siento deseos de maldecir	45.8	72.1	6.18**
43 F Soy más sensato (a) ahora que nunca	16.7	29.7	6.07*
72 V A veces mi alma abandona mi cuerpo.	8.3	30.6	5.01*
82 V Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento.	45.8	72.1	6.18**
84 V Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.	16.7	59.5	14.47***
89 V Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo (a).	75.0	91.9	6.87*
104 F La mayor parte de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.	58.3	38.7	13.77***
105 V En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta	20.8	64.0	14.92***
113 V Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas	50.0	78.4	8.12***
117 F Nunca he vomitado ni escupido sangre.	16.7	41.4	5.19*
128 V Me gusta cocinar.	41.7	70.3	7.11**
168 V He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	54.2	78.4	6.02**
202 V A menudo mis padres se oponían a la clase de gente que frecuentaba.	45.8	73.9	7.23**
214 V He sido bastante independiente y liberado de la disciplina familiar.	45.8	82.0	13.96***
229 V He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor	16.7	54.1	11.06***
257 V Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir notas deportivas	37.5	63.1	6.07*

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

Continuación Tabla 49.

Reactivo	Bajos MacAndrew	Altos MacAndrew	Chi cuadrada
267 V Tengo periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial	54.2	82.9	9.41 **
280 V Creo que hago amistades tan fácilmente como cualquiera	45.8	73.0	6.69 **
341 V Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre	37.5	65.8	10.19 **
342 V A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etc	29.2	51.4	3.89 *
344 V Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.	29.2	52.3	4.21 *
362 V Recuerdo haberme fingido enfermo (a) para evitar algo.	37.5	68.5	8.74 **
412 V Cuando era chico(a) frecuentemente no iba a la escuela aunque debía haberlo hecho.	8.3	46.8	12.19 ***
414 V A veces he tenido que ser rudo(a) con personas groseras o inoportunas.	70.8	92.8	9.63 ***
422 V Me gustaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez)	75.0	93.7	7.92 **
456 V Me gustaría vestir ropa cara.	58.3	77.5	3.76 *
502 V Tengo algunos hábitos que son realmente dañinos	66.7	83.8	3.71 *
527 V Después de un mal día, generalmente necesito algunos tragos para relajarme.	12.5	35.1	4.71 *
549 V Ultimamente siento que me están evaluando en todo lo que hago.	29.2	69.4	13.56 ***

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

Tabla 50. Diferencias no significativas estadísticamente de los porcentajes de respuesta y Chi cuadrada de los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2 de los dos tipos de alcohólicos encontrados.

Reactivo	Bajos MacAndrew	Altos MacAndrew	Chi cuadrada
4 F Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario (a).	66.7	76.6	1.02
7 V Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.	33.3	51.4	2.92
24 V En ocasiones los espíritus malignos se posesionan de mí.	4.2	13.5	1.65
36 V Casi siempre tengo tos.	4.2	9.0	0.61
41 V No siempre digo la verdad	62.5	80.2	3.48
49 V Soy una persona muy sociable	33.3	58.6	5.51
52 V No he llevado una vida correcta.	75.0	87.4	2.39
69 V Creo que me gustaría trabajar como guardabosques.	37.5	33.3	0.15
73 F Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.	58.3	73.9	2.31
76 F Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.	25.0	20.7	0.21
103 V Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.	16.7	30.6	1.90
107 F Mis modales en la mesa no son tan buenos en casa como cuando salgo a comer con otras personas.	50.0	49.5	0.00
115 V Cuando veo sangre no me asusto ni me enfermo.	62.5	73.9	1.26
120 V Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.	91.7	97.3	1.75
137 F Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.	87.5	94.6	1.59
157 F No me importa lo que otros piensen de mí.	45.8	31.5	1.79
160 F Me gustaba la escuela.	12.5	25.2	2.08
166 F Me preocupan las cuestiones sexuales.	45.8	39.6	0.31
172 V Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	25.0	42.3	2.48
183 V No me agradan todas las personas que conozco.	70.8	80.2	1.02
189 V Me gusta coquetear.	54.2	73.0	3.30
196 V Frecuentemente me encuentro preocupado (a) por algo.	70.8	74.8	0.15
217 V Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.	33.3	40.5	4.91
220 F Nunca me preocupa mi apariencia física.	91.7	79.3	2.00

Continuación Tabla 50.

Reactivo	Bajos MacAndrew	Altos MacAndrew	Chi cuadrada
224 V Padezco poca o ninguna clase de dolores.	62.5	80.2	3.48
238 V Sudo con facilidad aún en días frescos.	37.5	45.0	0.45
239 F Tengo entera confianza en mí mismo (a).	45.8	29.7	2.32
242 V Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy agitado (a).	29.2	46.8	2.50
251 F Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente.	58.3	38.7	3.10
260 V A veces me río de los chistes obscenos.	95.8	95.5	0.00
264 V He bebido alcohol con exceso.	100.0	94.6	1.35
266 F Nunca he tenido problemas con la ley.	62.5	62.2	0.00
287 F Muchos de mis sueños están relacionados con el sexo.	83.3	64.9	3.10
288 V Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	33.3	40.5	0.42
299 F No me puedo concentrar en una sola cosa.	50.0	48.6	0.01
306 F A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	50.0	49.5	0.00
312 F La única parte interesante del periódico son las caricaturas de la sección cómica.	95.8	90.1	0.80
325 F Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.	50.0	48.6	0.01
349 F Nunca me siento más contento que cuando estoy solo (a).	70.8	70.3	0.00
377 V No estoy contento (a) con mi manera de ser.	54.2	50.5	0.10
387 F Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	62.5	56.8	0.26
407 V Merezco un severo castigo por mis pecados.	25.0	45.0	3.26
429 F Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.	25.0	36.0	1.06
434 V Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.	25.0	39.6	1.81
439 V Me convierto rápidamente en partidario de una buena idea.	83.3	91.9	1.66
440 F Generalmente hago las cosas por mí mismo (a), en vez de buscar a alguien que me enseñe a hacerlas.	33.3	27.0	0.38
445 V Frecuentemente he trabajado para personas que se atribuyen el reconocimiento por un buen trabajo pero culpan a los subalternos de los errores.	45.8	64.9	3.01

Continuación Tabla 50.

Reactivo	Bajos MacAndrew	Altos MacAndrew	Chi cuadrada
473 V La persona hacia la que sentía mayor afecto y admiración cuando era niño(a) fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).	62.5	73.0	1.42
487 V He disfrutado fumando marihuana.	16.7	26.1	0.95
489 V Tengo problemas con el alcohol o las drogas.	79.2	85.6	0.61
495 F Creo que las personas deberían guardar sus problemas personales para sí mismas.	75.0	71.2	0.14
496 F Actualmente no me siento estresado (a).	45.8	36.0	0.80
500 F Aunque no estoy satisfecho (a) con mi vida, nada puedo hacer ahora para cambiarla.	87.5	77.5	1.20
501 F Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas	0.0	4.5	1.12
504 F Reconozco que tengo varios defectos que no seré capaz de cambiar.	45.8	36.9	0.65
506 V Recientemente he pensado en matarme.	12.5	23.4	1.39
511 V Me drogo o me emborracho por lo menos una vez a la semana.	25.0	36.9	1.23
523 V Me molesta mucho tener que esperar en fila para entrar a restaurantes, cines o eventos deportivos.	70.8	73.9	0.09
540 V Cuando he estado tomado (a), me he enojado y he roto muebles y platos.	41.7	55.0	1.39
544 V Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	50.0	49.5	0.00

Tabla 51. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Básicas del MMPI-2 para el grupo de Bajos MacAndrew

Variable Criterio	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
Consumo para aliviar el síndrome	.40										.39		
Consumo continuo a pesar de los problemas	.47	.44			.45		.66			.55	.52		.40
Consumo en grandes cantidades	.45	.43	.63		.39				.54	.59	.56		.51
Disminución de actividades		.43									.43		
Dificultad para controlar el consumo				.64	.48	.81				.52	.60		
Necesidad de incrementar el consumo				.51	.44	.74				.55	.45		
Intoxicación frecuente o peligrosa						.39				.43			
Síndrome de abstinencia	.49	.45	.45		.46	.45			.40	.53	.61		
Diagnóstico del consumo			.40		.48	.39							.53

Tabla 52. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Básicas del MMPI-2 para el grupo de Altos MacAndrew

Variable Criterio	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
Consumo para aliviar el síndrome				.19		.25		.18					
Consumo continuo a pesar de los problemas	.38	.32	.37	.31	.19	.23	.18			.24	.29		.28
Consumo en grandes cantidades	.26	.19	.18								.23		
Disminución de actividades				.21		.24		.28			.18		
Dificultad para controlar el consumo	.20												
Necesidad de incrementar el consumo	.30	.24	.18							.16	.26		.18
Intoxicación frecuente o peligrosa	.41	.26	.22				.19			.26	.27		.21
Síndrome de abstinencia	.19			.27	.23	.22		.18					
Diagnóstico del consumo	.20		.20										

Tabla 53. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas de Contenido del MMPI-2 para el grupo de Bajos MacAndrew

Variable Criterio	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
Consumo para aliviar el síndrome	.44													.50	.44
Consumo continuo a pesar de los problemas	.43		.54	.60		.39	.61			.55	.50		.57	.58	.56
Consumo en grandes cantidades	.77	.59	.58	.63	.54	.41	.68			.61	.62	.43	.53	.67	.68
Disminución de actividades	.46	.39	.59	.44						.47	.40		.51	.59	.57
Dificultad para controlar el consumo	.53			.47	.65		.40							.51	.49
Necesidad de incrementar el consumo	.60				.59									.43	
Intoxicación frecuente o peligrosa	.51	.40	.42	.40			.45			.53		.41		.51	.45
Síndrome de abstinencia	.66	.53	.59	.56	.52	.49	.57			.64	.47		.47	.71	.66
Diagnóstico del consumo	.51				.46		.45			.45		.53	.44	.46	

Tabla 54. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas de contenido del MMPI-2 para el grupo de Altos MacAndrew

Variable Criterio	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
Consumo para aliviar el síndrome					.28										
Consumo continuo a pesar de los problemas	.32	.23	.34	.27	.40	.19	.44		.22	.29	.31	.35	.29	.33	.23
Consumo en grandes cantidades				.20			.20		.29				.25	.20	
Disminución de actividades	.18				.28								.21		
Dificultad para controlar el consumo					.19								.22		
Necesidad de incrementar el consumo			.21	.18	.19				.19		.21	.28	.23		
Intoxicación frecuente o peligrosa	.22	.24	.24		.28	.21	.31		.29		.18		.31	.31	.18
Síndrome de abstinencia					.36										
Diagnóstico del consumo															

Tabla 55. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Suplementarias del MMPI-2 para el grupo de Bajos MacAndrew

Variable Criterio	A	R	Fyo	A-MAC	HR	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Fp	PPA	RA
Consumo para aliviar el síndrome	.41		.53		.39			.41	.41		.39		.45		.41
Consumo continuo a pesar de los problemas	.50				.48		.39	.59			.64	.62	.49	.57	
Consumo en grandes cantidades	.74		.59		.41	.68	.49	.72	.62		.64	.70	.55	.60	
Disminución de actividades	.44				.51			.49			.49	.46	.50	.54	.51
Dificultad para controlar el consumo	.51		.57					.54			.45	.55	.42		
Necesidad de incrementar el consumo	.52		.53					.46				.44			
Intoxicación frecuente o peligrosa			.47		.40		.41	.49	.44		.48	.44		.51	
Síndrome de abstinencia	.61		.59		.44			.64	.45		.61	.61	.66	.54	.59
Diagnóstico del consumo	.46		.43		.44	.39	.47	.48			.49	.51		.42	

Tabla 56. Coeficientes de Correlación r de Spearman entre las variables del cuestionario de alcohol y las escalas Suplementarias del MMPI-2 para el grupo de Altos MacAndrew

Variable Criterio	A	R	Fyo	A-MAC	HR	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Fp	PPA	RA
Consumo para aliviar el síndrome														.18	
Consumo continuo a pesar de los problemas	.31				.25	.28	.24	.40	.27	.30	.39	.41	.31	.28	.36
Consumo en grandes cantidades							.19			.18	.20	.18	.23		.18
Disminución de actividades										.19	.18	.19			.19
Dificultad para controlar el consumo														.25	
Necesidad de incrementar el consumo							.18		.22	.19	.29	.22	.23		
Intoxicación frecuente o peligrosa	.22					.19		.25	.27	.23	.26	.24	.23		.21
Síndrome de abstinencia									.19					.26	
Diagnóstico del consumo															

CAPITULO 7

DISCUSION

El objetivo principal de esta investigación es identificar los factores que permitan el diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos mexicanos, para lo cual se consideraron rasgos de personalidad, patrones de consumo y algunas variables sociodemográficas.

Es importante recalcar que un diagnóstico preciso de sujetos alcohólicos contribuye a la adecuada planeación del tratamiento a seguir, dependiendo de sus características principales, mismas que determinan un tipo de alcohólico.

En relación a las medidas de tendencia central y de dispersión, el análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los dos grupos, siendo el grupo de sujetos alcohólicos quienes obtuvieron puntuaciones más elevadas en todas las escalas básicas, excepto en las escalas L y K. Estos resultados indican, en general, mayor patología en este grupo; mientras que el grupo de voluntarios tiende a intentar dar una buena imagen de sí mismo y presentan mayor capacidad para enfrentarse a sus problemas, así como mejor adaptación a su ambiente.

Con respecto a las escalas de contenido, el grupo de sujetos alcohólicos obtuvo puntuaciones más elevadas en todas las escalas, comparadas a las observadas en el grupo de sujetos voluntarios; este análisis inicial muestra que el primer grupo tiene mayor patología, mostrándose más ansiosos y deprimidos a causa de su problemática, así como con dificultades en su trabajo, más enojo con respecto a las situaciones de su vida cotidiana, no reconocen tener problemas y, por consiguiente, afirman no necesitar ayuda profesional, además de que han manifestado tener alucinaciones, pensamientos extraños y experiencias peculiares, seguramente motivadas por el consumo excesivo del alcohol.

Las puntuaciones observadas en las escalas suplementarias, también muestran diferencias importantes entre ambos grupos; las puntuaciones más elevadas para el grupo de alcohólicos se observan en las escalas A, A-MAC, Dpr, EPK, EPS, Fp, PPA y RA, lo que indica que tienen mayores dificultades profesionales, tienen más angustia provocada por situaciones estresantes y relacionadas al consumo de alcohol, así como mayores conductas y rasgos de personalidad adictiva; por el contrario, los sujetos voluntarios tienen mayor capacidad para enfrentarse a los problemas,

pues son más responsables de sus conductas, controlan más adecuadamente sus impulsos agresivos y no muestran conductas de riesgo, ni predisposición a las adicciones. Estos resultados indican la utilidad potencial en la evaluación de rasgos de personalidad finos en grupos diferentes, en nuestra población.

Por otro lado, el análisis de confiabilidad del MMPI-2 en las muestras estudiadas indica lo siguiente: la consistencia interna de cada una de las escalas del instrumento es adecuada, de acuerdo con los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos. Dichos resultados son similares a los encontrados en los estudios de confiabilidad realizados en Estados Unidos de Norteamérica con las muestras normativa y clínica, lo que demuestra que el funcionamiento del instrumento es idóneo, así como su valor transcultural. Esto también se demuestra al comparar los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos en los dos grupos mexicanos (alcohólicos y voluntarios). Las escalas en las que se obtuvo una mayor consistencia son la de Alcoholismo de MacAndrew y la de Predisposición a Problemas con las Adicciones; no obstante, la escala de Reconocimiento de la Adicción muestra un coeficiente Alfa de .34, esto puede deberse a que la escala es pequeña (contiene 13 reactivos) o a que al momento de la aplicación del instrumento, los sujetos alcohólicos se encontraban en tratamiento, muchos de ellos en abstinencia de varios años, por lo cual no aprueban varios de los reactivos.

Los resultados obtenidos en este estudio son similares a los encontrados por Weed, et al. (1992) y por Greene, et al. (1994), lo cual demuestra que el instrumento tiene una utilidad potencial para evaluar abuso de sustancias, utilizando especialmente las escalas de adicciones.

Sin embargo, Svanum, et al. (14), cuyos resultados son diferentes a los reportados en esta investigación, afirman que los coeficientes Alfa para las escalas de Alcoholismo de MacAndrew y de Predisposición a Problemas con las Adicciones fueron muy bajos, mientras que la escala de Reconocimiento de las Adicciones fue el más alto; ellos sugieren que probablemente, las dos primeras escalas son multidimensionales y la última es unidimensional, razón por la cual obtienen dichos coeficientes Alfa.

Con respecto al análisis de las frecuencias de aprobación de los reactivos de las escalas de adicciones, se observan diferencias significativas, entre los grupos de alcohólicos y voluntarios, en la mayoría de los reactivos de las tres escalas (A-MAC, PPA y RA). De los 49 reactivos de la escala A-MAC, 14 no discriminaron entre las muestras; es importante considerar que el contenido de los

reactivos no alude directamente al consumo de alcohol, por lo que los reactivos que discriminan al grupo de alcohólicos se refieren a conductas antisociales, sentimientos de culpa, pensamientos o creencias extrañas, rebeldía, hábitos dañinos, pensamientos suicidas y sensación de ser evaluado por otras personas.

En cuanto a la escala PPA, que incluye 39 reactivos, 11 reactivos no discriminan entre las muestras; el contenido de los reactivos que sí discriminan en el grupo de alcohólicos, se refiere a conductas de riesgo, reconocimiento de problemas emocionales, hábitos dañinos e insatisfacción consigo mismos.

Por su parte, los reactivos de la escala RA discriminan entre los grupos, con excepción de uno; el contenido de los reactivos de esta escala se refiere directamente al uso de alcohol y otras sustancias, así como a problemas sociales y de salud. Evidentemente, los alcohólicos aprueban la mayoría de los reactivos, en comparación con el grupo de voluntarios, lo que indica mayor patología y conductas de riesgo en el primer grupo.

En lo que se refiere a la escala PPA, se realizó la comparación transcultural entre las frecuencias de aprobación del grupo de sujetos alcohólicos mexicanos y una muestra de 832 sujetos estadounidenses con diagnóstico de abuso de sustancias; los resultados indican diferencias culturales en las respuestas de los sujetos, no obstante, existen también muchas similitudes, tales como: el no decir siempre la verdad, que tienen conflictos consigo mismos, se sienten preocupados, son sociables les agradan las emociones y tienen hábitos dañinos.

Los coeficientes de correlación r de Pearson de las escalas básicas, en el grupo de alcohólicos, indican mayor correlación entre las escalas K y L, K y F, Hi y Hs, Pa y F, Pt y D, Es y Pt; estos resultados muestran que estos sujetos afirman tener muchos problemas emocionales, no tienen suficientes recursos para enfrentarlos, por lo que solicitan ayuda; asimismo, presentan muchos síntomas tales como problemas de salud (Hi-Hs), sentimientos de inseguridad e ideas de persecución (Pa-F), ansiedad y depresión (Pt -D), y rituales compulsivos o temores exagerados y conductas o experiencias extrañas, así como ideas delirantes (Es y Pt).

Para las escalas de contenido, las mayores correlaciones se observan entre las escalas ANS con OBS, DEP, ENJ, PTA, DTR y RTR; OBS con DEP, ENJ, PTA, BAE, FAM, DTR y RTR; DEP con ENJ, PTA, BAE, FAM, DTR y RTR; ENJ con PTA Y DTR; CIN con PAS; PTA con DTR Y

RTR; BAE con DTR Y RTR; FAM con DTR, y DTR con RTR. De acuerdo con los síntomas expresados en estas escalas, en general, podemos decir que los alcohólicos mexicanos se caracterizan por tener dificultades en su trabajo, quizás debido a inseguridades, ansiedad, conductas antisociales y agresión hacia los compañeros de trabajo; además, se sienten deprimidos, inseguros y evaluados por los demás, por lo que continuamente, tienen problemas familiares, sienten que los demás no los comprenden y que no necesitan ayuda profesional, debido a esto su actitud hacia los médicos y el tratamiento es negativa.

Para las escalas suplementarias las mayores correlaciones se obtuvieron en las escalas: A con Fyo, Do, Rs, Dpr, GM, GF, EPK, EPS y Fp; Fyo con Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; Do con Rs, Dpr, GM, EPK y EPS; Rs con GF, EPK y EPS; Dpr con GM, EPK, EPS y Fp; GM con EPK, EPS y Fp; EPK con EPS y, Fp y EPS con Fp. Estas correlaciones indican que, debido a la ansiedad, los alcohólicos sienten que no tienen suficientes recursos para enfrentarse a los problemas o dificultades que se le presentan, no se hacen responsables de sus conductas y tienen dificultades en su actividad profesional; por otro lado, su funcionamiento y recursos personales son deficientes, reflejándose en su capacidad para controlar sus relaciones interpersonales, la confianza en sí mismo y su adaptación a su trabajo o profesión.

Por otro lado, al correlacionar las escalas básicas con las de contenido, se observó que existe una elevada correlación entre las siguientes escalas: L con PAS; DTR y RTR; F con DEP, DEL, FAM, DTR y RTR; K con ANS, OBS, DEP, ENJ, CIN, PTA, DTR y RTR; Pt con ANS, OBS, DEP, BAE, DTR y RTR; Es con OBS, DEP, BAE, FAM, DTR y RTR; Is con BAE, ISO y DTR. Estos resultados muestran que los alcohólicos tienen muchos síntomas tales como depresión, ideas delirantes, problemas familiares, dificultades en el trabajo y actitudes negativas hacia el tratamiento; no tienen suficientes recursos para enfrentarse a sus problemas, lo que les produce ansiedad, enojo, baja autoestima y dificultades para relacionarse con los demás, pues se sienten incómodos en situaciones sociales, quizás esto influya en el consumo de bebidas alcohólicas, que servirían como una forma de integración al grupo social al que desean pertenecer.

En cuanto a las correlaciones entre las escalas básicas y las suplementarias, las más elevadas se observan entre las escalas: L con Dpr, EPK y EPS; F con A, Dpr, EPK, EPS y Fp; K con A, Do, Rs, Dpr, EPK, EPS y Fp; Pt con A, Fyo, Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; Es con A, Fyo, Dpr, EPK, EPS

y Fp; Is con A y Dpr. Estos resultados indican mayor asociación entre las escalas que miden síntomas tales como ansiedad, recursos limitados para enfrentarse a sus problemas, estrés ocasionado por alguna situación estresante, aislamiento social debido a la angustia y dificultades en su adaptación a sus actividades profesionales.

Por otra parte, para las correlaciones obtenidas entre las escalas de contenido y las suplementarias, las más elevadas se presentan entre: ANS con A, Fyo, Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; MIE con GM; OBS con A, Fyo, Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; DEP con A, Fyo, Dpr, GM, EPK, EPS, Fp; SAU con Fyo, Dpr y EPS; DEL con Fp; ENJ con A, Rs, Dpr, EPK, EPS y Fp; PAS con Rs; PTA con A, Rs, Dpr, EPK, EPS y Fp; BAE con A, Do, Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; FAM con A, Dpr, EPK, EPS y Fp; DTR con A, Fyo, Do, Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; RTR con A, Do, Dpr, GM, EPK, EPS y Fp; por su parte, la escala A-MAC obtuvo correlaciones moderadas con ANS, MIE, OBS, DEP, SAU, DEL, BAE, DTR y RTR; del mismo modo, la escala PPA obtuvo correlaciones moderadas con ANS, OBS, DEP, ENJ, PTA Y DTR, mientras que la escala RA se correlacionó moderadamente con DEP, ENJ, PTA, FAM y RTR. Estas correlaciones muestran que los síntomas medidos en las escalas de contenido se relacionan directamente con los síntomas que miden las escalas suplementarias; particularmente, las escalas de adicciones se asocian con síntomas de depresión, ansiedad, enojo y preocupación por la salud, además los sujetos alcohólicos tienen más dificultades en su trabajo, problemas familiares y actitudes negativas hacia el tratamiento, resultados que se observan en todos los análisis realizados.

En relación a los resultados obtenidos mediante el análisis factorial, podemos concluir que las escalas A-MAC y PPA están constituidas de seis factores, del mismo modo como se reporta en estudios con poblaciones norteamericanas; mientras que la escala RA está conformada por tres factores. Lo anterior indica que las escalas funcionan de manera similar para las muestras estudiadas (sujetos alcohólicos mexicanos, sujetos voluntarios mexicanos y sujetos abusadores de sustancias norteamericanos), a pesar de que no comparten las mismas características, es decir, los reactivos se agrupan de manera diferente en cada muestra. No obstante, de acuerdo con los resultados reportados por Weed, et al. (1994), existe mayor similitud entre la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos y la muestra de sujetos abusadores de sustancias norteamericanos, que en la comparación entre los sujetos alcohólicos y sujetos voluntarios mexicanos.

De los resultados obtenidos se concluye que las tres escalas de adicciones muestran sensibilidad para detectar a sujetos con problemas de adicción, tal y como lo refieren Weed et al. (1994). Se observan diferencias significativas entre los grupos de sujetos alcohólicos y voluntarios mexicanos, en las tres escalas de adicciones, lo que indica que pueden identificar a sujetos que tienen problemas con el alcohol, de sujetos que no tienen estos problemas. La escala que presenta mayor diferencia entre las muestras es RA, debido a que es una escala obvia, cuyo contenido está directamente relacionado con el uso y abuso del alcohol y otras sustancias; estos resultados son similares a los encontrados por Stein et al. (1999) y Rouse et. al. (1999).

Por otro lado, de acuerdo con el estudio realizado por Sawrie, et al. (1996), quienes estudiaron la estructura interna de la escala de Predisposición a problemas con las adicciones, se observa que los factores que se formaron en esta escala en la muestra de sujetos alcohólicos mexicanos comparten algunas similitudes con los reportados en ese estudio.

Con respecto a la escala de Alcoholismo de MacAndrew, el factor 1, Conducta antisocial, está conformado por reactivos que miden características de personalidad relacionadas a conductas consideradas como antisociales, tales como realizar actos que producen arrepentimiento, apuestas, así como inasistencias y suspensiones en sus años escolares; el factor 2, Alteraciones en el funcionamiento corporal, incluye reactivos relacionados con problemas físicos, tales como dolores, sudoración excesiva, temblor en manos etc.; el factor 3, Conducta de riesgo, está formado por reactivos referentes a conductas que pueden ser dañinas o que le producen problemas familiares o con la ley; el factor 4, Personalidad extrovertida, incluye reactivos que indican facilidad en las relaciones interpersonales; el factor 5, Daño cognoscitivo, está conformado por reactivos referentes a pensamientos extraños, ideas paranoides y sensación de sentirse evaluado por los demás; finalmente, el factor 6, Psicopatología, está constituido por reactivos que miden rasgos de personalidad patológicos, tales como sentimientos de culpa, síntomas físicos, problemas de memoria, etc.

En la escala de Predisposición a problemas con las adicciones, el factor 1, Satisfacción/insatisfacción consigo mismo, incluye reactivos referentes a sentimientos de preocupación, confianza en sí mismo, insatisfacción y deseos de aceptación de las personas que lo rodean; el factor 2, Acting out, está formado por reactivos que miden conductas de riesgo, tales como

hacer apuestas, maldecir, etc.; el factor 3, Egocentrismo, está constituido por reactivos relacionados con conductas dirigidas a la satisfacción de sus deseos y a la aceptación de sus ideas por parte de los demás; el factor 4, Ineficiencia, incluye reactivos referentes a hábitos dañinos, lentitud en el pensamiento, y necesidad de que le enseñen a hacer ciertas cosas; el factor 5, Actitudes hacia el tratamiento, está conformado por reactivos relacionados a actitudes de reconocimiento de problemas que requieren tratamiento; finalmente, el factor 6, Conductas de riesgo, incluye reactivos relacionados a conductas que pueden dañar a otras personas o a sí mismo.

Por su parte, en la escala de Reconocimiento de las adicciones, el factor 1, Reconocimiento de consumo de alcohol, incluye reactivos que miden la ingesta de alcohol y problemas relacionados al consumo; el factor 2, Reconocimiento de consumo de drogas, está constituido por reactivos relacionados al consumo de otras sustancias, tales como marihuana; el factor 3, Reconocimiento de dependencia al alcohol o drogas, está formado por reactivos referentes al reconocimiento de la dependencia del consumo de alcohol y/o drogas; y el factor 4, Actitudes negativas hacia el tratamiento, incluye reactivos que miden rechazo al tratamiento y la negación de fallas o debilidades en sí mismo.

Es importante hacer notar que sólo se asignan nombres de los factores encontrados en la muestra de alcohólicos, debido a que la conformación de los reactivos en los dos grupos es diferente y es clínicamente más ilustrativa que la del grupo de alcohólicos; no obstante, los voluntarios tienden a responder de acuerdo a la deseabilidad social, principalmente en la escala de Reconocimiento de las Adicciones, ya que es una escala obvia. Asimismo, los resultados indican una adecuada validez de constructo y predictiva de las escalas de adicciones del MMPI-2

En cuanto al análisis de varianza multivariado (MANOVA) obtenido entre los grupos apareados de alcohólicos y de voluntarios, para las escalas básicas, los resultados mostraron diferencias significativas en todas las escalas, con excepción de las escalas Hs y Hi. De acuerdo con dichos resultados, las características de personalidad observadas en el primer grupo son las siguientes: son personas que manifiestan tener muchos síntomas, entre los que se encuentra la depresión y no tienen suficientes recursos para enfrentarse a sus dificultades, tienden a mostrarse más rebeldes hacia las reglas y hacia figuras de autoridad, presentan mayor número de problemas con su familia y en su ambiente social, debido a que son muy susceptibles a la crítica y tienden a ser

manipuladores, son más ansiosos y tensos, así como más inseguros, reservados y tímidos. Los resultados del MANOVA de las escalas de contenido y suplementarias mostraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas. Por un lado, los alcohólicos obtuvieron puntuaciones medias más elevadas en las escalas de contenido, siendo sus características principales que son más ansiosos y depresivos, posiblemente, debido a que tienen una autoestima baja, que los lleva a tener dificultades en su trabajo y familia, además presentan conductas antisociales, que pueden estar asociadas con el consumo de alcohol, manifiestan sufrir temores, enojo y, en ocasiones, ideas delirantes o alucinaciones (esto último asociado con el consumo de alcohol o el síndrome de abstinencia), asimismo, manifiestan preocupación por su salud, aunque tienen actitudes negativas hacia el tratamiento, esto último asociado con la deserción del tratamiento, las recaídas y la negación de su problemática. Por otro lado, en las escalas suplementarias, los sujetos alcohólicos obtuvieron puntuaciones más elevadas en las escalas A, A-MAC, Dpr, EPK, EPS, Fp, PPA Y RA, y puntuaciones más bajas en el resto de las escalas; estos resultados indican que manifiestan sentir más ansiedad, desajuste profesional quizás debido a su consumo de alcohol, mayor número de síntomas, estrés ocasionado por una situación traumática y que no han podido superar, y conductas adictivas, relacionadas con el consumo de alcohol, principalmente. Por otra parte, su capacidad para enfrentarse a las dificultades de su vida se ve limitada, tiende a no responsabilizarse de sus actos, ni controla adecuadamente sus impulsos agresivos; estos resultados son los esperados para este grupo de sujetos, lo que responde a la pregunta de investigación que se refiere a las diferencias de rasgos de personalidad entre las dos muestras.

Con respecto a la obtención del punto de corte más adecuado para las escalas de adicciones, mediante las Curvas Características de Operación del Receptor (ROC), se eligió el punto de corte que identifica al mayor porcentaje de sujetos que tienen la condición y de sujetos que no tienen la condición, es decir, con dicho punto de corte podemos hacer un diagnóstico más preciso de las personas que tienen problemas de alcoholismo, distinguiéndolos de quienes no tienen tales problemas, con el mejor poder de predicción; por lo tanto, los puntos de corte más idóneos son, 24 para la escala A-MAC, 22 para PPA y 4 para RA. Es notoria la coincidencia del punto de corte sugerido inicialmente por MacAndrew para la escala A-MAC y el obtenido por la curva ROC para la población mexicana.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados del MANOVA para la muestra de sujetos alcohólicos, utilizando el punto de corte de 24 para dividir al grupo en los altos MacAndrew y los bajos MacAndrew, se hacen evidentes las diferencias estadísticamente significativas entre las submuestras; el grupo de altos MacAndrew presenta como características el ser menos deprimidos, más rebeldes y con conductas antisociales, más susceptibles a los comentarios de los demás, con conductas extrañas o experiencias inusuales, más activos, afirman tener más miedos que los demás; son más ansiosos, obsesivos y deprimidos; tienen más posibilidades de tener problemas familiares y en el trabajo, por ser más agresivos y desconfiados de los demás, ya que piensan que los evalúan siempre; además no aceptan ayuda profesional, son menos responsables de sus actos, tienen mayor predisposición a desarrollar conductas adictivas y a reconocerlas. Por su parte, los sujetos bajos MacAndrew tienen mejores recursos que los altos MacAndrew, para enfrentarse a las dificultades de su vida, tienen mayor tendencia a deprimirse y tener problemas de salud, así como a aislarse de los demás y ser más introvertidos; además tienen mayor control de sus impulsos agresivos y son más responsables de sus conductas. No obstante, ambos grupos presentan problemas de adaptación a su medio ambiente y dificultades para enfrentarse a las situaciones cotidianas y a las crisis; los dos tienen actitudes negativas hacia el tratamiento y, aunque reconocen tener problemas y solicitan ayuda, muy pocos se benefician del tratamiento, ya que dependen de su adherencia terapéutica.

Estos resultados responden a la pregunta de investigación relacionada a distinguir rasgos de personalidad en los tipos de alcohólicos encontrados en este estudio, mismos que se reportan en los estudios de MacAndrew (1979), O'Neill y colaboradores (1983) y Allen y colaboradores (1990), cuyos resultados indican dos tipos caracterológicos de alcohólicos, con diferencias significativas en la estructura de su personalidad.

Finalmente, en cuanto al análisis de las respuestas al cuestionario de alcohol, las diferencias más significativas entre los subgrupos fueron las siguientes: el grupo de altos MacAndrew, a diferencia del grupo de bajos MacAndrew, consume alcohol para aliviar el síndrome de abstinencia, su ingesta de alcohol es continua a pesar de haber tenido problemas; consume mayores cantidades de alcohol, sus actividades se ven disminuidas por el consumo y se les dificulta controlar el consumo pues necesitan incrementar la cantidad que ingieren.

Con base en los resultados de este estudio exploratorio, podemos afirmar que existen dos tipos de alcohólicos en la población mexicana, los cuales tienen características de personalidad diferentes y sus patrones de consumo difieren en relación a las cantidades, frecuencia, actividades sociales y síndrome de abstinencia; por lo tanto, debido a las características observadas, es necesario planear un tratamiento específico para cada tipo de acuerdo con dichas características.

Por lo tanto, es conveniente considerar todos los factores que caracterizan a cada tipo de alcohólico para elaborar el programa de tratamiento; independientemente de las metas de tratamiento que tenga el sujeto (si desea dejar de beber o desea controlar el consumo), es necesario distinguir si su consumo de alcohol está más determinado por rasgos de personalidad, por situaciones medioambientales o por otras causas, por lo que es conveniente un tratamiento diferente, es decir, al mismo tiempo que se controle el consumo de alcohol y se prevengan las recaídas, se podría ayudar con terapia dirigida a solucionar sus problemas emocionales, a aumentar su autoestima y confianza en sí mismo, a lograr mayor control sobre sus impulsos, o a manejar más adecuadamente la presión de su ambiente social, entre otras cosas.

Con respecto a las variables sociodemográficas, la información obtenida es limitada, principalmente para el tamaño del grupo de Bajos MacAndrew (24 sujetos) que no permite hacer las generalizaciones correspondientes; no obstante, el porcentaje de asistencia a los centros de tratamiento indica mayor demanda en el CAAF por parte de los dos tipos de alcohólicos, seguido de la Clínica San Rafael y los grupos de AA tradicionales, a los que acuden los Bajos y los Altos MacAndrew, respectivamente. Si bien es cierto que no son datos concluyentes, se puede especular con respecto a ellos, afirmando que la asistencia a determinado centro de tratamiento depende de las características de personalidad de los pacientes, así como de su demanda, por ejemplo, los Bajos MacAndrew podrían preferir el CAAF y la Clínica San Rafael, dado que poseen mejores recursos para enfrentar sus problemas, tienden a ser más introvertidos y aislados, y son más responsables de sus conductas, aspectos que son respetados en dichos centros; mientras que en los grupos de AA existe un mayor control sobre sus afiliados, debido a que se les asigna un "padrino" que los apoya y vigila para evitar recaídas. Por otro lado, los Altos MacAndrew se caracterizan por ser más rebeldes y agresivos, además de desconfiar de los demás y no aceptar fácilmente ayuda profesional para solucionar sus problemas; debido a esto es probable que prefieran asistir a un tratamiento con

mayor control y multidisciplinario (similar al ofrecido por los profesionales que trabajan en el CAAF), o acudir a los grupos de AA tradicionales, en los cuales se realiza supervisión especial de cada afiliado.

En relación al consumo de otras sustancias, el grupo de altos MacAndrew reportó un porcentaje mayor, en comparación al grupo de bajos MacAndrew, de consumo de otras sustancias y conductas antisociales tempranas; asimismo, la edad de inicio del consumo de alcohol fue significativamente diferente entre los dos grupos, siendo el grupo de altos MacAndrew quien manifestó un inicio temprano.

Asimismo, los resultados del análisis de frecuencia de los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2 de los dos tipos de alcohólicos, revela características de personalidad que son compartidos y otros que no lo son, es decir, los Altos MacAndrew, a diferencia de los Bajos MacAndrew, son más agresivos y rebeldes, lo que les provoca mayores problemas familiares o laborales, además de que presentan conductas de riesgo, conductas antisociales tempranas y son más extrovertidos. Por otra parte, los dos grupos comparten muchos rasgos de personalidad tales como limitada confianza en sí mismos, necesidad de sentirse queridos y aceptados; ambos grupos afirman haber bebido alcohol de manera excesiva y reconocen que tienen varios defectos que no pueden cambiar.

Los resultados del análisis de correlación de Spearman entre los síntomas diagnósticos del DSM-IV y las escalas del MMPI-2 indican asociación más fuerte en el grupo de Bajos MacAndrew, mientras que en los Altos MacAndrew la relación va de moderada a menor. No obstante, en el grupo de Bajos MacAndrew, los síntomas que se relacionan más con las escalas del MMPI-2 son consumo continuo a pesar de los problemas, consumo en grandes cantidades, dificultad para controlar el consumo, necesidad de incrementar el consumo, intoxicación frecuente o peligrosa, síndrome de abstinencia y diagnóstico; por su parte, en el grupo de Altos MacAndrew se observan las correlaciones entre los síntomas y las escalas del MMPI-2 de manera similar a los Bajos MacAndrew, con excepción de: disminución de actividades y diagnóstico.

Estos resultados proporcionan evidencia para realizar un diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos mexicanos, considerando factores tales como: rasgos de personalidad, patrones de consumo de alcohol, consumo de otras sustancias, conductas antisociales tempranas y variables

sociodemográficas; dichos factores permiten la clasificación de los alcohólicos en dos tipos, los cuales son similares a los propuestos por Babor y colaboradores (1992). El tipo de alcohólicos altos MacAndrew, de este estudio, presenta las características definitorias del tipo B de Babor, a saber, inicio temprano, mayor severidad de la dependencia, abuso de otras sustancias y consecuencias más serias; mientras que el tipo de alcohólicos bajos MacAndrew, corresponde al tipo A de Babor, caracterizado por inicio tardío, dependencia menos severa, pocas consecuencias físicas y sociales relacionadas con el consumo de alcohol y, en general, menores dificultades en las áreas de salud, laboral y familiar.

Podemos afirmar que los resultados obtenidos en este estudio contestan de manera satisfactoria a las preguntas de investigación, debido a que los instrumentos utilizados proporcionan información valiosa para la elaboración de un diagnóstico diferencial de sujetos alcohólicos mexicanos; el MMPI-2 es un instrumento válido y confiable para medir rasgos finos de personalidad de sujetos alcohólicos, además de distinguir a los sujetos alcohólicos de los sujetos no alcohólicos (voluntarios); por otro lado, el cuestionario de alcohol es útil para evaluar patrones de consumo de alcohol y otras sustancias, así como conductas antisociales tempranas, que permiten diagnosticar dependencia, severidad y problemas relacionados con el consumo de sustancias, y particularmente de alcohol. Ambos instrumentos, permiten realizar un diagnóstico más completo de los sujetos alcohólicos que solicitan ayuda profesional; no obstante el MMPI-2 por sí solo es un instrumento valioso, válido y confiable en el diagnóstico inicial y preciso de la personalidad de sujetos alcohólicos mexicanos.

CAPITULO 8

CONCLUSIONES

De acuerdo con los análisis cuantitativos y cualitativos de los datos recabados en este estudio, podemos concluir lo siguiente:

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2) mostró tener validez y confiabilidad adecuada para el uso en población mexicana, tanto en ambientes clínicos como en no clínicos (población general), ya que además de mostrar consistencia interna elevada, similar a la encontrada en la población normativa de los Estados Unidos de Norteamérica, y validez de constructo y predictiva, demostró ser un instrumento útil para medir rasgos de personalidad finos de diversos tipos de población.

Por otro lado, el análisis de reactivos mostró diferencias significativas entre las respuestas proporcionadas por los dos grupos (alcohólicos y voluntarios), lo cual demuestra que existen diferentes rasgos de personalidad determinados por su situación social y cultural, así como conductas y actitudes relacionadas al consumo de alcohol, es decir, que los alcohólicos muestran ciertas características de personalidad que lo conducen a adquirir y mantener conductas adictivas y/o antisociales, que son influidas por la situación socioeconómica y cultural en la que se encuentran.

Por otra parte, se puede afirmar que las escalas de Alcoholismo de MacAndrew, de Predisposición a Problemas con las Adicciones y de Reconocimiento de la Adicción, incluidas en el MMPI-2 tienen utilidad práctica importante, tanto en la clínica como en la investigación, para identificar rasgos de personalidad de sujetos alcohólicos en comparación con sujetos no alcohólicos, los cuales permiten realizar un diagnóstico más preciso. Dichas escalas mostraron sensibilidad y confiabilidad en las muestras mexicanas estudiadas, así como similitud en los resultados obtenidos en otros estudios con muestras culturalmente diferentes, lo cual demuestra las propiedades psicométricas en estudios transculturales.

Asimismo, al definir un punto de corte adecuado para tales escalas, se pueden identificar correctamente a los sujetos que presentan rasgos de personalidad típicos de sujetos alcohólicos o con conductas adictivas, para lo cual es necesario un análisis de la sensibilidad y especificidad de las escalas en cuestión, utilizando las curvas de Características de Operación del Receptor.

Por otro lado, de acuerdo con dichos resultados, es posible hablar de un modelo diagnóstico para la población mexicana, que permite la clasificación de tipos de alcohólicos, con base en factores sociodemográficos, rasgos de personalidad, patrones de consumo de alcohol y otras sustancias y, conductas antisociales tempranas.

Adicionalmente, en este estudio se comprobó la validez y confiabilidad del cuestionario elaborado ad hoc para evaluar los aspectos sociodemográficos, patrones de consumo de alcohol, consumo de otras sustancias y conductas antisociales tempranas, que permitió distinguir a dos tipos diferentes de alcohólicos, de acuerdo con los aspectos antes mencionados. De este modo los tipos de alcohólicos difieren en características de personalidad, patrones de consumo y variables sociodemográficas, observándose una gran similitud entre dichos tipos y los propuestos por Babor y colaboradores (1992).

Tales características son las siguientes:

Tipo A (Bajos MacAndrew): edad de inicio del consumo tardía, dependencia menos severa, pocas consecuencias físicas y sociales relacionadas con el consumo de alcohol y, menores dificultades en las áreas de salud, laboral y familiar. Con respecto a sus rasgos de personalidad tienen mejores recursos para enfrentarse a las dificultades de su vida, mayor tendencia a deprimirse y tener problemas de salud, así como a aislarse de los demás y ser más introvertidos; además tienen mayor control de sus impulsos agresivos y son más responsables de sus conductas.

Tipo B (Altos MacAndrew): edad de inicio del consumo temprana, mayor severidad de la dependencia, abuso de otras sustancias y consecuencias más serias, y conductas antisociales tempranas, es decir, este grupo consume alcohol para aliviar el síndrome de abstinencia, su ingesta de alcohol es continua a pesar de haber tenido problemas; consume mayores cantidades de alcohol, sus actividades se ven disminuidas por el consumo y se les dificulta controlar el consumo pues necesitan incrementar la cantidad que ingieren. En relación a sus rasgos de personalidad, se caracterizan por ser menos deprimidos, más rebeldes y con conductas antisociales (que se corroboran en los dos instrumentos), son más susceptibles a los comentarios de los demás y más activos, con conductas extrañas o experiencias inusuales; afirman tener más miedos que los demás; son ansiosos y deprimidos; tienen más problemas familiares y laborales debido, principalmente, a su consumo de alcohol, además de que son más agresivos, competitivos y desconfiados de los demás, ya que

piensan que los evalúan siempre; no aceptan ayuda profesional y son menos responsables de sus actos.

Por otro lado, al utilizar los instrumentos de esta investigación, se puede planear un tratamiento idóneo para cada tipo de alcohólico, de tal forma que sean consideradas las características de cada tipo, así como las actitudes que tienen los sujetos hacia el tratamiento, identificados en el MMPI-2. Básicamente, la escala RTR indica que los dos grupos tienen dificultades para adherirse al tratamiento, debido a que consideran que es difícil encontrar a alguien que los comprenda y los ayude, mostrando actitudes negativas hacia los médicos y terapeutas, lo que se relaciona con sus constantes recaídas, que a su vez son influidas por la sensación de que son capaces de controlar el consumo o de que no es posible hacer cambios en su vida.

El análisis detallado de los datos obtenidos con ambos instrumentos, permiten realizar un diagnóstico completo de una persona que presenta el síndrome de dependencia al alcohol, ya que, además de identificar los rasgos de personalidad, los patrones de consumo de alcohol y otras sustancias, las variables sociodemográficas y las conductas antisociales tempranas, proporciona información acerca de la predicción de conductas de riesgo, como el suicidio, que son determinantes en el éxito del tratamiento y en la prevención de recaídas.

Es necesario recalcar la importancia transcultural del MMPI-2, debido a que es un instrumento de evaluación que ha demostrado confiabilidad y validez transcultural, además de su utilidad comprobada en la evaluación de rasgos de personalidad de diferentes muestras clínicas y no clínicas de nuestra población.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Es preciso señalar que aún se requiere más investigación para comprobar la utilidad del MMPI-2 y su generalización a otro tipo de muestras. Con respecto a este estudio, se considera necesario aumentar la muestra para determinar la generalización de los resultados, así como la heterogeneidad de los datos que puedan recabarse, de tal forma que pueda realizarse la planeación de un tratamiento adecuado para cada tipo de alcohólico encontrado.

Además es necesario la comprobación de estos resultados en una muestra de mujeres alcohólicas, que en este estudio no fue considerada debido a los problemas que subyacen en la obtención de los datos, es decir, que se trata de una muestra de acceso difícil debido a que muchas de ellas no aceptan su problema, un gran número de ellas no acuden a tratamiento, del número reducido que se encuentran en tratamiento, muchas de ellas no aceptan colaborar en la investigación y otras, si bien aceptan colaborar, se muestran poco cooperadoras para revelar sus rasgos de personalidad, etc.

Otra limitación de este estudio, si bien no fue uno de sus objetivos, radica en el hecho de no haber evaluado la utilidad de un tratamiento específico para cada tipo de alcohólico encontrado, que pudiera comprobar la existencia de los tipos encontrados y la necesidad del tratamiento diferencial.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere aumentar el tamaño de la muestra, en estudios posteriores, para determinar la generalización de los resultados, así como la comprobación de la clasificación encontrada en este estudio, tanto en una mayor muestra de hombres, como en una muestra de mujeres.

De la información que se obtuvo en este trabajo, se considera necesario hacer análisis por conglomerados y de regresión logística para determinar si se mantienen los tipos encontrados o si existen otros tipos, así como comprobar las diferencias significativas entre ellos.

Asimismo, este estudio exploratorio puede abrir líneas de investigación que permitan determinar la efectividad de diferentes tratamientos dependiendo del tipo de alcohólico que se trate y de sus metas de tratamiento; además de determinar otras características diferentes entre los tipos encontrados tales como historia familiar de alcoholismo, búsqueda de sensaciones satisfactorias, otras conductas de riesgo, etc, con la finalidad de hacer un diagnóstico diferencial más completo.

No obstante las limitaciones mencionadas, los resultados de este estudio exploratorio permiten la identificación de dos tipos de alcohólicos, con rasgos de personalidad, patrones de consumo y otras características que los distinguen entre sí, por lo que se considera que es original y aporta información importante en el diagnóstico de personas alcohólicas.

REFERENCIAS

- Alfano, A.M., Nerviano, V.J. y Thurstin, A.H., (1987), An MMPI-Based Clinical Typology for Inpatient Alcoholic Males: Derivation and Interpretation. *Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 431-437.
- Allen, J. P., (1991) Personality correlates of the MacAndrew Alcoholism Scale: A review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 5(2), 59-65.
- Allen, J.P., Faden, V., Rawlings, R., y Miller, A., (1990), Subtypes of substance abusers: personality differences associated with MacAndrew scores. *Psychological Reports*, 66, 691-698.
- Allen, J.P, Faden, V.B., Miller, A. y Rawlings. R.R., (1991), Personality correlates of chemically dependent patients scoring high versus low on the MacAndrew scale. *Psychological Assessment*, 3(2), 273-276.
- Allport, G. W., (1970), *La Personalidad*, Barcelona, Herder .
- _____, (1974), *Psicología de la Personalidad*, Buenos Aires, Paidós.
- _____, (1976) *¿Qué es la personalidad?*, Buenos Aires, Siglo Veinte.
- 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*, México, Masson.
- Ampudia, A., Durán, C. y Lucio, E. (1995) Confiabilidad de las escalas suplementarias del MMPI-2 en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 1(2) Paidós. 25-50.
- Anastasi, A., (1967), *Los Tests Psicológicos*, México, Aguilar.
- Archer, R.P. & Klinefelter, D., (1992) Relationships between MMPI codetypes and MAC scale elevations in adolescent psychiatric samples, *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 149-159.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995) Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 18-23.

- Ayala, H. y Cárdenas G. (1996) Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*. 4(2), 5-17.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1997) Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14(2), 113-127.
- Babor, T.F., Hofmann, M., DelBoca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.G., Dolinsky, Z.S., y Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity, *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Ben-Porath, Y. S. (1994) The MMPI and MMPI-2: Fifty Years of Differentiating Normal and Abnormal Personality, Cap. 17 en Strach y Loer (1994) *Differentiating Normal and Abnormal Personality*, Springer, New York.
- Berry, D. T. (1996) Assessment of Profile Validity: Malingering & Related Response. Escrito presentado en *The Clinical Workshops on the MMPI-2, MMPI-A and the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A*, Minneapolis, Minnesota.
- Bischof, L. S., (1973). *Interpretación de las Teorías de la Personalidad. Enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva*. Trillas, México.
- Borges, G., (1990) Estudios Ecológicos sobre consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en México. *Psiquiatría* 1, 10-22.
- Borges, G., Rosovsky, H., Rodríguez, E., y López-Lugo, E., (1990) Alcohol consumption and its impact in Mexico, 1970-1983: Mortality and crime. *New trends in experimental and Clinical Psychiatry*. 6(3), 117-126.
- Borges, G., Kershenovich, D., Pelcastre, B., Gil, A., Inda, M., y Garrido, F. (1992) Cirrosis hepática y consumo de alcohol en un estudio colaborativo: Instituto Mexicano de Psiquiatría -Instituto Nacional de la Nutrición, *Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.). 130-138. México, I.M.P.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., y Ben-Porath, Y.S., (1990), *Development and Use of the MMPI-2 Content Scales*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

- Butcher, J.N., y Williams, C.L., (1992), *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Campillo, S.C., Díaz, M.,R., y Romero, R.M., (1994), La Responsabilidad del Médico en el Tratamiento del Enfermo Alcohólico, En: Tapia Conyer, R., (1994), *Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno.
- Cattell. R. B., (1965). *The Scientific Analysis of Personality*, Baltimore, Penguin Books.
- Cernovsky, Z.Z., (1987), Brief Report. 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 MacAndrew 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: C., Davis, L. J., Morse, R. M. y Offord, K. P., (1988) Screening medical patients for alcoholism with the MMPI: A comparison of seven scales. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 582-591.
- Cottler, L,B, Helzer, J.F., y Tipp, J.E., (1990), Lifetime patterns of substance use among general population. Subjects engaging high risk sexual behaviors, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 207-222.
- Cueli, J. y Reidl, L., (1972), *Teorías de la Personalidad*, México, Trillas.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., y Dahlstrom, L.E., (1972). *An MMPI Handbook. Clinical Interpretation*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Davidoff, L. L. (1990), *Introducción a la Psicología*, México, McGraw-Hill.
- Dicaprio, N.C., (1985), *Teorías de la Personalidad*, México, Interamericana .
- Edwards, G. (1986), *Tratamiento de Alcohólicos, Guía para el ayudante profesional*, Trillas, México.
- Egan, J.P. (1975) *Signal Detection Theory and ROC Analysis*, Academic Press, New York.
- Elizondo López, J.A. (1988) Evolución Histórica del Concepto de Alcoholismo, en Velasco Fernández, R. (1988) *Alcoholismo. Visión Integral*, México, Trillas.
- Encuesta Nacional de Adicciones. Tomo I. Alcohol*, (1994), Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1a. ed. Agosto.

- Escámez, J. (Ed.) (1997) *Prevención de la Drogadicción*. Valencia, Nau llibres.
- Flores, L., Chavira, D.A., Velasquez, R.J., Perez, J., y Engel, B. (1996), MMPI-2 Codetypes of Spanish-Speaking Hispanic DUI Offenders, Escrito Presentado en *31st Annual MMPI-2 Symposium*. Minneapolis, Minnesota.
- Fort, J., (1980), *Alcohol: Nuestro Máximo Problema de Drogas*, Extemporáneos, México.
- Graham, J. R., (1990). *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology*. Oxford University Press, Oxford.
- Grant, B.F. y Towle, L.H. (1991) A Comparison of Diagnostic Criteria. DSM-II-R, Proposed DSM-IV, and Proposed ICD-10. *Alcohol Health & Research World*, 15(4), 284-292.
- Greene, R.L., Banken, J, y Arredondo, R., (1994). Gender Differences on MMPI-2 Addiction Scales, Escrito presentado en el *29th Annual Symposium on Recent Advances in the Use of the MMPI (MMPI-2 & MMPI-A)*, Minneapolis, Minnesota.
- Kershenovich, S.D. y Vargas, V.F., (1994), Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol, En: Tapia Conyer, R., (1994), *Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno.
- Kessell, N. y Walton, H., (1989), *Alcoholismo. Cómo prevenirlo para evitar sus consecuencias*, México, Paidós.
- Kight-Law, A., Sugerman. A.A., y Pettinati, H.M., (1988). An Application of an MMPI Classification System for Predicting Outcome in a Small Clinical Sample of Alcoholics, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14 (3), 325-334.
- Levin, J., (1992) *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*, México, Harla.
- Lucio, E., (1995) *Manual de Aplicación e Interpretación del MMPI-2*, México, El Manual Moderno.
- Lucio, E. (1997) Influencias transculturales en el uso de instrumentos construidos en lengua inglesa, adaptados a la lengua española. XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Sao Paulo.

- Lucio, E., Ampudia, A., Durán, C., y León, I., (1998) Norms of the MMPI-2 for the Mexican Population. Fourteenth International and Silver Jubilee Congress of the International Association for Cross-cultural Psychology. Western Washington University. Bellingham. Washington, U.S.A., 3 al 8 agosto.
- Lucio, 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, E. y Reyes-Lagunes, I., (1996) The mexican version of the MMPI-2 in Mexico and Nicaragua: Translation, adaptation and demonstrated equivalency. En: Butcher, J. (Ed.) 1996) *International adaptation of the MMPI-2. Research and Clinical Applications*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Lucio, E., Reyes, I., y Scott, R. (1994) MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of Personality Assessment*, 63(1), 105-116.
- Lucio, E., y Palacios H. (1994) MMPI-2 profiles of mexican psychiatric inpatients: Validity, standard and content scales. *29th Annual Symposium on Recent Developments in the use of the MMPI/MMPI-2. Workshops & Symposia*.
- Lucio, E., Pérez y Farías, J., y Ampudia, A. (1997) Un estudio de confiabilidad test-retest del MMPI-2 en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 14(1), 55-62.
- Lucio, E., y Valencia, R. (1997) Detección del perfil de los sujetos simuladores y de los sujetos honestos por medio de las escalas del MMPI-2. *Salud Mental*, 20(4), 23-33.
- MacAndrew, C. (1965), The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 238-246.
- MacAndrew, C., (1979), Evidence for the presence of two fundamentally different, age-independent characterological types within unselected runs of male alcohol and drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6(2), 207-221.
- Macmillan, N. A. y Creelman, C. D. (1991) *Detection Theory: A user's guide*. New York: Cambridge University Press.

- Madden, J. S. (1986), *Alcoholismo y Farmacodependencia*, México, El Manual Moderno.
- Mark, M.H., y Hillix, W.A., (1972), *Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas*, Buenos Aires, Paidós.
- Medina-Mora, M.E., (1993), *Diferencias por Género en las Prácticas de Consumo de Alcohol. Resultados de un Estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán*, Tesis Doctoral, U.N.A.M.
- Medina-Mora, .M.E., (1994), Los Conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición, En: Tapia Conyer. R.. (1994), *Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno.
- Miller, P. M. (1976), *Behavioral Treatment of Alcoholism*, Pergamon Press, New York, U.S.A.
- Molina, P. V., Berruecos, V. L.A., y Sánchez, M. L.(1983) El Alcoholismo en México. II. Aspectos sociales, culturales y económicos. México, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.
- Molina, P.V.. y Sánchez M.L., (1982) El Alcoholismo en México. I. Patología. México, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.
- Narro Robles, J., Gutiérrez Avila, H., López Cervantes, M., Borges, G. y Rosovsky, H. (1992, a) La mortalidad por cirrosis hepática en México I. Características epidemiológicas relevantes. *Salud Pública*, 34(4) 378-387.
- Narro Robles, J., Gutiérrez Avila, H., López Cervantes, M., Borges, G. y Rosovsky, H. (1992, b) La mortalidad por cirrosis hepática en México II. Exceso de mortalidad y consumo de pulque. *Salud Pública*, 34(4) 388-405.
- Narro Robles, J., Meneses, G.J., y Gutiérrez, A.H., (1994) Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol, En: Tapia Conyer, R., (1994), *Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), (1992). *Seventh Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health, Genetics and Environment*, (pp. 43-68). U.S.: Department of Health and Human Services. Public Health Service.

- Nie, N.H., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K., y Bent, D. H.. (1975) *Statistical package for the Social Sciences*, New York, Mac Graw Hill.
- Nicolini, S. H., (1994). Aspectos Genéticos del Abuso del Alcohol, En: Tapia Conyer, R., (1994), *Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995) *Teoría Psicométrica*, McGraw Hill/Intcramericana de México, México, 3a. edición, 2a, edición en español.
- Núñez, R., (1979), *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología*, México, Manual Moderno.
- 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). *Comité de expertos en problemas relacionados al consumo de alcohol*. Ginebra. Moser, J. Problemas relacionados con el consumo de alcohol y estrategias preventivas.
- Pfost, K.S., Kunce, J.T. y Stevens, M.J., (1984), The relationship of MacAndrew Alcoholism Scale scores to MMPI profile type and degree of elevation. *Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 852-855.
- Quiroga, H., Sánchez, R., y Barrera, M.I. (1993) Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas en Estudiantes y Trabajadores Universitarios. *Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud*. México, D.F.241-259.
- Rivera J.,O., (1991), *Interpretación del MMPI en Psicología clínica, laboral y educativa*, México, El Manual Moderno.
- Rosovsky, H., Narváez, A., Borges, A., y González, L. (1992) Evolución del consumo *per cápita* de alcohol en México. *Salud Mental*, 15(1), 35-41.
- Rouse, S.V. Butcher, J.N., y Miller, K.B. (1999) Assessment of Substance Abuse in Psychotherapy Clients: The Effectiveness of the MMPI-2 Substance Abuse Scales. *Psychological Assessment*. 11(1). 101-107.

- Sawrie, S.M., Kabat, M.H., Dietz, C.B., Greene, R.L., Arredondo, R., y Mann A.W. (1996). Internal Structure of the MMPI-2 Addiction Potential Scale in Alcoholic and Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 177-193.
- Souza y Machorro, M., (1988), *Alcoholismo. Conceptos básicos*, El Manual Moderno, México.
- Stagner, R.. (1974). *Psicología de la Personalidad*, México, Trillas.
- Stein, L.A.R., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S. y McNulty, J.L. (1999) Using the MMPI-2 to Detect Substance Abuse in an Outpatient Mental Health Setting. *Psychological Assessment*. 11(1). 94-100.
- Svanum, S. McGew, J., & Ehrmann, L, (1994) Validity of the Substance Abuse Scales of the MMPI-2 in a College Student Sample, *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 427-437.
- Swets, J.A. (1988) Measuring the Accuracy of Diagnostic Systems, *Science*, 240 (3), 1285-1293.
- Velasco Fernández, R. (1988) *Alcoholismo. Visión Integral*, México, Trillas.
- Villamil, P.R. y Sotomayor. G.J. (1980), *El Alcoholismo en el Distrito Federal: Un Enfoque Socioecológico*, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM, México.
- Wallace, John.(1977) Alcoholism from the inside out: a phenomenological analysis, Cap. 1 en, Estes, N.J. y Heinemann, *Alcoholism. Development, consequences, and interventions*, The C. V. Mosby Company, St. Louis Missouri.
- Wasyliw, O.E., Haywood, T.W., Grossman, L.S., y Cavanaugh, J.L., (1993) The Psychometric Assessment of Alcoholism in Forensic Groups: The MacAndrew Scale and Response Bias, *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 252-266.
- Weed, N.C., Butcher, J.N., Ben-Porath, Y.S., y Han, K. (199). Internal Structure of MMPI-2 Substance Abuse Scales. Escrito presentado en *The 29th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI*.

- Weed, N.C., Butcher, J.N., McKenna, T., y Ben-Porath, Y.S., (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.
- Wittaker, J., (1981), *Psicología*, México, Interamericana.
- Wolff, W.Ch, (1970), *Introducción a la Psicología*, México, Fondo de Cultura Económica, Breviario No. 82

APÉNDICE A

Tablas de frecuencias de respuesta a los reactivos de las escalas de adicciones del MMPI-2, obtenidas de dos muestras alcohólicas y voluntarios

TABLA A-1.

Frecuencias de la escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC), obtenidas de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos.

Puntaje Crudo	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
16	1	0.7
17	1	1.5
18	2	2.9
19	1	3.7
20	6	8.1
21	3	10.3
22	2	11.8
23	8	17.6
24	12	26.5
25	9	33.1
26	14	43.4
27	19	57.4
28	6	61.8
29	10	69.1
30	8	75.0
31	11	83.1
32	4	86.0
33	6	90.4
34	6	94.9
35	1	95.6
36	2	97.1
37	3	99.3
39	1	100

TABLA A-2.

Frecuencias de la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA), obtenidas de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos.

Puntaje Crudo	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
13	1	0.7
14	1	1.5
15	1	2.2
16	1	2.9
17	1	3.7
18	4	6.6
19	5	10.3
20	9	16.9
21	2	18.4
22	15	29.4
23	10	36.8
24	22	52.9
25	13	62.5
26	17	75.0
27	10	82.4
28	10	89.7
29	3	91.9
30	8	97.8
31	1	98.5
32	1	99.3
34	1	100

TABLA A-3.

Frecuencias de la escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA), obtenidas de una muestra de 136 sujetos masculinos alcohólicos mexicanos

Puntaje Crudo	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
1	2	1.5
2	2	2.9
3	12	11.8
4	20	26.5
5	20	41.2
6	24	58.8
7	28	79.4
8	10	86.8
9	9	93.4
10	5	97.1
11	4	100

TABLA A-4

Frecuencias de la escala de Alcoholismo de MacAndrew (A-MAC), obtenidas de una muestra de 860 sujetos masculinos voluntarios mexicanos.

Puntaje Crudo	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
11	1	.1
12	2	.3
13	8	1.3
14	6	2.0
15	20	4.3
16	25	7.2
17	50	13.0
18	69	21.0
19	71	29.3
20	79	38.5
21	94	49.4
22	84	59.2
23	73	67.7
24	60	74.7
25	47	80.1
26	54	86.4
27	40	91.0
28	27	94.2
29	22	96.7
30	15	98.5
31	7	99.3
32	3	99.7
34	3	100

TABLA A-5

Frecuencias de la escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA), obtenidas de una muestra de 860 sujetos masculinos voluntarios

Puntaje Crudo	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
10	2	.2
11	2	.5
12	5	1.0
13	15	2.8
14	16	4.7
15	42	9.5
16	63	16.9
17	68	24.8
18	93	35.6
19	106	47.9
20	101	59.7
21	87	69.8
22	70	77.9
23	59	84.8
24	42	89.7
25	37	94.0
26	27	97.1
27	9	98.1
28	11	99.4
29	4	99.9
31	1	100

TABLA A-6

Frecuencias de la escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA), obtenidas de una muestra de 860 sujetos masculinos voluntarios mexicanos.

Puntaje Crudo	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
0	267	31.0
1	223	57.0
2	170	76.7
3	97	88.0
4	62	95.2
5	18	97.3
6	15	99.1
7	5	99.7
8	2	99.9
9	1	100

FALTA PAGINA

No.

183

APÉNDICE B

Dos Estudios de Caso. Paciente Bajo MacAndrew y Paciente Alto MacAndrew

Estudio de Caso

Ficha de Identificación

Nombre: C. M. E. Bajo MacAndrew
Edad: 32 años
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Licenciatura
Ocupación: Empleado
Lugar de Origen: D. F.
Remitido por: Se enteró por su esposa
Observaciones: Al momento de la evaluación el paciente reingresa al centro de tratamiento.

Se observa consciente, orientado, cooperador y puntual. Edad aparente igual a la cronológica y bien aliñado. Cursa con abstinencia de 2 días.

Motivo de Consulta

Solicita atención médica y psicológica.

Antecedentes

Afirma haber bebido diversas bebidas alcohólicas, desde cervezas, destilados y alcohol de 96°. Llegando siempre al estado de embriaguez. Refiere que su primera "borrachera" fue a los 16 años; a los 21 bebe con más frecuencia y a los 24 inicia el consumo compulsivo. Ha recibido protestas por parte de su familia, con respecto a la cantidad de alcohol que bebe. Asegura que ha reflexionado acerca de su consumo excesivo; también ha recibido quejas de sus amigos, además de tener dificultades en su trabajo, pérdida del empleo, consumo de alcohol durante 2 o más días continuos, lagunas mentales y síntomas como temblores, alucinaciones por el efecto del alcohol. Comenzó a padecer estos problemas desde los 23 años de edad. Comenta que bebe cerveza de 1 a 3 veces al mes sin llegar a la embriaguez y destilados de 3 a 6 veces en el año. Su patrón de consumo en un mes es el siguiente: ingiere de 1 a 3 vasos cerveza o 750 ml. de destilados durante 3 ó 4 días por semana, por ocasión de consumo. Los motivos por los cuales ingiere bebidas alcohólicas son conflictos emocionales y afectivos, y familiares. Acostumbra beber solo en cantinas y bares. Refiere que sus padres están separados y que su madre consume bebidas alcohólicas una vez a la semana. Además menciona haber tenido accidentes por el alcohol, sufriendo fractura de maxilares inferiores. Vive con su esposa y dos hijos en un departamento propio con todos los servicios. Los terapeutas señalan que el paciente presenta rasgos de inmadurez, poca tolerancia a la frustración y dependencia.

Diagnóstico

Síndrome de dependencia al alcohol. Personalidad dependiente

Pronóstico

Poco favorable

Interpretación del MMPI-2

Clave del Perfil

78' 13 + 205 - / 649 : L' F / K /

El perfil de las escalas de validez indica que el paciente niega sus defectos, desea mostrarse poco convencional y tiene suficientes recursos para el tratamiento; no obstante se muestra dispuesto a colaborar en la evaluación.

Es una persona que se muestra inseguro, preocupado y ansioso, además de ser aprensivo y tener muchos temores. Tiende a aislarse de los demás, aunque afirma ser amigable y platicador, esto se debe a que es retraído, tímido, extremadamente meticuloso e indeciso, además de ser cauteloso en sus relaciones interpersonales.

Puede reaccionar de manera exagerada a algunos problemas reales, presentando algunos problemas físicos; además puede ser egoísta, demandante e inestable y con actitudes derrotistas. Manifiesta sentir pesimismo, depresión, infelicidad e insatisfacción consigo mismo o con el mundo, quizás a causa de su problema con el alcohol.

No obstante, es una persona responsable, modesta, confiable, sincera y tenaz; aunque no se siente con los recursos suficientes para enfrentarse a sus problemas. Se muestra sensible en sus relaciones interpersonales, manteniendo un control adecuado de sus impulsos, ya que es una persona rígida, moralista y con sentido común.

Afirma tener dificultades en su trabajo y profesión, sin embargo se muestra responsable socialmente; puede ser ingenuo y tener poca capacidad de "insight". Aunque el puntaje de la escala de Alcoholismo de MacAndrew indica que el paciente no abusa del alcohol, probablemente debido al tiempo de abstinencia que presenta, se le considera como falso negativo; además reconoce tener problemas con el alcohol y, tiende a ser tímido y con falta de confianza en sí mismo.

El paciente tiene actitudes positivas hacia el tratamiento y hacia los doctores, se siente cómodo discutiendo sus problemas con alguien y desea cambiar algunos aspectos de su vida, por lo que su adherencia al tratamiento es adecuada.

El paciente puede clasificarse como alcohólico del tipo A de Babor y cols. (1992).

Estudio de Caso

Ficha de Identificación

Nombre: R. G. G. Alto MacAndrew
Edad: 30 años
Sexo: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Lic. en Administración Financiera
Ocupación: Desempleado
Lugar de Origen: D. F.
Remitido por: Un amigo que lo llevó al I.M.P., y fue canalizado por el Instituto
Observaciones: Acude con 7 horas de abstinencia. No asiste a A.A.

Motivo de Consulta

Desea apoyo para dejar de tomar o aminorar su consumo. Se presenta con malestar: somnolencia, taquicardia, necesidad de seguir bebiendo, inapetencia (lleva 3 días sin alimentos)

Antecedentes

Se presentó acompañado de 2 amigos. El último periodo de ingesta fue desde un mes antes de presentarse al centro, con un periodo de supresión alcohólica de 2 días, 8 días antes de su primera consulta, para volver a reincidir en el consumo. Habitualmente consume ron, brandy y cerveza, preferentemente ingiere bebidas destiladas en cantidad de 1 a 1.5 litros diariamente.

Esporádicamente consumió marihuana y cocaína en promedio de 6 ocasiones en un año; inhalables en 3 ocasiones en un año. Afirmó haber abandonado el consumo de estas sustancias.

El consumo de alcohol lo inició a los 13 años con sus primos; la frecuencia era 1 o 2 veces al año. A los 14 años consumió inhalables en forma continua, durante 3 a 4 meses, actualmente no los utiliza. De los 20 a 25 años tomaba con una frecuencia de 2 ocasiones por mes, con un incremento posterior, ingiriendo alcohol 1 ó 2 veces por semana; desde un año y medio antes de ingresar al centro, tomaba por periodos de un mes de duración en forma continua. Como consecuencia de la ingesta de alcohol ha dejado empleos, tiene problemas con su familia, terminó con su última novia un mes antes de su primera consulta, con quien pensaba casarse. Tiene consciencia de enfermedad Vive con su madre, tres hermanos, dos cuñados y un sobrino. Menciona que tuvo un padrastro bebedor

Diagnóstico

Síndrome de dependencia al alcohol

Pronóstico

Reservado

Interpretación del MMPI-2

Clave del Perfil

8" 4 2 9' 5 3+ 6 7- 1/ 0: F* L/ K#

La actitud del paciente ante la prueba fue adecuada, mostrando una necesidad imperiosa de ser ayudado, por lo que afirma tener síntomas graves.

Se muestra con poca confianza en sí mismo, además es desorganizado e ingenuo. Por otro lado, es demandante hacia las personas que lo rodean y tiende a manipularlas, ya que es muy persuasivo. Le agrada tomar grandes riesgos, que pueden llevarlo al consumo excesivo de alcohol y otras sustancias en situaciones peligrosas, ya que, en ocasiones, pretende vencer las reglas pues no tiene mucho control sobre sus impulsos.

Se muestra demasiado sensible en las relaciones interpersonales, por lo que es retraído y cauteloso con los demás; puede tener un pobre contacto con la realidad y conductas excéntricas, y como consecuencia del consumo de sustancias, puede haber presentado alteraciones del pensamiento, así como alucinaciones (como parte del síndrome de abstinencia) y tendencias delirantes.

Por otro lado, mantiene relaciones interpersonales superficiales; tiene problemas familiares, así como en sus relaciones laborales, debido, por un lado, al consumo de alcohol, y por otro lado, a que es una persona que no tiene adecuado control de sus impulsos agresivos y que, en ocasiones, puede presentar conductas antisociales.

Afirma que tiene síntomas de estrés provocadas por un suceso traumático. Reconoce tener problemas de adicciones, aunque sus actitudes hacia el tratamiento son negativas, ya que no se siente cómodo discutiendo sus problemas con alguien, pues considera que no pueden entenderlo y ayudarlo. Es importante hacer notar que en el expediente se reporta que tuvo una recaída y que no se logró el rescate, a pesar de haberse intentado en dos ocasiones.

El paciente puede clasificarse como alcohólico del tipo B de Babor y cols. (1992).

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

Escalas Básicas

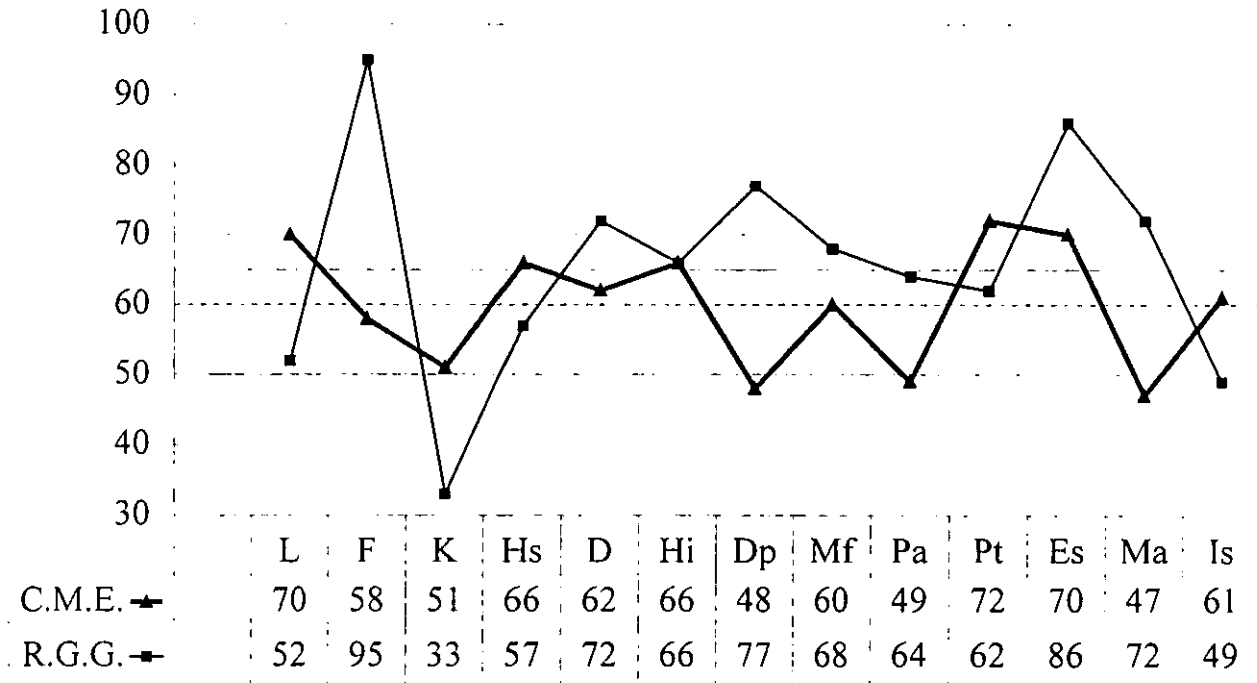


Figura A

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

Escalas de Contenido

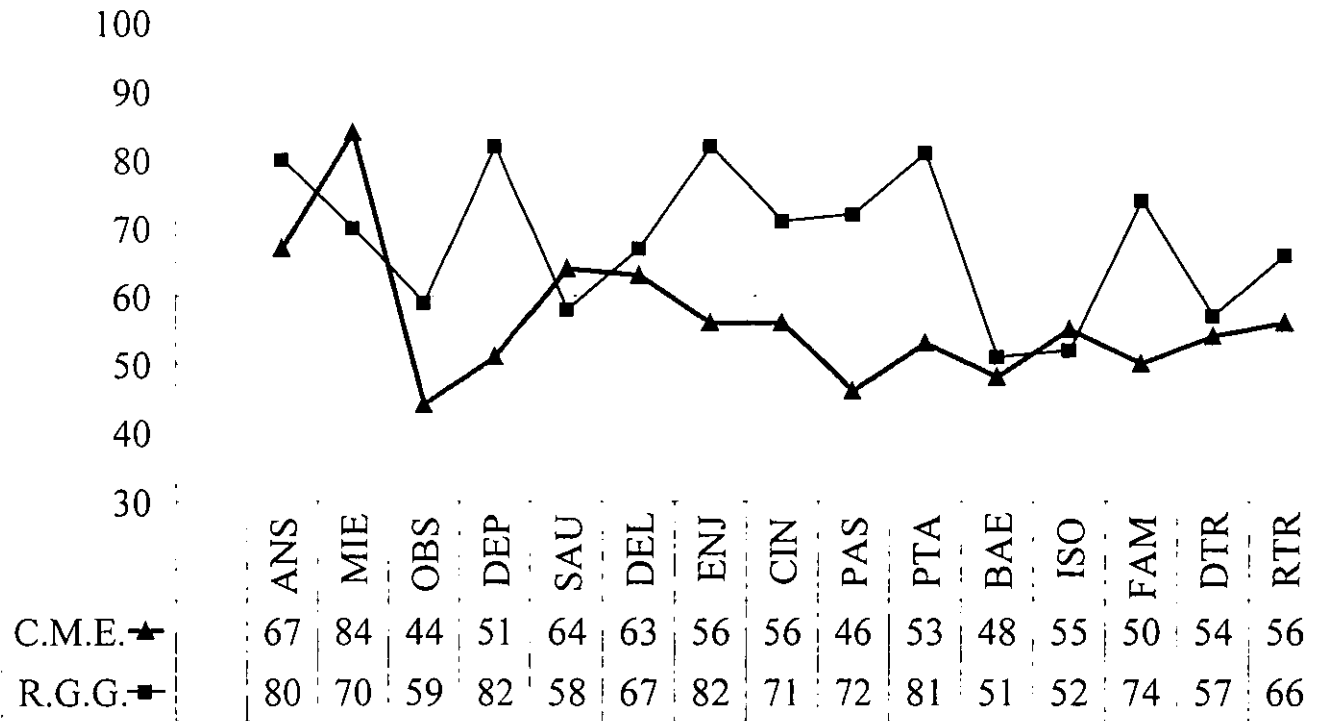


Figura B

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

Escalas Suplementarias

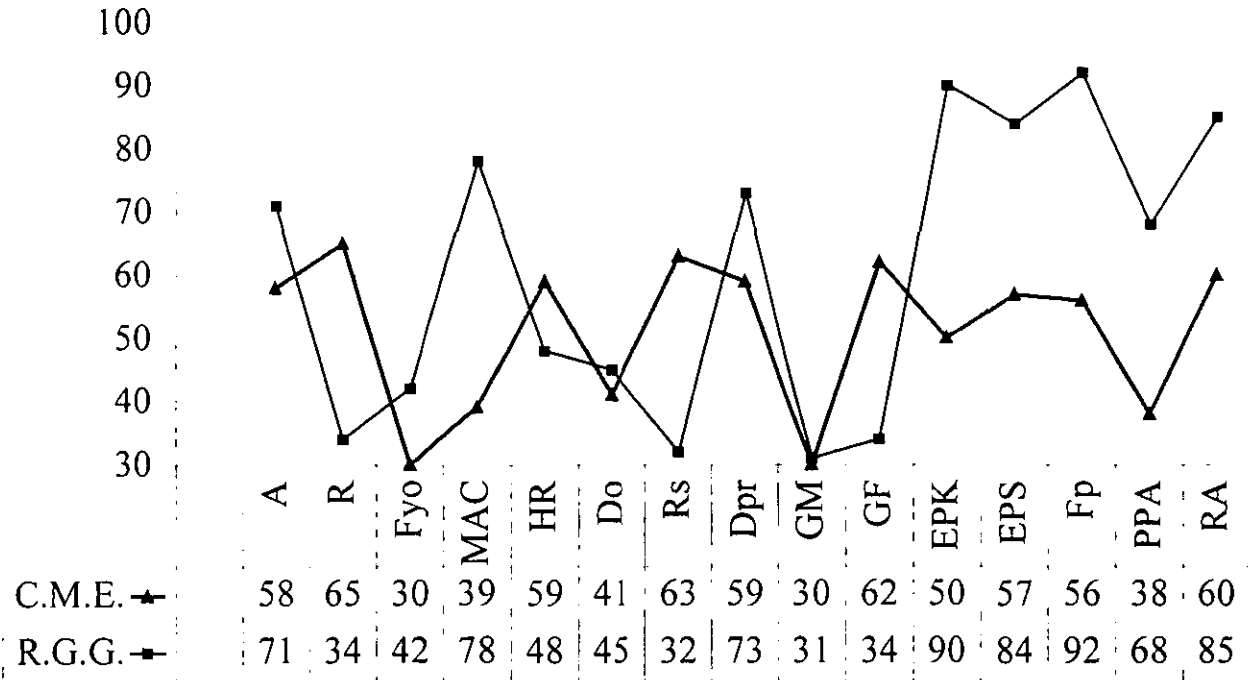


Figura C