



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Estudio comparativo de características de personalidad en un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos no farmacodependientes, a través del MMPI.

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

María Oliva Sánchez Maya
María Cristina Ramírez Carrillo

México, D. F.

1981



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.

25053.08

UNAM. 14

1981

ej. 2

M-20364

tps. 703a

A MIS PADRES

A MIS HERMANAS

A LA DRA. TERESA GUERRA
Y A MIS COMPAÑEROS DE
GRUPO.

2385

MA. CRISTINA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A JORGE

MA. OLIVA

EN MEMORIA DE IRMA AMPUDIA

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
Antecedentes	4
Definición de términos	20
CAPITULO II	
Drogas	22
a) Clasificación de las drogas	22
b) Historia de las drogas	52
CAPITULO III	
Metodología	56
a) Objeto de la investigación	56
b) Hipótesis de la investigación	56
c) Instrumentos utilizados	58
d) Muestra	67
e) Procedimiento	67
f) Diseño estadístico	69

Pág.

CAPITULO IV

Resultados

78

CAPITULO V

Conclusiones

87

BIBLIOGRAFIA

90

INTRODUCCION

* El fenómeno de la farmacodependencia es un problema de tipo social que progresivamente prolifera más en la población. De acuerdo con los estudios realizados, se ha observado que entre las drogas de mayor consumo se encuentran la marihuana, el L.S.D. y los inhalantes, siendo éstos últimos los de mayor proliferación debido a su bajo costo y fácil obtención. (Torres, 1975).

La adición a las drogas constituye un problema grave en nuestro país, puesto que se ha extendido en varios sectores de la población; escuelas, centros de trabajo, centros de rehabilitación, etc. (Carranza, 1972; Safa, 1973; Ruiz de Teresa, 1973). Nos interesa destacar que constituyendo la farmacodependencia una alteración de la salud mental que a su vez provoca consecuencias negativas en el campo social, es enfocado a menudo globalmente, sin indagar en consecuencia los aspectos más finos de su origen.

Se ha observado que las características emocionales e intelectuales en los drogadictos son algunos de los factores determinantes para la génesis de la adición a las drogas. (Richards, 1975). Este punto de vista nos ha motivado a realizar una investigación en el campo de la psicología, con el objeto de encontrar características de personalidad que puedan explicar en parte la conducta farmacodependiente. Partimos del conocimiento de otros problemas implicados en esta conducta, como son las circunstancias familiares y sociales que rodean al sujeto de estudio. Dentro de esta complejidad, nuestro objetivo consiste en enfocar el estudio a la detección de características de la personali-

dad del farmacodependiente. *

En esta tesis trataremos de establecer diferencias en cuanto a las características de personalidad entre un grupo de pacientes farmacodependientes hospitalizados y otro grupo de sujetos no farmacodependientes.

Nuestro propósito es conocer en los adictos aquellas características de la personalidad, que independientemente de la existencia de factores como los familiares y sociales, pudieran inducir al uso y abuso de las drogas.

El trabajo de investigación se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, con un grupo de farmacodependientes hospitalizados y en la Secundaria Nocturna para Trabajadores No. 62, con estudiantes de la misma que no han tenido experiencia con drogas.

El instrumento utilizado fue el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, por considerarse el más apropiado para los fines que este estudio persigue. En efecto, este material ha sido construido a partir de datos obtenidos empíricamente y validado a través de serias investigaciones, efectuadas especialmente en Estados Unidos, aunque ya se han obtenido normas de calificación específicas para Japón, y en México se realizan estudios para tal fin.

Se hizo una revisión histórica y bibliográfica del tema que nos ocupa, así encontramos que el uso de las drogas se remonta desde la antigüedad, como por ejemplo, el alcohol, el opio y la marihuana. Sin embargo en épocas re-

cientes se elaboran drogas sintéticas, como los tranquilizantes, anfetaminas y los barbitúricos, que aumentan el problema de la farmacodependencia.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

En este capítulo se incluye la revisión de algunas investigaciones sobre el consumo de drogas. Así como también estudios que se han llevado a cabo con el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) en farmacodependientes.

En México se han desarrollado investigaciones de tipo epidemiológico que han abarcado diferentes sectores de la población.

En la población escolar secundaria del D. F., se llevó a cabo un estudio en 1972 (Carranza Acevedo et al, -- 1972) en el que se encontró que el 15% de los estudiantes habían consumido drogas alguna vez. De este porcentaje el 85% había utilizado marihuana y el 10% anfetaminas.

De la Fuente, et al, (1972) realizaron ese mismo año un estudio en una escuela preparatoria, en la que encontraron que el 10.4% consumía marihuana, el 10% tiner, el 10% anfetaminas, el 9% barbitúricos y el 1.2% L.S.D.

El Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, realizó una investigación con estudiantes universitarios donde:

36.0%		usaban alcohol ocasionalmente
4.7%	"	barbitúricos
3.5%	"	marihuana
3.0%	"	anfetaminas
2.5%	"	tinor
0.4%	"	LSD

(De la Fuente, 1972)

En una muestra de obreros del área metropolitana de la Ciudad de México, se realizó una investigación (Ruiz de Teresa, 1973), y se encontró que la marihuana fue la droga más consumida por hombres (8.3%) y los tranquilizantes por las mujeres (7.6), después del tabaco y el alcohol.

En un estudio realizado en 1974 por Safa Barraza - et al, en una muestra (n = 390) de cuatro centros de rehabilitación se encontró que el 19% de los internos había usado marihuana alguna vez, el 5% derivados del opio, el 4% alucinógenos y el 3% disolventes industriales.

En 1974 se llevó a cabo un estudio epidemiológico - del consumo de sustancias inhalantes (Medina Mora et al). - Se estudiaron muestras. La información se obtuvo mediante un cuestionario que se llenó a través de una entrevista personal en cada hogar. Las ciudades estudiadas fueron: el Distrito Federal (p = 4 981 796), San Luis Potosí, S.L.P. - - (p = 163 986), en Puebla, Pue. (p = 294 979) y la Paz B.C. - (p = 36 895).

En este mismo estudio se encontró que el consumo de

drogas como la marihuana, los disolventes, los opiáceos y los alucinógenos, se hayan muy difundidos. Ochenta y setemil personas, que representan al 1.74% de la población de 14 años o más, que habita en el Distrito Federal y tiene un lugar de residencia fijo, los han consumido. Veinte mil ochenta y siete personas, que representan al 0.47% de la población del D.F. de 14 años o más, han consumido sustancias inhalantes, y tres de cada mil jóvenes de 14 a 24 años (0.31%) los consumen en forma regular consuetudinaria. Este tipo de droga ocupa en el consumo el segundo lugar después de la marihuana. El consumo de alucinógenos y heroína es menos frecuente. (Medina Mora, 1976).

Al comparar los resultados obtenidos en el Distrito Federal con los logrados en otros lugares de la provincia, se encontró que en la ciudad de San Luis Potosí el consumo es ligeramente mayor al del D.F. El 0.45% de la población de 14 años o más han consumido inhalantes.

En la ciudad de Puebla, el consumo es ligeramente menor. El 0.28% de la población masculina de 14 a 17 años que reside en hogares informó que consumía esta droga. (Medina Mora, 1977).

En la Paz, el índice de consumo es mayor: el 1.35% de la población masculina de 14 años o más que reside en hogares informó que consumía disolventes. (Medina Mora, 1976).

Los datos mencionados anteriormente nos demuestran que el consumo de drogas se ha extendido en varios sectores de la población.

En el Centro de Integración Juvenil Dakota, Torres-Ruiz, en 1974, hizo un análisis de los primeros 2.500 pa---

cientes que han acudido a este Centro. Se obtuvieron los siguientes datos: de 2.500 pacientes, 2.375 de ellos (que es el 95% del total), acudieron por uso y/o abuso de drogas. - El uso de Cannabis ocupa el primer lugar; los inhalantes volátiles el segundo; y el L.S.D. el tercer lugar en frecuencia, como se puede observar en la siguiente tabla:

Droga	Pacientes que han usado la droga	Porcentaje
1.- Cannabis	1 825	76.84
2.- Inhalantes volátiles	1 187	46.61
3.- LSD	705	29.68
4.- Metaculonas	644	27.11
5.- Barbitúricos	617	25.97
6.- Psilocibina	433	18.23
7.- Mezcalina	369	15.23
8.- Anfetaminas	345	14.52
9.- Alcohol	290	12.21
10.- Cocaína	167	7.03
11.- Benzodiacepinas	160	6.73
12.- Meprobamatos	136	5.73
13.- Antiparkinsonianos	115	4.84
14.- Heroína	32	1.34
15.- Codeína	25	1.05
16.- Morfina	19	0.80
17.- Pentazocina	10	0.42
18.- Otras drogas	501	21.09
2 . 500 Pacientes		100 %
1 . 375 Han usado y/o abusado de las drogas		95 %
125 Otros problemas		5 %
Promedio de drogas por persona		3.14 %

En el año de 1976 (Natera G.), se realizó un estudio en 27 Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), los cuales están distribuidos en toda la República Mexicana. El objetivo principal de esta investigación fue obtener datos sobre la incidencia relativa del consumo de sustancias volátiles inhalables. Se incluyeron a todos los pacientes que asistieron a los centros a partir de 1970 hasta el 30 de -- Abril de 1976. Los resultados son los siguientes: el número total de pacientes atendidos en los C.I.J. por problemas de farmacodependencia asciende a 6.630, de los cuales 3.309 son por problemas de sustancias inhalables, (o sea el 52%) - y de estos el 95% son hombres y el 5% mujeres. La tasa de incidencia más elevada fue la siguiente: 87 de cada 100 sujetos consumen sustancias inhalables. Esta tasa se localiza en el centro ubicado en Ciudad Netzahualcóyotl. Los centros "Caracol y Sur" también en el Distrito Federal, mostraron una tasa de incidencia bastante alta: para el primero, - de cada 100 sujetos que asisten al centro, 73 consumen inhalantes; para el segundo 67 de cada 100.

A continuación se mencionan estudios que se han llevado a cabo para investigar características de personalidad en sujetos farmacodependientes:

En Sidney, Australia, Rosenbers (1969), examinó 50-drogadictos de menos de 31 años. La mayoría de ellos pertenecientes a la subcultura hippie, distinguidos por su manera de vestir y pelo largo, la mayoría provenían de familias trabajadoras, desintegradas a causa del excesivo consumo de alcohol, matrimonios desavenidos y elementos patológicos. Era común una historia de comportamiento antisocial durante la adolescencia. La mayoría de estos jóvenes adolecían de desorden en su personalidad caracterizado por inmadurez, pasividad, dificultad en el manejo de la ansiedad y en muchos casos desviaciones sexuales. Los resultados psicométricos mostraron que los adictos tenían una inteligencia normal, pero se detectaron altos marcadores de ansiedad y neurosis. Esto sugiere que el abuso de drogas ocurrió principalmente entre aquellos con antecedentes de privaciones y con desórdenes de la personalidad.

Samuels, Donald J. (1974), realizó un estudio para investigar la autodevalorización como una causa del abuso de las drogas. Se administró una prueba de 22 puntos en la cual se debían completar oraciones dando razones para ingerir drogas. Se le aplicó a 37 individuos entre los 13 y 22 años en un centro de rehabilitación. Se había formulado la hipótesis que la autodevalorización era un factor causal del abuso de las drogas entre los adolescentes. Los resultados muestran que el 75% de los sujetos consideraron la autodevalorización una causa de su iniciación en las drogas. El 91.9% consideró que la aburrición y la curiosidad era otra razón. El 67.5% culpó a la presión ejercida por sus iguales, mientras que el 64% dijo que las drogas eran una -

fuente de placer. Se concluye que la aburrición, la curiosidad y la autodevalorización (según los autores), son causas significativas en el abuso de las drogas en muchos sujetos.

En 1976, Citola, P.V. Y Peterson J.F., investigaron características de personalidad en alcohólicos y drogadic--tos en un programa de tratamiento. Se aplicó la prueba 16 - PF a 68 alcohólicos, 70 drogadictos múltiples y 50 heroinó--manos (edades promedio 34.9 y 26.9 años respectivamente). - Los datos fueron agrupados de acuerdo a la edad y al sexo,--resultando en total 101 hombres y 87 mujeres con edades que variaban desde 19 años, 20 a 29 años, 30 a 39 años y mayo--res de 40 años. De 20 comparaciones de factor, 4 diferen---cias fueron significativas en los tres grupos de Ss. En el factor H, los alcohólicos y los drogadictos múltiples aparecieron como más temerosos y más fácilmente atemorizables - que los heroinómanos, presentando a la vez similitudes en - otros órdenes. En el factor O, los alcohólicos se mostraron significativamente menos aprehensivos que los otros dos gru--pos. En el factor QII, los alcohólicos se manifestaron sig--nificativamente más ansiosos que los heroinómanos (los dro--gadictos múltiples presentaron tendencia en esta dirección), pero todos los grupos estuvieron sobre el promedio de ansie--dad. En el factor QIV, los alcóhólicos se mostraron signifi--cativamente menos independientes que los heroinómanos y con--tendencia a ser menos independientes que los drogadictos - múltiples.

Los pacientes de más edad evidenciaron ser más afec--tados por los sentimientos, menos agresivos y ventajosos, - conservadores, reprimidos, tensos y ansiosos que los más jó--venes. La única diferencia significativa en cuanto al sexo, señaló que las mujeres tienen más estabilidad emocional que los hombres. Los resultados sugieren que hay muchos facto--res dinámicos de personalidad similares entre los grupos es--tudiados.

(En México, Ayala N.A. y Liceaga E.B.E. (1975), llevaron a cabo una investigación en el Centro de Integración Juvenil Dakota, con farmacodependientes que asistieron al centro. Se estudiaron 45 casos tomados al azar de los archivos de Psicología, que tuvieran un estudio psicodiagnóstico completo y a los que se les hubiera aplicado más o menos la misma batería de pruebas. Los 45 sujetos varían desde usuarios de una sola droga, hasta los que acusan un cuadro de drogadicción múltiple, oscilando en edades de 13 a 28 años. Se estudiaron 41 hombres y 4 mujeres, cuya escolaridad variaba de primaria incompleta a preparatoria o vocacional completa. La batería de pruebas estuvo formada por: WAIS, Rorschach, TAT, Frases Incompletas, Figura Humana y algunas veces el MMPI. Los resultados obtenidos son: con respecto al nivel de inteligencia resultó superior el 4%; promedio el 48%, subnormal el 28%, el 8.8% corresponde a un nivel borderline y el 8.8% es deficiente mental. Como podemos observar el mayor porcentaje corresponde a una inteligencia promedio (48% de los 45 sujetos), 37 no utilizaron adecuadamente su capacidad intelectual, por lo que su rendimiento académico escolar está muy por debajo de lo esperado. Con respecto a las ocupaciones, el 26% estudia, el 24% trabaja, el 8.8% estudia y trabaja; el 48% no estudia ni trabaja. Cabe hacer notar que el mayor porcentaje corresponde a los sujetos que no realizan ninguna actividad.

Se observó una conflictiva familiar muy fuerte en casi todos los casos, aún en aquellos cuya familia aparentemente estaba bien integrada. Sin embargo, en el 60% de los casos, la familia se encuentra totalmente desintegrada, es decir, carentes de padres o con padres alcohólicos punitivos y madres inconsistentes o muy pasivas o dominantes. De los 45 casos, 41 muestran gran inseguridad e inmadurez emocional; 42 presentan diferentes tipos de problemas interpersonales y serios conflictos con la autoridad, adoptando una actitud ambivalente, algunas veces agresiva y demandante y-

otras de una indiferencia absoluta que los lleva a estados depresivos y aislarse del ambiente familiar. Perciben al me dio como hostil y las figuras parentales no satisfacen. Hay en ellos una desconfianza básica hacia el adulto y es común que al padre lo vean distante, ausente, débil y a la madre generalmente más posesiva, si bien, al mismo tiempo rechazante. Se observa un espíritu de rebeldía contra los valores de la estructura social. A continuación se anotan los rasgos de personalidad encontrados en los sujetos estudiados:

RASGOS DE PERSONALIDAD

	No. de casos	Porcentaje
Dificultades interpersonales y conflictos con la figura autoridad.	42	94%
Inseguridad e inmadurez emocional	41	91%
Agresividad	38	84%
Sentimiento de minusvalía y culpa.	37	83%
Dificultad para lograr la introspección de su problema.	36	81%
Depresión.	31	68%
Ansiedad.	31	68%
Rechazo y sentimiento de frustración existencial.	30	66%
Falta de motivación para dejar la droga.	28	62%
Identificación psicosexual adecuada.	27	57%
Identificación con patrones familiares.	5	11%

Con el objeto de estudiar características de personalidad en individuos farmacodependientes, citamos las siguientes investigaciones realizadas con este tipo de sujetos en donde se aplicó el MMPI.)

Berzins, Juris I. et al, (1971) llevaron a cabo un estudio multivariado de las características de personalidad en narcómanos hospitalizados con el MMPI. Cuatro grupos de adictos hombres recibieron el Inventario Lexinton de personalidad. Este está compuesto por items del MMPI y otros - enunciados falso-verdadero que describen rasgos personales, actitudes sociales y descripciones del papel subcultural - que diferencian al individuo.

Los pacientes se manifestaron como egocéntricos, defensivos, sexualmente confundidos y con dificultad para - adaptarse socialmente. La muestra total tuvo elevaciones en las escalas 4, 2 y 8.

En 1971, Greaves comparó los perfiles del MMPI de - 20 drogadictos adolescentes hospitalizados con una muestra de 161 estudiantes de preparatoria y 14 sujetos hospitalizados (estos últimos no usaban drogas); los sujetos fueron - conjuntados de acuerdo a la edad y al sexo. Los datos muestran que: a) todos los drogadictos tuvieron puntuaciones T sobre 70 en D o Dp; b) el 80% mostró alguna combinación inicial de D-Dp-Es una vez más con puntuaciones T sobre 70. - Las elevaciones fueron significativas cuando se compararon con la muestra de estudiantes de preparatoria.

Black y Heald (1975), administraron la forma individual del MMPI a 40 alcohólicos (edad promedio de 38.9 años) y a 50 drogadictos (edad promedio 20.7 años) en un programa militar de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos. Los drogadictos eran generalmente adictos múltiples quienes reportaron el uso de: a) anfetaminas y otros estimulantes, -

b) heroína y otros derivados de la morfina, c) hashish, -
d) marihuana, e) barbitúricos y otros depresores. La com
paración de perfiles mostró que los dos grupos eran similares
con una relativamente mayor elevación en la escala D en el
grupo de alcohólicos y elevaciones relativamente mayores -
en las escalas Mf, Pa, Pt, So, y Ma en el grupo de drogadicto
s. Las puntuaciones promedio y los resultados de las com
paraciones de las escalas del MMPI mostraron diferencias -
significativas de elevación en la escala L de validez, y -
en las escalas clínicas Mf y Si. Los hallazgos coinciden -
en los reportes previos de una alta incidencia en los protoco
los del MMPI, sugestivos de desviación psicopática en drog
adictos y alcohólicos.

En 1977, Malhotra, Anil K., et al administraron el
cuestionario 16PF, TAT y el MMPI a 10 drogadictos, 10 pa-
cientes psiquiátricos y 10 normales (todos varones entre 18
y 30 años), y se obtuvo una detallada historia de cada sujeto
to. Los resultados demuestran que el grupo de adictos tene
ña marcadores de hostilidad y desviaciones psicopáticas -
significativamente más altos, más alta tensión y marcadores
más altos en el factor simple-complicado que los controles-
normales. Este grupo también mostró patrones más antisociales
les de comportamiento y más características neuróticas duran
te la niñez en comparación con los otros grupos. Los da
tos indican que el grupo de adictos era más similar al grupo
de enfermos que al normal.

Holland (1977), aplicó el MMPI a 215 prisioneros -
drogadictos y alcohólicos, de edad promedio 26,5 años. El-
grado de abuso de drogas y el alcohol fue analizado en relación
a las escalas del MMPI. Los niveles de incremento en
el uso del alcohol y droga fueron asociados con una propensi
ón generalizada hacia la inconformidad social, aparejada-

con un componente de ansiedad digno de tomarse en cuenta -- (F, Pd y Pt) y una segunda dimensión que relaciona el uso del alcohol con características hipocondríacas neuróticas (Hs) y el uso de drogas con características psicopáticas (L, Dp y Ma).

Wiss y Russakof (1977), analizaron los marcadores del MMPI de 324 drogadictos admitidos en un programa de tratamiento para determinar el grado de diferencia de las escalas del MMPI debido a variables personales básicas (edad, sexo, raza), así como al tipo de programa al que se le ha entrado (libre de drogas vs. metadona) y el medio ambiente del programa (residente vs. externo). Los resultados apoyan el punto de vista de que el perfil MMPI del grupo de los drogadictos (caracterizado por un perfil de grupo para drogadictos), presenta la escala 4(Dp) sustancialmente elevada, así también unos marcadores más o menos elevados en la mayoría de las otras escalas de diagnóstico.

Berry G.J., et al en el mismo año, llevaron a cabo un estudio preliminar en un intento de ampliar la información concerniente al funcionamiento neuropsicológico de un grupo de 37 inhaladores crónicos de disolventes volátiles y de otro grupo de 11 sujetos que desarrollaron una farmacodependencia múltiple. Se investigaron factores neuropsicológicos, de personalidad y de inteligencia. Los sujetos del grupo experimental fueron 37 inhaladores crónicos de sustancias volátiles en un promedio de 5.5 años, de edades entre 14 y 29 años, pertenecientes a ambos sexos, siendo mayorías del sexo masculino en una proporción de 33 a 4. El grupo control estuvo formado por 11 sujetos entre 15 a 22 años, con 10 del sexo masculino y 1 del femenino. Para investigar factores neuropsicológicos se aplicaran pruebas que midieron atención y varias funciones cognoscitivas, eficacia mo-

tora, funciones sensoperceptuales, afasia y de órdenes relacionados, así como aprendizaje verbal y memoria. Para medir inteligencia se aplicó el WAIS, y para investigar factores de personalidad se utilizó el MMPI.

En los resultados de las pruebas neuropsicológicas se observó que las calificaciones medias del grupo de inhaladores eran más bajas que las calificaciones del grupo control en todas las pruebas. Los resultados obtenidos en el WAIS son: el 60% de los sujetos inhaladores se calificaron en un rango normal (80-89) en la escala total del C.I.; los sujetos del grupo control se calificaron en el mismo rango. Los sujetos de ambos grupos tendieron a ser calificados más bajo en las pruebas de información, vocabulario y aritmética, hallazgo que refleja una combinación de poca adaptación en la escuela y privación cultural. En los resultados del MMPI se observó que el grupo de inhaladores obtuvo calificaciones significativamente más altas en la escala F o escala de validez, así como en cuatro de las escalas clínicas: depresión (D), psicastenia (Sc), esquizofrenia (Es) e introversión social (So). Se observa una configuración sociopática clásica (escala 4 y escala 9), generalmente vista en individuos impulsivos autocentrados, manipuladores, que tienden a abusar de las drogas y presentan conductas antisociales. El perfil de este grupo es similar al del control en la elevación de la escala 4. Los resultados del MMPI sugieren que los sujetos del grupo de inhaladores son similares a los del grupo de farmacodependencia múltiple, en tanto que son personas inmaduras, centradas en sí mismas, con fuertes tendencias a no controlar sus impulsos, y además sujetos que podrían presentar situaciones de conflicto en relación con su ambiente.

→ En México, Villa G.G. (1973), realizó una investigación en el Centro de Integración Juvenil, en donde se apli-

có la prueba del MMPI, con el objeto de determinar el perfil de personalidad de un grupo de 50 jóvenes (hombres) dependientes de la marihuana con edad entre 16 y 18 años. Los resultados del perfil indican que son personas apáticas, con incongruencia de afecto, solitarios, aislados, con problemas en sus relaciones interpersonales. Estos sujetos reflejan resentimiento y hostilidad hacia el medio social y hacia sus padres. Tienen tendencia hacia la delincuencia, son libres de convencionalismos sociales y presentan preocupación por la situación que atraviesan. Se observó que la dependencia a la marihuana es mayor en jóvenes que proceden de hogares desorganizados y en los que falta comunicación entre padre e hijo. En el perfil del MMPI se observó mayor elevación de las escalas 8, 4, y 9.

Guerra, Serotta y Zepeda (1973), administraron el MMPI a un grupo de 100 drogadictos adolescentes y a otro de 100 adolescentes no drogadictos. Los sujetos de ambos grupos tenían una escolaridad de 1er año de secundaria a 6o. año de preparatoria, pertenecían a cuatro niveles socioeconómicos diferentes: denominados comúnmente como clase alta, clase media alta, clase media baja y clase baja. Sus edades oscilaban entre 15 y 21 años. Los grupos estaban compuestos por jóvenes de ambos sexos.

Los resultados de esta investigación son los siguientes: 1.- Algunas escalas se presentaron constantemente altas en los perfiles o con frecuencia aparecían significativas. En el grupo de farmacodependientes del sexo masculino, la combinación que apareció en forma invariable fue la escala 8 acompañada de la 4. Hathaway señala que la elevación de la escala 8 en todos los perfiles es un índice de los problemas de personalidad como son: aislamiento, apatía, dificultad de relación, conducta hostil, inmadura y desordenada. La elevación de la escala 4 puede indicar rebeldía,-

resentimiento, hostilidad hacia el medio social circundante y con frecuencia hacia a los padres, a quienes culpan de to dos sus problemas. En ocasiones presentan conductas pasivo-agresivas, inestabilidad, impulsividad e inadaptación sexual, lo cual se relaciona con la diferencia significativa-observada con mucha frecuencia en la escala 5(Mf), más alta en los adictos, la que, a su vez, los describe como sujetos hipersensibles y con intereses relacionados con las artes - y con aspectos místicos o de tipo mágico.

2.- La escala F fue significativamente más alta en los perfiles de los farmacodependientes, lo que puede explicarse por: a) un estado de confusión al contestar la prueba; b) falta de comprensión del material, c) perturbación - probablemente de tipo esquizoide.

3.- La escala O es también particularmente significativa, siendo más alta en el grupo de adictos lo que enfatiza la existencia de introversión e inadecuación social de éstos sujetos.

4.- Se establecieron las siguientes comparaciones - entre los cuatro niveles socioeconómicos estudiados:

A-B	B-C
A-C	B-D
A-D	C-D

A : clase alta
 B : clase media alta
 C : clase media baja
 D : clase baja

En estas seis comparaciones entre adolescentes drogadictos del sexo masculino se observó que la clase social en que aparece una mayor perturbación en el perfil es la - clase C y el perfil con menor perturbación es el de la clase D.

En una escuela de nivel medio superior (1975), Magallanes V.M.G., realizó un estudio comparativo entre dos grupos de 102 alumnos que han hecho uso y no de la marihuana. Para este estudio se utilizó el MMPI. El grupo control estuvo formado por 39 hombres y 12 mujeres que no han hecho uso de la marihuana. El grupo experimental se formó con el mismo número de sujetos, con la diferencia de que estos sí habían hecho uso de la marihuana. En los resultados se encontró que existen diferencias significativas entre la personalidad de los sujetos que han hecho uso de la marihuana y aquellos que nunca la han usado. Se observó que el grupo experimental masculino los sujetos son activos, pero también se observó que esta actividad no es productiva; que son individuos impulsivos, enérgicos, rebeldes, dependientes y pasivos. Están en contra de todo lo establecido, tienen fracasos escolares y problemas con los padres. En el grupo control masculino se encontró que los sujetos son activos, que sí producen, se adaptan a las normas y a la autoridad, tienen intereses humanistas en base a metas reales y tienen una sensibilidad adecuada. En cuanto al grupo experimental femenino y grupo control femenino, la única diferencia significativa se encontró en la edad, ya que los primeros presentan una media de 18.41 y las segundas de 17.5, por lo cual se concluye que las mujeres que han hecho uso de las drogas son casi un año mayores que aquellas que nunca la han usado.

DEFINICION DE TERMINOS

De acuerdo a la definición que da la Organización Mundial de la Salud, la Farmacodependencia es: "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación".

Droga o fármaco: es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones.

Dependencia: existen dos tipos de dependencia según la droga que se consuma, dependencia física y dependencia psíquica.

Dependencia física o adicción: es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga.

Dependencia psíquica o habituación: es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física. En la dependencia psíquica no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga. Sin embargo el individuo siente la necesidad de tomar la droga, necesidad que no puede reprimir. (O.M.S., 1974)

Personalidad: Allport la define como: "la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su pensamiento y conducta característica".

La organización dinámica: es la organización mental (la formación de configuraciones o jerarquías de ideas y hábitos que dirigen dinámicamente la actividad).

Psicofísico: la personalidad no es ni exclusivamente mental, ni exclusivamente física. Su organización requiere el funcionamiento de las dos (unidad).

Sistema: todo sistema es un conjunto de elementos - de mutua interacción. Ejem.: una costumbre, un sentimiento, un concepto, un estilo de conducta.

Determinan: todo los sistemas comprendidos en la - personalidad han de considerarse tendencias determinantes.

Característica (única): toda conducta y todo pensamiento son características de la persona, son únicas, existentes solamente en un individuo.

Conducta y pensamiento: sirven para la superviven--cia y el crecimiento del individuo. Son modos de adapta--ción al medio y de acción sobre el mismo, originados por la situación ambiental en que se encuentra el individuo, modos elegidos y dirigidos por los sistemas psicofísicos comprendidos en nuestra personalidad. (Allport, 1966).

CAPITULO II

DROGAS

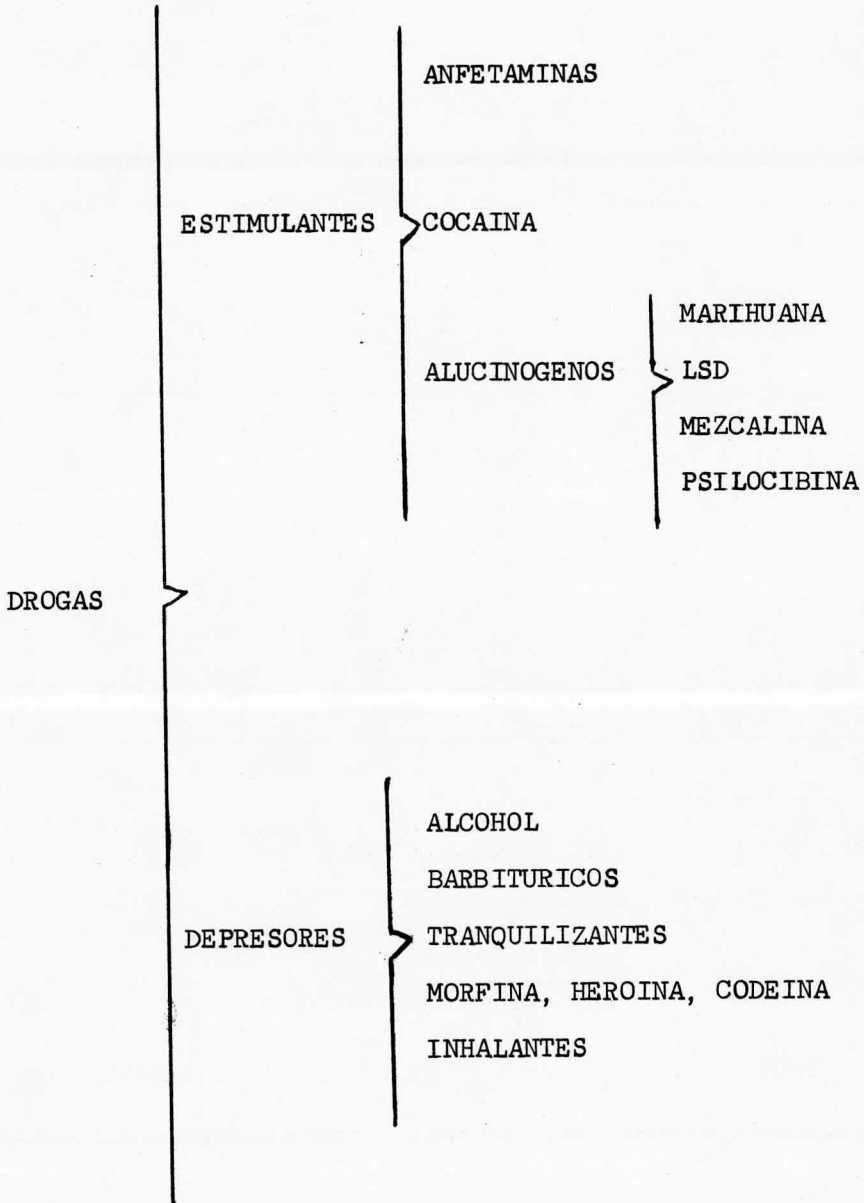
Clasificación de las drogas

(Las drogas se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos: acelerar o retardar la actividad mental. Las drogas que aceleran la actividad mental y que producen estados de excitación, reciben el nombre de estimulantes. Los fármacos que retardan dicha actividad se llaman depresores.)

Los estimulantes pueden ser naturales y sintéticos, los primeros son derivados de ciertas plantas en su estado natural, o son elaborados de las mismas plantas, como por ejemplo el café y el té, pero ninguno de ellos lleva el estigma atribuido a las otras drogas que crean hábito. Los estimulantes sintéticos son producidos por medio de reacciones químicas.

Dentro de los estimulantes sintéticos que pueden producir dependencia, existen tres tipos: anfetaminas, cocaína y los alucinógenos, cuya excitación mental que producen se manifiesta en forma de alucinaciones. Dentro de los alucinógenos están la marihuana, LSD, la mezcalina y la psicibina.

Los depresores incluyen el alcohol, los barbitúricos y los tranquilizantes, que algunas veces se usan como medicamentos. También se incluye el grupo de la morfina y sus derivados: la heroína y la codeína, así como también los inhalantes. (CEMEF, 1976).



ANFETAMINAS

Las anfetaminas están consideradas entre las drogas estimulantes más importantes; éstas fueron desarrolladas en 1920 para uso medicinal en el tratamiento de la depresión, - fatiga y obesidad (Winswig, 1978).

Se fabrican en forma de polvo blanco presentado como tabletas o cápsulas de tamaño, formas y colores muy diferentes, también se preparan como soluciones para ser inyectadas.

Existen tres tipos de anfetaminas: el primer tipo - corresponde a la anfetamina conocida comercialmente como - Bazedrina. El segundo tipo denominado dextroanfetamina, - cuyo nombre comercial es Dexedrina. El tercer tipo es el - de la Metilanfetamina. (CEMEF, 1976)

Formas de administración:

Al principio estas drogas eran consumidas por vía - oral; todavía es muy corriente que los consumidores se inicien utilizando esta vía. En la actualidad ha aumentado el consumo por vía intravenosa. (González, 1973).

Efectos:

Los efectos más leves que se presentan en el usuario de estas drogas son: a) El sujeto se vuelve excitable, - parlanchín, alerta, activo, inquieto y exhaltado. b) Suele manifestarse un cambio en la manera de ser; las personas fa - tigadas se vuelven alertas, las deprimidas se hacen activas. c) Es posible que se presenten cuadros de angustia y depre - sión una vez disueltos los efectos inmediatos de la droga.

El abuso de anfetaminas también puede producir temblor en las manos, pupilas agrandadas, transpiración abundante, falta de sueño e inapetencia, elevación de la presión sanguínea y alteraciones en la respiración y en los ritmos cardiacos.

Es frecuente que el nerviosismo y la inquietud obligue a quien ingiere anfetaminas a fumar cigarrillos con exceso. Además su abuso reseca la nariz y la boca; esto determina que el abusador no pueda captar muchos olores, que se lamen los labios continuamente y que se rasque la nariz. El uso prolongado produce en el sujeto, irritabilidad, insomnio, nerviosismo y debilidad.

Este tipo de drogas no producen dependencia física, por lo tanto no dan lugar a un claro síndrome de abstinencia, aunque la suspensión brusca puede provocar depresión severa y ansiedad. Se ha observado que provocan dependencia psíquica muy marcada, su mayor peligro se basa en que dan lugar a una gran tolerancia. Por eso los usuarios tienden a aumentar la dosis gradualmente, lo cual puede provocar una intoxicación aguda.

En el estado de intoxicación aguda se presentan los siguientes síntomas: sabor metálico, falta de apetito, náuseas, vómitos, vértigo, diarrea, dolor de abdomen, inquietud, temblores, convulsiones; también muestran irritabilidad, agresividad, insomnio, euforia, deterioro físico por falta de sueño y alimento, se manifiestan trastornos mentales con alteraciones del pensamiento, ideas de persecución y alucinaciones. En la medida en que este proceso se agudiza puede llevar a la inconciencia y a la muerte. (CEMEF, 1976).

COCAINA

La cocaína es el principal alcaloide extraído de la hoja de la coca. Fue aislado cerca del año 1858. El procedimiento con el que se logra es a grandes rasgos el siguiente: las hojas de coca se pulverizan y se les agrega una solución de carbonato de sodio y después éter de petróleo, - luego se agita con solución de ácido clorhídrico. El aspecto que presenta es de un polvo esponjoso, blanco e inodoro. (Braun, 1972).

Formas de administración:

Su consumo puede ser por vía nasal, subcutánea e intravenosa. (González, 1973).

Efectos:

Cuando se consume en pequeñas cantidades produce: - euforia, excitación, ansiedad, locuacidad, disminución de - la fatiga, mayor capacidad de trabajo y sensación de mayor - fortaleza física. Las pupilas se dilatan y la presión de - la sangre aumenta. En grandes cantidades puede producir - alucinaciones y delirios de persecución.

Su uso prolongado provoca las siguientes consecuencias: rápida pérdida de peso, debilidad física, extrema palidez de la cara, mareos, vómitos y gran excitabilidad.

La cocaína no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia; provoca en cambio una fuerte dependencia psicológica así como también un grado considerable de tolerancia, lo cual puede inducir a una sobredosis y por consiguiente a una intoxicación aguda.

La intoxicación aguda produce la siguiente sintomatología: inquietud, excitabilidad, euforia, alucinaciones, resequedad bucal, palidez, dilatación de las pupilas, fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración irregular y rápida que luego se lentifica, pulso rápido al principio y después lento o débil, convulsiones y trastornos en la circulación. Esta clase de intoxicación puede provocar la muerte. (CEMEF, 1976).

MARIHUANA

La marihuana es una droga conocida por el hombre - desde hace cinco mil años. Se obtiene de la planta adulta - del cáñamo o canabina.

Por género y especie su nombre botánico es *Canabis-Sativa* y generalmente sus variedades se identifican por su lugar de origen, así como la *Cannabis Indica* (cultivada en la India), *Cannabis Americana* y *Cannabis Mexicana*.

Esta planta es un herbáceo anual que retoña cada - primavera y muere o se cosecha en el otoño. Crece en cual- - quier clima y prácticamente no requiere cuidados; para re- - producirse requiere plantas tanto masculinas como femeninas. (Klein, 1974).

El *Cannabis* presenta tallos floríferos, acanalados, con hojas aisladas, simples o a veces descortadas en uno o - tres segmentos. Estas hojas de los tallos floríferos difie- - ren de las hojas inferiores porque estas últimas son opues- - tas, digitadas y poseen cinco o siete foliólicos estrechos, - de forma lanceolada y ampliamente dentelladas sobre sus bor- - des. El fruto contiene una sola semilla y en su base se en- - cuentra una bráctea ovalada y lanceolada.

La altura de la planta fluctúa entre 0.80 y 2 m. - En China existe una variedad que alcanza hasta 6 m. (Gonzá- - lez, 1973).

Según la parte de la planta que se utilice, pueden - obtenerse diversas preparaciones de droga. La preparación - más común se conoce con el nombre de marihuana. En ella, - se utilizan las hojas de las plantas, separándolas de las - semillas y los tallos. Las hojas de color verde se cortan - finamente.

El hashish, es la preparación obtenida con las mejores puntas de las plantas de cáñamo más fuertes, extrayendo la savia, secando la resina, pulverizándola y formándola en pequeños paquetitos. Por volumen es hasta siete veces más poderosa que la marihuana. Esta resina es de color café y comúnmente se comprime en forma de bloques.

Otra preparación es el Tetrahydro-cannabinol, vulgarmente conocida como aceite de marihuana; es mucho más potente que la marihuana y el hashish.

Formas de administración:

Los usuarios la consumen fumándola, casi siempre en forma de cigarrillos, donde puede estar sola o mezclada con tabaco. También se consume en preparaciones alimenticias, - sobre todo pastillas y dulces, o bien masticando las hojas. (Klein, 1974).

Efectos:

Los efectos varían de acuerdo a la cantidad que se consume, el ambiente social y la personalidad del usuario.

Con dosis pequeñas, de aproximadamente medio cigarrillo, el sujeto se siente en un principio estimulado, de manera que ríe y habla con facilidad; después puede presentar marcada somnolencia.

Una dosis mayor, de un cigarrillo y medio, aumenta la percepción de lo que está ocurriendo en el exterior. Al mismo tiempo se pierde la coordinación de las extremidades y la capacidad de recordar lo que ha ocurrido recientemente. Se presenta disminución de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las membranas mucosas y los bronquios. También se produce exaltación de la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la -

realidad. Hay pérdida del sentido del espacio y el tiempo - relativo se hace muy lento.

Cuando se consumen dosis mayores, ocurren alucinaciones muy vívidas. Pueden presentarse estados de pánico, - un temor exagerado a la muerte y delirios de persecución. - Si la dosis es muy alta, el sujeto puede sufrir una psicosis tóxica.

La marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, pero sí puede crear una fuerte dependencia psíquica. Se ha observado que no provoca tolerancia y los casos de sobredosis son raros. Sin embargo, existen - varios peligros; aún las dosis pequeñas pueden provocar - - reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables.

El uso continuado produce estados crónicos de apatía y desinterés, con una disminución de la motivación, descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones interpersonales y sociales. (CEMEF, 1976).

L. S. D.

El tartrato de dietilamida del ácido D-lisérgico, - es un compuesto sintético que se obtiene de varias plantas, siendo el más común el cornezuelo. El cornezuelo es un hongo que se desarrolla en los granos del centeno.

Este compuesto fue sintetizado por Albert Hofman en 1938. Sus efectos psíquicos los descubrió accidentalmente en 1943. (Brau, 1972).

La forma de presentación es en tabletas y comprimidos de color azul; tabletas pequeñas de color blanco, comprimidos irregulares de color verde, blanco y anaranjado. - Ampollas (líquido de color azul). También se puede presentar en cubos de azúcar, galletas, goma de mascar, caramelos, tabletas de aspirina, papel secante y tarjetas. (Winswig, - 1978).

Formas de administración:

Su consumo es por ingestión oral, a veces mezclado con bebidas; excepcionalmente se puede inyectar.

Efectos:

Es la droga más potente de los alucinógenos conocidos actualmente. Con sólo 1/1,000,000 de una onza se producen efectos visibles. Estos empiezan a presentarse de 30 a 45 minutos después de la ingestión, aumentan gradualmente, - llegan a su máximo durante cuatro o cinco horas y duran entre ocho y diez horas.

Las reacciones físicas son: dilatación de las pupilas, disminución de la temperatura corporal, "carne de ga--

llina", náuseas, transpiración profusa, sudor en las manos y palpitación acelerada del corazón, así como aumento del azúcar en la sangre.

Con una dosis relativamente pequeña se produce una disminución de todas las esferas sensoriales. En el campo visual, un color parece tornarse inusitadamente más brillante que los demás. Las grietas y las irregularidades de las superficies se ven como cortes en relieve profundo. Las personas, los muebles, o los objetos fijos se funden y se difunden pareciendo a veces enormes o muy cercanos y otros lejanos; la imagen cambia constantemente. Suelen ocurrir distorsiones en gustos o sonidos. Los efectos producidos en los sentidos hacen que las personas digan que prueban los colores y tocan los sonidos. Hay varias sensaciones especiales; delirios de vacío, de vibración o estremecimiento, de nebulosidad. El sujeto pierde el dominio de su cuerpo, con el resultado de sensación de flotar.

Los efectos que produce sobre el estado de ánimo recorren todas las esferas. El sujeto puede estallar con violencia, de risa, no sentir emoción ante nada. Un estado de completa relajación y felicidad; puede ser experimentada una sensación de soledad, lo cual puede producir ansiedad, miedo y pánico.

Después de algunas horas, los efectos disminuyen gradualmente hasta que los síntomas desaparecen, quedando una sensación de fatiga, de tensión y alucinaciones recurrentes que pueden persistir algún tiempo después de la ingestión de la droga. Los cambios psicológicos inducidos por la droga pueden persistir por períodos indefinidos.

El L.S.D. produce una gran dependencia psíquica. No provoca dependencia física, pero sí da lugar a la tolerancia. (Winswig, 1978).

LA MEZCALINA

La mezcalina es el principio activo que se encuentra en los botones del peyote. Fue aislada de este en 1896 y su nombre se deriva de los indios mezcalaros (de los - - E.U.), los cuales la usaban en sus ceremonias religiosas. - (Winswig, 1978)

En su forma natural es un polvo de color café oscuro que usualmente se vende en cápsulas transparentes. La - producida en laboratorio es un polvo blanco cristalino que se expende en cápsulas. (Gannon, 1973).

Formas de administración:

Oral, intramuscular o intravenosa.

Efectos:

Modificación del humor y de la actividad emocional (alegría, risas incoercibles), luego también se manifiesta alteración de las percepciones, alucinaciones. Se presentan perturbaciones de la visión, se insiste por ejemplo en la creación de cuadros mágicos o caóticos, chillones de colorido y de complicados dibujos. La percepción de los colores aumenta enormemente; los objetos más apagados adquieren una viva tonalidad, además de que se tienen visiones complejas. Las alucinaciones producidas duran alrededor de 5 a - 12 horas. Por otra parte, se presentan reacciones físicas como: malestar digestivo, aceleración del pulso, sudores y dilatación de las pupilas.

Esta droga produce dependencia psíquica. No produ-

ce dependencia física, pero da lugar a la tolerancia, a veces después de 4 ó 5 días de uso continuado, los usuarios tienen que aumentar considerablemente la dosis. (Olivens- tein, 1971).

LA PSILOCIBINA

La psilocibina es el principio activo de un pequeño hongo "el psicocibe mexicana", que crece en el estiércol de vaca en pasturas pantanosas de México. Esta droga fue aislada del hongo en 1958 y producido químicamente por Albert-Hofmann.

Se presenta en forma de polvo cristalino o como solución.

Formas de administración:

Oral, intramuscular o intravenosa. (Gannon, 1972).

Efectos:

Después de un cierto tiempo de latencia aparece malestar, fatiga, cierta somnolencia. En este estadio pueden acaecer visiones coloridas y dinámicas, una alteración de la conciencia similar al estado de sueño, la sensación de incursionar en un mundo extraño e irreal. Los efectos somáticos que se presentan son: midriasis, disminución del pulso, perturbaciones vasomotrices y neurológicas, caracterizadas por una sensación de vértigos y de perturbaciones sensitivas tipo cefaleas, calambres y hormigueo de las extremidades. Las alucinaciones que produce esta droga duran alrededor de 6 horas.

Después de unas horas la experiencia llega a su fin y la conciencia recobra su nivel normal, reteniendo el sujeto un recuerdo más o menos preciso de su experiencia. Esta corre el peligro de hacerse patológica tan pronto como el síndrome de despersonalización domina el cuadro como en los demás alucinógenos, lo cual depende sobre todo de la fragi-

lidad del sujeto, del número de experiencias y de las dosis ingeridas.

La psilocibina no causa dependencia física, pero - produce tolerancia rápidamente. (Olivenstein, 1971).

EL ALCOHOL

Etimológicamente al-kohl en árabe significa antimonio en polvo, tenue, ilusorio.

Formas de administración:

Se consume por vía oral.

Efectos:

En bajas cantidades, se presentan los efectos siguientes: exaltación del estado de ánimo, locuacidad, relajación y disminución leve de los reflejos. A medida que la dosis aumenta y la concentración de alcohol en la sangre se aproxima de 0.5 a 0.15 por ciento, se observa: torpeza general, dificultad para pensar, lentitud de comprensión y del habla, mala memoria, discernimiento deficiente, disminución de la concentración e inestabilidad emocional. Son comunes la irritabilidad, el temperamento pendenciero y la acrimonia. Se puede presentar de manera espontánea la risa o el llanto; existe un desaseo personal, ideas paranoides y hostiles y hasta suicidas.

Cuando las dosis son muy elevadas, la piel se vuelve pegajosa y fría, la temperatura baja, la respiración se hace lenta y ruidosa, el corazón se acelera y las pupilas se dilatan. Si el proceso continúa la persona muere.

El alcohol produce dependencia física y una marcada dependencia psíquica; provoca también tolerancia.

En el alcohólico crónico, después de unas horas de abstinencia, se puede presentar el delirium tremens. Estado en el cual la persona manifiesta: temblores, debilidad acentuada, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, fie--

bre, transpiración excesiva, insomnio, pérdida de peso y elevación de la presión sanguínea. En algunos sujetos pueden presentarse alucinaciones visuales o auditivas, las cuales pueden ser tan vívidas que el sujeto las describe perfectamente después de su recuperación y duda sobre si realmente fueron alucinaciones. Los delirios de persecución también son muy comunes. A medida que el delirio aumenta, la persona afectada dedica una enorme cantidad de tiempo urdiendo planes para escapar de sus perseguidores imaginarios. Habitualmente sigue un curso agudo y termina en un plazo de tres a diez días. (Winswig, 1978).

BARBITURICOS

Los barbitúricos pertenecen al grupo de medicamentos popularmente conocidos como "pastillas para dormir".

El ácido barbitúrico fue sintetizado por primera vez en 1864 por Adolf Von Baeyer. El primer derivado de este ácido salió al mercado a principios del siglo XX y desde entonces han sido elaborados y estudiados aproximadamente - 2.500 diferentes derivados. (Winswig, 1978).

Los que se usan como drogas de abuso más frecuentes son: el fenobarbital sódico. Su nombre comercial es Nembutal. El secobarbital sódico. Su nombre comercial es Seconal. El amobarbital sódico combinado con secobarbital sódico. Su nombre comercial es Tuinal.

Estas drogas se presentan en forma de cápsulas y tabletas de diversos colores, tamaños y formas.

Formas de administración:

Se consumen por vía oral, en ocasiones se disuelven en agua y se inyectan. (Hyde, 1976).

Efectos:

A dosis bajas: el usuario parece relajado y de buen humor, aunque muy lento para reaccionar.

A dosis elevadas: se observan dificultades en el habla, tambaleos, pérdida del equilibrio, caídas, facilidad para reír o para llorar y agresividad; todo ello seguido por un sueño profundo. En ocasiones, el sujeto despierta con sensación de cruda. Los síntomas son parecidos a los producidos por el alcohol.

Cuando se administra una sobredosis, se produce una intoxicación aguda, en la que el farmacodependiente presenta: desorientación, somnolencia, inestabilidad emocional, - pupilas pequeñas, pérdida de la conciencia, flacidez muscular, coma, respiración lenta, color morado de la piel, disminución de la presión sanguínea, choque y finalmente muerte.

Los barbitúricos producen dependencia física y psíquica, asimismo dan lugar a la tolerancia. Debido a la dependencia física se produce un síndrome de abstinencia cuando se dejan de tomar. Los síntomas que se presentan son: inquietud, nerviosismo creciente, temblores, debilidad, insomnio, delirios, náuseas y vómitos. Después de 36 horas se pueden producir convulsiones.

Pueden presentarse mejorías transitorias de la sintomatología convulsiva, pero ésta es substituída por un estado de ansiedad que puede durar uno o dos días. El sueño es interrumpido por pesadillas. Las alucinaciones son muy comunes. Puede aparecer un síndrome parecido a la esquizofrenia catatónica. Algunos pacientes han muerto a consecuencia del síndrome de abstinencia. (CEMEF, 1976).

TRANQUILIZANTES

Los tranquilizantes son drogas cuyo uso clínico se ha extendido. Se usan para calmar a la gente, para reducir estados de ansiedad, como relajantes musculares y como anti convulsionantes. También se han empleado en el tratamiento de la presión elevada, vómitos y alergias severas. Estas drogas se presentan en tabletas de diversos tamaños y colores, algunas de ellas en ampolletas. (CEMEF, 1976).

No todos los tranquilizantes son parecidos y sus probables mecanismos de acción varían enormemente, por lo que se dividen en dos grupos: mayores y menores. Los tranquilizantes mayores como la reserpina y la cloropromacina poseen propiedades que parecen disminuir la actividad cerebral y son utilizados en el tratamiento de perturbaciones mentales severas como la psicosis. (Winswig, 1978).

El grupo de tranquilizantes menores corresponde a fármacos de estructura química diferente y están representados por dos fármacos: meprobamato, cuyo nombre comercial más conocido es Equanil y clordiacépróxido, (llamado Librium y Diacepan), cuyo nombre comercial es Valium. Se destinan para el tratamiento de pacientes que sufren síntomas de comportamiento neurótico, pero no son efectivos para tratar condiciones nerviosas más serias. (CEMEF, 1976).

Formas de administración:

Se consumen por vía oral y algunas pueden inyectarse.

Efectos:

Se ha observado que los síntomas que produce el uso de tranquilizantes en grandes dosis son muy parecidos a los

que provoca el consumo de barbitúricos. Una sobredosis de -
tranquilizantes puede llegar a producir coma, insuficiencia
respiratoria y muerte.

Los efectos que se producen bajo intoxicación aguda
son: movimientos rápidos e involuntarios de los ojos, vi---
sión borrosa, pupilas muy pequeñas, relajación muscular, -
zumbido de los oídos, disminución de la tensión arterial, -
somnolencia, debilidad, confusión mental, alucinaciones, -
agresividad, disminución de los reflejos, schok, coma y de-
presión respiratoria tal que puede derivar en la muerte.

Los tranquilizantes provocan dependencia psíquica y
física. El síndrome de abstinencia es muy parecido al de -
los barbitúricos, aunque menos severo.

El síndrome de abstinencia producido por el meprobau
mato, contiene síntomas de cefaleas, náuseas, vómitos, hi--
pertensión, convulsiones, temblores, sacudidas, catatonía,-
anorexia, insomnio, ansiedad y desilusión, alucinaciones, -
delirio y muerte.

El síndrome de abstinencia del clordiacepróxido, -
produce náuseas, sacudidas musculares, convulsiones, sudoraa
ción, anorexia, insomnio y excepcionalmente muerte. (Gonzá-
lez, 1973).

EL OPIO Y SUS DERIVADOS

El opio es obtenido de la planta de la adormidera, *papaver somniferum*, nativa de Asia Menor. Los elementos farmacológicamente activos del opio son alcaloides. Usualmente, el alcaloide es el principio activo de la droga en crudo. Aunque la cantidad de alcaloides que contiene el opio es considerable, solo tres de ellos tienen aplicación clínica extensa: la morfina, la codeína y la papaverina. (Winswig, 1978).

La adormidera es una planta anual que nace en otoño o en primavera y vive hasta el verano siguiente. Sus tallos son huecos, fistulosos, sus hojas son grandes, lampiñas y lobuladas, las flores tienen cuatro pétalos blancos y rosados, el fruto es grueso y ovoidal con la corona agrandada, debajo de ella se forman unos agujeros por los cuales se escapan las semillas, o dejan de formarse y la cápsula las guarda en su seno, ahí se encuentra también una sustancia blanca y espesa. Para extraerla, se hace una incisión en la cápsula y la sustancia se recoge en vasijas donde se endurece y toma un color café oscuro. Esto es el opio crudo, tiene un olor fuerte y un sabor amargo. Se envuelve en celofán para mantenerlo húmedo. (Fábrega, 1965).

El opio preparado se presenta en forma de varas, planchas o barras de color café o dorado. Se fuma en pipas especiales, y al quemarse desprende un olor muy característico. También puede ingerirse o inyectarse. Existen además preparaciones farmacéuticas de opio, como la tintura canforada de opio, llamada paregórico, que se utiliza como medicamento contra la diarrea. (CEMEF, 1976).

Efectos:

Se ha observado que la intoxicación por opiáceos - provoca: perturbación de las facultades de concentración y juicio. Pueden provocar también sensaciones de calor, dolor y purito. En dosis tóxicas provoca miosis, intensas convulsiones, deprime el centro respiratorio disminuyendo su frecuencia, provoca descenso de la tensión arterial, trastornos del ritmo cardiaco, diaforesis, eritema, congestión, náuseas, vómitos, anorexia, estreñimiento, disminución de la diuresis y espasmos del esfínter vesical. (González, 1973).

Derivados del opio.

Además de los alcaloides naturales del opio, existen varios derivados de la morfina a los que a menudo se les llama alcaloides sintéticos del opio y que se preparan a partir de la morfina. (Winswig, 1978).

MORFINA

La morfina se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico. La morfina base, que así se obtiene, se presenta como un polvo fino o en bloques. La morfina inyectada es de diez a veinte veces más potente que el opio ingerido. Por otra parte, es el analgésico más poderoso que se conoce. Sin embargo como su uso provoca efectos indeseables y produce adicción, solo se emplea para tratar dolores extremadamente intensos resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas, etc., así como para reducir el sufrimiento en las últimas fases de enfermedades fatales como el cáncer. (CEMEF, 1976).

Efectos:

En la intoxicación aguda, los síntomas que se producen son: disminución de la actividad, disminución de la concentración mental, miosis, euforia, estimulación de la imaginación, tranquilidad, alivio, sudoración, pérdua de tiempo y espacio, anorexia, náuseas, vómitos, constipación, picazón de la piel, sequedad de la boca, cianosis, edema pul-monar, depresión cardiovascular, depresión respiratoria marcada, pulso regular y lento, presión sanguínea normal hasta que se produce anoxia; coma, paro respiratorio y muerte. - (CEMEF, 1976).

HEROINA

La heroína es un derivado de la morfina que se produce también mediante procedimientos químicos relativamente sencillos. En su forma pura es un polvo cristalino blanco y fino, cuando su fabricación es imperfecta resulta de color-amarillento, rosado o café y de consistencia áspera. La heroína se puede adulterar con azúcar, quinina u otras subs-tancias. (CEMEF, 1976).

Administración:

El consumo de esta droga se hace de diversos modos: inhalándola en polvo, fumada, administrada por vía parental o ingerida, lo más común es que se inhale después de calentarla o bien que se disuelva en agua y se inyecte. La he-roína no se emplea en medicina y en la mayor parte de los países su uso está totalmente prohibido. (González, 1973).

Efectos:

Los efectos que produce son de cuatro a diez veces más poderosos que los de la morfina. Los efectos que produce bajo intoxicación aguda son: mareos, ansiedad, euforia, lenguaje incoherente, incoordinación, hiporreflexia, miosis, rinorrea y lagrimeo, pérdida del apetito, estreñimiento, convulsiones, depresión respiratoria, coma y muerte. (Fábrega, 1965).

CODEINA

La codeína se obtiene de la morfina. Fue aislada del opio por el químico Francés Robiquet en 1832. Se presenta en forma de polvo o de tabletas. Como medicamento la codeína se emplea extensamente en forma de jarabes y de tabletas para suprimir la tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus efectos analgésicos son diez veces menores que los de la morfina. (CEMEF, 1976).

Efectos:

Los efectos que produce bajo intoxicación aguda son: mareos, ansiedad, euforia, lenguaje incoherente, incoordinación muscular, hiporreflexia, miosis, rinorrea y lagrimeo, anorexia, estreñimiento, paro respiratorio y muerte.

Su poder adictivo es mucho menor que el de las drogas anteriores, debiendo tomarse en grandes cantidades y durante mucho tiempo para causar dependencia. Puede ingerirse o inyectarse. (Fábrega, 1965).

Síntomas de intoxicación crónica por el consumo repetido del opio y sus derivados:

Emaciación, anemia, piel caquética, cerea, seca y áspera; trastornos nutricionales a nivel de las faneras, cabellos y uñas. En la esfera psíquica los sujetos se vuelven apáticos e irritables, con tendencias neuróticas. En las funciones sexuales se ocasiona: amorrea, impotencia y hasta esterilidad. Todas estas manifestaciones clínicas pueden conducir a enfermedades intercurrentes de grave pronóstico en un organismo debilitado.

Las cuatro drogas que se acaban de citar producen dependencia física. Existe marcada tolerancia en todas, lo que obliga al usuario a aumentar progresivamente las dosis. En estos casos del uso del opio y sus derivados el síndrome de abstinencia es uno de los más severos que se conocen. - (González, 1973).

Síndrome de abstinencia de los opiáceos.

Alrededor de unas doce horas después de la última toma de morfina o heroína, el usuario empieza a presentar el síndrome de abstinencia. Cuando éste es leve, se caracteriza por bostezos, ojos llorosos, flujo nasal, comezón, dilatación de las pupilas, "carne de gallina", nerviosismo y ansiedad. Cuando el síndrome es más grave el sujeto presenta: insomnio, sudoración profusa, diarrea, náuseas, contracciones musculares, fuertes dolores en espalda y piernas, escalofríos, aumento de la respiración y de la presión sanguínea, fiebre, desesperación y obsesión por conseguir una dosis de la droga. (Fábrega, 1965).

La intensidad del síndrome de abstinencia varía con

el grado de dependencia física y con la cantidad de droga - que se consume. Los síntomas empiezan a manifestarse entre 8 y 12 horas después de la última dosis. Estos aumentan progresivamente en intensidad alcanzando su máximo entre las 36 y 72 horas. Posteriormente a la última ingestión de la droga, los síntomas disminuyen gradualmente en los próximos 5 a 10 días, en tanto que el insomnio, el nerviosismo y los dolores musculares persisten durante varias semanas. (CEMEF, 1976).

INHALANTES

Los inhalantes y disolventes volátiles son sustancias químicas empleadas en la composición de productos industriales y de uso doméstico, casi todas ellas son sustancias orgánicas extraídas del petróleo o de árboles (como el tiner).. Existen en estado gaseoso o líquido y se evaporan con rapidez cuando se les expone al aire.

Los inhalantes de más uso entre los farmacodependientes son:

1) Los derivados de hidrocarburos; lacas, tiner, --removedores, gasolina y kerossene; nitroparafinas, cetonas, alcoholes, ésteres. Algunos son de baja toxicidad, son depresores del sistema nervioso central.

2) Aerosoles cuyos componentes químicos tienen acetona, tolueno, nafta, benceno, tetracloruro, carbón, diversos alcoholes y acetatos. En la actualidad se expenden más de 300 diferentes tipos de productos desodorantes, insecticidas, lubricantes para cacerolas, etc., que contienen gases de hidrocarburos de cloro o flúor.

3) Anestésicos: cloroformo, éter, óxido nitroso y gases relacionados.

En el siguiente cuadro se observan los principales-inhalantes (Cohen, 1973).

<u>Producto químico.</u>	<u>Producto comercial.</u>
Tolueno.	Cemento plástico.
	Cemento de modelos.
	Thiner líquido.
Xileno.	Quitae esmalte de uñas.
Acetona.	Cemento de modelos.
Gasolina.	Combustible de motores.
Benzeno.	Cemento de hule.
	líquido para encendedores.
Hexano.	Cemento plástico.
Hidrocarburos clorados.	
Tetracloruro de carbono.	Quitamanchas.
	Lavado en seco.
Tricloroetileno.	Quitamanchas.
	Lavado en seco.
	Refrigeración.
Freons:	
Tricloromonofluorometano.	Aerosoles, refrigeración.
Diclorofluoroetileno.	Aerosoles, refrigeración.

Todas estas sustancias son o contienen compuestos-volátiles. Por ello se consumen como drogas de abuso.

Administración:

La inhalación de estas sustancias constituye la forma habitual de uso y sólo en raras ocasiones se ingiere por vía oral; la concepción de las distintas técnicas de administración obedece al interés por lograr la máxima concentración del inhalante, la forma más usual consiste en verter la sustancia dentro de una bolsa de material plástico y colocar firmemente ante la boca. En otros casos se impregnan telas o estopa, o se utiliza un envase abierto o simplemente se ahuecan las manos a manera de recipiente.

El sujeto inhala hasta obtener el estado deseado, repitiendo la aspiración a fin de continuar experimentando. El efecto dura de 5 a 10 minutos y después se repite la inhalación. (Torres, 1975).

Efectos:

Los síntomas después de la inhalación son: euforia-transitoria, regocijo y animosidad similares a los que presenta un sujeto bajo los efectos del alcohol. Presenta sensación de bienestar y de fortaleza, conducta impulsiva, agresiva y peligrosa.

Su rasgo patológico más frecuente es la depresión, los trastornos conductuales en el juicio crítico y la confusión. En un informe emitido por la Comisión Le Dain de Canadá acerca de los efectos de los inhalantes (1973), se afirma que, según el resultado de algunas investigaciones, es posible una "disminución de las inhibiciones, aumento de la sociabilidad, sensación de bienestar y euforia" y, que el suministro de dosis altas puede producir hilaridad, sensación de ingravidez, obnubilación mental, vértigo, desconexión parcial del medio ambiente, trastornos en la percepción del tiempo y del espacio e ilusiones. Agrega que algu-

nas de estas sustancias producen efectos subjetivos similares a los producidos por las drogas psicodélicas: visión borrosa, secreción nasal, ojos llorosos, cefalea, incoordinación motora, náuseas, vómitos, sensación de entumecimiento, embriaguez y confusión. Cuando la dosis se incrementa los efectos sedantes son más marcados, puede sobrevenir depresión respiratoria, estupor, somnolencia e inconciencia. Mayores cantidades provocarían inhibición de la respiración y muerte. (Torres, 1975).

Los inhalantes provocan marcada dependencia psíquica, poca dependencia física y una gran tolerancia. Los efectos posteriores a una intoxicación son náuseas, depresión, insomnio y pérdida del apetito. (CEMEF, 1976).

HISTORIA DE LAS DROGAS

El uso de las drogas se remonta a muchos siglos -- atrás, en las más antiguas manifestaciones de cultura aparecen señales de su conocimiento y de su uso. Los pueblos primitivos las usaban durante sus ritos religiosos y sus actividades bélicas.

Desde la Edad de Piedra, el hombre estuvo enterado del proceso de la fermentación. Existen pruebas de que la fruta se almacenaba en cuevas oscuras y cálidas, lo cual probablemente establecía las condiciones ideales para la fermentación y finalmente para la conversión de los jugos frutales en alcohol. (Winswig, 1978).

De acuerdo a los estudios realizados por Henry Hartwing, citados por Krob, basándose en ciertos hallazgos en las habitaciones palustres, el cultivo de la adormidera (de la cual se obtiene el opio) se remontaría por lo menos a 2000 años antes de nuestra era. (Fábrega, 1965).

Hace alrededor de 5000 años (2737 a.c.), el emperador chino Shen-Nung registró el empleo de la marihuana en su erudito libro de farmacología. Para él, la marihuana era una medicina muy útil que curaba todo, desde el beriberi y la malaria, hasta la constipación y la gota. (Klein, 1974).

Los asirios conocían el hashish, la marihuana y el bhang o la ghanga ocho siglos antes de la era cristiana. En la india, diversos tipos de derivados del cáñamo han sido empleados desde hace miles de años como una práctica mágica y mística. (Fábrega, 1965).

La práctica de la inhalación es antigua. Los hebreos aspiraban sustancias aromáticas como parte esencial --

del culto "que alegraba el corazón"; en tanto que los griegos estimulaban sus experiencias extáticas mediante la inhalación de los gases helados que emanaban de rocas y grietas. En el Oráculo de Delfos, las sacerdotizas inhalaban gases de bióxido de carbono y hacían sus predicciones en este estado semialucinatorio. (Cohen, 1972).

Dentro del milenio anterior a la llegada de Cristo, la marihuana también se abría camino hacia la mayoría de los pueblos árabes y desde entonces ha sido empleada continuamente. (Klein, 1974).

En Europa durante el Renacimiento, el opio se usó en el tratamiento terapéutico para las enfermedades mentales, principalmente histerias. (Hoston, 1969).

A mediados del siglo XVII, la prohibición del tabaco en China, en cierto modo indujo al pueblo a fumar opio, sobre todo la gran masa pobre y hambrienta encontró en él un modo de evadir la realidad. (Fábrega, 1965).

En México, muchos siglos antes de la conquista se usaban plantas con efectos psicoactivos; los aztecas poseían el hongo sagrado "teonanacatl", que significa "carne de Dios" y que utilizaban en sus ritos. Este hongo psilocibe mexicana se emplea todavía en la actualidad, en algunas regiones de México. (Benitez, 1964).

Desde el año 1,000 d.c., se ha cultivado en el Perú la planta de la coca (de la cual se obtiene la cocaína). -- Los incas la utilizaban principalmente en ceremonias religiosas y la consideraban como un símbolo de fuerza, resistencia y fertilidad. Era una ofrenda sagrada en todas las celebraciones importantes.

En 1553, los españoles utilizaron la planta de la -

coca como moneda para pagar a los trabajadores indios. A fines del siglo XIX el papa León XII aprovechó el uso de la coca para fines religiosos, después de haber experimentado con ella para lograr un estado ascético. (Winswig, 1978).

En 1560 Sahagún y en 1638 Francisco Hernández, describen como narcótico a un pequeño cactus conocido como "peyote" o mezcalina (Benitez, 1964), cuyo uso en las últimas décadas del siglo XIX proliferó en diferentes regiones de los Estados Unidos, México y Canadá.

La administración de drogas en exceso tomó un cariz de problema social a partir del descubrimiento de dos derivados alcalinos del opio: morfina (1805) y codeína (1832), que originalmente fueron empleados con el fin de tratar de corregir la adicción al opio, desconociendo que en realidad se estaban usando otros compuestos aún más susceptibles de producir no solo habituación sino dependencia física. La invención de la aguja hipodérmica en 1843 y la síntesis de la heroína (derivado de la morfina), fueron otros de los factores importantes en el aumento de adicción. (Fábrega, 1965).

En 1920 las anfetaminas fueron desarrolladas para uso medicinal en el tratamiento de la depresión, fatiga y obesidad. La epidemia más grave de su abuso ocurrió en el Japón a fines de la década de 1940 y a principios de la década de 1950. Después de la segunda guerra mundial, se pusieron a disposición de los militares que participaron en esta guerra grandes provisiones de estas drogas; se habían estado empleando en el combate para reducir la fatiga y para proporcionar mayor energía y agilidad. (González, 1973).

Los primeros datos sobre el empleo de los tranquilizantes se remontan a mediados de la década de los cincuen--

ta, cuando se introdujeron dos fármacos: la reserpina elaborada de una raíz proveniente de la India llamada rauwolfia y la clorpromacina sintetizada por primera vez en Francia. (Winswig, 1978).

En los últimos 25 años el uso de las drogas se ha extendido enormemente; muchas de ellas han sido empleadas con éxito en la práctica de la medicina y la psiquiatría, pero también se ha hecho abuso de este tipo de sustancias, con consecuencias nefastas para la sociedad. (Jones, 1969).

CAPITULO III

METODOLOGIA

a) Objeto de la investigación.

En esta tesis trataremos de establecer diferencias en las características de personalidad entre un grupo de pacientes farmacodependientes hospitalizados y las de otro grupo de sujetos no-farmacodependientes.

Nuestro propósito es conocer en los adictos aquellas características de la personalidad, que independientemente de la existencia de factores como los familiares y sociales, pudieran inducir al uso de las drogas.

b) Hipótesis de la investigación.

Presuponiendo que existen diferencias en las características de la personalidad en sujetos hospitalizados - adictos y estudiantes no adictos, se enuncian las siguientes hipótesis, que se investigaran a través del MMPI.

Hipótesis No. 1

Hipótesis nula 1.- No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 entre los perfiles de un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos que esté en la Secundaria Nocturna y que no haya tenido experiencia con drogas.

Hipótesis alterna 1.- Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 entre los perfiles de un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos que esté en la Secundaria Nocturna y que no

haya tenido experiencia con drogas. El perfil del primer grupo es más elevado que el del segundo.

Hipótesis No. 2

Hipótesis nula 2.- No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 4 (Dp), en el perfil del MMPI, entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas.

Hipótesis alterna 2.- Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 4 (Dp), en el perfil del MMPI entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas. En la escala 4 existe una mayor elevación en el primer grupo respecto del segundo.

Hipótesis No. 3

Hipótesis nula 3.- No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 7 (Pt), en el perfil del MMPI, entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas.

Hipótesis alterna 3.- Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 7 (Pt), en el perfil del MMPI, entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas. La elevación en la escala 7 es mayor en el primer grupo.

Hipótesis No. 4

Hipótesis nula 4.- No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 8 (Es), en el perfil del MMPI, entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas.

Hipótesis alterna 4.- Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 8 (Es), en el perfil del MMPI, entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas. La elevación en la escala 8 es mayor en el primer grupo.

c) Instrumentos utilizados.

Se seleccionó el MMPI, cuyos niveles de objetividad, validez y confiabilidad han sido ampliamente estudiados. Por lo que consideramos que es el instrumento adecuado para obtener las diferencias estadísticamente significativas en las características de personalidad.

El objetivo del MMPI es el de definir las áreas clínicas más importantes de la personalidad, lo cual se lleva a cabo a través de la evaluación, tanto de los síntomas como de la estructura subyacente de la personalidad.

A fines de 1938, los Dres. Hathaway y Mckirley comenzaron a reunir selectivamente frases para una prueba, convencidos de la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica.

El MMPI apareció en 1940, fue traducido al español por el personal técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico y adaptado para América Latina por el Dr. Rafael Nuñez.

El MMPI originalmente fue diseñado con el fin de analizar aquellos rasgos que comúnmente son las características de la psicopatología. La lista original consistió en 1200 frases que después se redujeron a 504. Actualmente el cuaderno del MMPI consta de 566 proposiciones, a las cuales los sujetos deben responder con "verdadero" o "falso", según su criterio.

El inventario fue diseñado para ser aplicado a personas a partir de los 16 años, si bien ha dado resultados satisfactorios con sujetos de menor edad.

Los reactivos de esta prueba varían en cuanto a su contenido y cubren áreas tales como la salud física, los síntomas psicósomáticos, los desórdenes neurológicos, las actitudes sexuales, religiosas, políticas y sociales; así como también las situaciones educacionales, ocupacionales, familiares y maritales. A la vez investiga manifestaciones de comportamiento neurótico o psicótico tales como estados obsesivos, compulsivos, delirios, alucinaciones, ideas de referencia, fobias, rasgos sádicos y mazoquistas, etc.

Desde la aparición del MMPI, en 1940, el inventario estuvo provisto de calificaciones para nueve escalas clínicas. Cada una de estas escalas se estandarizó teniendo grupos control de aproximadamente 700 sujetos, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y los 55 años. Las escalas originales desarrolladas por los autores fueron:

- 1.- Hs - Hipocondriasis.
- 2.- D - Depresión.
- 3.- Hy - Histeria.
- 4.- Pd - Desviación psicopática.
- 5.- Mf - Masculinidad-femineidad.
- 6.- Pa - Paranoia.
- 7.- Pt - Psicastenia.
- 8.- Sc - Esquizofrenia.
- 9.- Ma - Hipomanía.

Otra innovación del MMPI es la utilización de cuatro "escalas de validez". Estas escalas no analizan la validez en sentido técnico, sino que representan controles sobre la falta de cuidado o la mala interpretación del sujeto al tomar la prueba. También registran los intentos deliberados del examinado por causar una impresión negativa o positiva. La escala de las interrogaciones (?), la de las mentiras (L) y la de la validez (F), se usan ordinariamente para lograr una evaluación general de los resultados de la prueba.

Si alguna de estas escalas excede a un determinado valor máximo se considera invalidada la prueba.

La escala de corrección (K) fue diseñada para funcionar como "variable de supresión". Se emplea para computar un factor de corrección, el cual es añadido a las calificaciones de algunas de las escalas clínicas, para obtener calificaciones totales ajustadas. Debe de hacerse notar, - que las escalas de validez no han sido completamente estan-

darizadas y su uso se deja al juicio del experto clínico.

Posteriormente a la publicación del MMPI en su forma original, han sido desarrolladas aproximadamente 200 escalas nuevas y mediante éstas se pueden investigar áreas tales como la dependencia (Dy), la sociabilidad (Si), la fuerza del yo (Es), el prejuicio (Pr) y muchas otras.

La práctica en el manejo del MMPI ha demostrado que a medida que se encuentren más escalas elevadas y entre más altos sean los puntajes (scores) de éstas, habrá mayor probabilidad de que la persona en cuestión se encuentre seriamente perturbada.

Se dará a continuación una breve descripción de cada escala del Inventario Multifásico de la Personalidad:

Escala de validez.

Escala (?) "No puedo decir"

El número de frases no contestadas constituye el puntaje de esta escala, se le enfatiza al sujeto que conteste todas las preguntas. Un alto número de omisiones significa o bien una gran defensividad de parte de los sujetos, o que el sujeto no sabe como contestar y esto indica que no se puede llegar a ninguna conclusión sobre esta persona en particular.

Escala L.

Esta escala está integrada por 15 frases, fue diseñada a partir de la investigación de Hartshorne y May (1928). Hathaway y Mackinley tomaron los reactivos delibe-

radamente y los introdujeron como un grupo en la prueba.

El puntaje de esta escala, llamado también puntaje-mentira, es también de validación y permite una medición - del grado en que el sujeto puede intentar falsificar sus - puntajes, seleccionando siempre las respuestas que le si- - túen en la posición social más favorable.

Escala F.

Esta escala está integrada por 64 frases, el pun- ta- je F no es una escala de personalidad, pero se utiliza como una forma de evaluar la validez total de todo el protocolo- en general. Este puntaje indica el grado de comprensión - del sujeto a los reactivos de la prueba y a las instruccio- nes de las mismas.

Escala K.

Esta escala está integrada por 30 frases, se utili- za combinada con cinco escalas clínicas para aumentar el po- der discriminativo de las escalas clínicas medidas por el - inventario.

El puntaje K debe considerarse como una medida de - la actitud del sujeto ante la situación de prueba. Se usa- para detectar las actitudes conscientes e inconscientes de- personas defensivas y de personas autocríticas.

Escalas Clínicas.

I (Hs), 2 (D), 3 (Hi), 4 (Dp), 5 (Mf), 6 (Pa), 7 (Pt)
8 (Es), 9 (Ma) y 0 (Si).

Escala I (Hs).

La escala I intenta medir las características de personalidad relacionadas con patrones neuróticos de hipcondriasis. Esta escala es una medida de la cantidad e interés anormal acerca de las funciones corporales. El sujeto se queja de dolores que son difíciles de identificar y para los que no se encuentra ninguna base orgánica esclarecida.

Escala 2 (D).

El grupo clínico en el cual se basó la escala 2, mostró un patrón depresivo. La mayoría de los 60 reactivos incluidos en esta escala fueron seleccionados directamente por comparación del grupo psiquiátrico y del normal. Expresan apatía, renuncia de impulsos básicos, negación de felicidad, de mérito propio y sentimientos de minusvalía e inferioridad.

Escala 3 (Hi).

La escala 3 está integrada por 60 frases que se utilizan para cubrir varios campos. Algunas hacen referencia a malestares de tipo somático y otras a actitudes sociales, siendo éstas últimas de tal naturaleza que el sujeto tiende a reforzar aquellas frases que logran que él se le considere adecuadamente socializado.

Escala 4 (Dp).

Esta escala fue desarrollada para medir las características de personalidad de personas con conducta anormal y

asocial, o sea, sujetos de personalidad psicopática.

El rasgo principal del patrón de personalidad psicopática incluye cuadros patológicos en la estructura de su personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentimiento de malestar.

Escala 5 (Mf)

La integran 60 frases. Esta escala mide las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos. Los puntajes T se ofrecen por separados para los dos sexos.

· Escala 6 (Pa).

La integran 40 frases. Esta escala fue diseñada para evaluar el patrón clínico de paranoia. El concepto de paranoia incluye ideas de desconfianza, referencia y grandeza. Aunque el sujeto paranoide contiene los rasgos antes mencionados, da la impresión de hallarse bien orientado en cuanto a tiempo y espacio.

Escala 7 (Pt).

La integran 48 frases. Esta escala fue diseñada con el propósito de encontrar características de personalidad clasificadas como psicastenia, o el síndrome obsesivo compulsivo. Los rasgos de personalidad incluyen además de ruminaciones obsesivas y de conductas compulsivas, algunas formas de temores anormales, preocupaciones, dificultad en concentrarse, sentimientos de culpa, excesivas dudas para tomar decisiones y angustia.

Escala 8 (Es)

La integran 78 frases. Esta escala mide la similitud de respuestas entre personas normales y aquellos sujetos que se caracterizan por pensamiento o conductas inusitados y extraños.

En la persona esquizofrénica existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad externa, a tal grado que el observador no puede seguir racionalmente los cambios de modo o conducta del sujeto. Los rasgos principales son: incongruencia afectiva, fraccionamiento en el proceso de pensamiento y extraño contenido del mismo. El esquizofrénico no manifiesta interés en el medio ambiente, suele dar la impresión de encerrarse en sí mismo; se mantiene generalmente fuera de todo contacto con el mundo externo.

Escala 9 (Ma).

La integran 46 frases. Esta escala mide el factor de personalidad característico de personas con marcada productividad en pensamiento y acción. La palabra hipomanía se refiere a un estado menor de manía.

El objeto de esta escala es el de diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maníaco-depresivas tipo maníaco.

Escala 0 (Si).

La integran 70 frases. Tiende a medir la forma en que se relaciona el individuo con otras personas.

La elevación de la escala 0 se observa en personas que muestran características de introversión, especialmente

timidez, inseguridad social aislamiento.

Si la calificación de la escala 0 es baja, probablemente indica ajuste social, características amistosas, se--ductoras y tendencia a la extroversión.

Administración y calificación de la prueba.

La forma más usual de administración consiste en un folleto con las instrucciones impresas y una hoja de res---puestas en donde el sujeto debe marcar "cierto" o "falso" - según corresponda su respuesta a las proposiciones anotadas en el folleto. Esta forma incluye también el perfil en donde se vaciarán las respuestas, clases y manual de evalua- -ción.

Otra forma, es la que se usó originalmente, consiste en una serie de tarjetas, colocadas dentro de una caja, - en cada una de las cuales se encuentran escritas las proposiciones para que el sujeto las seleccione y las coloque en el compartimiento correspondiente.

Actualmente, cuando se requiere tratar estadísticamente un gran número de datos se utilizan computadoras elec--trónicas. En México se cuenta con el programa especial para calificación del MMPI diseñado por los estudios de Ra--fael Nuñez O.

La forma de calificación manual se lleva a cabo por medio de un juego de plantillas perforadas de tal forma que permiten computar el número de respuestas dadas para cada - escala. Los puntajes brutos así obtenidos se anotan en el - perfil y posteriormente se convierten en puntajes T.

La puntuación T resulta al asignar un valor de 50 a las puntuaciones normales y un valor de 10 a cada desviación estándar, por lo que una puntuación T de 70 tiene dos desviaciones arriba de la media aritmética.

d) Muestra.

Se utilizaron dos grupos de 30 sujetos cada uno. El primero con pacientes farmacodependientes hospitalizados y el segundo con un grupo de estudiantes de la Secundaria Nocturna para Trabajadores que no tuvieran experiencia con drogas. Los sujetos de ambos grupos llenaron los siguientes requisitos: sexo masculino, entre 17 y 25 años de edad, con una escolaridad de 1er a 3er. año de secundaria y nivel socioeconómico bajo. (Ver tabla No. 1 y 2).

e) Procedimiento.

Para llevar a cabo la investigación fueron elegidas 2 muestras de dos poblaciones diferentes.

La muestra del grupo formado por pacientes farmacodependientes hospitalizados se obtuvo de la siguiente manera: acudimos al departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en donde se nos permitió tener acceso a los expedientes de los pisos 3ero, 6to. y 7mo.. Revisamos los expedientes que contenían historias clínicas y estudios psicológicos. A través de la historia clínica, elegimos aquellos expedientes de los pacientes farmacodependientes que han desarrollado una farmacodependencia múltiple, cuya edad fluctuara entre los 17 y 25 años, del sexo masculino, con escolaridad de 1er. a 3er. año de secundaria y nivel socioeconómico bajo. Se observó que es--

tos pacientes tenían un tiempo de consumo a las drogas entre 1 y 3 años. De 30 estudios psicológicos realizados a estos pacientes, se extrajeron los puntajes de la prueba del MMPI, los cuales fueron aplicados por las psicólogas de cada piso en forma individual. Con esta muestra se formó el grupo 01.

La muestra formada por sujetos no-farmacodependientes, la obtuvimos de la siguiente forma: observamos que los sujetos farmacodependientes hospitalizados presentan características socioculturales y económicas tan específicas que consideramos conveniente elegir el grupo de no-farmacodependientes entre una población que presentase aproximadamente las características socioculturales y económicas del grupo-objeto de estudio. Así nos encontramos con que, un grupo de sujetos que cursan en la Secundaria Nocturna reunían estos requisitos. Para formar esta muestra, por medio de un oficio solicitamos autorización a la Secretaría de Educación Pública a fin de que se nos permitiese aplicar un cuestionario y la prueba de MMPI en la Secundaria Nocturna para Trabajadores No. 62, ubicada en la Colonia Ejército de - - Oriente. Dicha autorización nos fue otorgada.

La población de la escuela está formada por 300 - - alumnos; dos grupos de 50 alumnos corresponden al 1er. grado; dos al 2do. grado y dos grupos de 50 al 3er. grado.

Visitamos los 6 grupos e invitamos a los alumnos - del sexo masculino a participar voluntariamente en la investigación. El número de alumnos que aceptaron fue de 90. - Estos fueron distribuidos por mitad en dos aulas de la escuela. En seguida se les repartió un cuestionario, elaborado previamente por nosotras con el objetivo de comprobar si realmente estas personas no habían tenido ninguna experiencia con drogas. Se les pidió que fueran sinceros al contestarlo pudiendo omitir el nombre si lo deseaban. Nuestro -

propósito fue obtener datos más precisos y verdaderos, seguidamente se les administró la prueba del MMPI, impartiendoles las instrucciones al conjunto. Durante la aplicación estuvieron presentes dos examinadores para disipar dudas. El tiempo de aplicación duró aproximadamente dos horas en cada aula.

Una vez reunidos cuestionarios y pruebas se revisaron los primeros, excluyendo aquellos sujetos que alguna vez hubiesen consumido drogas y cuya edad no se encontrara entre 17 y 25 años. De los 67 restantes se obtuvieron los puntajes del MMPI de los 30 primeros, los cuales formaron el grupo 02 para el estudio.

f) Diseño estadístico.

En la presente investigación el procedimiento consistió en calcular las medias aritméticas en cada una de las escalas del MMPI, sobre la población de los 60 sujetos que formaron los dos grupos.

Las medias aritméticas o promedios de puntajes de cada escala se obtuvieron con la siguiente fórmula:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

Donde:

\bar{X} = media aritmética.

N = número de casos.

Con las medias aritméticas obtenidas para cada escala de la prueba del MMPI, se trazaron los perfiles para cada grupo (éstos se presentan al final de este capítulo).

El siguiente paso en el tratamiento estadístico de los datos fue aplicar la prueba "t", para detectar si las diferencias entre las medias aritméticas de cada escala entre los dos grupos, eran significativas o se debían al azar.

La fórmula para obtener la prueba "t" es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{SC_1 + SC_2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 2)}}$$

Donde:

\bar{X}_1 = media del grupo 1

\bar{X}_2 = media del grupo 2

SC_1 = suma de los cuadrados del grupo 1

SC_2 = suma de los cuadrados del grupo 2

n_1 = número de sujetos en el grupo 1

n_2 = número de sujetos en el grupo 2

p = probabilidad de que las diferencias se deban al azar. Entre mayor resulta el valor "t", menor será la probabilidad.

Usamos la prueba estadística "t" por considerarla más adecuada, ya que nuestras muestras son pequeñas (30 sujetos en cada muestra). El método estadístico "t" es empleado en muestras de 30 sujetos o menos.

La comparación de hipótesis se llevó a cabo con un 0.05 de nivel de significancia, o sea, con una probabilidad de error de 5 veces en 100, así se tendrá una confiabilidad de 95% en los resultados.

En consecuencia formulamos nuestra regla de decisiones de la siguiente manera: si el valor "t" que se obtenga tiene una "p" menor a 0.05 la hipótesis de nulidad será rechazada, o bien, si el valor "t" que se obtenga tiene una "p" mayor de 0.05, la hipótesis de nulidad será aceptada.

El tratamiento estadístico fue desarrollado por el Lic. Luis Monzon en el Centro de Cálculo Electrónico de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Tabla # 1

GRUPO 01 (Pacientes Hospitalizados)

Sujeto	Sexo	Estado Civil	Edad (Años)	Escolaridad	Nivel Socioeconómico	Tiempo de uso de drogas.
1	masc.	soltero	17	2° secundaria	clase baja	1 año, 9 meses
2	masc.	soltero	18	3° secundaria	clase baja	1 año
3	masc.	soltero	20	3° secundaria	clase baja	3 años
4	masc.	casado	23	1° secundaria	clase baja	2 años
5	masc.	casado	21	3° secundaria	clase baja	1 año, 1 mes
6	masc.	soltero	20	2° secundaria	clase baja	3 años
7	masc.	soltero	17	3° secundaria	clase baja	1 año, 5 meses
8	masc.	soltero	24	3° secundaria	clase baja	1 año, 6 meses
9	masc.	soltero	22	2° secundaria	clase baja	3 años
10	masc.	soltero	23	3° secundaria	clase baja	2 años
11	masc.	soltero	25	3° secundaria	clase baja	2 años, 2 meses
12	masc.	soltero	18	3° secundaria	clase baja	3 años
13	masc.	soltero	17	3° secundaria	clase baja	3 años
14	masc.	soltero	23	3° secundaria	clase baja	1 año, 7 meses
15	masc.	soltero	19	1° secundaria	clase baja	3 años
16	masc.	casado	23	3° secundaria	clase baja	2 años, 4 meses
17	masc.	soltero	21	2° secundaria	clase baja	3 años
18	masc.	soltero	25	3° secundaria	clase baja	2 años, 1 mes
19	masc.	casado	24	2° secundaria	clase baja	1 año
20	masc.	soltero	24	1° secundaria	clase baja	2 años, 4 meses
21	masc.	casado	23	1° secundaria	clase baja	1 año, 2 meses
22	masc.	soltero	20	3° secundaria	clase baja	1 año
23	masc.	soltero	20	1° secundaria	clase baja	2 años, 8 meses
24	masc.	soltero	18	1° secundaria	clase baja	1 año, 5 meses
25	masc.	soltero	25	2° secundaria	clase baja	2 años, 2 meses
26	masc.	soltero	18	2° secundaria	clase baja	1 año, 5 meses
27	masc.	soltero	19	1° secundaria	clase baja	2 años, 4 meses
28	masc.	casado	20	1° secundaria	clase baja	3 años
29	masc.	soltero	22	1° secundaria	clase baja	1 año
30	masc.	soltero	25	3° secundaria	clase baja	2 años, 9 meses

GRUPO 02 (Estudiantes de la Secundaria Nocturna)

Sujeto	Sexo	Estado Civil	Edad (Años)	Escolaridad	Nivel socio- económico
1	masc.	soltero	17	3o. de sec.	clase baja
2	masc.	soltero	18	3o. de sec.	clase baja
3	masc.	casado	25	2o. de sec.	clase baja
4	masc.	casado	21	2o. de sec.	clase baja
5	masc.	soltero	17	1o. de sec.	clase baja
6	masc.	soltero	20	3o. de sec.	clase baja
7	masc.	soltero	19	2o. de sec.	clase baja
8	masc.	casado	25	3o. de sec.	clase baja
9	masc.	soltero	18	3o. de sec.	clase baja
10	masc.	soltero	17	1o. de sec.	clase baja
11	masc.	soltero	17	1o. de sec.	clase baja
12	masc.	casado	23	3o. de sec.	clase baja
13	masc.	soltero	19	3o. de sec.	clase baja
14	masc.	soltero	22	2o. de sec.	clase baja
15	masc.	casado	24	3o. de sec.	clase baja
16	masc.	soltero	19	2o. de sec.	clase baja
17	masc.	soltero	18	1o. de sec.	clase baja
18	masc.	soltero	20	2o. de sec.	clase baja
19	masc.	soltero	18	1o. de sec.	clase baja
20	masc.	casado	23	1o. de sec.	clase baja
21	masc.	casado	22	1o. de sec.	clase baja
22	masc.	soltero	18	3o. de sec.	clase baja
23	masc.	soltero	21	1o. de sec.	clase baja
24	masc.	soltero	18	3o. de sec.	clase baja
25	masc.	soltero	19	2o. de sec.	clase baja
26	masc.	soltero	21	2o. de sec.	clase baja
27	masc.	casado	20	3o. de sec.	clase baja
28	masc.	soltero	19	3o. de sec.	clase baja
29	masc.	soltero	20	3o. de sec.	clase baja
30	masc.	casado	20	1o. de sec.	clase baja

Tabla # 3

$$gl = n_1 + n_2 - 2$$

g_1 = Grados de libertad

n_1 = Número de sujetos en un grupo (n_1) +

n_2 = Número de sujetos en un grupo (n_2)

ESCALAS	GRUPO 01 MEDIA	GRUPO 02 MEDIA	VALOR t	GRADO DE LIBERTAD	PROBABI LIDAD	HIPOTESIS
L	4.93	5.20	0.37	58	$P > 0.8$	Ho. Aceptada
F	14.27	10.90	2.59	58	$P < 0.01$	Ho. Rechazada
K	11.93	11.90	11.47	58	$P > 0.7$	Ho. Aceptada
1	10.60	10.73	0.11	58	$P > 0.9$	Ho. Aceptada
2	24.10	23.90	0.15	58	$P > 0.9$	Ho. Aceptada
3	21.57	21.40	0.2	58	$P > 0.9$	Ho. Aceptada
4	24.93	20.33	3.03	58	$P < 0.01$	Ho. Rechazada
5	26.53	26.13	0.35	58	$P > 0.8$	Ho. Aceptada
6	12.90	10.87	2.20	58	$P < 0.05$	Ho. Rechazada
7	23.47	18.80	2.15	58	$P < 0.05$	Ho. Rechazada
8	29.30	24.07	2.17	58	$P < 0.05$	Ho. Rechazada
9	22.23	21.43	0.79	58	$P > 0.5$	Ho. Aceptada
0	27.83	21.20	1.85	58	$P > 0.1$	Ho. Aceptada

CUESTIONARIO

A continuación encontrarás una serie de preguntas, -contéstalas todas con la verdad. No escribas tu nombre en el cuestionario. Tus respuestas serán completamente anónimas. Gracias.

- 1) Mi edad es de _____
- 2) Curso: _____
- 3) Vivo en la Colonia: _____
- 4) Mi madre trabaja como:
 - a) Obrera
 - b) Empleada
 - c) Profesionista
 - d) En el hogar
 - e) Otros
- 5) Mi padre trabaja como:
 - a) Obrero
 - b) Empleado
 - c) Profesionista
 - d) Otros
- 6) Conozco las drogas porque:
 - a) Las he visto
 - b) Las he consumido
 - c) He recibido información sobre ellas.

- 7) He fumado cigarros:
- a) Raramente
 - b) En ocasiones
 - c) Con frecuencia
 - d) Nunca
- 8) Hasta donde yo sé el ingreso mensual de mi familia es - de:
- a) 500 a 1000 pesos
 - b) 1000 a 2000 pesos
 - c) 2000 a 3000 pesos
 - d) 3000 a 4000 pesos
 - e) 5000 o más.
- 9) Algunos de mis "cuates" usan:
- a) Marihuana
 - b) Thiner y cemento
 - c) Hongos
 - d) Anfetaminas
 - e) Peyote
 - f) Otros
 - g) Ninguna
- 10) De éstas yo he usado:
- a) Marihuana
 - b) Thiner y cemento
 - c) Hongos
 - d) Anfetaminas
 - e) Peyote
 - f) Otros
 - g) Ninguna
- 11) La droga que más me gusta consumir es: _____
- 12) Empecé a usar drogas a la edad de: _____

13) He consumido drogas:

- a) Raramente
- b) En ocasiones
- c) Con frecuencia
- d) Nunca

14) Mi papá estudió:

- | | | |
|-----------------|---------------|-----------------|
| a) Primaria | Completa_____ | Incompleta_____ |
| b) Secundaria | Completa_____ | Incompleta_____ |
| c) Preparatoria | Completa_____ | Incompleta_____ |
| d) Profesional | Completa_____ | Incompleta_____ |
| e) Otros | Completa_____ | Incompleta_____ |

15) Mi mamá estudió:

- | | | |
|-----------------|---------------|-----------------|
| a) Primaria | Completa_____ | Incompleta_____ |
| b) Secundaria | Completa_____ | Incompleta_____ |
| c) Preparatoria | Completa_____ | Incompleta_____ |
| d) Profesional | Completa_____ | Incompleta_____ |
| e) Otros | Completa_____ | Incompleta_____ |

CAPITULO IV

RESULTADOS

La hipótesis nula No. 1 se rechaza en base a los siguientes resultados.

a) El grupo de farmacodependientes hospitalizados - presenta varias escalas elevadas que difieren significativamente a un nivel de 0.05 del grupo de sujetos no farmacodependientes. Con respecto a las escalas de validez observamos que la escala F presenta un puntaje mayor en el grupo - 01, lo que puede indicar un estado de confusión en el momento de contestar la prueba, incomprensión acerca del material, respuestas dadas al azar o bien indica mucha necesidad de ayuda.

Escalas 4, 6, 7 y 8.

a) El grupo de farmacodependientes hospitalizados - presenta un puntaje mayor en la escala 4, según Hathaway - esta puntuación se encuentra en individuos rebeldes, resentidos e inconformes, con poca tolerancia a la frustración, - insatisfechos y socialmente inadaptados. Además se los observa impulsivos y con tendencia a establecer relaciones interpersonales superficiales.

b) La escala 6 presenta una diferencia significativa entre los dos grupos, siendo más elevada en el de farmacodependientes, lo que nos indica que son un tanto sensibles, alertas a la opinión de otros y desconfiados.

c) En la comparación entre el grupo de sujetos far-

macodependientes hospitalizados y el grupo de sujetos de la Secundaria Nocturna que no tuvieron experiencia con drogas; se observan diferencias significativas en la escala 7, lo que nos señala preocupación por los problemas más insignificantes, indecisión, ansiedad y tensión. Denotan además, - insatisfacción respecto de sus vidas y de sus relaciones sociales.

d) El grupo de farmacodependientes hospitalizados, - presenta un puntaje mayor en la escala 8, lo que indica problemas de personalidad, como incongruencia afectiva, tendencia al aislamiento con rasgos de apatía y hostilidad, así como manifiestas conductas hostiles, inmaduras y desordenadas.

La hipótesis nula No. 2 se rechaza en base a lo siguiente:

El grupo de farmacodependientes hospitalizados presenta un puntaje significativo de 0.05 en la escala 4 con respecto al grupo de sujetos no farmacodependientes. Según Hathaway, esta puntuación se encuentra en individuos rebeldes, resentidos e inconformes, con poca tolerancia a la - - frustración, insatisfechos e inadaptados a la sociedad. Además se los observa impulsivos y sus relaciones interpersonales son superficiales.

La hipótesis alterna No. 3 "Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la elevación de la escala 7 (Pt), en el perfil del MMPI, entre un grupo de sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna -- que no haya tenido experiencia con drogas". Aceptamos esta

hipótesis ya que encontramos una diferencia significativa.- Este puntaje nos indica que son personas que se caracteri- - zan por dudas, dificultad en tomar decisiones, angustia, - inseguridad y desconfianza en sí mismos. Son dependien- - tes, con sentimientos de inferioridad e insatisfechos.

La hipótesis alterna No. 4 "Existen diferencias - estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la ele- - vación de la escala 8 (Es), en el perfil del MMPI, entre un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de - sujetos pertenecientes a la Secundaria Nocturna que no haya tenido experiencia con drogas". Esta hipótesis fue acepta- - da, la cual nos indica que en el grupo de farmacodepen- - dientes hospitalizados presentan problemas de personalidad, como son incongruencias de afecto, tendencia al aislamien- - to, con rasgos de apatía, así como problemas que se mani- - fiestan en conductas hostiles, inmaduras y desordenadas.

Con el propósito de obtener una mayor información acerca de las características de personalidad de los sujetos de estudio y poder apreciar las diferencias en relación a los perfiles del MMPI, se procedió a interpretar el perfil de los sujetos farmacodependientes hospitalizados y de los estudiantes de Secundaria Nocturna que no han hecho uso de drogas.

Interpretación del perfil del MMPI de la muestra
compuesta por 30 hombres farmacodependientes hos-
pitalizados.

8"74' 29615-30/F' L/K

Se observó sinceridad al contestar la prueba. Los pacientes tendieron a mostrarse tal cual son admitiendo sus fallas y limitaciones; son conscientes de estar afectados por problemas que aumentan con su drogadicción por lo que demandan ayuda.

Son sujetos que presentan como cuadro principal, ansiedad, aprensión, indecisión y tensión. Estos estados anímicos al parecer derivan de percibir al mundo como amenazador. Debido a esto requieren de la fantasía y de las drogas para controlar y reducir su angustia.

Actúan como personas dependientes, inmaduras e inseguras, con gran temor al fracaso. Se muestran insatisfechas consigo mismas y con los demás. Son hostiles e irritantes, poco tolerantes a la frustración, lo que les lleva a responder de manera exagerada ante una situación conflictiva.

Presentan dificultad para controlar sus impulsos, -

ya que tienden a tener conductas agresivas y a descargar reacciones un tanto impredecibles. Son rebeldes y presentan problemas especialmente para relacionarse con la autoridad.

Tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales ya que son desconfiados y defensivos, sin embargo, su necesidad de afecto y atención los lleva a establecer contactos, aunque con cautela, procurando apoyo y reconocimiento de los demás en su búsqueda de seguridad. Su hipersensibilidad es causa frecuente de reacciones depresivas ya que se conflictúan por lo que otros puedan pensar o decir de ellos.

Marks y Seeman (1963) encontraron este tipo de perfil en sujetos de conducta manipuladora, dificultades sexuales, alcoholismo e intentos suicidas.

Interpretación del perfil del MMPI de la muestra compuesta por 30 estudiantes de la Secundaria Nocturna.

8'294715-360/F-L/K:

Los sujetos del grupo no-farmacodependiente se mostraron sinceros y espontáneos al contestar la prueba; son abiertos en sus autodescripciones, admitiendo sus limitaciones.

Se pueden considerar que socialmente aceptan las normas establecidas por lo que podemos inferir que se adaptan y aceptan los valores morales establecidos en su medio ambiente, aún cuando existe un cierto desprecio por los convencionalismos sociales.

Se les percibe rígidos, críticos y perfeccionistas, tanto en relación a sí mismos como a los demás. Sus metas e intereses se encuentran insatisfechas y dispersas debido a la dificultad que tienen para encontrar seguridad en sus puntos de vista, a la falta de confianza en sus propias habilidades y en su incapacidad para tomar decisiones. Todo esto aumenta sus sentimientos de inconformidad.

Podrían ser descritos como personas raras, individualistas, poco convencionales; son difíciles en sus relaciones interpersonales, negativas, apáticas, extrañas, individualistas, con poco talento social.



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

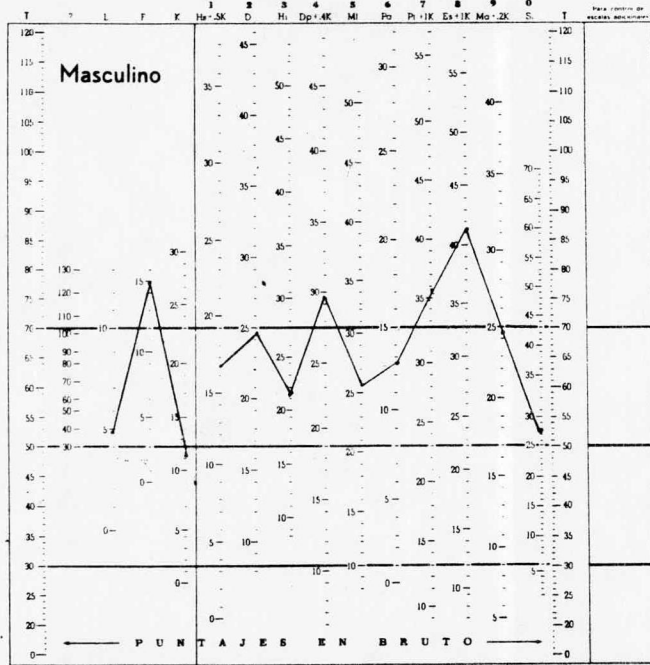
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

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

NOTAS

GRUPO 09
 FARMACODEPENDIENTES HOSPITALIZADOS
 B" 74" 29615-30/F/4/K

PERFIL No. 1

Puntaje en bruto	4.73	14.37	11.73	10.40	4.60	21.37	24.53	36.43	22.10	23.77	23.36	20.23	22.20		
- Agregar factor K	6.					0.		12.00	12.	2.					
Puntaje corregido	14.60					21.37		32.43	41.30	24.23					



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



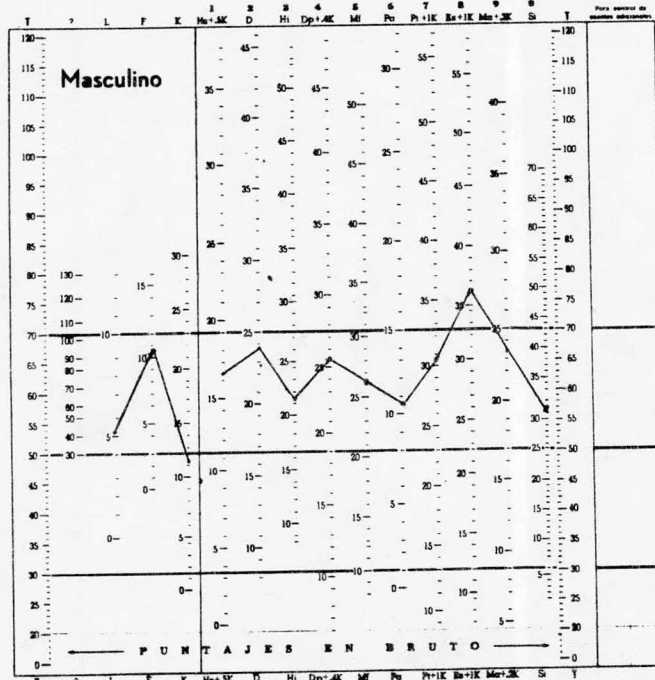
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto

420	430	430	402	2210	2140	2033	424	427	427	427	427	427	427
-----	-----	-----	-----	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Agregar factor K 6.00

3.00	12.00	2.00	30.00	30.00	32.00
------	-------	------	-------	-------	-------

Puntaje corregido

423	436	432	396	2190	2170	2065	454	457	457	457	457	457	457
-----	-----	-----	-----	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fracciones K

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

NOTAS

GRUPO 02

ESTUDIANTES DE LA SEC. NOCTURNA

8°294715-360/F-L/K

PERFIL No. 2



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko R. Hathaway y J. Chernley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

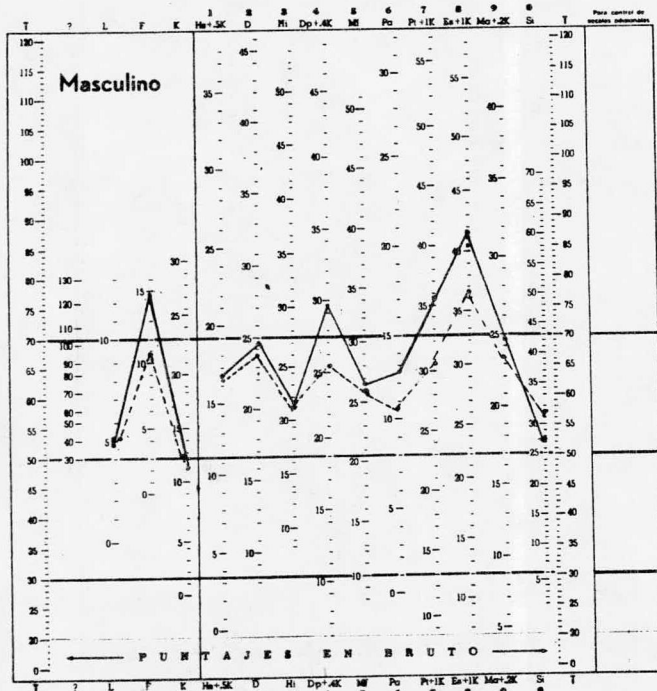
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estatus Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

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

NOTAS

GRUPO 01 _____

GRUPO 02 - - - - -

PERFIL No. 3

Puntaje en bruto _____
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
 under licence of The Psychological Corporation
 © 1948, Copyright 1943, by
 the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

CAPITULO V

Conclusiones

1) En los resultados se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 entre las características de personalidad de los sujetos que han hecho uso de las drogas (01) y aquellos que nunca la han usado (02); observándose como significativas las escalas 4, 6, 7, y 8.

a) En el grupo 01 la elevación de la escala 4, nos indica que son sujetos socialmente agresivos, rebeldes, cínicos, egoístas, inconstantemente inadaptados.

En el grupo 02, se encontró que son sujetos inconformes, que pueden tener cierta dificultad en aceptar las normas sociales pero que en general manejan su agresividad en forma adecuada.

b) La elevación de la escala 6, grupo 01, nos dice que son personas perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer, realistas, tercos en sus posturas, emotivos, dados a preocuparse por lo que otros puedan pensar o decir de ellos, de ahí que se muestren desconfiados con los demás.

Por otro lado el grupo 02, dice que son sujetos un tanto sensibles, alertas a la opinión de otros, preocupados por lo que puedan pensar o decir de ellos.

c) La escala 7, del grupo 01, los describe como indecisos, ansiosos, perfeccionistas y dependientes.

Por el contrario en el 02, encontramos que son personas responsables, perfeccionistas, críticas consigo mismas, que se preocupan por los problemas insignificantes lo-

cual les produce ansiedad y tensión. Observamos además que muestran dificultad para tomar decisiones.

d) La escala 8, del grupo 01, nos indica que se trata de sujetos que se mantienen aislados socialmente, que muestran desinterés por lo que les rodea, que son individualistas y se les califica como raros y extraños.

En el grupo 02, se les describe como sujetos individualistas, poco convencionales con sus amistades pero capaces de mostrar una adaptación social adecuada y una favorable actitud hacia el trabajo o estudios que realizan.

Limitaciones.

Los resultados obtenidos en este estudio se refieren exclusivamente a la población estudiada y no pueden aplicarse a consumidores en general ya que la muestra se reduce a un grupo pequeño de sujetos del sexo masculino que se encuentran en un Hospital Psiquiátrico y que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

En esta investigación no podemos determinar en qué grado los resultados representan las características de personalidad existentes antes del uso de las drogas y en qué grado se trata de características adquiridas como resultado del consumo de las mismas.

Importancia del estudio.

Estudiar características de personalidad del farmacodependiente hospitalizado cuya ingesta excesiva de drogas, le impide adaptarse adecuadamente al medio ambiente social y familiar, por lo que se le remite a un hospital psiquiátrico.

Esperamos contribuir al estudio de la farmacodependencia que es uno de los problemas graves y de actualidad que atañe a la salud mental.

Se desea que ésta investigación deje abierta la posibilidad de confrontación con otras investigaciones en las que se utilicen muestras más grandes, de diferentes niveles socioeconómicos y con sujetos de ambos sexos.

Bibliografía

- 1) Ackerly, W. C., Gibson, G., Lighter; "Fluid, Sniffing - community Guidase, Center of Boxer, Contry Texa, E.U.A.
- 2) Allport G.; "La personalidad, su configuración y Desarrollo", Buenos Aires, Edit. Paidós, 1966, pág. 83
- 3) Ayala N. A., Liceaga E.B.E.; "Consideraciones desde el punto de vista psicológico acerca de los jóvenes farmacodependientes del Centro de Integración Juvenil Dakota", Folleto de Información, CEMEF, No. 4 pág. 12-19, - 1975.
- 4) Benitez, F.; "Los Hongos alucinantes", México, Edit. - Era, 1964, pág. 35
- 5) Berry, G.J., et al; "Aspectos neuropsicológicos de los abusadores crónicos de inhalantes": un reporte preliminar, H.E.W., National Institute on drug abuse. En inhalación voluntaria de disolventes industriales, Edit. -- Trillas, 1977.
- 6) Berzins, Juris, I., et al, (U. Kenttucky); "A multivariate study of the personality characteristics of hospitalized narcotic addicts on the MMPI Journal of Clinical Psychology, 1971 (Apr.), vol. 27 (2), pág.174-181.
- 7) Black, F., W., Heald (Lousiana State U. Medical Ctr. - New Orleans); "MMPI characteristics of alcohol and - - illicit drug abusers enrolled in a rehabilitation program", Journal of Clinical Psychology, 1975 (Jul), vol. 3(3), pág. 572-575.

- 8) Brau J.L.; "Historia de las drogas", Barcelona, España, Edit. Bruguera, 1972, pág. 129-130, 230
- 9) Carranza, A.; Farmacodependencia en estudiantes de enseñanza media del D.F.". Manuscrito presentado al Consejo Nacional de Problemas de Farmacodependencia, S.S.A.-Publicación técnica No. 4: pág. 1-16, 1972.
- 10) CEMEF: "Cómo identificar las drogas y sus usuarios". - Programa nacional de combate en los problemas de drogas, México, 1976, pág. 11-12, 22, 25, 33-42
- 11) Citola, P.V., Peterson, J.F.; "Personality characteristics of alcoholics and drug addicts in a merged treatment program". Journal of studies on alcohol, 1976 (Septiembre), vol 37(9), pág 1229-1235.
- 12) Cohen, S., "The volatile solvents, Public Health Reviews, May 1973, pág 185-213
- 13) Contreras, P.C.M.; "Inhalación voluntaria de disolventes industriales"; Primer Simposio Internacional, México, Edit. Trillas, 1977, pág 262-287, 329-362.
- 14) CEMEF; "Fármacos de abuso, prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones", México, 1976, - pág 34-38, 58-59, 131-146.
- 15) De la Fuente, R.; "El problema de la farmacodependencia", Gaceta Médica de México, 1972, pág 101-123.
- 16) De la Fuente R., Pucheu, C.; "Encuesta sobre el consumo de drogas por los estudiantes universitarios", Reporte-preliminar (manuscrito presentado al consejo nacional de Problemas en Farmacodependencia).

- 17) De la Parra, A., et al; "Estudio epidemiológico en hogares. Puebla", Cuadernos científicos CEMEF, vol. 9, México 1976, pág 15-30
- 18) De la Parra, A., et al; "Estudio epidemiológico en hogares. San Luis Potosí", Cuadernos científicos CEMEF, - - vol. 9, México 1976, pág 32-36
- 19) Downic, N.M., Hearth, R. W.; "Métodos estadísticos Aplicados", Editorial Harla, México, 1973, Cap. 4, pág. 55-66
- 20) Duckworth, C.J.; "MMPI Interpretation Manual for counselors and Clinicians"; Accelerated Development Inc. P.D.-Box. 667. Muncie. INC. 47305.
- 21) Fábrega, E.A.; "El mundo de las drogas", Facultad de Farmacia, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela - 1965, pág. 55-60; 64-68.
- 22) Gannon, F.; "Drugs, qué son y cómo actúan", Edit. Pax - México, 1973, pág 54-56, 60, 166-167
- 23) Gilberstand, H., Duker, J.; "A handbook for clinical - and actuarial MMPI interpretation", W.B. Saunders Company. Philadelphia and London.
- 24) González, C.A.; "Drogas que producen dependencia", Edit. Colección Científica, 1973, pág. 43-47, 70-77, 94-163.
- 25) Greaves, G., (Kitchner-Waterloo hosp. crisis intervention clinic, Ontario Canadá). "MMPI correlates of chronic drug abuse in hospitalized adolescents. Psychological Reports, 1971 (Dec), vol 29 (3pt 2).

- 26) Guerra, T.T., "Estudio comparativo entre dos grupos de adolescentes mexicanos drogadictos a través del MMPI, - Tesis Licenciatura en Psicología, U.N.A.M., 1973.
- 27) Holland, Terril, R. (California Inst. for men, Chino), "Multivariate analysis of personality correlates of alcohol and drug abuse in a prison population", Journal of abnormal Psychology 1977 (Dec), vol 88(6), pág.-444-450.
- 28) Hoston, B.K.; "Review of the evidence and qualifications regarding the effects of allucinogenic drugs on chromosomes and embryos. An. J. Psychiat 126, 1975.
- 29) Hyde, O.M.; "Drogas alteradoras de la mente", México, - Edit. Diana, 1976, pág. 27-30
- 30) Interin Report of the Commission of Inquire into de Non Medical use of drugs. Informations Canadá Ottawa,(1973).
- 31) Jones, et al, "Drugs and alcohol", 1969.
- 32) Klein, D.; "Todo lo que usted siempre quiso saber sobre la marihuana", México, Edit. V siglos, 1974, pág. 129--132.
- 33) Maddi, S.R.; "Teorías de la Personalidad", Edit. Ateneo, Buenos Aires, 1978, pág. 10-15.
- 34) Magallanes, V.M.G.; "Estudio comparativo entre dos grupos que han hecho y no uso de la marihuana, Tesis de Licenciatura en Psicología, U.N.A.M., 1975.
- 35) Malhotra, Anil, K., et al, "Personality correlates in drug addiction", Indian Journal of Clinical, Psychology; 1977, sept, vol 4 (2), pág. 123-128.

- 36) Marks, P., Seeman W. "The Actuarial Description of abnormal personality". Baltimore: The Williams and Wilkins Co., 1963.
- 37) McGuigan, F.J.; "Psicología Experimental", Edit. Trillas, México, 1976. Cap. 5, 120-146.
- 38) Medina Mora, M.E., et al, "Estudio epidemiológico sobre el consumo de fármacos en el Distrito Federal", Cuadernos científicos CEMEF, vol. 9, México, 1976, pág. 352--361.
- 39) Medina Mora, M.E., et al, "Estudio epidemiológico en hogares. La Paz", Cuadernos científicos CEMEF, vol. 9, México, 1976.
- 40) Medina Mora M.E., et al, "Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México". En inhalación voluntaria de disolventes industriales, México, 1977.
- 41) Natera, G.; "Estudio sobre la incidencia del consumo de disolventes volátiles, en 27 centros de la República Mexicana". En inhalación voluntaria de disolventes industriales, México, 1977, pág. 329-351.
- 42) Olivenstein, C.; "Las drogas", Madrid España, Edit. - - Stidium, 1971.
- 43) Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos - en drogas y toxicomanías. 13avo. informe. Serie de informes técnicos Núm. 273, Ginebra, 1964.
- 44) Richards, Joffe, Smith, Sprotto; "L.S.D.- 25 A Fatorial Account", Washington Drugs 1969, pág. 13-26.

- 45) Rosenbers, Chaim, M.; "Young drugs addicts: Background- and personality", Callan Park Hosp., Psychiatric Research, Sidney Australia, Journal of nervous and Mental Disease, 1969, 148- (1), pág. 65-73.
- 46) Ruiz de Teresa A.; "Análisis e interpretación de los datos obtenidos en una encuesta sobre drogas, en una muestra de 834 obreros del área metropolitana de la ciudad de México", Tesis profesional. Facultad de Psicología.- Universidad Iberoamericana, México, 1973.
- 47) Safa, B.E., et al, "Investigación epidemiológica sobre el uso y abuso de fármacos en los penales del Distrito Federal. Reporte interno del CEMEF, México, 1973.
- 48) Samuels, D.J.; "Low self-concept is a cause of drug - abuse", Journal of drug education, 1974 Win vol 4(4), - pág 421-438.
- 49) Simposio AMEFAR, "Solventes e inhalantes", CEMEF, México, 1974. pág. 73-83, 107, 137.
- 50) Smith, M.; "Estadística simplificada para Psicólogos y Educadores, Edit. el manual moderno, 1971, pág 72-83
- 51) Torres, R.A.; "Manifestaciones Clínicas en los usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables. Cuadernos científicos CEMEF No. 2, México, 1975, pág. 73-78, 84.
- 52) Villa G.G.; "Marihuana en 50 adolescentes mexicanos con MMPI, Tesis Licenciatura en Psicología, U.N.A.M., 1975.

- 53) Weiss, R. W., Russakoff, S.; (Samaritan Halfway Society, Forest Hills, N.Y.); "Relation ship of drug-abusers to personal variables and type of treatment program", Journal of Psychology, 1977 (Mar), vol 76(1), pág. 25-29.
- 54) Winswig, H. M.; "Consecuencias del uso y abuso de las drogas", México, Edit. V siglos, 1978, pág. 18-22, 43-47, 63-64, 70, 85, 93.