

11241
2 ej 20

EL PERFIL DE PERSONALIDAD DEL INDIVIDUO FERRI CODRIGNO LERTE,
UTILIZANDO COMO ESCALA EL MINNESOTA MULTIPHASES PERSONALITY INVEN-
TORY (M . M . P . I .)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

M. Ferrer

TUTOR: DR HECTOR CRTEGA

Hector Ortega

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA LUZ ELBA GPE. HERZ CRTIZ.

Luz Elba Gpe. Herz Cortiz

1 9 8 9 .

[Signature]

No. Bo.
[Signature]
24-11-89

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO
DE LA BIBLIOTECA

- 1.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CAMPO DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS INDIVIDUOS FARMACODEPENDIENTES. UTILIZANDO COMO ESCALA EL MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI).
- 2.- INSTITUCION A CARGO DEL PROYECTO:
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
- 3.- TUTOR: DR. HECTOR ORTEGA
- 4.- INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA LUZ MARIA GPE HERZ O.
- 5.- ANTECEDENTES:

En Estados Unidos de Norte América se han hecho varias investigaciones con respecto al controvertido tema del uso de drogas sin fines terapéuticos, sino con intención de búsqueda de placer; para lograr resultados precisos a cerca de las motivaciones que los adictos tenían para el consumo de dichas sustancias, utilizaron el MMPI para poder determinar el perfil de personalidad que tenían los individuos a estudiar.

HUNSLEY J; HANSON-RK; PARKER KC.

Hicieron un estudio de investigación utilizando - las escalas del MMPI con sujetos de colegio, individuos psiquiátricos, con trastornos médicos, alcohólicos y farmacodependientes rehabilitados y prisioneros. La presente escala estimó tener anchas generalizaciones y por lo tanto serían de valor en estudios e investigaciones en los diferentes ambientes. (Emero 1988).

Otro investigador de Estados Unidos CRAIG RJ, Utilizando la escala MMPI estudió la prevalencia estimada de homosexualidad en pacientes farmacodependientes, ya que la mayoría de éstos presentaban rasgos homosexuales reprimidos y con el uso de las drogas se deshinibieron. Se detectaron y recibieron orientación en su género. Los autores JACKSON; HOFEMANN H. :

Hicieron una comparación del MMPI y THE BASIC PERSONALITY INVENTORY (BPI), aplicándola a 235 enfermos hospitalizados, psiquiátricos, quienes estaban recibiendo tratamiento para alcoholismo. Fueron detectados factores como el inadecuado control de impulsos, ansiedad generalizada, depresión, somatización y procesos psicóticos. Ellos concluyeron que el MMPI y el BPI, mostraron grandes dominios en psicopatología.

DOLAN MP; BLACKJL; DEFORD HA; SKINNERJR; ROBINOWITZ R.

Utilizaron la escala MMPI en 224 pacientes farmacodependientes. Las variables que se examinaron fueron divididas en tres categorías, edad, raza y educación. En donde se contemplaron el uso simple o mixto de éstas, severidad de su consumo y placer de usarlo. Concluyendo que se podían utilizar programas educativos para los pacientes con el síndrome de SIDA por el abuso de drogas. Julio- Agosto 1987.

6.- M E T O D O T E O R I C O

Un problema importante y frecuente cuando se habla de depresión, es el tipo de criterio a usar para llegar al diagnóstico. Si bien es cierto que la tristeza como un sentimiento conocido de todos, produce cierta dificultad para reaccionar socialmente, también lo es el intentar medirla y determinar el punto exacto a partir del cual la consideraremos como una depresión en el contexto clínico. Existen sin embargo una serie de datos constantes presentes en las personas que a raíz de una disminución de talento, presentan un síndrome depresivo, sin embargo la mayoría de estos datos son de carácter subjetivo y su interpretación por consiguiente resulta difícil.

Sensación de frustración, insatisfacción, inseguridad, desesperanza, disminución de la autoestima, fallas en la objetividad, pérdida de la voluntad etc., son síntomas difíciles de clasificar o medir y solo el clínico experimentado y sagaz puede ubicar con certeza su lugar dentro de la depresión.

Beck(1960) menciona que los instintos maternales de autocercioración parecen desvanecerse. Las bases biológicas que producen el impulso sexual o del hambre se extinguen. El sueño escapa a todos los males, se frustra. Los instintos sexuales como el sentirse atraído por otras personas, el amor y los afectos en general, se evaporan. Los principios de placer y realidad, son metas alrededor de las cuales se trata de conseguir un máximo placer y un mínimo dolor (pena). No solo es la capacidad para suprimir el placer, si no que las víctimas de esta singular enfermedad, parecen dirigir su comportamiento de manera que su sufrimiento aumente.

Las personas deprimidas parecen haber perdido su capacidad de reacción.

ante situaciones divertidas o a responder con ira ante situaciones que comunmente se la producian.

En algún tiempo esta extraña aflicción fué atribuida a demonios que según se afirma, tomaban posesión del cuerpo de la víctima.

Las teorías han avanzado desde que con el tiempo no se le daba una solución duradera al problema de la depresión. Beck la considero como un trastorno psicológico, lo cual parece desacreditar el concepto mas firme de la naturaleza del hombre; paradójicamente en las anomalías de la depresión, pueden darnos indicios para entenderlas; uno de estos indicios son la sensación de pérdida, el paciente se considera a si mismo como insatisfecho, siente que le hacen falta algunos atributos que considera esenciales para su felicidad; capacidad para alcanzar o lograr metas u objetivos, ser atractivo para otras personas, intimar con familiares o amigos, tener buena salud y estatus.

En la sensación de pérdida se encuentra que los trastornos psicológicos, giran alrededor de problemas cognocitivos. El paciente deprimido muestra alteraciones específicas, ve negativo su mundo tiene un concepto negativo de si mismo y de su futuro; la triada cognocitiva.

La reducción de su dominio le preocupa y evalúa de manera distorsionada lo que lo conduce a la tristeza. La concepción depresiva de sus valores, relaciones personales y éxitos, se encuentra saturada con ideas de pérdida presente, pasado y futuro, cuando considera su situación actual, ve un mundo esteril, se siente contra la pared por las presiones externas que lo frustran por sus escasos recursos de inventiva y de iniciativa que lo impiden alcanzar lo que desea.

El término de pérdida representa el sabor estimativo que a la depresión y a su experiencia da el paciente mismo.. El agoniza con la idea de que ha experimentado pérdidas importantes sus amigos su salud, sus pertenencias mas apreciadas etc..

El se considera a si mismo como un perdedor en el sentido coloquial: "El es un inadaptado, un ser incapáz de cumplir con sus responsabilidades y cumplir con sus metas ".

Si se compromete en un proyecto o solicita alguna gratificación, es para estar derrotado o que no se va a lograr nada; durante el sueño, no encuentra descanso, presenta sueños repetitivos en los cuales se sueña a si mismo como un fracasado.

Beck, menciona que el desarrollo de la depresión se inicia cuando la persona se vuelve sensible a ciertas vicisitudes desfavorables, como la pérdida de alguno de los padres, o por ser rechazado constantemente. Otras condiciones desfavorables por una pérdida, es obvio que produzcan vulnerabilidad para la depresión. Estas experiencias traumáticas predisponen a la persona a sobreaccionar en situaciones similares en su vida futura, presentando la tendencia a hacer juicios extremos y absolutos cuando tales situaciones ocurren, una pérdida es vista como algo irremediable; la indiferencia como rechazo total.

Otras personas propensas a la depresión, permanecen flexibles con metas perfectamente trazadas por ellas mismas durante su infancia, hasta que su universo se colapsa, al enfrentarse con desilusiones o contratiempos inevitables en su vida posterior.

El estrés es responsable de que el paciente adulto, presente una vulnerabilidad específica hacia la depresión; muchos reportes clínicos y de investigación(1) recuerdan que existen eventos específicos que precipitan a la depresión: la interrupción de una vida amorosa, no poder ser importante en la vida, pérdidas financieras,

incapacidad física inesperada y pérdida de la reputación y estatus social.

Si tales eventos son percibidos como una totalidad, la disminución del dominio (estima) personal es irreversible, y puede ser el disparador para la depresión.

Para justificar el término "evento precipitante", la experiencia de pérdida debe ser substancialmente precipitante, sin embargo no siempre es un evento discreto, el estrés puede ser graduado, en lo que se refiere a una pérdida, como del afecto hacia el conyuge o una discrepancia permanente (crónica) entre las pérdidas y los que se lleva a cabo, esto puede perjudicar al dominio personal lo suficiente para que se inicie la depresión.

El individuo por ejemplo, puede estar continuamente insatisfecho en sus funciones como padre, madre, ama de casa etc. además el reconocimiento de un hueco o vacío entre lo que la persona espera y lo que recibe de una relación interpersonal importante, de su carrera o de otras actividades, puede hacerlo caer en la depresión.

La propensión de la depresión difiere en la forma en que cada persona interpreta una pérdida particular. Si el problema fué simplemente un vacío en su vida, podemos esperar que con el paso del tiempo, será capaz de soportar su pérdida, sin que se convierta en una persona específicamente deprimida, aunque sabemos que hay ciertos individuos que responden con una depresión a tales pérdidas.

Otro indicio que nos permite ayudar a detectar la depresión, es la baja autoestima y autocrítica, donde Beck (1960) menciona que los pacientes reflejan los eventos adversos (separación rechazo derrota o frustración, no tener medidas o calculadas sus expectativas) y la persona medita sobre lo que esas experiencias le dicen de

si mismo, legueta ch car los evento 'verdad o un edioso defecto en si mismo. El marido avandonado concluye: "la he perdido porque no soy digno de ser amado".; esta conclusión es por supuesto solo un posible número de explicaciones como una peronal incompatibilidad elemental de sus parsonalidades, los propios problemas de su esposa o su deseo(de ella)de una aventura relacionada mas que nada con una exitante búsqueda(exploración que cambie sus sentimientos por su esposo..

Cuando la persona se atribuye a si mismo la causa de la pérdida, la división de su dominio se convierte en un abismo: él sufre no solo la pérdida por si misma, sino que descubre una deficiencia en si mismo, él tiende a ver esta presumible deficiencia en términos mucho mas exagerados. Con el pado del tiempo , la imagen de sus atribytos negativos, se extiende hasta el punto en que rebasan su propia imagen, Cuando serle pide al sujeto que se describa a si mismo, puede pensar solamente en sus razgis malos. Tiene una gran dificultad para dirigir su atencion hacia sus habilidades y logros y se sobrepone(falsa imagen) o quita atributos que puede haber valorado grandemente ene el pasado. La preocupación del paciente en su presumible deficiencia, asume muchas formas; él evalúa cada experiencia en función de su deficiencia; interpreta la experiencia ambiguamente o con un ma íz ligeramente negativo, para evidenciar esta deficiencia. Puede haber la tendencia de comparar su autoestima con la de otros, cada encuentro con otro puede caer en una autoevaluación negativa, incluso cuando habla con otra gente, el paciente deprimido piensa que su conversación no es interesante para otras personas.

La severidad de los autorreproches que se presentan en la depresión, son de difícil explicación. Freud(1917) postuló que el paciente que ha sufrido pérdida de un ser querido, tiene un fondo de hostilidad inconciente hacia el objeto muerto.

entonces él no puede reconocer por sí mismo la hostilidad de esa experiencia, dirigiendo su enojo hacia sí mismo, y se acusa de faltas y defectos, que en su defecto son característicos del ser amado.

El consejo del enojo inadvertido, ha permanecido firmemente en muchas teorías de la depresión.

Cuando llega a la conclusión (a menudo errónea) de que es incapaz de sobrepasar a problemas serios, alcanzar una meta o prevenir una pérdida, sus cualidades se vienen abajo. Cuando este atributo parece desvanecerse, comienza a creer que no puede tener satisfacción de la vida y todo lo que puede esperar es dolor y sufrimiento, el paciente muestra desilusión autorreproche y pesimismo.

Para considerar e ilustrar el mecanismo del autorreproche Beck(1960), considera la secuencia, en la cual el promedio de reproches personales y de castigo a alguien quien los ha ofendido: primero trata de encontrar un rasgo malo en el ofensor para tomar en cuenta su conducta nociva, insensibilidad, egoísmo etc.. Generaliza este proceder característico, para encuadrar la imagen total del ofensor: "él es una persona egoísta", "él es malo", después a manera de juicio moral, él puede considerar las formas de castigo, para el ofensor en ocasiones cuando está desagradando a la otra persona si se presenta la oportunidad. El paciente decide romper con la relación con la otra persona. En muchas ocasiones el paciente realiza ciertas actividades acostumbradas, porque sabe que tiene o debe hacerlo, pero no porque él tenga el deseo de hacerlo con gusto; encuentra que tiene que ir en contra de una poderosa resistencia interna, como si estuviera tratando de nadar en contra de la corriente. En

Los casos extremos el paciente experimenta una "parálisis de la voluntad".

El paciente se siente exento de deseos espontáneos, de hacer cualquier cosa y si los realiza, es por inercia.

Los cambios motivacionales se describen como una fuerza o quizás alguna enfermedad física debilitante que sumerge o oprime al paciente de tal forma que no tiene la fuerza suficiente para hacer el más mínimo esfuerzo.

Puede sentir rechazo o repugnancia al pensar que incluso tiene que realizar funciones elementales como levantarse de la cama, vestirse y atender sus necesidades personales.

Beck menciona que el paciente deprimido puede llegar a pensar en el suicidio como última opción en su deseo de escapar de todo, ya que ve su futuro lleno de sufrimientos, no visualiza la manera de mejorar su destino. Basándose en esta premisa, el suicidio parece ser la forma más razonable de actuar, ya que no solo le ofrece terminar con su propia miseria, sino presupone que será un alivio para su familia y la carga que les representa.

Una vez que el paciente considera a la muerte como lo que más desea en la vida, se siente atraído e impulsado a suicidarse.

El deseo de encontrar el fin a través del suicidio, es una manera de escapar de todo lo que le hace sufrir.

Por definición se sabe que la palabra droga o fármaco deriva del Latin Pharmacum que significa medicamento; para algunas personas la adicción a las drogas o fármaco dependencia, se identifica con el uso abusivo o compulsivo de drogas sin perseguir fines médicos y que se autoprescriben con frecuencia. Para otros la adicción va unida a la dependencia física cuando dichas drogas son del tipo de opio, alcaloides derivados del opio y derivados sintéticos u opioides, no así el uso continuado de sustancias como la cocaína y el cannabis. La CMS define la dependencia como: Un estado que surge a partir de la administración repetida de una droga de un modo continuo o periódico.

La supresión brusca de dichas sustancias, conducirían de inmediato al síndrome de abstinencia, que consiste en una serie de trastornos fisiológicos, específicos de cada droga, o muy relacionados con ella.

CAUSAS

Factores interpersonales.- Es frecuente que el farmacodependiente tenga dificultades en su relación familiar. En la literatura psicoanalítica, primitivamente decía que la conducta del adicto a los narcóticos, era definida en términos de regresión y fijación a la fase oral, o incluso a estadios más arcaicos del desarrollo psicosexual; más recientemente en 1972 Jurmser ha sugerido que el uso compulsivo de drogas va precedido, acompañado y seguido de manifestaciones emociona-

a la sociedad, están involucrados en miles de los accidentes automovilísticos y son responsables de los mayores costos sociales en el aspecto médico laboral y económico. Por otra parte la marihuana, se ha considerado como una droga potencialmente generadora de adictos, a pesar que los daños personales y sociales que puede crear son muy inferiores a los provocados por el alcohol o el tabaco.

La dependencia psicológica es definida como el anhelo de droga en razón de que sus efectos son percibidos como placenteros. El anhelo puede ser por otra parte moderado y controlable o grave hasta el punto de constituir una compulsión. La dependencia física implica algún tipo de cambio bioquímico o fisiológico, en virtud del cual el organismo requiere la continua presencia de la droga, puesto que de lo contrario experimentaría un síndrome de abstinencia, que va desde una moderada inquietud o malestar a la misma amenaza vital. La tolerancia se refiere a un fenómeno que consiste en el decreciente efecto de la droga, a razón por la que se necesitan incrementos progresivos de la dosis con el fin de obtener resultados constantes. La mayor parte de la gente puede usar drogas potencialmente adictivas, sin crear hábito por ello; no obstante para algunos el deseo puede ser tan compulsivo y la dependencia psíquica tan acentuada que acaban necesitando euforizantes para experimentar placer, para relacionarse con los otros o para tolerar las tensiones psíquicas. Las personas que llegan a este tipo de dependencia psicológica, son indudablemente sujetos con trastornos

de carácter, rasgos depresivos, ansiedad, sentimientos de inadaptación o intolerancia a las situaciones vitales; es decir que son personas particularmente sensibles a crear dependencia a las drogas o al alcohol. Cuando el uso del alcohol va ligado a conflictos como la depresión y la ansiedad, en los jóvenes puede ocurrir, de un modo semejante que el consumo de drogas - vaya asociado a dificultades emocionales o adaptativas. En este caso el uso de drogas no es una causa sino un efecto, y los efectos conscientes del consumidor, son más constructivos que autodestructivos. Algunos de estos jóvenes sobre todo en las universidades se benefician con la psicoterapia que se les ofrece, haciendo buen uso de ellas, y disminuyendo así sus necesidades de recurrir a la droga, aunque esto no siempre es posible, ya que algunos abusan de anfetaminas o barbitúricos, hasta el punto de establecer una dependencia física, de modo que el tratamiento se hace complicado y difícil. En estos casos los nuevos recursos comunitarios pueden constituir un importante complemento del enfoque psiquiátrico tradicional.

En México explica el Dr de la Fuente que los jóvenes que hacen uso de las drogas en forma repetida, es para evadirse del tedio, defenderse de la angustia, facilitar la sociabilidad, intensificar las relaciones humanas, procurarse sensaciones y emociones placenteras, además de experimentar nuevos estados de conciencia. Algunos aseguran aseguran aumentar sus sensibilidades artísticas y capacidades creativas.

TIPOS DE DROGAS UTILIZADAS MAS FRECUENTEMENTE EN MEXICO

De acuerdo al programa realizado por el Consejo Nacional contra las adicciones de la Secretaría de Salud, - publicado en 1987, en donde hubo una participación a nivel Nacional de los diferentes sectores como el Sector Público, el Sector Salud y los Sectores Social y Privado, se detectó que En nuestro país afortunadamente el consumo de drogas mayores del tipo de la heroína y la cocaína aún no han alcanzado proporciones mayores como en otros países, aunque no se puede negar que los intereses económicos involucrados en el tráfico de dichas drogas, han hecho posible la introducción de éstas en el mercado ilícito en México.

En cambio en nuestro medio se ha visto un incremento - en la práctica de la inhalación de sustancias volátiles, siendo ya una verdadera preocupación, pues afecta principalmente a niños y jóvenes, provocando en ellos efectos físicos y psicológicos severos con lo que se puede asociar la deserción escolar y la conducta delictiva; por si fuera poco dichas sustancias están al alcance de los menores pues son usados ampliamente en la industria y en el hogar como son el thinner, cementos, barnices y disolventes por lo que aunque se hace restringida su venta, es difícil su control. La población mas afectada es la de nivel socioeconómico bajo, pero a partir de 1981 se ha visto que su consumo tiende a subir en otras esferas socioeconómicas, ya que debido a que en este grupo se encuentran individuos expuestos a la inhalación por su trabajo de barnizadores, aprendices en talleres mecánicos, pintores etc..

La marihuana ocupa el primer lugar en la preferencia de los jóvenes de 18 años en adelante, y el segundo en los que sus edades fluctúan entre los 14 a 17 años. Se ha visto que es mayor su consumo entre los jóvenes de nivel socioeconómico medio, que viven con su núcleo familiar más estructurado a comparación del de los inhaladores.

La heroína es muy bajo su consumo, únicamente se ha visto en las ciudades fronterizas del norte de la república. El uso de la cocaína es un poco más elevado y tiende a aumentar aunque en grupos minoritarios de niveles socioeconómicos altos.

Las anfetaminas y los barbitúricos, son junto con la marihuana y los solventes son las drogas de abuso que más se consumen en nuestro país, igualmente las benzodiazepinas son drogas con utilidad médica, de las que se abusa con más frecuencia. Solamente en grupos minoritarios y con fines religiosos, se han usado sustancias alucinógenas como la mescalina que es una feniletilamina y un derivado de la anfetamina que es el principio activo del peyote, un cactus que crece silvestre en ciertas partes de México y en la parte suroeste de Estados Unidos. Otro alucinógeno que igualmente se consume por grupos minoritarios es la psilocibina y la psilocidina que se encuentran en el hongo *Psilocibe Mexicana* originaria de México y parte de Estados Unidos.

7.- JUSTIFICACION

En la actualidad la farmacolopendencia es considerada, como una de las causas de enfermedad y muerte en nuestra sociedad, ya sea a largo plaso por la misma toxicidad que producen en el organismo, o a corto plaso por los accidentes y violencia que predisponen en los sujetos consumidores, sin embargo se ha observado que existe una terrible incapacidad para dejar de drogarse en la poblacion de farma codependientes, tanto en aquellos que buscan ayuda especializada por si mismos, como los que lo hacen por sugerencia de sus familiares. Existe además toda una complicada serie de factores psicológicos, sociales y biológicos que combinados entre sí, dificultan enormemente que una persona habituada al consumo de drogas, abandone esta conducta.

Probablemente y de acuerdo con algunos autores, una de las causas mas importantes en la dificultad para el abandono de las drogas, sea la presencia de sintonatología depresiva, asociada a la supresión del hábito de drogarse.

El conocer el verdadero peso que tienen los síntomas depresivos, en la dificultad para dejar de drogarse, hará que la búsqueda de una solución sea cada vez mas efectiva para frenar el rápido incremento de tal hábito tan nocivo, que amenaza cada dia a la salud nacional y mundial.

8. H I P O T E S I S

Como se ha podido ver en estudios realizados por diferentes autores de diversas partes del mundo, que la depresión es un factor predisponente, por medio del cual, un individuo recurra al consumo de drogas para disminuir sus sentimientos de ansiedad y minusvalía, así como para atenuar su soledad existencial, junto con la inmadurez para contender con sus problemas cotidianos; razón por la cual se aplicó el cuestionario del M M P I en 20 pacientes con antecedentes de farmacodependencia, para verificar si la personalidad depresiva en México, juega un papel de vital importancia en la población consumidora de dichas drogas, por lo que tal problemática ha ido en aumento en los últimos años.

9.- M E T O D O

La presente investigación pretende hacer un análisis de la problemática que es en nuestro medio la farmacodependencia, que ha sido tolerada, aunque no ignorada del todo, ya que las repercusiones en la salud y en la sociedad, han ido en aumento.

El objeto de la presente investigación, es dar a conocer un perfil de la personalidad de los individuos que con mayor frecuencia se ven involucrados con el uso compulsivo de las drogas.

Para llevar a cabo la medición de la sintomatología depresiva, se decidió utilizar el inventario multifásico de la personalidad de minnesota (M M P I) que es un cuestionario ampliamente utilizado y estandarizado en México.

10.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar si la población consumidora de drogas para uso recreativo presentan un tipo de personalidad específico, por lo que se pudiera pensar que fuera el motivo de tal actividad niciva.

En dado caso de que dicho perfil resultara el de la depresión como se ha comprobado en los estudios hechos en varios años anteriores, poder establecer un tratamiento para controlar dicha propensión , modificando las causas o motivaciones que inclinan a los individuos a consumir dichas sustancias .

11.- VARIABLES CONTROLADAS:

La prueba psicológica que se utilizó para conocer el perfil de personalidad , en todos los pacientes, fué la misma para todos los casos.

VARIABLES EXTRAÑAS:

Por ser un estudio transversal , puede ocurrir que en elmomento de hacerles el estudio a los pacientes, estén cur sando por un estado de ánimo determinado por algún acontecimiento inmediato anterior, por lo que pudieran contestar el cuestionario de acuerdo a el estado de ánimo que haya desencadenado tal evento.

12.- CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

La población estuvo integrada por un total de 20 sujetos.

Diez de los cuales pertenecían al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, dos de ellos estuvieron internados hasta salir de alta por un bróte sicótico debido a la farmacodependencia crónica; los otros ocho pacientes del mismo Hospital se encontraban en un grupo de psicoterapia de grupo que acudían al Hospital en busca de ayuda para alejarse del vicio.

Los otros diez pacientes pertenecen al Hospital Granja La Salud Tlaxolteotl, de la consulta externa, que también acudieron en busca de ayuda profesional para alejarse del vicio, de esta última población solamente tres fueron llevados por sus padres solicitando la consulta y los otros siete fueron por su propia iniciativa.

13.- CRITERIOS DE INCLUSION

Los criterios de inclusión estuvieron formados por las siguientes variables:

- De 15 a 50 años de edad
- SEXO: Masculino
- HISTORIA ESCOLAR: Desde analfabetas hasta licenciatura en una carrera.
- HISTORIA DE FARMACODEPENDENCIA: mínima de 5 años de consumo, drogándose por lo menos una vez a la semana, con inhalantes volátiles, marihuana, tranquilizantes, estimulantes, alcohol, yasea por separado o en combinación entre sí.
- Ausencia de padecimientos psiquiátricos agudos.
- Vivir en el área metropolitana o sus alrededores

14.-

I N S T R U M E N T A C I O N

ESTI
SALIDA
1970

Una vez que el paciente se presenta al Hospital Psiquiátrico con el objeto de buscar ayuda profesional, se le entrevista de primera vez con lo que se obtienen datos generales, así como su historia de farmacodependencia, y de esta manera se seleccionarán solo aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Para poder evaluar el tipo de personalidad, se les aplicó la prueba MMPI, a 20 pacientes, 10 de los cuales pertenecían al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y los otros 10 al Hospital Granja La Salud Tlazolteotl, ambos de la S S A , acudiendo a solicitar ayuda para la problemática personal en la consulta externa.

El horario que se utilizó para aplicar la prueba fué de 8:30 a 11:00 hs. Los lugares donde se efectuaron los cuestionarios, fueron los consultorios de ambos Hospitales de la Consulta Externa , donde cuentan con un escritorio , una mesa de exploración y tres sillas.

14.-

P R O C E D I M I E N T O

A los 20 pacientes se les aplicó la prueba del MMPI, de manera individual, si llenaban los criterios de inclusión.

Se les dijo que iban a contestar un cuestionario de 366 preguntas proporcionándoles las hojas especiales y lápices .

En algunos casos hubo la necesidad de leerles el instrumento, ya que no sabían leer.

Se permaneció en el consultorio para contestar cualquier duda que se presentara.

L	F	K	O	I	2"
1	16	5	16	1	28
2	21	7	18	2	17
2	16	6	10	8	17
3	12	12	16	8	21
1	10	5	22	10	24
3	17	9	17	15	24
6	23	9	20	22	32
6	28	11	19	21	31
10	15	14	18	18	20
4	33	10	19	16	4
4	14	16	23	14	23
5	10	7	20	6	25
7	34	14	20	17	19
7	25	3	19	8	22
9	17	11	25	15	25
4	10	13	25	13	31
4	19	7	18	10	29
2	13	3	27	19	20
1	18	7	19	18	26
3	37	8	28	16	30

3	4	5	6	7	8	7
18	35	27	14	23	40	25
13	22	25	19	21	21	32
13	26	20	16	19	30	25
25	17	20	14	11	16	15
20	28	22	23	31	42	30
28	21	29	13	26	24	25
38	31	28	16	34	49	22
29	24	25	14	22	23	25
22	24	33	15	11	26	14
28	21	23	17	25	17	25
15	23	29	13	24	32	26
20	19	25	13	22	23	26
29	29	29	17	22	36	23
14	34	19	16	29	13	21
22	19	27	15	20	30	20
31	19	32	17	21	32	18
23	23	24	13	24	37	30
25	23	24	17	35	16	29
24	32	29	13	20	28	22
23	25	27	19	19	44	24

15.- RESULTADOS

En el puntaje en bruto de los 20 cuestionarios, se hizo un promedio del total de puntos para cada indicador de las diferentes entidades. Al total del puntaje se le eliminó la cifra menor y la mayor y se dividió entre 20.

Los datos que arrojaron fueron los siguientes:

L :4 F: 18 K:7 I:16 ya corregido . 2:22 3:21 4: 25 ya corregido.
5:24 6:14 7:28 ya corregido 8: 39 ya corregido 9: 23 ya corregido.
O:19

16.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS:

De acuerdo a las cifras totales de los puntajes obtenidos en cada indicador, se deduce que para la

L: Existe en estos pacientes entrevistados, mucha necesidad de impresionar a la jente en forma favorable, y de ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al autocontrol. Son individuos conformistas que no se dan cuenta de como su conducta impacta a los demás.

F: a) Ante la prueba, no cooperaron, contestaron al azar.
b) hay una falta de comprensión debido a la pobre capacidad de entendimiento, dificultades en la lectura o confusión sicótica.
c) Aparentan mayor enfermedad de la que en realidad le afecta, como medio para evitar la responsabilidad

K: Presentan un concepto inadecuado de si mismos empobrecido y lleno de insatisfacciones, además implica defensas deterioradas.

F: superior indica el pronóstico de tratamiento: es generalmente pobre.

- 1: Falta de enfermedad somática, no somatizan o tienen quejas difusas y vagas.
- 2: Razgos depresivos circunstanciales por causas de carencia de la droga.
- 3: Negación a tener relaciones interpersonales, adopta actitudes cínicas con la gente pues carece de tacto social; evita a las personas.
- 4: Independiente o inconforme, rebelde, resentido con baja tolerancia a la frustración e inadaptado a la sociedad. Impulsivos, las relaciones interpersonales son superficiales. Con frecuencia tienen conflictos con el grupo social. Cuando expresan sus impulsos tienen éxitos en evadir la censura y evitan conflictos con la sociedad.
- 5: Personas sensible con conflictos de identidad sexual, ya que presentan inmadurez en esta área.
- 6: Se caracterizan por su hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones ante los aspectos raciales de la vida. Personas que exhiben mucha desconfianza, parecen resentidos de males reales e imaginados que siente que le hacen, son muy capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.
- 7: Presentan preocupación aparente por problemas insignificantes, además de ansiedad, indecisión y tensión, insatisfacción con sus vidas y con los aspectos sociales.
- 8: Pacientes con los siguientes cuadros: Mentalidad esquizoide, acéntricos, socialmente introvertidos, tienden a evitar las presiones de la realidad y presentan impulsos inaceptables, buscando realización en la fantasía, existen desórdenes del pensamiento, confusión, creencias y actividades raras.

- 9: Son sujetos que aparentan ser amables, de buen temperamento e interezados en muchos aspectos de la vida, aparentan confianza en si mismos, independencia y libertad, sus razgos son de hipomaniacos que se caracterizan por una vida sin metas y sin ambiciones reales debido a la hiperactividad que los caracteriza.
- 0: Introversido-extroversido. La tendencia es a relacionarse superficialmente con los demás. Se caracteriza por la carencia de sinceridad en su vida social, existe una gran necesidad e intensa dependencia de la aceptación por parte del grupo al que pertenecen.

17.- C O N C L U S I O N E S

De acuerdo a los datos obtenidos en los antecedentes de esta investigación, junto con las citas bibliográficas nacionales e internacionales, hasta hace unos años se había demostrado que el perfil de la personalidad del sujeto farmacodependiente el grado de depresión era sobresaliente como lo describe el estudio del Psicólogo Julio Ornelas Donato, Jefe del Departamento de Psicología del Hospital Fray Bernardino Alvarez en su trabajo realizado en 1979 titulado Perfil de personalidad en el farmacodependiente, en donde encontró en 30 pacientes alto el porcentaje de depresión siguiéndole en asociación la incomfomidad y reveldía en menor escala; sin embargo al inicio de este trabajo se pretendía en la actualidad encontrar elevada la depresión principalmente en los pacientes estudiados para pensar en que la motivación principal de su farmacodependencia era el mitigar la magnitud de la sintomatología depresiva. Por el contrario los resultados fueron inesperados, ya que la depresión en este estudio se encontró dentro de los límites normales, por lo que se puede deducir que el

farmacodependiente actual en general , ya no maneja la culpa debida mente, probablemente por el grado de deterioro mental por la acción de la cronicidad y calidad de las drogas actuales, o también se puede concluir que la actitud permisiva de la actual sociedad ante la problemática de la drogadicción, aunada a la carencia de valores morales, disminución del apego familiar debido a la crisis económica y libertinaje, hayan sido la causa de que los resultados de la presente investigación ahora el mayor puntaje lo haya obtenido el de los razgos esquizofreniformes por su deseo de fantasear su realidad disparado por el de el resentimiento hacia una sociedad que siempre los ha marginado.

18.- bibliografía

- 1.- Anthony E.J. ;Benedek,T. DEPRESION Y EXISTENCIA HUMANA.
Ed. Salvat. Barcelona España 1981.
- 2.-BECK A.T. Cognitive Attitudes and personality dimensions in depressions. British Journal of Cognitive Psychotherapy. Vol.1(1) 1-16 1983
- 3.- Beck A,T.Cognitive therapy the emotional disorders Copyright 1960 USA
- 4.- Beck A,T. Cognitive Therapy of depression theory and practice hospital community psichiatry. Wright Jesse. Vol. 34(12) 1119-1127.1983.
- 5.- Bolon K;Barling, Julian. The measurement of self-rates depression. A multidimensional approach. Journal Genetic Psychology 1980 Dec Vol 137(2) 309-310.
- 6.- Caruso Igor . Separación de los amantes. Ed. SigloXXI Mex. 1982.
- 7.- Diagnostical Ans Statistical manual of Mental Disorders. A.P.A. III Task Force DSM III Draft, 1979.
- 8.- Kerlinger, F.N. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana Mex 1983.
- 9.- Lara-Tapia,H.;Ramirez de Lara, L.; Lara-Tapia,L. Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología, Neurocirugía y psiquiatría. INSTE . Clínica de Neurología, Psiquiatría Juárez . Mex. D.F. Vol. 17(1) 5 -15 1976.
- 10 Nuñez R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología. Ed. El Manual Moderno. S.A. Mex 1978

- 11.- Schurr, R.Hocken, P.C; Jarret , F.J. Comparison of depression inventories in a clinical popilation. Canadian Psychiatric Asso ciation Journal. Vol 21(7) Nov. 1976.
- 12.- Rounsaville BJ. SPITZER RL WILLIAMS J BW : Proposed changes in DSM III substance use disorders: description and rationale. Am J Psychiatry 1986; 143-463.
- 13.- Regier DA, Myers JK, Kramer M et al: the NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program historical context, major objetives and study population characteristics. Arch, Gen Psyciátry 1987; 41: 934-941.
- 14.- Robins LN, Helzer JE, Croughan J et al: the NIMH Diagnostic inter view Schedule 1st history, characteristics. Arch, and validity. Arch Gen Psychiatry 1991; 381-389
- 15.- Spitzer RL, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM III Patient version. New York, New York State Psychiatric institute, Biomedics Research July I 1985.
- 16.- Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement 1960; 20:37-46.
- 17.- Rabor T, Kranzler H Kaden R Issues in the definition and diagnosis of alcoholism. Prog. Neuropsychofarmacol Biol Psychiatry(in pres).
- 18.- DSM III Manual diagnóstico de los trastornos mentales. Trastornos por uso de sustancias de la 174 a 190.
- 20.- DSM III-R Criteria for Diagnosis of substance dependence disorders.
- 21.- Hunsley J; Hanson RK; Parker KC.A Summary of Reliability and stability of MMPI scales. J Clin Psychol 1988 Jan 44(1); 44-6 .
- 22.- Craig RJ. MMPI Derived Prevalence Estimates of homosexuality A'

Drug- Dependent Patients. Int Addict 1987 Nov; 22(11); 1139-85.

23.- Jackson DH; Hoffmann H. Comon Dimensions of Psychopathology from the MMPI and the Basic Personality. J Clin Psychol 1987 Nov; 43(6);661-9.

24.- Dolan MP; Black JL; Deford HA; Skinner JR; Robnitz R. CHarakteristis of drug abusers that discriminate needle/sharers. Public Healt Rep 1987 jul/Aug ;102 (4)

25.- DR RAMON DE LA FUENTE JEFE DEL DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SALUD MEN TAL . Aspectos Psicológicos y Sociales de la Farmacodependencia. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría p. 16-18-21

DRA LUZ MARIA GUADALUPE HERZ CRTIZ.