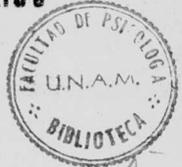


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



CAMBIOS TEMPORALES DE LA MEMORIA EN EL
FARMACODEPENDIENTE:
UN ESTUDIO PARAMETRICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

ADELA ELVIRA DUGAY ALVAREZ

1 9 7 5



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.

5053.08
N.A.M. 46
1975

G.1

5053.08
UNAM. 46
1975



M. 161642
tps. 284

A LA MEMORIA DE:

MI MADRE

Y

ABUELA.

A :

VICTOR

Y A

VITY

MI PADRE

MIS HERMANOS

MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO A:

Lic. Francisco de la Puerta M., por su ayuda desinteresada en la realización de esta tesis.

Dr. Ernesto H. Lammoglia R., por su constante motivación durante una época difícil en mi vida profesional.

Dr. Víctor M. Rivera B., por sus valiosos consejos y apoyo constante a través del ejercicio de mi profesión.

Dr. Antonio Cuevas C., por sus acertadas orientaciones y por las facilidades otorgadas para hacer posible el desarrollo de este trabajo.

Lic. Víctor M. Rossi F., por su ejemplo y honestidad de mostrada en el tiempo que llevo de colaborar bajo sus órdenes.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

Consideraciones Generales en Relación con el Problema de la Farmacodependencia.

- 1.- Breve Historia de las Drogas.
- 2.- Definiciones.
- 3.- Clasificación de los Fármacos.
- 4.- Estupefacentes.
- 5.- Psicotrópicos ó Neurotrópicos.
- 6.- Volátiles Inhalables.
- 7.- Investigaciones Realizadas.

CAPITULO II

Memoria.

- 1.- Breves Antecedentes Históricos.
- 2.- Definiciones.
- 3.- Memoria y Percepción.
- 4.- Memoria y Atención.
- 5.- Memoria Primaria, Memoria Secundaria y sus Interacciones.
- 6.- Fases de la Memoria a Corto y Largo Plazo.

CAPITULO III

Daño Cerebral.

- 1.- Síndrome de Disfunción Cerebral.

CAPITULO IV

Técnicas Psicométricas de Evaluación.

- 1.- Test Guestáltico Visomotor de L. Bender.
- 2.- Técnica de Pascal, Material de la Prueba
- 3.- Escala de D. Wechsler de Memoria.
- 4.- Escala de Registro Psiquiátrico de Overall y Gorham.
- 5.- Cuestionario de Variables.

CAPITULO V	Planteamiento del Problema y Formulación de Hipótesis.
CAPITULO VI	Análisis Estadístico.
CAPITULO VII	Descripción de la Población.
CAPITULO VIII	Análisis e Interpretación de los Resultados.
CAPITULO IX	Resumen y Conclusiones.

Cuadros y Gráficas

Bibliografía.

Addendum.

Apéndice.

INTRODUCCION

La inquietud que nos llevó a desarrollar este trabajo, estuvo dirigida básicamente a responder algunas preguntas que podrían facilitar el diagnóstico en pacientes farmacodependientes.

Las preguntas a que hacemos referencia son:

¿ Qué diferencias existen entre las respuestas dadas a pruebas tales como: Escala de Memoria de David Wechsler, el Test de Laureta Bender, La Escala de Sintomatología Psiquiátrica de Overall y Gorham; entre grupos diferentes de pacientes farmacodependientes, y que difieren solamente en cuanto al tiempo de haber dejado de ingerir drogas (T.D.D.)? Esto es, a medida que se incrementa el T.D.D., ¿ qué cambios correlativos en el conjunto de variables dependientes podemos observar? La calidad de las respuestas de los pacientes farmacodependientes múltiples, ¿ están en función de solamente el tiempo de haber dejado de ingerir drogas (T.D.D.)?

Para responder a esta pregunta elaboramos un diseño experimental, que consistió en la comparación, mediante pruebas paramétricas y no paramétricas de 6 grupos de farmacodependientes múltiples.

También investigamos en el presente estudio, y mediante un segundo diseño experimental la posibilidad de que el tiempo

po de estar haciendo uso de las drogas (T.E.D.) estuviera relacionado con la magnitud de las variables dependientes. Si las respuestas de los pacientes son función de este tipo de parámetro (T.E.D.) entonces observaremos cambios ordenados en cuanto a la magnitud de las variables dependientes correspondientes a cambios ordenados en la variable independiente.

Para solucionar este problema comparamos 4 grupos de farmacodependientes múltiples.

Habiendo analizado los resultados de los 2 diseños anteriores; observamos que se manipularon independientemente uno del otro, los 2 parámetros temporales T.D.D. y T.E.D. Por lo que los resultados pudieron haber sido afectados por la variable independiente no controlada en cada uno de los estudios.

Para contrarestar este posible efecto elaboramos un tercer diseño, que consistió en 4 comparaciones de 2 grupos - cada uno.

Con el desarrollo de la presente investigación pretendemos ayudar en la medida de nuestras posibilidades con la - facilitación del diagnóstico y pronóstico de los jóvenes farmacodependientes; que ya sea debido a la presión de grupo, la curiosidad o simplemente por el deseo de estar actualizado en cuanto a modalidades se refiere, llegan a usar y abusar de las drogas, sin tomar en consideración las alteraciones psicológicas o fisiológicas que en determinado tiempo llegan a causarle. Debido

a ello y como medida preventiva se elaboró la presente investigación, para que con bases científicas se demuestre en lo referente a, alteraciones de la memoria, organicidad cerebral y sintomatología psiquiátrica; sean indicadores o no del diagnóstico de un paciente farmacodependiente múltiple, tomando como parámetros el T.E.D. y T.D.D. exclusivamente.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES EN RELACION CON EL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA

1.- Breve Historia de las Drogas.

El uso y abuso de drogas es un fenómeno complejo que comprende factores sociales, de personalidad, farmacológicos y al mismo tiempo es una enfermedad. Demanda el interés de juristas, sociólogos, médicos, psicólogos, farmacólogos, etc. Es de suma importancia conocer la naturaleza de los múltiples factores para el uso y abuso de sustancias tóxicas, no solo a causa del valor de este concepto en el tratamiento y manejo del paciente farmacodependiente, sino también porque la realidad de los muchos peligros potenciales que tiene el mal uso de drogas que afectan al sistema nervioso central - así como las funciones mentales del joven, lleva a emplearlas con precaución.

Casi todas las sociedades que ha conocido el hombre han recurrido a una, cuando no a varias drogas psicotrópicas, incluso el alcohol. Se ha observado que los pequeños grupos sociales o tribus que parecen ser estables o estar bien integradas usan estas drogas sin efectos nocivos aparentes. El uso de estas drogas son con fines religiosos en su mayoría, y médico en otras ocasiones; pero puede ser también del orden ceremonial. (1).

En relación con los opiáceos cuenta la leyenda que la adormidera nació en el mismo lugar en que cayeron los párpados de Buda al cortárselos éste para no dejarse vencer por el sueño. Pero el conocimiento de sus propiedades farmacológicas y del opio producto de ella es más antiguo.

Entre 3000 ó 4000 años A.C. se menciona en algunas tablillas sumerias la adormidera (2). Los sirios, egipcios, griegos, etc. han dejado textos que atestiguan el uso del opio en la antigüedad.

La primera descripción detallada sobre la cannabis aparece en un libro preparado por el Emperador Chino Shen Nung en el año 2737 A.C.

También al estudiar la hoja de la coca y la cocaína (se le dá el nombre de coca a un arbusto de hojas caducas que se masecan una vez que se ha secado; la cocaína es un alcaloide aislado de las hojas de coca, fue sintetizado por Niemann en 1859, este alcaloide se presente en forma de polvo blanco cristalizado, con ligero sabor a éter, es soluble en agua y alcohol (3) nos encontramos con orígenes legendarios: en la cordillera andina el dios Junu, señor del trueno, del rayo y de la nieve, irritado por la actitud de los jefes de los yungas, que habían autorizado a sus huéspedes a que mar los bosques, decidió castigarlos. El humo del incendio había ennegrecido sus palacios, el Illimani y el Mururata,

altas montañas bolivianas cubiertas de nieves perpetuas, el -
dios decidió aislar a los yungas de la capital, levantada a ori-
llas del Lago Sagrado (el Titicaca). Privados de toda comu-
nicación con los malloos (jefes supremos) y segregados de sus
principales fuentes de abastecimiento, esas poblaciones queda-
ron condenadas a una vida nómada y a los tormentos del hambre
y la sed. Entonces descubrieron las virtudes de la hoja de la
coca, comprobando que su masticación daba como resultado nue-
vas fuerzas, superaban el cansancio y podían llegar a Tiahuanaco
sin sufrir del soroche, la angustia del aire enrarecido.

En nuestro país y en relación con los alucinantes --
Fray Bernardino de Sahgún en su Historia General de las Cosas
de Nueva España nos dice: " ellos mismos descubrieron y usaron
la raíz que llaman Péyotl, y los que la comían, la tomaban en
lugar de vino y lo mismo hacían de los que llamaban nanácatl, -
que son los hongos malos, que emborrachan también como el vino
se juntaban en un llano después de haber comido y bebido, donde
bailaban y cantaban de noche y de día, a su placer....."
"..... hay otra yerba como tunas de tierra que se llama ---
péyotl; es blanca, los que la comen o beben ven visiones espan-
tosas; o de risas, que dura esta borrachera dos o tres días y des-
pués se quita....." (4)

Los botánicos descubrieron el péyotl en 1892, ana-
lizaron espécimenes de la planta llevados por los explo-

radores que habien observado los ritos con peyote de los indios de México. El alcaloide alucinógeno obtenido de la planta, la mescalina, fue aislado en 1896.

En 1943 el químico Alberto Hofmann, que estudiaba el punto de fusión de un derivado del cornezuelo de centeno, descubrió una sustancia extraña. Esta droga que nació creó las mas ardientes controversias de la historia moderna de la droga, esta sustancia se denominó LSD-25 (tartrato dietilamida de ácido d lisérgico). (5)

2.- DEFINICIONES.

Según el 13o. Informe de la Organización Mundial de la Salud en Drogas Toxicomaníacas (6) se recomendó el cambio de los términos toxicomanía y hábito, por el de dependencia, a partir de 1969 esta Organización adoptó el término " Farmacodependencia " entendiendo como tal, el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco ; se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma contnua o periodica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar producido por la privación; la dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. - Una misma persona puede ser dependiente de uno o mas fármacos.

En la mayor parte de los fármacos que ocasionan dependencia se encuentra un fenómeno farmacológico llamado toleran

cia, que puede definirse como la disminución del efecto farmacológico después de la aplicación de un fármaco, o del aumento de la dosis de un fármaco dado, administrado para obtener el mismo efecto que se consiguió con la dosis original.

DEPENDENCIA FISICA.- Estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos mas o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga. (síndrome de abstinencia) (7).

DEPENDENCIA PSIQUICA.- Este término se ha reservado para referirnos al uso compulsivo de la droga sin -- desarrollo de dependencia física, pero que implica un peligro para el usuario. (8).

DROGA O FARMACO.- Se comprende a toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o mas funciones de este, esta es la definición que proporciona la OMS sobre el concepto de fármaco o droga . (9).

3.- CLASIFICACION DE LOS FARMACOS.

La clasificación de los fármacos que producen dependencia, consta de tres grupos:

- | | | |
|--------------------|--|------------|
| | | naturales |
| | a) Derivados Opiáceos | |
| | | sintéticos |
| I) ESTUPEFACIENTES | Llamados también narcóticos analgésicos. | |
| | b) Derivados de la Coca. | |

- II) PSICOTROPICOS
O
NEUROTROPICOS
- a) Psicolépticos (neurotrópicos y / o sedantes)
 - b) Psicoanalépticos (estimulantes)
 - c) Psicodislépticos (psicomiméticos, psicodélicos y / o alucinógenos)

- III) VOLATILES
INHALABLES.
- a) Cementos Plásticos.
 - b) Solventes Comerciales.
 - c) Gasolina y Combustibles.

4.- Estupefacientes , es un concepto mas bien jurídico que farmacológico. Desde el punto de vista farmacológico el primer subgrupo de estas drogas se caracteriza por producir narcosis, el segundo causa anestesia local y euforia.

Los principales alcaloides presentes en el opio son: 1) morfina, codeína, tebaína, del tipo fenetrénico; 2) papaverina, narcotina, narcaína del tipo bencil - isoquinolénico.

La modificación química de la molécula de la morfina ha llevado a la obtención de varios derivados sintéticos, el mas notorio de ellos es la heroína o diacetil - morfina. (10)

Consideramos a la morfina y la cocaína, como representantes de este grupo, debido a ser los productos de mayor uso - entre los jóvenes, sin embargo en nuestro medio su uso no es todavía muy frecuente.

4.1 ADMINISTRACION, ABSORCION, DISTRIBUCION Y ELIMINACION DE LOS NARCOTICOS OPIACEOS.

Los narcóticos opiáceos son producidos en variedad de tabletas, cápsulas, elixirs, jarabes para la tos (con codeína), inyecciones, supositorios, y en el mercado ilegal también están disponibles en forma de goma sólida y en forma de polvo. Es frecuente que la codeína se mezcle con otros analgésicos no narcóticos. A pesar de que los narcóticos opiáceos son bien absorbidos por el tracto gastrointestinal, esta vía es poco usada en comparación con las inyecciones. Entre los usuarios no médicos la subcutánea y la ultravenosa son comunmente usadas para la heroína y la morfina. El opio crudo es usualmente comido o fumado y el polvo ocasionalmente olido. Solamente una fracción de minuto después de que la droga se ha absorbido actúa en el sistema nervioso central. La duración de la intensidad y los efectos varía considerablemente con la clase de las diferentes drogas (y en función de la dosis), aunque la acción típica de la droga en toda su fuerza comienza de 3 a 6 horas después. Estas drogas son usualmente inactivadas en el hígado y excretadas por la orina, frecuentemente en forma de pequeñas cantidades de morfina libre.

4.2 EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LOS NARCOTICOS OPIACEOS.

Los narcóticos opiáceos producen pocos efectos no psicológicos a dosis terapéuticas. La respuesta inmediata a corto plazo usualmente incluye una reducción general de la respiración y de la actividad cardiovascular, depresión del reflejo tusígeno de tos, constricción pupilar, en menor cantidad disminución de la agudeza visual, ligero escozor dilatación de los vasos cutáneos, clentamiento de la piel, descenso de la actividad intestinal (frecuentemente causa constipación), y en algunos individuos náusea y vómito. En altas dosis, se encuentra inestabilidad y pérdida de la consciencia. Los síntomas primarios de la sobredosis son: coma, shock y en último caso paro respiratorio y muerte.

Existen evidencias de pequeño daño directo permanente (fisiológico), debido al uso crónico de narcóticos opiáceos. Reportes comunes de desórdenes en usuarios callejeros son: hepatitis, tétanos, anormalidades en cabeza y pulmón, endurecimiento venoso (marca de su trayecto), infecciones locales, abortos y problemas obstétricos en mujeres embarazadas. Las complicaciones observadas se presentan frecuentemente debido a la administración no esterilizada de la jeringa, nivel de vida poco higiénico y una educación médica pobre.

4.3. EFECTOS PSICOLOGICOS DE LOS NARCO-- TICOS OPIACEOS.

Los efectos subjetivos de los narcóticos opiáceos pueden variar considerablemente entre diferentes individuos y situaciones. Manifiestan sentimientos de calor, estado agradable de paz y de contento, euforia o disforia, náusea, incapacidad para la concentración, apatía y letargo. Ciertos individuos -- cuando están fatigados pueden ser estimulados en sus sentimientos de energía y fuerza. Grandes dosis producen ensimismamiento y sueño. Ocurre frecuentemente un estado como de sueño placentero. Algunos usuarios describen que con estas drogas tienen experiencias cercanas al éxtasis y frecuentemente deseos sexuales (especialmente con la inyección intravenosa). Los narcóticos opiáceos tienden tambien a disminuir otras motivaciones primarias asociadas con el sexo, comida y agresión.

Los efectos psicológicos, por el uso de narcóticos -- opiáceos son mas rápidos en sujetos crónicos que en sujetos de uso regular de los mismos narcóticos.

En otras palabras, los tiempos de reacción a la droga, están disminuídos en los sujetos no crónicos y, además de este tipo de experiencia es para ellos desagradable. Por otro lado porque muchos sujetos que estaban preocupados inicialmente por el efecto fisiológico y psicológico causado por la droga,

aprenden a tolerar y a no preocuparse por la situación. En tanto que algunos individuos empezaron dependiendo de narcóticos opiáceos, tienden a retirarse de sus actividades sociales.

4.4. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA DE LOS NARCOTICOS OPIACEOS.

La tolerancia para las diferentes acciones de los narcóticos opiáceos varía con la magnitud y la frecuencia de la administración. Personas motivadas a evitar el dolor o los efectos subjetivos; o bien por los efectos positivos de la euforia, están dispuestas a incrementar la dosis y pueden eventualmente tolerar varias veces, cantidades que serían letales para un individuo normal.

El grado de dependencia física adquirida para éstas drogas está estrechamente relacionada con la tolerancia desarrollada. Con una dosis baja o uso poco frecuente, ocurre una dependencia pequeña y los síntomas desaparecen o no se presentan. (11)

5.- PSICOTROPICOS O NEUROTROPICOS.

Psicotrópicos o neurotrópicos, este término fue introducido por Gerard (12), originalmente fueron divididos en dos grupos farmacológicos: a) Depresores del Sistema Nervioso Central y b) Estimulantes del Sistema Nervioso Central. (13). Posteriormente se han utilizado o

ferentes criterios que han originado varias clasificaciones, de las cuales la mas conocida es la de Delay (14) que dividió en tres grupos a estos fármacos: 1) Psicolépticos; 2) Psicoanalépticos, 3) Psicodislépticos.

1). Psicolépticos. (15). Incluyen todas las sustancias que determinan relajación y depresión de la actividad mental y que incluyen: a) hipnóticos, b) los sedativos ansiolíticos, 3) los neurolépticos.

a) Los hipnóticos (barbitúricos, metacualonas) son utilizados generalmente para producir sedación general y facilitar el sueño.

b) Los sedativos ansiolíticos (meprobramato, benzodiazepinas, etc) que reducen la tensión y la ansiedad.

c) Los neurolépticos o antipsicóticos, que se usan -- ampliamente en psiquiatría por su actividad terapéutica en las psicosis severas como la esquizofrenia. Algunos son derivados de la rawolfia, como la reserpina, otros de la fenotiacina, como la clorpromacina y algunos mas pertenecen al grupo de las butirofenonas como el haloperidol.

5.1.1. Tomando en consideración que son los barbitúricos los fármacos de mayor abuso en nuestro medio, mencionaremos algunas de las características mas sobresalientes: son fármacos depresores del Sistema Nervioso Central,

usado en medicina en todo lo que va del presente siglo, como inductores del sueño, antihipertensores y tranquilizantes.

5.1.2. EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LOS BARBITÚRICOS.

Estos fármacos ingeridos en dosis terapéuticas inducen al sueño, producen disminución de la frecuencia respiratoria, bajan la tensión arterial y disminuyen notablemente la excitabilidad del S.N.C. A dosis excesivas, especialmente cuando se toman junto con alcohol, ocasionan la pérdida del sentido y la muerte, a menos que el usuario reciba tratamiento médico adecuado.

5.1.3. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS BARBITÚRICOS.

Dentro de las características psicológicas se presentan los síntomas subjetivos siguientes: las dosis continuas y excesivas de barbitúricos dan lugar a dificultades en el habla, irascibilidad y disposición belicosa. Estados de euforia alternando con depresión, conductas contradictorias e irracionales, estados de confusión, afecto inapropiado.

5.1.4. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA DE LOS BARBITÚRICOS.

Estos fármacos son los únicos psicotrópicos en los que

se ha demostrado plenamente la existencia de dependencia física, psíquica, habituación o tolerancia; algunas veces convulsiones, pérdida de la consciencia, esto es a cantidades elevadas, se han reportado casos de muerte en los estados de abstinencia. (16).

Los síntomas de abstinencia o dependencia física son: irritabilidad e inquietud, ansiedad, fenómenos alucinatorios, temblores, insomnio, náuseas y vómitos. Es quizá la presencia de convulsiones el signo mas aparatoso del síndrome de abstinencia de los barbitúricos.

2) Psicoanalépticos.- Estos fármacos estimulan la actividad mental. (psicoestimulantes y antidepresivos).

Los fármacos psicoestimulantes (anfetamínicos, cafeína), generalmente disminuyen el apetito aumentan la actividad y en dosis mayores impiden el sueño.

Los antidepresivos (imipramina, norpramina, fenelcina) son fármacos usados en medicina para mejorar la efectividad de pacientes deprimidos severos.

El grupo mas conocido y el que mayores problemas -- causa en medicina es el de los psicoestimulantes, principalmente las anfetaminas. Es por ello que mencionaremos las características psicológicas y fisiológicas de este grupo.

5.2.1. ANFETAMINAS

Su administración, Absorción, Distribución y Destino Fisiológico.

Las anfetaminas se venden en una variedad grande de tabletas, cápsulas (ambas de acción inmediata y prolongada), -- elixir, inyecciones y recientemente en inhaladores. Esta droga además aparece en el mercado como polvo cristalino, en el mercado negro generalmente se venden en esta forma y mezclados -- con barbitúricos también mezclados con otros medicamentos como son sedantes, cafeína, vitaminas y minerales; en otras ocasiones son mezclados con L.S.D.

Las anfetaminas generalmente son usadas por vía oral y son absorbidas por el tracto gastrointestinal. En ocasiones la aplicación intramuscular como intravenosa son aplicadas por indicaciones médicas; hace algún tiempo los inhaladores con anfetaminas eran utilizados, los abusadores de estas drogas pueden utilizar algunas de estas formas o bien inhalar cristales.

EFFECTOS PSICOLOGICOS Y FISIOLOGICOS DE LAS ANFETAMINAS.

Tanto los efectos psicológicos como los fisiológicos varían de acuerdo con la dosis, las inyecciones en forma masiva pueden variar grandemente de acuerdo a la forma y tener cambios -- distintos las respuestas pueden ser distintas respecto a las ---

dosis orales administradas. Estos efectos varían continuamente sobre la dosis total.

5.2.2. EFECTOS PSICOLOGICOS DE LAS ANFETAMINAS.

Las respuestas psicológicas varían considerablemente de un individuo a otro, pero si es muy típico que todos se mantengan en un estado de alerta aumentando su capacidad de concentración, disminuye fatiga presentando una discreta euforia, mayor sociabilidad, puede producirse irritabilidad, inquietud, insomnio; en los casos que se ingiere una dosis elevada se puede presentar una hipersensibilidad, agresión, alucinaciones.

5.2.3. EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LAS ANFETAMINAS.

Estos fármacos producen taquicardia, hipertensión arterial leve, hiperquinesis, sequedad de la mucosa, trastornos digestivos varios, de los cuales el más notable es la anorexia; que viene a ser el pretexto en la actualidad para usar las por prescripción médica (en los regímenes para bajar peso).

5.2.4. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA DE LAS ANFETAMINAS.

La tolerancia hacia los efectos de las diversas drogas se desarrolla a distintos niveles, a diferentes grados, en algunos usuarios crónicos se manifiesta más rápidamente la sintomatología.

matología que en otros. Tendencia para aumentar la dependencia sobre los efectos de la droga. Muchos individuos que utilizan anfetaminas para controlar la narcolepsia (exceso de sueño) y encontrar la dosis estable, la cual les puede ser mas fácil man tener durante varios años. En el otro extremo tenemos que el uso de las drogas para el control del apetito tiene que ser incrementada frecuentemente. Muchos efectos psicológicos, tales como la elevación del talante a diversos estímulos, puede mostrar una considerable sensibilidad a la tolerancia y en los individuos que se han iniciado en el uso de esta droga pueden obtener dichos efectos; o en aquellos que han recurrido al uso de esta para iniciarse en las anfetaminas, por el uso que estas tienen y generalmente para mostrar la tendencia que tienen en su aumento. La tolerancia de algunos usuarios crónicos a la administración que pueden utilizar cientos de miligramos en forma intravenosa diariamente, mientras que otros pueden utilizar fracciones cuantitativas que pueden ser extremadamente tóxicas en los que no son crónicos al uso de esta droga.

Las anfetaminas no sugieren una dependencia fisiológica con dosis moderadas; pero la dependencia psicológica puede sobrepasar algunos tipos de frecuencia.

Se ha demostrado la presencia de daño cerebral irre-

versible en algunos casos de farmacodependientes a estos medicamentos.

3) Psicodislépticos.- Son sustancias químicas capaces de producir fenómenos mentales anormales como alteraciones de la sensopercepción (alucinaciones, ilusiones), del humor y de la consciencia; a dosis en que comparativamente de terminan solo ligera actividad fisiológica. La L.S.D. , la cannabis (mariguana), la mescalina (peyote), y la psilocibina (hongos alucinantes) son algunos ejemplos.

Se les conoce también como psicodélicos (nombre que significa expansores de la mente) o alucinógenos, aunque no expanden la mente ni determinan alucinaciones; causan en cambio graves alteraciones de la sensopercepción (ilusiones y delusiones) en las funciones de tipo intelectual y en las afectivas, --mas cuadros psicóticos, motivo por el cual se les denomina también psicotomiméticos.

Son la marihuana, y la L.S.D. los fármacos del grupo de los psicodislépticos que mas uso hacen los jóvenes aún cuando podríamos incluir a la psilocibina como sustancia tóxica de uso frecuente, no la mencionaremos debido a que las alteraciones producidas deben describirse como semejantes a las de la L.S.D. y la mescalina, dependiendo su varia

ción de las dosis ingeridas; por lo que indicaremos características de la L.S.D. y marihuana.

5.3.1 ABSORCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA L.S.D.

La L.S.D. usualmente se toma por vía oral, en ocasiones se inyecta en soluciones, o se puede sorber en polvo. Generalmente se usa en cápsulas o tabletas, otras en cubos de azúcar, pasteles. Es absorbido por el tracto gastrointestinal, distribuido en la sangre y fácilmente difusible en el cerebro. - (En las jóvenes embarazadas cruza la barrera placentaria llegando al feto). Una muy pequeña porción afecta al S.N.C. - Los efectos de la L.S.D. tomada oralmente, ocurren a la primera hora de haberse ingerido, siendo rápidos los efectos si es administrada por vía intramuscular, en que los síntomas aparecen a los 10 minutos. Por vía intravenosa, los efectos son en pocos minutos. La duración de la acción depende indudablemente de la capacidad o tolerancia en la cantidad tomada y con dosis habitual. El efecto mayor es entre 8 y 12 horas - con una recuperación gradual.

La L.S.D. es metabolizada en el cuerpo en una sustancia inactivada en el hígado y después es excretada.

5.3.2. EFECTOS PSICOLOGICOS DE LA L.S.D.

Es difícil predecir los efectos subjetivos de un sujeto, ya que ello dependerá de la estructura de personalidad, experiencias, actitudes, motivaciones, La L.S.D. provoca alteraciones en la percepción, presentándose el fenómeno sensorial. La L.S.D. produce efectos altamente perjudiciales en la capacidad de atención, concentración y memoria, pudiendo llegar a un deterioro total del juicio (psicosis). Se pueden presentar cuadros remitentes varios meses después.

5.3.3. EFECTOS FISIOLOGICOS DE LA L.S.D.

Puede producir la L.S.D. una variedad de acciones del Sistema Nervioso Autónomo, estas son, aumento en las palpitaciones cardiacas, aumento de la presión sanguínea, ascenso de la temperatura del cuerpo, piel de gallina, sudor en la cara, aumento de orina, cefalea.

5.3.4. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA DE LA L.S.D.

Se ha visto que la L. S. D. no desarrolla dependencia física; siempre que la droga se hubiere usado mas de 200 veces en un año. La dependencia psicológica ha sido reportada en sujetos que se preocupan con las experiencias que ella produce, manifestando sintomatología depresiva o insatisfacción sin la droga.

5.4. MARIHUANA (CANNABIS SATIVA) (17)

La mayoría de los consumidores de la cannabis estudiados en los E. U. han tenido experiencias con otras drogas psicoactivas, esto mismo sucede en México, entre los cuales el alcohol y el tabaco se encuentran en primera instancia. Como sería desuponerse, la mayoría de los consumidores de la cannabis se convirtieron primero en fumadores de tabaco.

La relación entre los fumadores de tabaco y consumidores de la marihuana ha sido sugerida por Rowell, quien trabajó estrechamente en los años treinta con el Departamento de Narcóticos de los E.U.A.

5.4.1. ADMINISTRACION, ABSORCION, DISTRIBUCION, DE LA MARIHUANA.

La marihuana se vende en forma de cartujos de los cua--les se usa una parte para la fabricación del cigarrillo, pasa al fu--marse rápidamente al torrente sanguíneo y los tetrahidrocanna--binos, (principios activos) al llegar al hígado se convierten en metabolitos activos de acción neurotrópica, por la acción de unas enzimas hepáticas inespecíficas cuya síntesis aumenta con el -empleo repetido de la droga. (18)

5.4.2. EFECTOS PSICOLOGICOS DE LA MARIHUANA

La intoxicación aguda de marihuana podrá clasificarse como un estado onírico placentero al principio, y durante ese estado el abusador presenta euforia y sentimientos de exaltación, locuacidad

y risa fácil; el sentido del tiempo y la distancia se altera invariablemente. A este período de estimulación sigue otro de -- somnolencia y depresión. (19)

5.4.3. EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA MARIHUANA

Podríamos llamarles efectos displacenteros que consisten en dilatación pupilar leve, congestión ocular, mareos, sequedad de las mucosas, aumento del apetito y la sed. También se observa la presencia de náuseas, diarrea y urgencia urinaria; así como un incremento de la frecuencia cardíaca.

La marihuana puede tener efectos imprevistos, inclusive en las personas que no toleran su uso, como por ejemplo, temor que puede llegar al pánico, ideas delirantes, conducta impulsiva, impredecible y agresiva; así como cuadros psicóticos francos.

Ya en 1934 el Dr. Walter Bromberg describe extensamente estos cuadros y en 1969 el Dr. Talbott hace lo mismo con sujetos que usaron su primer cigarrillo de marihuana. En nuestro país se han observado con regular frecuencia casos de psicosis tóxica por marihuana.

5.4.4. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA DE LA CANNABIS

En términos generales se ha dicho que la marihuana -

es practicamente inocua, sin embargo, su uso puede conducir a graves alteraciones del psiquismo, incluyendo la dependencia psicologica. La marihuana no conduce a dependencia fisica.

6. VOLATILES INHALABLES (20)

Son sustancias de uso industrial las mas de las veces, que se obtienen por la mezcla de otras. El uso y abuso de estas sustancias por inhalación es causa de uno de los problemas graves en farmacodependencia, la mayoría de estos productos son adquiridos facilmente por los niños y adolescentes, ya que por sus características y usos legales, no están sujetos a legislación sanitaria en nuestro país.

El uso y abuso de cementos plásticos y solventes comerciales produce un problema toxicológico severo.

La mayoría de estas sustancias se encuentran en estado gaseoso a la temperatura ambiente o se evaporan rápidamente, pasando del estado líquido al gaseoso, estas son las propiedades por las cuales se usan en la industria como solventes, cuando desean que seque rápidamente. Entre los productos comerciales que contienen estos solventes volátiles se encuentran: cementos plásticos (para modelar aviones o pegamen-

tos para zapatos y parches para llantas de bicicletas), removedores de pintura de uñas, líquidos para lavado en seco, gasolina, líquido para encendedores, etc. (21)

El principio activo de la mayoría de estos inhalantes - pueden clasificarse de la siguiente manera:

6.1. HIDROCARBUROS AROMATICOS.

Dentro del grupo se encuentra el benceno tolueno y xileno. El primero es una sustancia de alta toxicidad, que cada vez tiende a abandonarse en la industria, el tolueno se encuentra en pegamentos (cementos) para modelaje y en thinneres.

6.2. HIDROCARBUROS HALOGENADOS.

A este grupo pertenecen el tetracloruro de carbono, - cloroformo y cloruro de etileno como componentes de diversas gomas y thinneres.

6.3. CETONAS.

Los compuestos de este grupo son: acetona, metil-etil-cetona y metil-propil-cetona. Se utilizan en la manufactura de celuloide y en removedores de pinturas de uñas, así como en otros usos químicos.

6.4. ESTERES.

Los acetatos metílicos, etílicos, butílicos y amílicos - se encuentran dentro de este grupo. Su utilidad en la indus--

tria es de solventes en barnices y lacas.

6.5. ALCOHOLES.

Los alcoholes utilizados frecuentemente como solventes son el metílico, etílico, isopropílico, butílico normal y amílico.

6.6. GASOLINA, BENCINA, NAFTA Y KEROSEN.

Se utilizan frecuentemente como solventes y combustibles.

6.7. VIA Y FORMA DE ADMINISTRACION.

La vía de administración es principalmente por inhalación aunque ocasionalmente se utiliza la vía oral, se prefiere la inhalación por ser más rápida y efectiva, muchas de éstas sustancias activas no pueden absorberse por vía oral. Los jóvenes utilizan bolsas de polietileno, en la que vacían el cemento sujetándola a la cavidad bucal y nasal, el Dr. Antonio Cuevas y la Dra. Erika Herrada B., reportan casos en su estudio. Cuando se trata de thinneres, generalmente se aplica esta sustancia a una estopa o trapo y se inhala, en el caso de gasolina y otros productos se inhala directamente de un recipiente que tenga el producto; las ampollitas (como nitrito de amilo) se rompen sobre un pañuelo. En caso de sprays o aerosoles la aplicación es directamente en la cavidad bucal o nasal; en caso de usar gas para enfriar, puede reportarse y se ha reportado ya, serias complicaciones.

ciones, como ejemplo de ello son las cuerdas vocales congeladas.

La mayoría de estas drogas se eliminan químicamente sin modificación por los pulmones, en forma gaseosa, pudiendo esto ayudar al diagnóstico en muchas ocasiones. En el caso del tolueno, se elimina un porcentaje muy reducido por el riñón en forma de ácido hipúrico, que puede ser útil para los médicos en el diagnóstico.

6.8. EFECTOS DE LA DROGA.

Se analiza en primer lugar los efectos por intoxicación aguda, posteriormente los efectos a largo plazo.

Los efectos psicológicos y fisiológicos, son similares a los presentados por el alcohol y barbitúricos, las dosis bajas producen alteraciones conductuales y fisiológicas, las dosis altas producen sedación profunda, coma y aún pueden llegar a producir la muerte. Pueden presentarse síntomas encontrados en las drogas alucinógenas, sin embargo, nos limitaremos a mencionar los efectos de aquellas sustancias que se usan en mayor grado en nuestro medio.

Los cementos plásticos, los más estudiados hasta la fecha producen: sensación de subidos de oídos, euforia o irri

tabilidad, risa fácil e inmotivada, sentimiento de flotar, desorientación, alteraciones de la memoria reciente, atención dispersa, auto y heterocrítica, ideas de ser sumamente fuerte, algunos jóvenes sienten transitoriamente representar a algún personaje importante, ilusiones, alucinaciones visuales, auditivas; estupor, coma, depresión respiratoria, pudiendo sobrevenir la muerte. Puede además encontrarse nistagmus (movimiento involuntario de los ojos en forma lenta, seguido por un movimiento rápido en dirección opuesta.) diplopia (visión doble del mismo objeto externo), temblores, espasmos musculares, incoordinación motora, marcha atáxica.

Con el thiner se presenta un cuadro un tanto menos aparatoso; al principio de ingerir la droga puede presentar excitación, disartría (articulación defectuosa del habla), -- confusión, los doctores Cuevas y Herrada han encontrado -- cuadros alucinatorios visuales y auditivos, marcha atáxica, así como un estado inconsciente transitorio.

En casos de la gasolina, Edward y Faucet así como en los trabajos sobre inhalantes del Dr. Cuevas se reportan alucinaciones visuales y auditivas, excitación que puede llegar a la hipomanía, sobre todo en casos crónicos, señalan los primeros autores ideas delirantes de grandeza.

Sobre los efectos a largo plazo de los solventes y cementos plásticos se ignoran aún muchos datos, debido a que su uso es reciente y el daño que puede producir sobre el S.N.C. es discutible. Algunos autores como Skol y Nylander, señalan que el thinner no causa daño cerebral, sin embargo, estudios realizados por Clinger y Jhonson, Faucet y Jense, así como de Edward, se encontró que los jóvenes que usaban gasolina reportaban daño cerebral demostrable. - En lo que se refiere al cemento y principalmente al tolueno, existen datos suficientes en que se indica la presencia de daño cerebral al S.N.C., Grabbasky reporta daño cerebral en un paciente que inhalaba tolueno, en el estudio de Cuevas y Herrada encuentran datos que pueden estar relacionados con lesiones del S.N.C.

Se reportan daños en otros sistemas, en el hígado, depresión de la médula ósea con grave anemia, úlceras alrededor de la boca y nariz.

En aparato pulmonar presentan, traqueitis, bronquitis, congestión pulmonar y hemorragia.

6.9. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA.

La mayoría de autores coinciden en que se presenta cierta tolerancia sobre todo en los abusadores crónicos, en los que requieren de dos a tres veces la dosis inicial, para -

presentar el cuadro de intoxicación deseado; algunos jóvenes llegan a necesitar hasta 7 , 8 botes de cemento para intoxicarse, uno llega a un galón de thinner, cuando inicialmente usaban un bote y menos de 200 cc. respectivamente. Por lo que se refiere a la dependencia física y la presencia del cuadro de abstinencia al suspender bruscamente la droga, esto se presenta principalmente con los jóvenes que utilizan thinner llegando a presentar cuadros que semejan un delirium tremens. Por lo que se refiere al cemento los jóvenes frecuentemente señalan que se presenta un deseo imperioso de inhalarlo , o sea, si existe dependencia psicológica, raramente se presenta el cuadro de abstinencia.

7. INVESTIGACIONES REALIZADAS.

Holliester L. E. & Gillespie, en su estudio sobre - marihuana, etanol y dextroamfetamina, observaron que estas tres drogas se emplean en contextos sociales, con diferentes finalidades, la marihuana es ligeramente sedante como el alcohol (etanol) pero tiene propiedades que le acercan a los alucinógenos, mientras que la dextroamfetamina es fundamentalmente - estimulante, en este estudio midieron la capacidad mental y el humor. En las escalas de humor con dextroamfetamina, estimulación y actividad. Disminución de actividad con marihuana y ethanol. En los tests cognitivos. En dígitos presentaban alte

raciones (memoria inmediata. (23)

Clark L. D. Hughes R. & Nakashima, estudiaron efectos conductuales producidos por la marihuana. En su estudio, en que observan las alteraciones conductuales en humanos, encontraron que las respuestas mas afectadas son el tiempo para escoger entre una decisión compleja y la memoria por codificación, mediante dígitos, en la primera prueba refleja no solamente disminución en el tiempo de reacción, - sino también, disminución del alerta para discriminar lo correcto de lo incorrecto, mientras que el segundo implica error - en la conceptualización espacial de los botones y falla del aprendizaje. Se observa además en el estudio: la habituación a estímulos irrelevantes, está alterada, así como también el recuerdo de sucesos o pensamientos pasados y también encuentran alteración en el pensamiento organizado hacia una meta. Estas respuestas fueron observadas a dosis bajas de marihuana, considerando que probablemente la percepción del tiempo sea secundario a los efectos antes mencionados. (24)

Melges et. al. llevaron a cabo un estudio sobre memoria y su desorganización temporal. La desorganización temporal, es la capacidad del sujeto para retener, coordinar y ejecutar índices seriados en sus memorias. La administración de dosis altas de marihuana produce, desorganización temporal, alteraciones de la memoria reciente, del lenguaje y pensamiento.

Se encontró en este estudio y mediante tests de memoria, que lo que se refiere a la memoria reciente la incoordinación es - alta. (25).

CAPITULO II

MEMORIA.

1.- Breves Antecedentes Históricos.

Platón percibió dos momentos diferentes de la memoria: 1) la conservación, 2) la reminiscencia, estos términos equivalen a la retentiva y al recuerdo respectivamente.

Aristóteles adopta los términos platónicos formulando el problema que resulta de la conservación de la representación como huella (impresión) de un conocimiento pasado. El análisis platónico-aristotélico distinguió: diferencia entre retentiva y recuerdo, b) reconocimiento del carácter activo o voluntario del recuerdo frente al carácter natural o pasivo de la retentiva, c) la base física del recuerdo como conservación del movimiento o movimiento conservado.

Plotonio negó la base fisiológica o sustrato material e insistió en carácter de conservación o retentiva.

San Agustín de acuerdo a ello llamó a la memoria -- "Ventre del Alma".

Santo Tomás la consideró el tesoro y el lugar de la conservación de las especies.

Leibnitz se adhirió al carácter del fenómeno como la conservación integral bajo la forma de virtualidad o pequeñas percepciones pasadas, que con análogas a la percepción presente, recordamos que la precedía y que las seguía y de esta manera sugerimos que decisión es la más útil. Sin embargo, no es todo, al permitirnos asir por una simple intuición múltiples momentos de duración nos libra del fluir de las cosas, esto es, del ritmo de la necesidad. Cuanto más estos momentos de memoria pueden contraerse en uno, mas firme será la posesión que de la materia nos dá; de tal manera que la memoria de un ser viviente parece medir ciertamente, su poder de acción sobre las cosas.

Leibnitz, distinguió dos tipos de memoria: la que se refleja en mecanismos motores de hechos aprendidos y la personal de carácter temporal.

Aristóteles señaló el importante papel de la asociación en los procesos de memoria. Este término fue propuesto en realidad por Locke. La extensión de este principio a los fenómenos psíquicos originó la "Psicología Asociativa", sustentada por Hume, James Mill, J. Stuart Mill, Spencer y -- otros, que interpretaron las asociaciones de una manera idealista, independizándolas de la realidad material. Descartes, ---

Locke, Hobbes, Hartley, dan una explicación materialista a las asociaciones, siendo sus conceptos muy simplistas debido a lo poco que en aquél entonces se conocía sobre las funciones del sistema nervioso. Los trabajos de Sechenov y Pavlov, fueron fundamentales para dar bases científicas al estudio de las asociaciones.

2.- DEFINICIONES.

Garrigou Lagrange, distingue entre memoria sensitiva y memoria intelectual; siendo la primera la que existe en el animal, la intelectual es común al hombre.

William James, define la memoria de la manera siguiente: es el conocimiento del estado mental previo después de haber desaparecido este de nuestra consciencia. Es decir, es el conocimiento de un hecho o un suceso del cual no hemos estado pensando mientras tanto, acompañado del conocimiento de haberlo pensado o experimentado antes.

En el proceso mnemónico la experiencia produce una impresión que es retenida y que finalmente vuelve a la consciencia o se manifiesta en la conducta. Aparentemente la impresión inicial puede ser retenida aún cuando se haya hecho consciente, como lo demuestra el hecho de que muchos detalles de una escena que han escapado a nuestra consciencia y a nuestros intentos de recordarlo inmediatamente después de haberlos -

presenciado, pueden ser recordados muchos años mas tarde con claridad, gracias a la hipnósis y al psicoanálisis. Es imposible demostrar que lo aprendido puede ser olvidado por completo.

Merriam Webster, define a la memoria como el poder, acto o proceso de recordar.

3.- MEMORIA Y PERCEPCION.

Las percepciones, al igual que las sensaciones, son resultado de la acción directa de los objetos sobre los órganos de los sentidos. Sin embargo, en cuanto que las sensaciones son reflejo de las cualidades aisladas de los objetos (calor, frío, olor o color) las percepciones son representaciones del conjunto y de las relaciones mutuas de estas cualidades. La percepción es siempre una imágen del objeto.

La percepción se perfecciona y se completa, de acuerdo a los conocimientos debido a experiencias anteriores.

Donald E. Broadbent, elabora una teoría sobre percepción, en ella propuso que el cerebro tiene un filtro selectivo que puede aceptar o rechazar mensajes. Los mensajes son separados por sus características físicas, calidad de voz, lugar donde provienen, etc. Este análisis de selección reduce de esta forma, la carga del procesamiento en el sistema perceptivo.(26)

Anne N. Treisman, observa que el papel del --

filtro selectivo es reducir la señal de ruido, de mensajes no atendidos. De este modo la información recibida en el almacén a corto plazo y en el que permanece pocos segundos, pasa a ser analizado por el cerebro hasta que es seleccionado.

Deutsch y Deutsch, en sus consideraciones teóricas arguyen que todos los estímulos que llegan, reciben un análisis perceptual completo y que la selección mostrada en una conducta de atención es llevada a cabo únicamente para determinar las respuestas y la memoria.

4.- MEMORIA Y ATENCION.

Sobre el hombre actúan constantemente una serie de objetos y fenómenos que tienen distintas cualidades. De todos ellos influye o se refleja en él, en cada momento, solamente una parte; el resto pasa desapercibido o se advierten de una manera vaga.

Edward E. Titchner, escribió : " el objeto de la atención llega a la consciencia mas rápido que los objetos a los que no atendemos ". (27)

E. Colin Cherry, hace referencia a la atención selectiva (análisis del sonido que llega al oído), por otro lado hace hincapié en los mecanismos de la atención seleccionado lo relevante o rechazando canales de información. Cherry encontró - en dos grupos de pruebas lo siguiente; a) dos mensajes diferen

tes hablados simultaneamente, b) un mensaje a un oído y al otro. Los resultados fueron: que al lenguaje rechazado no se le recuerda casi nada, se recuerda lo mas general, no los detalles, la voz se torna monótona, se manifiesta poco contenido emocional, tiene poca idea de lo que se trata. (28)

5.- MEMORIA PRIMARIA, MEMORIA SECUNDARIA Y SUS INTERACCIONES.

Cuando recibimos algún mensaje examinamos su historia inmediata y mas reciente, ademas de retenerlo en una forma consciente y clara en nuestra memoria. Necesitamos para ello , de un sistema de almacenamiento temporal que guarde una memoria del pasado reciente. Sin embargo, cuando examinamos la historia de ese mensaje o evento percibido, tenemos que traer al presente hechos bastante remotos, de los cuales no nos hemos vuelto a ocupar durante un largo período de tiempo. Para el recuerdo de estos hechos remotos es necesario un sistema de almacenamiento permanente.

William James, al referirse a la memoria primaria dice: que nuestro conocimiento del presente psicológico es muy - directo, inmediato y sin esfuerzo consciente, esta es la memoria mas inmediata, la memoria primaria.

La recolección verdadera de la memoria requiere esfuerzo y el conocimiento de lo que estamos recuperando difiere de lo que experimentamos en el presente, esta es la memoria - mas indirecta, la memoria secundaria. (29)

George Sperling, sugirió tres estadios de la memoria: 1) imagen sensorial completa de eventos que están sucediendo, 2) memoria inmediata a corto plazo, que contiene la información limitada que somos capaces de extraer de la imagen sensorial, la cual va borrándose rápidamente, 3) memoria permanente a largo plazo, con gran capacidad.

Estas dos características de la memoria, la retención del pasado inmediato y remoto tienen una misma esencia, la memoria misma, pero sus funciones son completamente diferentes. (30)

6.- FASES DE LA MEMORIA A CORTO Y A LARGO PLAZO.

En la memoria del ser humano el estímulo llega desde el medio ambiente hasta el sistema sensorial, o sea, la vista, el oído, etc., que al recibirlo se transmite a un mecanismo analizador de estímulos.

George Sperling, al referirse a la memoria a corto plazo, dice que la repetición del material es igual a la atención que uno pone al material. Mediante la repetición del material se va formando un trazo o huella en la memoria a corto plazo.

Wicklgren, al referirse a los trazos de memoria escribe: el trazo de la memoria a corto plazo no es en parte o aún en primer lugar auditiva. Ciertamente la repetición parece ocurrir en experimentos donde el promedio de presentación es

de uno o dos ítemes por segundo. Aún se desconoce si la repetición es para mantener un trazo reverberante activo de la memoria a corto plazo, un trazo pasivo en el sistema auditivo o articulatorio o en ambos, o trazos en un sistema verbal abstracto que no es puramente auditivo ni puramente articulatorio.

Viene después el almacenamiento de la información que es útil para su recuerdo inmediato, no es necesariamente transmitida al almacén de la memoria a largo plazo. Esta información carece de significación futura, pasa al olvido, en breves segundos. Al repetir se está evitando la pérdida de la información. (31)

En experimentos sobre memoria Hulicka y Grossman, utilizaron mediadores verbales, los cuales aumentan la probabilidad de que la información perdure en la memoria. Los mediadores verbales son simplemente palabras intermedias o eslabones que unen a otros dos de las cuales la primera es el estímulo. Otros mediadores son imágenes y los mnemónicos. (32)

CAPITULO III

DAÑO CEREBRAL

1.- Síndrome de Disfunción Cerebral.

Se entiende por síndrome de disfunción cerebral, al conjunto de alteraciones fundamentalmente de la conducta, lenguaje, aprendizaje que se presentan en el niño, como resultado de una lateración funcional del S.N.C. originado por múltiples factores.

Al referirse al síndrome de disfunción cerebral, se reconoce de antemano que se ignoran las causas específicas que desencadenan este cuadro, se sospecha de alteraciones neurofisiológicas que se pueden presentar, pero se ignora mucho de las alteraciones que a nivel bioquímico se manifiestan. (33)

El síndrome de disfunción cerebral fue descrito por primera vez en 1940 por los doctores Heinz Werner y Alfred Strauss, el primero psicólogo y el segundo neuropsiquiatra. Juntos hicieron la investigación durante mas de una decada , a fin de comprender mejor cómo entienden los niños con daño cerebral, cómo ven, oyen y comprenden su mundo. Aún cuando los estudios de estos investigadores giraron en torno a los niños con disfunción cerebral y que al mismo tiempo eran retardados mentales, sus descubrimientos estimularon el estudio

de niños impedidos de los niveles intelectuales mas altos.

Los doctores Ray Barsch y Gerald Getman, hacen estudios al respecto, recalcando sobretodo en el desarrollo de las destrezas motoras. Newel y Kephart mencionan la importancia del " apareamiento perceptual motor ", proceso en virtud del cual, según dice " la información perceptual se —aparea con la información motora anterior ". A través de este procedimiento de apareamiento los datos perceptuales aportan el mismo conjunto congruente de información que proporcionaron los datos motores previos. Así se establece un conjunto congruente de información que puede trasladarse de las —capacidades motoras a las perceptuales y viceversa. (34)

En pacientes con lesión cerebral, se observa lentitud en la velocidad de respuesta valorada por los tiempos de reacción en diversas condiciones experimentales. Blackburn y Benton, realizan investigaciones al respecto, observan que la disminución de velocidad en pruebas que exigen una alta velocidad de ejecución es una de las características fundamentales del déficit de comportamiento debido a lesiones cerebrales en el hombre.

En un estudio reciente Boehnert ha demostrado —

que los tiempos de reacción visual distinguen a los sujetos de lesiones cerebrales, de los sujetos de control mejor que los tiempos de reacción acústica.

Una forma de valorar los trastornos del comportamiento en personas con daño cerebral es, mediante la aproxia constructiva. El concepto aproxia constructiva fue introducido en la neurología por Kleist, quien la definió de la siguiente manera: "una alteración de la actividad figurativa como el construir, componer y dibujar, que desde el punto de vista espacial se concluye en forma errónea, aún cuando no se presente aproxia de los simples movimientos". (35) Kleist hace hincapié en que la aproxia constructiva es diferente a otras alteraciones psicomotrices similares, que son resultado de déficits de la percepción visual é indica que puede ser ocasionada por una interrupción en la conexión de los procesos visuales y cinestésicos.

Benton en un estudio sobre aproxia constructiva emplea un test de copia de dibujos. En la valoración de los rendimientos del test, distingue cinco tipos fundamentales de error, esto es, omisión, distorción, rotación, desplazamiento y error en la dimensión. En su estudio comparó dos grupos de pacientes con daño cerebral, un grupo de lesionados en el hemisferio cerebral derecho y otro grupo

afectado en el hemisferio izquierdo con un grupo de sujetos control. Observó que los pacientes con daño cerebral cometen más errores que los sujetos control. En cuanto al porcentaje de error cometido por cada grupo, hay un predominio relativo de errores de distorsión en pacientes cerebrales y errores de desplazamiento en los sujetos de control. (36)

El Aprendizaje en Relación al Daño Cerebral.

El aprendizaje se refiere a las modificaciones del comportamiento de un organismo y que son producto de la experiencia. El concepto aprendizaje es básico en una serie de funciones como la educación del gusto por el vestido, la apreciación del arte, etc. Por ello, existen diversas formas de aprendizaje, estas, diversos tipos de aprendizaje, a) aprendizaje discriminativo, b) Condicionamiento instrumental, c) Condicionamiento clásico, d) Aprendizaje seriado, e) Aprendizaje motor, f) Aprendizaje conceptual.

El aprendizaje seriado ha sido estudiado en pacientes con alteraciones cerebrales, debido a ello hablaremos sobre el mismo.

En el aprendizaje seriado se debe adquirir una serie de respuestas ordenadas según una secuencia específica. Algunos ejemplos de aprendizaje seriado son el aprendizaje de un laberinto por los ratones y la memorización de un texto verbal o de una lista de palabras por los hombres. Este tipo de aprendizaje se

ha podido estudiar con la prueba de memoria de D. Wechsler, en la que se repiten frases o series de palabras y en las que se aprende mediante un solo intento, a estas pruebas se les denomina tests de memoria inmediata. Son bastante sensibles a los efectos de la lesión cerebral, presentándose un muy bajo rendimiento en las puntuaciones del test. Zangwill, Blackburn y Benton, Talland, han realizado estudios al respecto. (37)

El Sentido del Tiempo en Personas con Disfunción Cerebral.

Hasta el momento no son muy abundantes las investigaciones sobre el problema del sentido del tiempo en pacientes dañados cerebralmente. Se ha distinguido a la experiencia temporal inmediata (percepción de breves períodos de tiempo), de la orientación temporal, que es por ejemplo, saber que día de la semana es hoy.

Fraisse, en trabajos sobre percepción de breves intervalos de tiempo observó que si se presentan dos estímulos sucesivos, los sujetos distinguen cual de los dos estímulos fue presentado primero, sin embargo, al presentar mas de dos estímulos el paciente lesionado tiene dificultad en reconocer el orden exacto de la sucesión de estímulos, esto se debe a que la memoria reciente entra en función y puede estar afectada por la lesión. (38)

CAPITULO IV

TECNICAS PSICOMETRICAS DE EVALUACION

1.- Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender.

ANTECEDENTES.

El test de L. Bender, (test gestáltico visomotor) tiene sus antecedentes sobre bases rigurosamente experimentales, partiendo del estudio de la percepción del movimiento realizadas por Wertheimer.

L. Bender, construyó durante los años 1932-1938, - su test gestáltico visomotor, que consiste en 9 figuras que el sujeto debe reproducir obteniendo de esta forma la respuesta perceptual del sujeto en cuestión.

Al referirse a la función gestáltica como "aquella - función del organismo integrado por la cual esta responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt". La integración se produce por diferenciación o por aumento o por disminución de la complejidad interna del patrón en su cuadro.- El patrón de respuesta está determinado por el cuadro total del estímulo y el estado de integración del organismo.

El test de L. Bender es un test visomotor ya que el sujeto realiza gráficamente los diseños que se le presentan.

1.2. MATERIAL DE LA PRUEBA.

Esta prueba como ya se mencionó, consiste en 9 láminas, de las cuales la primera es denominada figura A, esta es considerada como la figura introductoria y las demás láminas están numeradas del 1 al 8. Estas figuras se encuentran en tarjetas cuyo fondo es de color blanco, siendo las dimensiones de la tarjeta de 7.5. c. por 12.5 cm. Las características de cada una de las láminas se describen a continuación:

LAMINA A.- Consiste en dos figuras unidas, una figura es un círculo, otra un rombo; son por tanto dos figuras contingentes, por lo que cada una representa una gúestalt.

LAMINA I.- Está formada por una serie de puntos (doce) equidistantes, debiendo percibirse de forma que aparezcan como pares, determinados por la distancia menor. La gúestalt está constituida por el principio de la proximidad de los pares.

LAMINA 2.- Compuesta por líneas oblicuas formadas de tres unidades cada una. Estas hileras paralelas están colocadas de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha. El principio de la proximidad de las partes es lo que determina la ggestalt.

LAMINA 3.- Es la esquematización de una flecha, formada por puntos que van colocados de 1,3,5,7, el punto 1 determina la línea recta media de los demás. La ggestalt de esta figura está determinada por el principio de la proximidad de las partes y su continuación.

LAMINA 4.- La figura está representada por un cuadrado abierto en la parte superior y una figura en forma de campana, cuya línea superior se encuentra en el ángulo derecho del cuadrado. La ggestalt está determinada por el principio de la continuidad de la organización geométrica.

LAMINA 5.- Círculo incompleto en su parte inferior, constituido por puntos y una línea recta punteada en el extremo superior derecho, esta recta forma un ángulo de 45° con respecto al círculo. La ggestalt está determinada por el principio de la proximidad y buena continuación de sus partes.

LAMINA 6.- Formada por dos líneas sinusoidales, que se cruzan oblicuamente en el extremo derecho y con longitud diferente.

LAMINAS 7 y 8 .- Estas figuras están caracterizadas por las mismas unidades, percibiéndose raramente como tales, ya que en el diseño 8 prevalece el principio de la continuidad de las formas geométricas.

La figura 7 está formada por dos figuras geométricas sobrepuestas, la figura 8 es una figura geométrica rectangular, presentando en su interior una pequeña figura rómbica denominada diamante. (39)

1.3. EVALUACION DEL TEST DE LAURETA -- BENDER.

La evaluación para ésta prueba es cuantitativa, a manera de puntajes (método psicométrico), o bien cualitativo mediante significados.

Existen varias técnicas de evaluación creadas por diferentes autores, entre los que se encuentran : 1) Santucci y Galifret, para el nivel de desarrollo en niños de 6 a 10 años. 2) Técnica de Pascal y Suttell, para el diagnóstico diferencial entre sano y enfermo, en sujetos de 15 a 50 años. 3) La técnica proyectiva cuya evaluación ya ha sido realizada por varios autores, principalmente como test proyectivo es usado por J.E. Bell. Entre otras técnicas de este tipo se encuentran las de Hutt, Kitay, Lum, etc.

Debido a considerar la técnica de Pascal y Suttell

como métodos objetivos y confiables, se empleó esta prueba con el fin de detectar organicidad a nivel cerebral en nuestra muestra de investigación así como el puntaje Z obtenido.

2.1. TECNICA DE PASCAL: MATERIAL DE LA PRUEBA.

Esta técnica elaborada por Pascal y Suttell en 1951, comprende lo siguiente: Se usan para la prueba las láminas elaboradas por L. Bender, las instrucciones para el desarrollo de la prueba son las siguientes: Voy a presentarle varias láminas de dibujos geométricos, que deseo copie, no debe hacer esbozos en las figuras, si necesita puede usar goma.

2.2. CALIFICACION DE LAS FIGURAS.

La prueba está constituida por un total de 105 ítems, distribuidos en la siguiente forma: 10 ítems para la figura 1, 13 ítems para las figuras 2, 3, 4, 5, 6, la figura 7 consta de 11 ítems, el diseño 8 consta de 12 ítems; por último existen 7 ítems para el análisis global de los diseños denominándoseles configuración.

Los puntajes para cada ítem son variables dependiendo de la importancia del mismo, este valor puede ser de 1, 2, 4, 5, 8 puntos.

El puntaje total se obtiene sumando parcialmente los puntajes de las ocho figuras y de la configuración. Este valor total se convierte en puntaje Z, valiéndose para ello de una ta bla de normas. (40)

La tabla de significados diagnósticos de las normas es la siguiente:

- 49 puntos	No necesita atención psiquiátrica
50 - 72 puntos	Dudoso.
+ 72 puntos	Necesita atención psiquiátrica.
80 puntos	Límite entre paciente - no pacien <u>te</u> .

A continuación se presenta una hoja de calificación de ítemes , cada figura se encuentra numerada y acompañada de una serie de ítemes, así como la calificación para cada uno de ellos. Ver tabla 1.

ESCALA WECHSLER DE MEMORIA.

3.1. ANTECEDENTES.

Este test fue elaborado con fines básicamente clínicos, así como para analizar en un corto tiempo la memoria de los pa cientes. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos, dependiendo del interes que preste el paciente para su desarrollo, ob

TECNICA DE EVALUACION DE "SALUD-ENFERMEDAD" DE PASCAL Y SUTTELL

Figura 1

1. Línea ond. (2)
2. Puntos, rayas y círculos (3)
3. Rayas (2)
4. Círculos (8)
5. N° de puntos (2 cada uno)
6. Fila doble (8)
7. Repaso (2)
8. Intentos (3 cada uno)
9. Rotación (8)
10. Omisiones (8)

Total

Figura 4

1. Curva asimétrica (3)
2. Curva rota (4)
3. Curva descentralizada (1)
4. Rizos (4)
5. Desunión (8)
6. Curva rotada (3)
7. Adiciones (8)
8. Temblor (4)
9. Distorsión (8)
10. Líneas guías (2)
11. Intentos (3 cada uno)
12. Rotación (8)
13. Omisiones (8)

Total

Figura 7

1. Extremos separados (8)
2. Angulos adicionados (3)
3. Angulos omitidos (3)
4. Punt. lín. dispersos (3)
5. Doble línea (1 cada uno)
6. Temblor (4)
7. Distorsión (8 cada uno)
8. Líneas guías (2)
9. Intentos (3 cada uno)
10. Rotación (8)
11. Omisiones (8)

Total

Figura 2

1. Línea ond. (2)
2. Raya o puntos (3)
3. Círculos deformados (3)
4. Número de círculos (3)
5. Círculos que se tocan (5)
6. Desviación, inclinac. (3)
7. N° de columnas (2 cada uno)
8. Figura en dos filas (8)
9. Líneas guías (2)
10. Repaso (2)
11. Intentos (3 cada uno)
12. Rotación (8)
13. Omisiones (8)

Total

Figura 5

1. Asimetría (3)
2. Puntos, rayas y círculos (3)
3. Rayas (2)
4. Círculos (8)
5. Recta unida a punto (2)
6. Recta rotada (3)
7. Número de puntos (2)
8. Distorsión (8)
9. Líneas guías (2)
10. Repaso (2)
11. Intentos (3 cada uno)
12. Rotación (8)
13. Omisiones (8)

Total

Figura 8

1. Extremos separados (8)
2. Angulos adicionados (3)
3. Angulos omitidos (3)
4. Punt. lín. dispersos (3)
5. Doble línea (1 cada uno)
6. Temblor (4)
7. Distorsión (8 cada uno)
8. Líneas guías (2)
9. Repaso (2)
10. Intentos (3 cada uno)
11. Rotación (8)
12. Omisiones (8)

Total

Figura 3

1. Asimetría (3)
2. Puntos, rayas y círculos (3)
3. Rayas (2)
4. Círculos (8)
5. Número de puntos (2)
6. Fila adic. (8)
7. Obtus. (8)
8. Distorsión (8)
9. Líneas guías (2)
10. Repaso (2)
11. Intentos (3 cada uno)
12. Rotación (8)
13. Omisiones (8)

Total

Figura 6

1. Asimetría (3)
2. Angulos (2)
3. Punto de cruce (2 cada uno)
4. Curva agreg. (8)
5. Doble línea (1 cada uno)
6. Añadiduras (8)
7. Temblor (4)
8. Distorsión (8)
9. Líneas guías (2)
10. Repaso (2)
11. Intentos (3 cada uno)
12. Rotación (8)
13. Omisiones (8)

Total

CONFIGURACION

1. Ubic. de A (2)
2. Superposición (2 cada uno)
3. Compresión (3)
4. Líneas de separación (8)
5. Orden (2)
6. Desorden (8)
7. Tam. relat. (8)

Total

TOTALES	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.
Configuración	

PUNTAJE TOTAL

NORMA

servando de esta manera la capacidad de memoria del sujeto.

David Wechsler (1945), trabajó durante diez años en la construcción de esta prueba, eliminando o no algunos ítemes, hasta completar la prueba que tenemos ahora y que se viene usando desde 1940.

Una de las principales ventajas de este test además de la brevedad y facilidad de aplicación, es el hecho de que el coeficiente de memoria obtenido en la prueba es directamente comparable con la capacidad o coeficiente intelectual del sujeto.

3.2. MATERIAL DE LA PRUEBA.

Esta prueba está constituida por siete subtests, los cuales proporcionan el coeficiente de memoria. Las características de cada subtest son:

SUBTEST I.- Consta de seis preguntas completamente fáciles, que versan sobre información personal y actual del sujeto.

SUBTEST II.- En esta parte se obtiene información sobre la orientación del paciente.

SUBTEST III.- Constituido por tres ítemes, el primero de los cuales consiste en contar los números del 20 al 1 (en orden inverso). El ítem dos el sujeto debe recitar el

abecedario. En el último ítem debe el sujeto contar de tres en tres partiendo del uno. A estos tres ítemes se les denomina subtest de control mental.

SUBTEST IV.- Se le denomina memoria lógica y consta de dos párrafos muy breves que narran una historia ; el examinador en este subtest es quien lee el párrafo para que el sujeto lo repita enseguida.

SUBTEST V.- A este subtest se le conoce con el nombre de retención de dígitos, son series de números que se presentan una hacia adelante y otra hacia atrás. Este subtest es el mismo que usa David Wechsler en su escala de inteligencia. El examinador lee los dígitos hacia adelante repitiéndolos el examinado. En la serie de dígitos al revés el examinador lee hacia adelante los dígitos, repitiéndolos el sujeto examinado en orden inverso.

SUBTEST VI.- Es este un test visual, son tres láminas, dos de ellas tienen un solo dibujo y la tercera consta de dos dibujos. Se le presentan al sujeto una a una, por espacio de diez segundos cada una, con objeto de observar en este tiempo para luego reproducirla.

SUBTEST VII.- Este subtest es denominado como aprendizaje asociado. Se le dice al sujeto una serie de diez

pares de palabras, dejando un tiempo de un segundo en cada una; el límite de tiempo en cada par es de cinco segundos. En estas palabras se encuentran unas fáciles, otras más difíciles. Estas series de palabras se presentan tres veces en diferente orden.

3.3. EVALUACION DE LA ESCALA DE MEMORIA DE DAVID WECHSLER.

La evaluación para esta escala es cuantitativa. Para obtener una puntuación total de los subtests se suman los puntajes parciales, obteniendo de esta manera una calificación total, a la que se le añade una constante, que está en función del sujeto examinado. Esta corrección por edad como se le denomina a la constante, se toman en la tabla del autor. A esta suma denominada puntaje corregido, se busca en la tabla del autor, proporcionando así el coeficiente de memoria.

3.4. INSTRUCCIONES.

Las instrucciones que se le dan al sujeto examinado son las siguientes: se hacen las preguntas de los dos primeros ítems. En el subtest III se le dijo al paciente: pon mucha atención, deseo saber que tan bien sabes contar los números del veinte hacia atrás, esto es, del 20 al 1; procura no equivocarte y hacerlo lo más bien que te sea posible. Si el sujeto al em

pezar numeraba los dígitos en orden ascendente, se le ---
corregía poniendole como ejemplo los números 20, 19, 18.

En el segundo ítem de este subtest, se le dijo al
sujeto, vá a recitar el abecedario tan rápido y bien como
pueda hacerlo, debía darsele el ejemplo a, b, c, etc. Se
le anticipa al sujeto que partiendo del ítem número 1 se to
maría el tiempo con cronómetro.

Para el subtest IV, se le decía al examinado, -
ahora leeré un pequeño párrafo, una historieta, ponga mu-
cha atención ya que después de leerla me va a repetir el
tema. Una vez leído el primer pasaje y cuando el sujeto -
nos dijo algunas de las ideas que recordaba, se hacía lo mis
mo para el siguiente párrafo.

Subtest V, se le decía al paciente ahora quie-
ro ver que tan bien repite los números que le diga, se pro-
cedía a leer la primera serie, repitiendo el sujeto los dígi-
tos leídos por el examinador, en caso de que tuviera algún
error el examinado al recordar los números, se le daba la
segunda serie del mismo grupo, si lograba el sujeto repetir
correctamente estos dígitos, se le daba la siguiente serie,
se suspendía cuando el sujeto no lograba pasar ninguna ---
serie.

Las mismas indicaciones se hacían para los dígitos al revés, indicándole al sujeto que esta vez debería recordarlos en orden inverso o sea, de atrás para adelante. En caso de que el sujeto no comprendiera se le ponía un ejemplo, si yo le digo 4 - 7, usted debe repetir 7 - 4, procediéndose con la serie de tres dígitos después de esta explicación.

Subtest VI.- Para la presentación de las láminas se le dijo al sujeto, voy a presentarle una tarjeta que contiene un dibujo, lo observará durante diez segundos, después usted reproducirá el dibujo como recuerde que era. Estas fueron las mismas instrucciones para la lámina 2. Las instrucciones de la lámina 3 variaban un poco; ahora le presentaré una lámina que tiene 2 dibujos, la observará durante diez segundos, enseguida dibujará los diseños observados.

Subtest VII.- Aprendizaje asociado, las instrucciones aquí fueron, le presentaré una lista de palabras que quiero se aprenda. Para que pueda memorizar fácilmente estas palabras enlistadas, se las diré de dos en dos. Procure poner mucha atención, ya que cuando termine de leer la lista, tendrá que repetirme las palabras que están acompañando a la primera que yo diga. Le pondré un ejemplo para que comprenda, si las palabras de la lista fueran ORO - PLATA - LAPIZ-

CENICERO, diría yo después la primera palabra ORO, usted dirá la segunda palabra (pausa), PLATA, muy bien, así - deberá hacer con todas las palabras. Si digo LAPIZ, usted dirá (pausa) CENICERO, muy bien, ahora empezamos... En caso de no comprender con dos ejemplos se le daba otra oportunidad.

La velocidad con que se leyó cada par de palabras de la primera a la tercera presentación fue de dos segundos . El tiempo que se dejaba en cada presentación era aproximadamente de 4 a 5 segundos, antes de pedirle al sujeto las respuestas.

Después del primer recuerdo, se dejó un tiempo - de 10 segundos antes de comenzar a leer la segunda lista de - palabras. Se hizo lo mismo para la tercera presentación.

3.5. CALIFICACION DE LOS ITEMES.

I.- Información personal y actual: cada uno de los seis ítemes de esta prueba tienen un puntaje de uno a cero, -- uno para respuestas correctas, cero para respuestas incorrectas. La puntuación máxima es de seis puntos.

II.- Orientación: Este subtest contiene cinco preguntas las cuales son calificadas como el subtest anterior. El puntaje máximo es de cinco.

III.- Control Mental: El item I consiste en contar del 20 al 1, se toma el tiempo medido en segundos, el máximo de tiempo son 30 segundos, se tomaba en consideración los errores o las omisiones hechas por el sujeto, así como las correcciones espontaneas no se consideraban como error. Si durante el tiempo límite se cometía un error, se daban 2 puntos, en caso de tener errores u omisiones y el tiempo de la recitación fuera de 10 segundos, se le otorgaban 3 puntos de calificación.

El item II de este subtest (recitar el alfabeto), las calificaciones fueron igual que en el item anterior. El puntaje máximo es de 3 puntos.

El item III de este subtest (contar de 3 en 3), las calificaciones fueron las mismas que para el item I siendo en este item el tiempo máximo de 20 segundos, para obtener una calificación de 3 puntos siempre y cuando no hubiera errores u omisiones. La calificación máxima de este item fue de 3, el score total fue de 9 puntos.

IV.- Memoria Lógica: La calificación del item I y del II, fue dada por el número de ideas reproducidas correctamente en cada historieta. La puntuación total se obtuvo mediante la suma del número de ideas de ambos pasajes, divididas --

entre dos. El score máximo debería ser de 23.

V.- Memoria de dígitos: La serie de dígitos hacia adelante era mas grande, que la serie de dígitos en orden inverso, se observó como calificación mínima 3 y como máxima 8.

Dígitos hacia atrás: se calificó igual que el item anterior, la diferencia radica en que el score mínimo fue de 2 y el máximo de 7.

VI.- Reproducción Visual: Es la presentación de 3 diseños simétricos, inmediatamente después de una exposición de 10 segundos cada una. El score máximo debía ser de 14. -

(41)

4. ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO.

La escala de registro psiquiátrico que se empleó fue elaborada por Overall y Corham de la Universidad de Houston, Texas.

Contiene 18 síntomas clínicos: preocupación por aspectos somáticos, ansiedad, aislamiento emocional, desorganización conceptual, sentimientos de culpa, tensión física, manierismos y posturismos, sentimientos de grandiosidad, estado de ánimo, hostilidad, suspicacia, conducta alucinatoria, retardo motor, no cooperatividad, contenido inusual del pensamiento, degradación emocional, efectación de la memoria, alteraciones en tiempo, lugar y persona.

La calificación de los síntomas se hizo en base a una escala nominal cuyos puntajes están comprendidos entre 1 y 7, los cuales indicaban la magnitud de cada síntoma, - partiendo desde la nulidad (puntaje 1), hasta un síntoma- extremadamente severo (puntaje de 7). (42, 43).

5. CUESTIONARIO DE VARIABLES.

Para la investigación se aplicó un cuestionario de variables, a continuación se presenta la lista de variables:

- 1.- Rango de Edad.
- 2.- Escolaridad.
- 3.- Ocupación.
- 4.- Lugar de residencia.
- 5.- Estado civil.
- 6.- Con quien vive actualmente el chico.
- 7.- Vive el padre del chico.
- 8.- Vive la madre del chico.
- 9.- Existencia de problemas familiares.
- 10.- Los padres del chico son divorciados.
- 11.- Actitud de los padres hacia el chico farmacodependiente.
- 12.- Tiempo que se relaciona el padre del chico semanalmente con la familia.

- 13.- Las relaciones del chico farmacodependiente con quien de los padres son mejores.
- 14.- Aceptan los padres al grupo de amigos del chico farmacodependiente.
- 15.- Ha abandonado el chico farmacodependiente su --- hogar. Si es así a qué edad.
- 16.- Hace uso el chico de marihuana
- 17.- Hace uso el chico de inhalantes.
- 18.- Hace uso el chico de psicotrópicos.
- 19.- Hace uso el chico de estupefacientes.
- 20.- Hace cuanto tiempo ingiere la droga.
- 21.- Última fecha de ingestión de la droga y tipo de fármaco empleado.
- 22.- Promedio mensual de cigarrillos fumados.
- 23.- Para que se droga.
- 24.- Causa aparente de la incidencia.
- 25.- Causa del inicio.
- 26.- Cuáles fueron los motivos por los cuales abandonó el fármaco.
- 27.- En cuanto a motivaciones del chico se preguntaba la carrera u ocupación que desearía tener.

CAPITULO V

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS Y FORMULACION DE HIPOTESIS.

Este estudio está orientado fundamentalmente a la posibilidad de resolver o contestar algunas preguntas que podrían facilitar enormemente los diagnósticos de farmacodependientes. Estas consisten en:

¿ Qué diferencias existen entre las respuestas dadas a pruebas tales como M.Q. de Wechsler, Test de Laureta Bender, y la Escala de Sintomatología Psiquiátrica de Overall y Gorham, entre grupos diferentes de pacientes farmacodependientes y diferenciando solamente en cuanto al tiempo de haber dejado de ingerir drogas (TDD) ?

En otras palabras, ¿ A medida que incrementa el tiempo de haber dejado de ingerir drogas, qué cambios correlativos en el conjunto de variables dependientes podemos observar? ¿ La calidad de las respuestas de los pacientes farmacodependientes múltiples, están en función de solamente el tiempo de haber dejado de ingerir drogas (TDD) ?

Para resolver este tipo de preguntas el diseño experimental consistió en la comparación, por medio de pruebas paramétricas y no paramétricas, de 6 grupos de farmacodependientes --

múltiples con las características temporales siguientes:

GRUPOS	TDD (dado en días)
1er.	1
2do.	2 a 7
3er.	8 a 15
4to.	16 a 30
5to.	31 a 60
6to.	61 ó mas

Además, también investigamos en el presente estudio y por medio de un Segundo Diseño Experimental, la posibilidad de que el tiempo de estar haciendo uso de fármacos (TED) estuviera relacionado con la magnitud de las variables dependientes. Si las respuestas de los pacientes son función de este tipo de parámetro (TED), entonces observaremos cambios ordenados en cuanto a la magnitud de las variables dependientes correspondientes a cambios ordenados en la variables independiente.

Para la solución del problema anterior se compararon 4 grupos de farmacodependientes múltiples con las siguientes características:

GRUPOS	TED (dado en años)
1er.	1
2do.	2
3er.	3 a 4
4to.	5 a 9

Habiendo analizado los resultados de los dos diseños anteriores, encontramos que se manipularon independientemente uno del otro, los dos parámetros temporales TED y TDD. Por lo tan-

to, los resultados bien pudieron haber sido afectados por la variable independiente no controlada en cada uno de los estudios.

Tercer Diseño; para contrarestar este posible efecto de los diseños anteriores, se llevaron a cabo 4 comparaciones de 2 grupos cada una, con las siguientes características:

Compara ciones.	Grupos	TDD	TED	TDD	TED
A	1 - 2	15 o menos días	Menos de 1 año.	Mas de 15 días	Menos de 1 año.
B	3 - 4	15 o menos días.	Mas de 1 año.	Mas de 15 días	Mas de 1 año.
C	1 - 3	15 o menos días.	Menos de 1 año.	15 o me- nos días	Mas de 1 año
D	2 - 4	Mas de 15 días	Menos de 1 año.	Mas de 15 dias	Mas de 1 año.

CAPITULO VI

ANALISIS ESTADISTICO

Para analizar los datos fueron utilizados los siguientes métodos estadísticos: Medias Aritméticas, Desviaciones Estandar y la Prueba " t " de Student de Gosset, tratándose de datos paramétricos. Para los datos no paramétricos, se utilizó la Prueba de X^2 para Dos Muestras Independientes, La Prueba de la Probabilidad exacta de Fisher y las Tablas de Contingencias de 2×2 .

Los diseños experimentales empleados implicaron la utilización de dos grupos al azar, en cada caso de las comparaciones.

Hay un punto que merece especial atención: la " t " de Student supone que la distribución de datos que se someterá a tratamiento, es una distribución normal. Sin embargo, la distribución de la muestra será normal solamente cuando la distribución de la población es también normal; además, la distribución tiende a la normalidad aún cuando la población no está normalmente distribuída.

De este modo, la tendencia a la normalidad es mayor cuando las muestras sean más grandes. Afortunadamente, las investigaciones empíricas han mostrado que la Prueba "t" da muy buenos resultados cuando se aplica a situaciones caracterizadas por la " no normalidad" y muestras muy pequeñas. (Minium -- E.W. 1970)

El grado de error del tamaño de las muestras para el procedimiento inferencial que se llevó a cabo se calculó con el Error Standar de las Medias obtenidas.

Se exponen a continuación las fórmulas paramétricas aplicadas para el análisis de los datos.

a) Media Aritmética: $\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$

Donde $\sum X$ representa la suma de cada uno de los números de un conjunto, N es el número total de calificaciones o números de ese conjunto.

b) Desviación Estandar: $D.S. = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N-1}}$

Donde $\sum X^2$ representa a la siguiente fórmula:

$$\sum X^2 = \sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}$$

Y donde $\sum X^2$ representa la suma de las calificaciones elevadas al cuadrado; y $(\sum X)^2$ representa la suma de los números del conjunto, elevada al cuadrado.

c) "t" de Student: "t" =
$$\frac{\bar{X}-\bar{Y}}{\sqrt{\frac{\sum X^2 + \sum Y^2}{(N_x - 1) + (N_y - 1)} \left(\frac{1}{N_x} + \frac{1}{N_y} \right)}}$$

Todos los términos de ésta fórmula quedan prácticamente explicados en las fórmulas anteriormente mencionadas, excepto el término Y que se utiliza para representar una segunda población.

d) Error Standar de la Media: $E.E.M. = \frac{D.S.}{\sqrt{N}}$

En esta fórmula se han utilizado las siglas E.E.M. como símbolo del Error Estándar de la Media Aritmética de cada muestra.

CAPITULO VII

DESCRIPCION DE LA POBLACION

La muestra total de sujetos fue clasificada en seis pequeños grupos, partiendo de la última fecha de ingestión de la droga; el rango estuvo dado de 1 a 90 días. En la parte final de la tesis se presentan las tablas de clasificación para niveles ocupacionales, aspiraciones, lugar de residencia y convivencia; por ello en la descripción se menciona únicamente el número de nivel a que pertenece la descripción.

A continuación se presentan las características de cada grupo:

En el grupo 1 en el que la última fecha de ingestión de la droga fue de un día, la edad de los sujetos fluctúa entre 16 y 21 años, la media para el grupo es de 17. La escolaridad es de 5o. año de primaria a 5o. año de preparatoria, la media es para el tercer año de secundaria.

Los niveles ocupacionales (ver tabla 1) son para el nivel 2; 56.25 % , para el nivel 4; 12.50 % , para el nivel 7; 31.25 %.

La localización de la residencia (ver tabla 2) es pa_ para el nivel 1; 25.00 %, para el nivel 2; 37.00 %, para el nivel 3, 18.75 %, el nivel 4; 12.50 %, el nivel 5; 6.25 %.

En este grupo el 93.75 % de los jóvenes son solteros, el 6.25 % son casados. La convivencia, (ver tabla 3) es de --- 100 % para el nivel 1.

Los años de abuso van de 1 a 6 años, el porcentaje pa_ para los chicos que tienen un año de abuso es 12.50 %; dos años de abuso 37.50 %, tres años de abuso 18.75 % , cuatro años de abuso 12.50 %, cinco años de abuso 12.50 %, seis años de abuso 6.25 %. El último fármaco empleado por estos jóvenes fue marihuana en 87.00 %, inhalantes 12.50 %

El 100.00 % del grupo hace uso de marihuana, 62.50 % usa inhalantes, 37.50 % no usan inhalantes, 56.25 % hacen uso - de psicodélicos; 43.75 % no los usan. El promedio mensual de - cigarrillos de marihuana tiene un rango de 2 a 240, con una media de 81.50.

El 31.25 % de los jóvenes ignoran el motivo por el - cual se drogan, 6.25 % lo hacen por curiosidad, 25.00 % se - drogan por gusto; 37.50 % por problemas. El motivo de la inci- dencia es de 0.00 % no tienen motivo para hacerlo, 18.75 % debi_ do a los amigos, 31.25% ocasionado por ocio, 31.25% por el deseo

de hacerlo. Causas por las que se inician en el uso de las drogas 62.50% por curiosidad, 31.25% de los chicos del grupo se inician por gusto, 6.25% llegan a hacer uso debido a problemas familiares. Los jóvenes que abandonaron los fármacos ocasionalmente: 31.25% de ellos desconocen el motivo por el que se alejaron de la droga, 50.00 % debido al ambiente externo (familia, novia, - trabajo), el 19.00% de los jóvenes debido a causas físicas, (sueño, falta de memoria), únicamente 0.75 % dejan la droga por falta de recursos económicos.

En cuanto a la pregunta de si tienen o no problemas en el seno familiar, contestaron: 6.25% no tiene problemas familiares, 25.00% de ellos pocas veces tienen problemas, 43.75% algunas veces, 12.50 % de los jóvenes de este grupo, la mayor -- parte del tiempo tienen problemas, otro 12.50 % siempre tiene - problemas.

En la pregunta referente a si los padres son divorciados observamos que 81.25 % de los matrimonios no son divorciados y un 19.75 % de los padres se han divorciado. 81.25 % de los padres estan vivos, 19.75 % de los padres son fallecidos. Las madres vivas son 93.75 %. Se encontró que 31.25 % de los padres nunca tenían relaciones sociales con sus hijos, 43.25 % de los -- padres pocas veces tenían relación social con los hijos y, solamente 25.00% de los padres sí tenían relaciones sociales con los hijos. En cuanto a las buenas relaciones con los padres fueron 6.25 %, con la madre 56.25%. La mayoría de los padres no aceptan -

al grupo de amigos del chico y se representa por un 47.50 % del grupo.

La carrera o profesión o bien la ocupación que desearían tener (ver tabla 4) es: nivel 1; 6.25 %, nivel 2; 50.00%, nivel 3; 6.25%, nivel 4; 12.50 %, nivel 5; 18.75%, nivel 7; 6.25 %.

Grupo 11, en este grupo la edad es de 15 años a 22, la media de 18.9. La escolaridad de 3er. año de primaria a 3o. de secundaria, la media es para 2do. año de secundaria. La ocupación actual de los chicos (ver tabla 1) para el nivel 1; de 5.88%, nivel 2; de 23.52 %, nivel 4; de 17.64%, nivel 5; de 11.76%, nivel 6; de 5.88%, nivel 7; de 35.29%.

El lugar de residencia (ver tabla 2), 23.00% para el nivel 1, 35.99% para el nivel 2, 11.76% para el nivel 3, 11.75% para el nivel 4, 17.65% para el nivel 5.

El estado civil es: 94.12% son solteros, 5.88 % son casados.

Las personas con quienes conviven son: (ver tabla 3), 88.23% para el nivel 1; 5.88 % para el nivel 5, para el nivel 6 de 5.88%.

Los años de abuso tienen un rango de 1 año a 9; la media es de 3.00. La última fecha de abuso de 2 a 7 días, la media es 4.06. El último fármaco empleado es: marihuana 64.70%, inhalantes 17.64%, psicodélicos 17.64 % . El 100 % de los jóvenes hacen uso de marihuana, 76.47% usan inhalantes, 23.53% no usan inhalantes, 88.23 % de los jóvenes usan psicodélicos 11.76 % no hacen

uso de ellos, el promedio mensual de cigarrillos que fuman presenta un rango de 5 a 300, cuya media es de 94.

En la pregunta sobre los motivos por los cuales se drogan, se observó: que 5.88% de ellos ignoran la causa, 17.64% lo hacen por gusto, 23.52% hacen uso de la droga debido a la curiosidad, 52.94% señalan que se drogan debido a ciertos problemas.

Las causas aparentes del inicio en el uso y abuso de drogas fue: por un deseo 5.88%, por curiosidad se inician 76.46%, por problemas 17.64%. En cuanto a los motivos que les llevan a abandonar los fármacos se encontró: 11.76% de los jóvenes ignoran los motivos, 41.17% ocasionado por problemas físicos se comprende sueño, alteraciones en la memoria, 41.17% de los jóvenes afirman abandonar la droga debido al ambiente externo (familia, novia), abandonar las drogas 5.88% de los jóvenes por carecer de dinero.

En la pregunta sobre la existencia de problemas familiares, encontramos que: 5.88% de las familias carecen de problemas, esto es, existe armonía, 58.82% de los jóvenes afirman que algunas veces presentan problemas, 17.64% pocas veces tienen problemas, 5.88% la mayor parte del tiempo tienen problemas familiares y 11.76% siempre tienen problemas familiares. La actitud de los padres hacia el hijo farmacodependiente es: 11.76% de los padres muestran indiferencia a ellos, 47.05% se molestan

41.17 % de padres les dan consejos. La mayoría de los padres no son divorciados, esto es un 64.70 %. En cuanto al porcentaje de padres vivos es de 88.23 %, el porcentaje de padres que han fallecido es de 11.76 %; el porcentaje de madres que viven es de 100.00 %. El tiempo de relación que tiene el padre del chico farmacodependiente es: 35.29 % de padres no se relacionan con sus hijos durante la semana; 23.52 % de padres muy pocas veces se relacionan con los hijos durante la semana; 41.17 % durante la semana se relacionan los padres con el hijo farmacodependiente, la mayor parte del tiempo. Las mejores relaciones paternas: 11.76 % con ninguno de los padres; 23.52 % con el padre; 35.29 % con la madre; por último un 29.17 % con ambos padres. Aceptación del grupo de amigos del chico farmacodependiente por los padres de este: 5.88 % si aceptan al grupo de amigos; 94.11 % de padres rechazan al grupo de amigos del chico.

La carrera o profesión o bien la ocupación que desearía tener el joven de este grupo es: (ver tabla 4) para el nivel 2 es de 58.82 %; nivel 4 de 11.76 %; nivel 5 de 11.76 % nivel 6 de 5.88% para el nivel 7 de 11.76 %.

Las características de la muestra del grupo 111 son : este grupo indica que la última fecha de ingestión es de ocho a 15 días.

La edad para estos jóvenes es de 15 a 23 años, la media es de 18.85. La escolaridad es de 4o. de primaria a 6o. año de preparatoria, la media es de 1er. año de secundaria. La ocupa--

ción de ellos es (ver tabla 1), 10.00% para el nivel 1; 45.00% para el nivel 2; 15.00% para el nivel 4; 30.00% para el nivel 7. El lugar de residencia (ver tabla 2), 35.00% para el nivel 1; 40.00 % para el nivel 2; 15.00 % para el nivel3; 5.00% para el nivel 4; 5.00% para el nivel 5; 95.00% de la muestra de sujetos son solteros; 5.00 % de los jóvenes son casados. Las personas con quienes conviven (ver tabla 3), son: 70.00% para el nivel uno; 5.00 % para el nivel 3; 10.00 % para el nivel 6, --- 5.00% para el nivel 8; 10.00 % para el nivel 13.

Los años de abuso de las sustancias tóxicas para este grupo es de 1 año a 8 años, la Media es de 3.15. La última fecha de abuso es de ocho días 35.00 %; nueve días 5.00%; diez días 20.00 %; quince días 40.00 %. El último fármaco empleado en intoxicación fue marihuana 70.00%; psicodélicos 15.00%; inhalantes 15.00%. El 90.00 % de chicos de este grupo usan marihuana, 15.00 % no la usan; 70.00% de ellos usan inhalantes; 65.00% de ellos usan psicodélicos. El promedio mensual de cigarrillos fumados va de 0 a 300, la Media es de 71.05 . El motivo por el cual se drogan: por curiosidad 15.00%, por gusto - 35.00 %, por problemas 50.00%. La causa por la que inciden: Ninguna 5.00 %; amigos 5.00%; ocio 25.00%; deseos de hacerlo 15.00%; por problemas 35.00%; necesidad 15.00%. Causa por --

la que se iniciaron en el uso de las drogas: 75.00% de la población por curiosidad; 15.00% por gusto; 10.00% por problemas. Los motivos por los que han abandonado el fármaco: 20.00% ignoran el motivo; 40.00% por ambiente externo (familia, novia, trabajo): 35.00% por problemas físicos (sueño, alteraciones de la memoria); 5.00 % por falta de recursos económicos.

En relación a la existencia o no de problemas familiares: 10.00 % carecen de problemas; 20.00 % pocas veces; 45.00% algunas veces; 10.00% la mayor parte del tiempo; 15.00% siempre. La actitud de los padres hacia el hijo farmacodependiente: 25.00% indiferencia; 65.00% se molestan, se alarman; proporcionan consejos o ligeros castigos 10.00%. El porcentaje de padres divorciados es de 60.00%; el porcentaje de padres no divorciados es de 40.00%. El porcentaje de padres vivos es de 80.00%, el porcentaje de padres fallecidos es de 20.00%; el porcentaje de madres vivas es de 95.00 %, el de madres fallecidas es de 5.00% El tiempo de relación que tiene el padre durante la semana con su hijo es de 50.00% nunca se relaciona; 25.00% pocas veces ; 25.00% la mayor parte del tiempo. Las relaciones paternas mas positivas son: 20.00% con ninguno de los padres; 10.00 % con el padre; 60.00% con la madre; 10.00% con ambos. El 90.00 % de los padres rechazan al grupo de amigos del chico farmacodependiente; 20.00 % de los padres aceptan al grupo de amigos del chico.

La carrera o profesión o bien la ocupación que desearían tener es: (ver tabla 4) para el nivel uno 5.00%; nivel dos 65.00%, nivel tres 10.00 %, nivel cuatro 10.00 %; nivel cinco 10.00 %.

Grupo IV: la última fecha de ingestión de la droga fue de 16 a 30 días. La edad de los sujetos fluctúa entre 16 y 21 años; la Media es de 18.92. La escolaridad es de segundo de secundaria a primer año de profesional, la Media es de 10; lo que indica primer año de profesional. Lugar de residencia (ver tabla 2) para el nivel uno 50.00%, nivel dos 16.00%, nivel tres 8.00 %, nivel cuatro 8.00 % nivel cinco 16.00 %; la situación civil esto es, estado civil: 91.66 % son solteros; 8.33 % son casados. Las personas con quienes conviven son: 100.00 % para el nivel 1 (consultar para ello la tabla 3).

Los años de abuso van de 1 a 4 años; la Media es de 2.17.

La ocupación actual de los chicos (ver tabla 1) a nivel 1 de 8.33%, nivel 2 de 58.33 %, nivel 4 de 8.33 %; nivel 5 de 25.00 %.

La última fecha de abuso es de 18 a 30 días; la Media es de 22.58. El último de fármaco usado: marihuana en 91.66 %,

inhalantes 8.33 % . En este grupo 91.66 % usan marihuana, - 8.33 % no la usan; 50.00 % de los jóvenes usan inhalantes; 50.00% no lo usan; 66.66 % de los chicos usan psicodélicos; 33.33 % no usan; el promedio mensual de cigarrillos fumados es de 0 a 90; la Media de 33.08.

Las causas por las que se drogan: 8.33 % lo ignoran ; 8.33 % por curiosidad; 16.66 % por gusto, 66.66 % por problemas. Las causas aparentes de la incidencia; ninguna 16.66% por amigos 8.33 %; debido al ocio 25.00%, por problemas 16.66 % - por necesidad 33.33 %. Causas por las que se iniciaron en las drogas: 0.00 % ignoran el motivo; 91.66 % por curiosidad ; por problemas 8.44 %. Los motivos por los cuales han abandonado el fármaco: 16.66 % ignoran, 16.66 % por el ambiente externo (familia, novia, trabajo) : 66.66 % por problemas físicos (sueño, alteraciones de la memoria); por falta de recursos económicos 0.00 %.

En relación a la existencia o no problemas familiares: 8.33 % nunca tienen problemas; 16.66 % pocas veces; --- 50.00 % algunas veces; 8.33 % la mayor parte del tiempo; 16.66 % siempre. La actitud del padre hacia el hijo fármaco-dependiente: 16.66 % se muestran indiferentes; 41.66 % se muestran alarmados 41.66 % proporcionan consejos y ligeros castigos.

66.66 % de los padres de los jóvenes están vivos, --- 33.33 % de los padres han fallecido. El 100.00 % de las madres

están vivas. El tiempo que el padre se relaciona semanalmente con el hijo farmacodependiente es: 41.66% nunca; 33.33 % pocas veces; 25.00% la mayor parte del tiempo; las mejores relaciones paternas son: 33.33 % con ninguno; 8.33 % con el padre; -- 50.00% con la madre; 8.33 % con ambos. 66.66 % de los padres rechazan al grupo de amigos del farmacodependiente; --- 33.33 % aceptan al grupo de amigos.

La carrera o profesión o bien, la ocupación que desearían es: (ver tabla 4) para el nivel 2 es de 66.66 %, nivel 3 de 9.33 %, nivel 5 de 16.00 % nivel 7 de 8.33 %.

Grupo V; la edad de los chicos de esta muestra es de 16 a 27 años; la Media es de 20.50. La escolaridad de 1er. año de secundaria a 4o. año de profesional. La ocupación actual (ver tabla 1), nivel 2 de 25.00 % ; nivel 3 de 75.00 %. Lugar de residencia (ver tabla 2) nivel 1 de 25.00 %, nivel 2 de 50.00 %, nivel 5 de 25.00 %. El estado civil: 87.50 % son solteros; 12.50% son casados. Las personas con quienes conviven: (ver tabla 3), nivel 1 de 87.50 %; nivel 6 de 12.50 %. Los años de abuso van de 1 a 9; la Media es de 3.88. La última fecha de abuso es de 32 a 60 días. El último fármaco usado: marihuana 37.50 %; psicodélicos 62.50 %. En esta muestra 100.00 usan marihuana; 75.00 % hacen uso de inhalantes y 25.00% no usan inhalantes; 100.00% usan psicodélicos; el promedio mensual de cigarrillos usados es de 30 a 190; la media es de 104.38.



Motivo por el que se drogan: 12.50 % ignoran el motivo; 25.00% por curiosidad; 62.50% por problemas. La causa aparente de la incidencia: 12.50 % ninguna ; 12.50% amigos; - 12.50% ocasionado por el ocio, 37.50 % por deseos; 37.50 % por problemas. Las causas por las que se iniciaron en el uso: 100.00% debido a la curiosidad. Motivos por los que ha abandonado el -- fármaco: 50.00% ambiente externo (familia, novia, trabajo), 37.50% por problemas físicos (sueño, alteraciones de la memoria), 12.50 % por falta de recursos económicos.

Presencia de problemas familiares: 12.50 % de los -- jóvenes pocas veces tienen problemas familiares; 50.00% de ellos algunas veces tienen problemas familiares; 25.00% la mayor parte del tiempo por presentar problemas; 12.50 % siempre tienen problemas familiares. Actitud de los padres hacia el hijo -- farmacodependiente: 12.50 % de los padres son indiferentes al -- chico; 37.50 % de los padres se molestan, se alarman; 50.00 % les proporcionan consejos. El 75.00% de los padres de los chicos viven; 25.00% de los padres han fallecido; el 100.00 % de las madres viven, el 50.00% de los padres no se han divorciado, el 50.00 % de los padres si se han divorciado.

Se encontró que la mitad de los padres nunca tenían relaciones sociales con sus hijos y el resto, solo lo hacían de vez en cuando. En cuanto a las buenas relaciones con los padres fueron: el 75.00% de los chicos " se lleva mejor con " la madre, el 12.50 % con los padres y el resto con ninguno de los padres. El 100.00 % de los padres rechazan al grupo de amigos del joven farmacodependiente.

La carrera o profesion o bien la ocupación que desearían tener los chicos que forman este grupo es: (ver tabla 4) la mitad de la población quedó agrupada en el nivel 4, y la otra mitad en el nivel 5.

Grupo VI; Los chicos de este grupo usaron por última vez la droga 65 días antes de realizar el estudio.

La edad de los jóvenes es de 15 a 24 años. La escolaridad es de 1er. año de primaria al 1er. año de estudios profesionales; la Media es para segundo de secundaria. La ocupación de los chicos (ver tabla 1) para el nivel 1 corresponde a 9.09 %, para el nivel 2 es 27.27 % de la población. el nivel 5 representa el 9.09 % de la población. En este grupo la población total es de solteros. Las personas con quienes conviven los sujetos de la muestra es según la tabla 2; 63.63 % quedó en el nivel, el nivel 12 está representado por 9.09 %, para el nivel 13, está representado por 27.27 % de la muestra. El tiempo que los sujetos han abusado de los fármacos es de 1 a 9 años. La Media es para 4 años. La última fecha de abuso es --

de 65 a 365 días, la media de 196 días. El último fármaco usado fue: marihuana 54.54 %; inhalantes 27.27 %; psicodélicos - 18.18 %. En este grupo los jóvenes que abusan de marihuana - son 90.90 %; no la usan 9.09 %; usan inhalantes 63.63 %; no los usan 36.36 %; usan psicodélicos 63.63 %; no los usan 36.36 %. El promedio mensual de cigarrillos de marihuana fumados al mes es de 0 a 100; la Media es de 45.09. Motivos por los que se drogan 18.18 % ignoran las causas; 9.09 % por curiosidad 18.18 % por gusto; 54.54 % por problemas. Las causas aparentes de la incidencia: ninguna 0.00 %; amigos 18.18 %; ocasionado por ocio 9.09 %; por deseos 27.27 %; por problemas --- 45.45 %. Motivos por los que se iniciaron en el uso de las drogas: 9.09 % ignoran el motivo; 72.72 % por curiosidad 0.00 % por gusto; por problemas 18.18 %. Motivos por los que han abandonado el fármaco: 36.36 % no lo saben; 36.36 % por problemas físicos (sueño, alteraciones de la memoria, -- otros); por el ambiente externo 27.27 % esto es: familia, -- novia, trabajo, por falta de recursos económicos 0.00 %

En relación a la presencia o no de problemas familiares: 9.09 % carece de problemas familiares; 18.18 % pocas -- veces manifiestan problemas familiares; 36.36 % la mayor -- parte del tiempo; 0.00 % siempre. La actitud de los padres hacia el hijo farmacodependiente: indiferencia 45.45% se molestan, se alarman 36.36 %; proporcionan consejos o los castigan ligeramente 18.18%. De los padres de estos chicos 54.54% no -

se han divorciado; 45.45 % sí se han divorciado, 90.90 % de los padres están vivos; 9.09 % han fallecido; 72.72 % de las madres están vivas, 27.27 % de las madres han fallecido. El tiempo que pasa el padre con el hijo durante la semana es de 54.54 % no pasa el padre con el hijo el tiempo; 18.18 % pocas veces; 27.27 % pasa el padre con el hijo la mayor parte del tiempo. Las relaciones paternas más positivas ó mejores: 36.36 % con ninguno; 18.18 % con el padre; 18.18 % con la madre; 27.27 % con ambos, 90.90 % de los padres rechazan al grupo de amigos del chico; 9.09 % sí aceptan al grupo de amigos.

La carrera o profesión o bien la ocupación que desearían tener: (ver tabla 4); para el nivel 2 de 45.45 %; para el nivel 3 de 9.09 %; para el nivel 5 de 27.27 %; para el nivel 6 de 9.09 %; para el nivel 7 de 9.09 %.

Debido a que cuando se calcularon las frecuencias -- de los datos que nos han servido para llevar a cabo la descripción de los 6 grupos anteriores y, haberse comparado con las frecuencias de todos los diseños de la presente tesis profesional , y no haber encontrado ninguna diferencia de carácter significativo, nos limitamos a describir estos 6 primeros grupos exclusivamente.

CAPITULO VIII

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

1.- Fase A, Primer Diseño.

Escala de Memoria de D. Wechsler; Subtest Información Personal y Actual. De acuerdo con nuestra variable solamente encontramos en la comparación de grupos entre sí, que el grupo 4 y 5, al ser comparados con los puntajes del segundo grupo sí manifiestan diferencias significativas. Asimismo, la comparación del grupo 5 con el grupo 3 han manifestado estas diferencias con nivel $P. < .05$, si observamos detenidamente nuestra gráfica número 1, correspondiente a las medias aritméticas de esta misma variable, observaremos que los valores ahí manifestados oscilan desde 4.05 hasta 5.00. Estos promedios tienen como característica común el manifestar que la mayor parte de los ítemes de este subtest fueron contestados correctamente por los 6 grupos de sujetos; indicándonos así que no existen alteraciones en información personal y actual.

Subtest Orientación. Este conjunto de ítemes ofrece una puntuación general de 4 puntos, oscilando desde 4.56 hasta 4.79 para los grupos 1 y 2 respectivamente. El análisis global de la "t" de Student múltiple, manifiesta que no hay diferencia significativa. Nuestra gráfica es casi horizontal sin indicar

tendencia a incremento a partir del grupo 1 hasta el sexto. Este análisis nos lleva a la interpretación de que los sujetos de este grupo se encuentran bien orientados. Esta variable pudo haber sido alterada por trámites administrativos en los que al sujeto se le daba un carnet con el mes, día y año, en que debía acudir a su cita para continuar resolviendo las pruebas psicológicas ya que 3 de los 5 ítems de este subtest pide recordar el día de la semana, la fecha del mes y el año.

Subtest Control Mental. Las principales diferencias significativas de esta variable Control Mental, así denominado por Wechsler en su tests de Memoria, fueron las siguientes: el grupo 2 comparado con el grupo 1, 3, 4 y 5; y el grupo 6 contra el grupo 1 y 3, a un nivel de $P. < .05$, es decir, los puntos mas bajos de nuestra gráfica número 3 al ser comparados con los valores más altos de los grupos correspondientes, sí son efectivamente mas bajos, ya que los resultados de la prueba -- "t" son significativos. Este análisis nos indica que tanto el grupo 2 como el 6 fueron fueron los que manifestaron estar mas afectados en cuanto a este conjunto de ítems, sin embargo, la tendencia general esperada de acuerdo a nuestra hipótesis es -- practicamente la opuesta porque si tomamos en consideración -- exclusivamente los grupos 1, 3, 4, 5 y 6 en este mismo orden la gráfica manifiesta una tendencia decreciente. Esto nos indica que los grupos analizados tienden a perder el repertorio implicado -- en el subtest Control Mental, conforme pasa el tiempo de ha--

ber ingerido por última vez droga. Sin embargo, no podemos afirmar esta tendencia decreciente de un modo categórico, ya que el grupo 2 muestra el valor mas bajo obtenido en nuestros resultados.

Subtest Memoria Lógica. En este subtest exclusivamente los grupos 3, 4, y 5 muestran una tendencia a incrementar los valores medios con respecto a la ordenada según nuestras expectativas anteriormente manifestadas en el capítulo formulación del problema. Sin embargo, los valores arrojados por el grupo 6 y el grupo 1, son los que unicamente llegan a ser significativos al ser comparados con el grupo 2, el cual obtuvo la media mayor. Además las comparaciones de los promedios entre los grupos 2, 3, 4 y 5 no manifestaron diferencias estadísticas, pudiendo de este modo ser considerados como iguales.

Es muy notorio observar en nuestra gráfica 4 que la comparación efectuada entre el grupo 1 y 6, cuyos valores fueron los mas bajos obtenidos, no manifiestan diferencias entre sí. Si solamente tomáramos en consideración los valores de los primeros 5 grupos, podríamos decir que existe una vaga tendencia a mejorar la ejecución de los sujetos conforme pasa el tiempo; pero el último grupo muestra una caída en la gráfica.

Subtest Retención de Dígitos. Practicamente el análisis de este subtest no manifiesta en modo alguno que la memoria de dígitos sea afectada en función directa de nuestra varia-

ble manipulada. No existe ninguna tendencia de la gráfica al llevar a cabo la inspección ocular a mostrar la forma de pendiente o su contrario, mas bien, los resultados manifiestan la oscilación alrededor de un valor constante que podríamos ubicar en 9.00 en números redondos como media general.

Reproducción Visual. En este subtest se observa que el grupo 2 y el grupo 6, han obtenido los valores más bajos y altos respectivamente. Además, el análisis estadístico por medio de la "t" de Student nos indica diferencias significativas en las comparaciones de este mismo grupo 2 con los grupos 3, 5, 6.

La tendencia general de la gráfica parece indicar también que la efectividad en la ejecución de los pacientes, fue afectada en función del incremento del tiempo al ser manipulado. Estos resultados parecen confirmar nuestras expectativas y la relación existente entre las dos variables, dependientes e independientes, en esta variable Reproducción Visual. Por otro lado, la comparación de las medias aritméticas de los grupos 1 y 2 no son significativas impidiéndonos concluir que un incremento de los primeros quince días a partir de la fecha de haber dejado de ingerir droga en su vida, es suficiente para mejorar las ejecuciones en cuanto a reproducción visual se refiere, sin embargo, los segundos quince días o sean, los puntos 2 y 3 de nuestra gráfica (gráfica No. 6), ya manifiestan las diferencias esperadas, ya que ninguno de los valores obtenidos a-

partir del grupo 3 al 6, han manifestado diferencias; nos llevan a basar nuestro análisis en el grupo 2. Por otro lado, la comparación de los promedios entre los grupos 1 y 6 al no haber manifestado las diferencias esperadas nos hacen pensar que nuestros resultados han sido afectados por otras variables concomitantes.

En cuanto al grupo 6, hemos observado que el Error -- Estandar de la Media tiene un valor de 2.04 y también una Desviación Estandar de 6.79, lo cual puede indicarnos que el tamaño de nuestra muestra fue pequeño.

Subtest Aprendizaje Asociado. Se observó que al no -- existir ninguna diferencia significativa acusada por la "t" de Student, probablemente tampoco nuestra gráfica apuntaría alguna relación de nuestras variables. El análisis de la gráfica solo indica que los puntos de cada uno de los 6 grupos, se mantienen en un valor -- constante de la ordenada.

Coficiente de Memoria. Ya que tampoco en ésta variable, la cual es el resultado total, o sea, el Coficiente de Memoria adquirido por medio de la suma de todos los subtests de la prueba sobre Memoria de D. Wechsler, encontramos alguna indicación de diferencia estadística a nivel de $P. < .05$, ni la inspección ocular de una tendencia ascendente o bien descendente de la gráfica nos lleva a suponer que las mejores ejecuciones de la memoria de nuestros pacientes con farmacodependencia múltiple, no está en función directa del transcurso del tiempo.

Nuevamente los hallazgos de este estudio confirman los

reportes de otros investigadores como D. A. Norman (1969) en relación a la dificultad con que esta prueba arroja diferencias significativas.

Aparentemente el análisis minucioso de los valores medios de cada uno de los grupos, asciende paulatinamente desde el primero hasta el tercer punto y, posteriormente los puntos cuarto y quinto, se mantienen al nivel del valor medio del tercer grupo; siendo el valor promedio del sexto grupo igual al del primero.

Estos resultados, analizados exclusivamente a nivel de las unidades de los promedios de nuestra tabla, haciendo caso omiso de las decenas de estos mismos valores podrían indicar una tendencia al mejoramiento con el transcurso del tiempo solo, pero, el análisis estadístico manifiesta que, no hay diferencias entre ellos. Es curioso que tanto en esta variable como en algunos subtests de esta misma prueba, como por ejemplo, la información personal y actual, orientación, control mental, memoria lógica, existe una ligerísima tendencia por parte de los valores promedio del grupo sexto, vuelvan a manifestar un decremento con respecto a los valores de los grupos inmediatos. Esta tendencia confirma que una mejor ejecución a la prueba de memoria aplicada a nuestros pacientes no es afectada en función del paso del tiempo como variable independiente y única manipulada.

Hemos observado en la Escala de Overall y Gorham una tendencia constante de los valores de la "t" de Student a través de las diferentes variables del test, no encontramos diferencias significativas en sus valores. Las gráficas nos muestran un aplanamiento generalizado de los valores de cada uno de los seis grupos, por lo que concluimos que en cuanto a sintomatología se refiere, el tiempo únicamente no es suficiente para mejorar las ejecuciones de nuestros pacientes en estudio.

Test de L. Bender. Debido a que las variables manejadas en el test de L. Bender son de tipo No Paramétrico, la representación gráfica de los valores de las variables es a nivel porcentual y no mediante el uso de medias aritméticas para su descripción. En base a las observaciones de estas gráficas señalamos: primero el análisis estadístico de los datos nos indica que la variable Distorsión en los grupos 1, 2, 3 y 6, representando a los primeros 30 días y 91 o más días de haber dejado de ingerir sustancias tóxicas. Con relación a los grupos 4 y 5, no reportan diferencias significativas. Los mismos resultados no significativos se observan en las variables de Rotación, Superposición, Parte del Diseño Faltante, Aplanamiento y Círculos. La Perseveración ofrece una $P. < .05$, lo que nos señala al grupo 3 (grupo que lleva de 16 a 30 días de haber dejado de ingerir sustancias tóxicas) como el que afecta nuestros resultados, lo que nos indica que el tiempo solo no mejora las ejecuciones a la prueba de L. Bender.

Conclusiones de la Fase A, Primer Diseño.

El tiempo en que se ha estado ingiriendo drogas, tomando como Variable Independiente Única para el conocimiento del estado de un paciente determinado, no es un indicador suficiente de las posibles alteraciones en cuanto a memoria, sintomatología y daño cerebral se refiere. Por lo tanto, se supone que el parámetro caracterizado por el tiempo después de haber dejado de utilizar la droga no está en función directa de un mejoramiento en las funciones anteriormente dichas, sino que, ya que se trata de una muestra de farmacodependientes múltiples, posiblemente nuestra variable independiente debe tomarse en cuenta en conjugación con otras características del parámetro temporal en las manipulaciones experimentales. Este primer diseño más que un fracaso, aclara los hallazgos de otros autores y al mismo tiempo rechaza la Hipótesis Alternativa (H_1) de que a medida que pasa el tiempo de haber dejado de ingerir drogas, mejoran las funciones aquí analizadas.

2.- Fase B, Segundo Diseño.

Prácticamente los resultados de las gráficas correspondientes a cada uno de los subtests de Memoria de D. Wechsler, nos están indicando que a medida que el tiempo transcurre en el abusador de la droga, el tiempo tomado como Única variable exclusivamente, no es un indicador de posibles alteraciones en cuanto a la memoria del grupo analizado se refiere.

En cuanto al tercer subtest (Orientación), se encontraron estadísticamente diferencias a nivel significativo. Sin -

embargo, el primero de los grupos que fue el que menor tiempo tuvo de exposición a la droga no causó diferencias en su comparación con el cuarto grupo de mayor tiempo de exposición a la droga.

En la Escala de Registro Psiquiátrico de Overall y -- Gorham, el análisis estadístico manifiesta que no hay diferencias en los valores a un nivel de $P. < .05$. Así como tampoco --- existen diferencias en cuanto a la inspección ocular de una tendencia ascendente o descendente de la gráfica, nos lleva a suponer que las mejores ejecuciones en cuanto a sintomatología de nuestro grupo de estudio se refiere no está en función directa del transcurso del tiempo.

Test de L. Bender. Como en la interpretación ante-- rior del Test de L. Bender, presentamos los valores de las variables a nivel de porcentajes, debido a ser del tipo no paramétrico. Las gráficas en el Test de L. Bender, en los diferentes diseños, - se diferencian de las gráficas que manifiestan los valores de las medias, en que, para los porcentajes se emplean puntos rellenos para señalar el valor de cada grupo.

En la variable superposición, observamos que debido - al alto porcentaje de los grupos 1 y 4, nuestros resultados se ven afectados, confirmamos con ellos que el tiempo solo no mejora las ejecuciones a la prueba de L. Bender. Las variables Distorsión, Rotación, Perseveración, Parte del Diseño Faltante, Aplanamiento y Presencia de Círculos no reportan diferencias significativas.

3.- Fase C, Tercer Diseño.

Este diseño que puede denominarse tradicionalmente - tabla de 2×2 , constó de cuatro comparaciones.

Se manipularon simultáneamente las dos variables independientes de la Fase A de esta investigación. Las aportaciones básicas de los dos diseños anteriores apuntan hacia un análisis de las Variables Dependientes, observadas en función de un conjunto de variables independientes y que pueden influir simultáneamente sobre las respuestas de los sujetos.

Comparación A.- Por medio de esta comparación, - ambos grupos tuvieron un año de estar haciendo uso de las drogas (TED). El primero de ellos tuvo 15 días o menos de haber dejado las drogas; el segundo grupo tuvo mas de 15 días de haber dejado de ingerir la droga.

En la Escala de Memoria de D. Wechsler, encontramos solamente que el primer subtest, nos indica la gráfica en cuanto a su direccionalidad, así como el análisis estadístico de las medias aritméticas ahí representadas, que el grupo 2 fue menos afectado - por las variables manipuladas. En este subtest se confirman las suposiciones de que a medida que pasa el tiempo de haber dejado de ingerir sustancias tóxicas, mejoran las ejecuciones de los sujetos con farmacodependencia múltiple.

Sin embargo, tanto los demás subtest así como el Coeficiente de Memoria, no manifiestan los resultados esperados de - acuerdo a nuestra Hipótesis.

Escala de Registro Psiquiátrico de Overall y Gorham.

Los resultados obtenidos en las comparaciones de sujetos cuyo tiempo de ingerir sustancias tóxicas es de 1 año y el tiempo después de haber dejado de abusar de ellas es para el grupo 1 de menos de 15 días y, para el grupo 2, es de 16 días o más; así como nos lo muestran las gráficas y por tanto, nos indican que a mayor tiempo después de haber dejado de usar fármacos, no lleva a la conclusión que las mejores ejecuciones en cuanto a sintomatología se refiere; no está en función directa del transcurso del tiempo.

Test de L. Bender. En las gráficas correspondientes al test de L. Bender, encontramos resultados contrarios a los esperados, indicándonos también que fueron afectados por variables no manipuladas en este diseño.

Comparación B.- En esta comparación ambos grupos tuvieron más de un año de estar ingiriendo sustancias tóxicas (TED). El primer grupo de ellos, el grupo 3, tuvo 15 días o menos de haber dejado de ingerir drogas; el otro grupo, el grupo 4, tuvo más de 15 días de haber dejado de ingerir drogas.

Escala de Memoria de D. Wechsler.- Los resultados obtenidos en la comparación de los grupos 3 y 4, antes mencionados y observados en la Escala de Wechsler mediante la inspección ocular de sus gráficas, no apoyan tampoco la H_1 de que a mayor tiempo después de haber dejado la droga mejoran las ejecu

ciones al test de Memoria de Wechsler.

Escala de Registro Psiquiátrico de Overall y Gorchman. Asimismo, la Escala de Overall y Gorham, la cual es indicadora de la sintomatología psiquiátrica ya que con estos fines fue hecha, nos señala que no existen alteraciones en cuanto a sintomatología se refiere. Al comparar los grupos y cuyas gráficas se pueden observar (del No. 9 al 25), no se encontraron diferencias significativas consistentes.

Test de L. Bender.- Estas gráficas del Test de L. Bender, manifiestan resultados practicamente opuestos a los que se esperaban. Esto es también debido a que el manejo de nuestras variables independientes (2), tampoco fue suficiente para confirmar nuestras hipótesis.

Comparación C.- Por medio de ésta comparación, los sujetos de los dos grupos tuvieron menos de 15 días (TDD) de haber dejado de ingerir drogas. Un grupo, el grupo 1, tuvo 1 año de estar en la droga, el otro grupo, el grupo 3, tuvo más de un año de estar en las drogas.

En las gráficas de las pruebas aplicadas a los sujetos, así como en los resultados de los procedimientos estadísticos empleados en los tests de Memoria de Wechsler, de L. Bender y de Overall y Gorham, aparecen resultados contrarios a los esperados, indicándonos también que fueron afectados estos resultados por variables no manipulados en este diseño.

Comparación D.- Mediante esta comparación, los su-

jetos de los dos grupos tuvieron mas de 15 días de TDD (tiempo después de haber dejado las drogas) . Un grupo el grupo 2, tuvo 1 año de estar en la droga y el otro grupo, el grupo 4, tuvo mas de 1 año de estar en las drogas.

Los resultados de las gráficas de las pruebas de Memoria de D. Wechsler, de L. Bender y Overall y Gorham, confirman nuestras hipótesis de nulidad.

CAPITULO IX

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se tomó una muestra total de 84 farmacodependientes múltiples, con el fin de observar posibles cambios en las tres - áreas siguientes: A) MEMORIA, que comprendió los subtests de a.1.) Información personal y actual, a.2.) Orientación, a.3.) Control Mental, a.4.) Memoria Lógica, a.5.) Retención de Dígitos, a.6.) Aprendizaje Asociado, a.7.) Reproducción Visual y a.8.) La suma total de los subtests, denominada Coeficiente de Memoria. B) SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA, que comprendió los siguientes síntomas:

- b.1.) Preocupación por Aspectos Somáticos.
- b.2.) Ansiedad.
- b.3.) Aislamiento Emocional.
- b.4.) Desorganización Conceptual.
- b.5.) Sentimientos de Culpa.
- b.6.) Tensión Física.
- b.7.) Manerismos y Posturismos.
- b.8.) Sentimientos de Grandiosidad.
- b.9.) Estado de Animo
- b.10.) Hostilidad
- b.11.) Suspicion.
- b.12.) Conducta Alucinatoria.

- b.13.) Retardo Motor.
- b.14.) No Cooperatividad.
- b.15.) Contenido Inusual del Pensamiento.
- b.16.) Degradación Emocional
- b.17.) Afectación de la Memoria.
- b.18.) Alteraciones en Tiempo, Lugar y Persona.

C) DAÑO CEREBRAL, que comprendió los siguientes indicadores: c.1.) Rotación, c.2.) Distorsión, c.3.) Parte del Diseño Faltante, c.4.) Presencia de Círculos, c.5.) Superposición, c.6.) Perseveración y c.7.) Aplanamiento. Las cuales - constituyeron el conjunto de variables dependientes, observadas en función de los parámetros temporales exclusivamente.

Lo anterior dio lugar a las comparaciones de 32 variables dependientes en función de los valores de cada uno de los --- parámetros temporales, lo cual se resume enseguida:

PRIMER DISEÑO. Valores del Parámetro TDD.

GRUPOS	TDD, dado en días.
1	1
2	2 a 7
3	8 a 15
4	16 a 30
5	31 a 60
6	61 ó mas

SEGUNDO DISEÑO. Valores del Parámetro TED.

GRUPOS	TED, Dado en años.
1	1
2	2
3	3 - 4
4	5 - 9

TERCER DISEÑO. Se mantuvo en un valor constante uno de los parámetros temporales y se hizo variar el otro. Los cuatro grupos fueron los siguientes:

COMPARACIONES	TDD	TED
A	15 o menos días.	Menos de 1 año.
B	Más de 15 días.	Menos de 1 año.
C	15 o menos días	Mas de 1 año.
D	Mas de 15 días	Mas de 1 año.

Las comparaciones se efectuaron como sigue:

- a) Grupos 1 y 2 , b) Grupos 3 y 4
- c) Grupos 1 y 3, d) Grupos 2 y 4

La suposición subyacente al Primero de los Diseños, intentó detectar los posibles cambios que podrían sufrir las ejecuciones a las pruebas aplicadas a los diferentes grupos de farmacodependientes múltiples, en función del transcurso del tiempo exclusivamente después de haber dejado de ingerir diferentes drogas.

El pensamiento que nos condujo a llevar a cabo el Segundo de los Diseños, fue el inverso al anterior e intentamos detectar los posibles cambios en las ejecuciones a las pruebas aplicadas a los diferentes grupos de farmacodependientes múltiples, en función del transcurso del tiempo exclusivamente de haber estado consumiendo diferentes drogas.

Tanto en uno como en otro diseño, de acuerdo a la literatura existente, nuestras expectativas eran un aumento o un decremento respectivamente en la efectividad de las ejecuciones a las pruebas aplicadas a los grupos correspondientes a los diferentes aumen

tos en los dos parámetros temporales analizados.

El análisis de los resultados nos indica que los cambios encontrados tienen carácter no significativo para las comparaciones efectuadas. Por lo cual, podemos concluir que el tiempo de haber dejado de ingerir drogas, como el tiempo de haber estado consumiéndolas, no pueden, uno u otro, considerarse como criterios únicos y exclusivos de diagnóstico en farmacodependientes múltiples. Sino más bien, deben tomarse en cuenta como una de muchas posibles variables que puedan afectar el nivel de ejecución a las pruebas aplicadas.

El Tercer Diseño experimental llevado a cabo es consecutivo a los anteriores, ya que si cualquiera de los dos parámetros (TDD o TED) temporales considerados como variables independientes exclusivas entre sí y también de otras variables, no es un indicador confiable de diagnóstico; entonces estas mismas dos variables pueden haber interferido en los resultados, afectando las variaciones de una variable a las variaciones de la otra.

Debido a lo anterior, fue necesario mantener en un valor constante a una de las dos variables (por ej. TDD) minimizando así su efecto en los resultados de las variables dependientes, y manipulando la otra variable (por ej. TED).

Además, con este tipo de diseño se analizaron dos valores constantes de una de las variables (por ej: $TED = 1 \text{ ó } < 1$, y $TED = > 1$) y se manipuló la otra variable ($TDD = 15 \text{ ó } < 15$, y > 16).

Los resultados de las 4 comparaciones que se llevaron

a cabo según los valores de los parámetros analizados y que para TDD fueron: 15 ó menos días y 16 ó mas días y, para TED fueron 1 año o menos y mas de un año, tampoco mostraron resultados significativos en su análisis. Por lo cual, es posible concluir que ambos parámetros, TED y TDD, tomados en cuenta - ya por separado, ya conjuntamente, excluyendo la consideración de otras variables, no son indicadores suficientes para un diagnóstico en farmacodependientes múltiples. En otras palabras, no es posible llegar a una estimación del estado de posibles alteraciones en las ejecuciones a las pruebas de memoria, daño cerebral y sintomatología psiquiátrica de los pacientes en función de parámetros temporales exclusivamente).

Por otro lado, será necesario en diseños ulteriores la utilización de grupos de personas normales para poder estimar - las posibles diferencias de ejecuciones a las pruebas entre farmacodependientes y no farmacodependientes.

Además, el incremento del número de casos de cada uno de los grupos analizados utilizando el tipo de medidas paramétricas y no paramétricas de los presentes estudios ("t de Student", Medias Aritméticas, Desviaciones Estandar, Chi Cuadrada para Dos Muestras Independientes, Prueba de la Probabilidad Exácta de Fisher, Tablas de Contingencias de 2×2), será conveniente para la confirmación de los resultados obtenidos. La consecuencia del incremento del número de casos, nos llevará a la obtención de menores errores estandar de las medias y a una mayor -

generalidad de los resultados.

El tamaño de las muestras de los estudios presentes, requirió para nosotros doce meses de tiempo para poderlos reunir, sin embargo, para varios investigadores de una institución dedicados a la atención de pacientes farmacodependientes, tendrán mayores facilidades en la obtención de muestras mayores.

Por otro lado, es muy posible que los resultados de estos estudios también hayan sido afectados por otras variables que generarían toda otra serie de estudios alternativos, como por ejemplo, la última clase y cantidad de droga ingerida por farmacodependientes múltiples, que no se controlaron. Así pues, los presentes diseños representan un intento de aislamiento de los parámetros temporales que obviamente tienen importancia, mas no exclusiva, en el diagnóstico de pacientes farmacodependientes que ingieren toda clase de drogas o farmacos en cantidades y frecuencias que denominaremos "ad libitum".

VARIABLE 123. INFORMACION PERSONAL Y ACTUAL.

COMPARACION DE GRUPOS.

GRUPOS	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" de Student.					
1	4.56	0.96	0.24	16	0.00	1.85	0.99	0.32	1.18	0.56
2	4.05	0.55	0.13	17			0.73	2.70	3.99	1.18
3	4.25	0.91	0.20	20				1.38	2.16	0.34
4	4.66	0.65	0.18	12					1.20	0.99
5	5.00	0.53	0.18	8						1.02
6	4.36	0.80	0.24	11						0.00
					1	2	3	4	5	6

VARIABLE 124. ORIENTACION.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" de Student.					
1	4.56	0.62	0.15	16	0.00	0.36	0.43	1.80	0.66	0.73
2	0.79	0.79	0.19	17			0.78	1.84	0.84	0.95
3	4.65	0.58	0.13	20				1.46	0.38	0.37
4	4.91	0.28	0.02	12					0.73	1.18
5	4.75	0.70	0.25	8						0.08
6	4.72	0.46	0.14	11						0.00
					1	2	3	4	5	6

VARIABLE 125. CONTROL MENTAL.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" de Student.					
1	6.87	1.62	0.40	16	0.00	3.67	0.72	1.27	0.80	3.48
2	4.11	2.54	0.61	17			2.68	2.13	2.05	0.37
3	6.35	1.49	0.55	20				0.41	0.09	2.16
4	6.35	2.49	0.50	12					0.26	1.86
5	6.25	2.12	0.75	8						1.90
6	4.45	1.96	0.59	11						0.00
					1	2	3	4	5	6

VARIABLE 126. MEMORIA LOGICA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" de Student.					
1	7.37	3.30	0.82	16	0.00	1.93	1.16	1.37	1.21	0.14
2	9.41	2.74	0.66	17			0.76	0.29	0.11	1.78
3	8.65	3.24	0.72	20				0.36	0.41	0.96
4	9.08	3.17	0.91	12					0.10	1.25
5	9.25	4.02	1.42	8						1.11
6	7.54	2.65	0.80	11						0.00
					1	2	3	4	5	6

VARIABLE 127. RETENCION DE DIGITOS.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	9.62	1.66	0.41	16
2	8.41	1.83	0.44	17
3	9.55	1.76	0.39	20
4	9.25	1.81	0.52	12
5	10.12	2.61	0.76	8
6	8.63	1.56	0.47	11

COMPARACION DE GRUPOS.

		"t" de Student.					
1	2	3	4	5	6		
0.00	1.98	0.12	0.56	0.62	1.55		
		1.91	1.21	2.05	0.33		
			0.46	0.73	1.43		
				0.97	0.86		
					1.74		
					0.00		

VARIABLE 128. REPRODUCCION VISUAL.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	5.87	3.28	0.82	16
2	5.47	2.23	0.54	17
3	7.25	3.44	0.77	20
4	6.83	3.06	0.88	12
5	7.75	4.36	1.54	8
6	9.18	6.79	2.04	11

		"t" de Student.					
1	2	3	4	5	6		
0.00	0.41	1.21	0.78	1.18	1.69		
		1.82	1.38	1.74	2.10		
			0.34	0.32	1.05		
				0.55	1.08		
					0.52		
					0.00		

VARIABLE 129. APRENDIZAJE ASOCIADO.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	13.50	4.81	1.20	16
2	15.29	4.44	1.07	17
3	15.65	4.24	0.94	20
4	14.66	3.70	1.06	12
5	13.25	3.10	1.09	8
6	14.27	5.27	1.59	11

		"t" de Student.					
1	2	3	4	5	6		
0.00	1.11	1.42	0.69	0.13	0.39		
		0.24	0.40	1.16	0.55		
			0.66	1.44	0.79		
				0.89	0.20		
					0.48		
					0.00		

VARIABLE 131. COEFICIENTE DE MEMORIA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	81.43	15.91	3.97	16
2	84.05	27.40	6.64	17
3	87.00	27.40	6.64	20
4	85.33	10.56	3.05	12
5	86.87	11.63	4.11	8
6	81.81	11.99	3.61	11

		"t" de Student.					
1	2	3	4	5	6		
0.00	0.33	1.07	0.73	0.85	0.67		
		0.41	0.15	0.27	0.25		
			0.33	0.02	0.97		
				0.30	0.74		
					0.91		
					0.00		

VARIABLE 103. REORGANIZACION SOMATICA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.06	0.25	0.06	16
2	1.17	0.52	0.12	17
3	1.40	0.68	0.15	20
4	1.41	0.90	0.25	12
5	2.00	1.71	0.46	8
6	1.63	1.28	0.38	11

COMPARACION DE GRUPOS.
"t" de Student.

1	2	3	4	5	6
0.00	0.78	1.88	1.50	2.82	1.75
		1.10	0.90	2.26	1.32
			0.59	1.60	1.58
				1.18	0.47
					0.60
					0.00

VARIABLE 104. ANSIEDAD.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.81	1.04	0.26	16
2	1.41	0.71	0.17	17
3	1.60	0.75	0.16	20
4	1.75	1.75	0.21	12
5	1.37	0.74	0.26	8
6	2.09	0.94	0.28	11

"t" de Student.

1	2	3	4	5	6
0.00	1.29	0.70	0.17	1.05	0.70
		0.77	1.22	0.11	2.16
			0.54	0.71	1.58
				1.09	0.96
					1.77
					0.00

VARIABLE 105. DESORGANIZACION CONCEPTUAL.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.31	0.47	0.11	16
2	1.41	0.87	0.21	17
3	1.40	0.68	0.15	20
4	1.25	0.45	0.13	12
5	1.12	0.35	0.12	8
6	1.45	0.93	0.28	11

"t" de Student.

1	2	3	4	5	6
0.00	0.40	0.43	0.34	0.97	0.51
		0.04	0.58	0.88	0.12
			0.67	1.07	0.18
				0.65	0.67
					0.94
					0.00

VARIABLE 106. SENTIMIENTOS DE CULPA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.00	0.00	0.00	16
2	1.05	0.24	0.05	17
3	1.10	0.30	0.06	20
4	1.00	0.00	0.00	12
5	1.00	0.00	0.00	8
6	1.18	0.60	0.18	11

"t" de Student.

1	2	3	4	5	6
0.00	0.96	1.29	0.00	0.00	1.21
		0.44	0.83	0.67	0.75
			1.11	0.90	0.50
				0.00	1.04
					0.84
					0.00

VARIABLE 107. DEGRADACION EMOCIONAL.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.31	0.47	0.11	16
2	1.17	0.72	0.17	17
3	1.20	0.69	0.15	20
4	1.16	0.57	0.16	12
5	1.37	0.74	0.26	8
6	1.18	0.40	0.12	11

COMPARACION DE GRUPOS.

"t" de student.						
0.00	0.63	0.55	0.73	0.25	0.74	
		0.10	0.03	0.63	0.02	
			0.13	0.58	0.07	
				0.70	0.07	
					0.73	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 108. ANSIOSISMOS Y POSTURISMOS.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.56	1.15	0.28	16
2	1.22	0.75	0.18	17
3	1.30	0.65	0.14	20
4	1.16	0.38	0.11	12
5	1.37	1.24	0.44	8
6	1.63	0.92	0.27	11

"t" de Student.						
0.00	0.97	0.86	1.13	0.60	0.17	
		0.27	0.28	1.60	1.17	
			0.63	1.60	1.17	
				1.85	1.61	
					0.48	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 109. GRANDIOSIDAD.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.00	0.00	0.00	16
2	1.05	0.24	0.05	17
3	1.00	0.00	0.00	20
4	1.00	0.00	0.00	12
5	1.12	0.35	0.12	8
6	1.18	0.60	0.18	11

"t" de Student.						
0.00	0.96	0.00	0.00	1.44	1.21	
		1.08	0.83	0.54	0.75	
			0.00	1.62	1.36	
				1.24	1.04	
					0.23	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 110. ESTEYO DE ANIMO.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.18	0.40	0.10	16
2	1.00	0.00	0.00	17
3	1.00	0.00	0.00	20
4	1.00	0.00	0.00	12
5	1.00	0.00	0.00	8
6	1.27	0.46	0.14	11

"t" de student.						
0.00	1.91	2.08	1.60	1.20	0.50	
		0.00	0.00	0.00	2.64	
			0.00	0.00	2.64	
				0.00	2.02	
					1.63	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 111. HOSTILIDAD.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.31	0.47	0.11	16
2	1.64	0.78	0.19	17
3	1.90	0.78	0.17	20
4	1.58	0.51	0.14	12
5	1.37	0.24	0.26	8
6	1.54	0.68	0.20	11

COMPARACION DE GRUPOS.

"t" de Student.						
0.00	1.46	2.61	1.43	0.25	1.04	
		0.97	0.24	0.87	0.35	
			1.23	1.61	1.25	
				0.24	0.15	
					0.51	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 112. SUSPICACIA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.31	0.60	0.15	16
2	1.00	0.00	0.00	17
3	1.10	0.44	0.10	20
4	1.25	0.62	0.17	12
5	1.00	0.00	0.00	8
6	1.18	0.40	0.12	11

"t" de Student.						
0.00	2.14	1.21	0.26	1.45	0.62	
		0.92	1.67	0.00	1.87	
			0.29	0.62	0.50	
				1.12	0.30	
					1.26	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 113. CONDUCTA ALUCINATORIA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.12	0.34	0.08	16
2	1.11	0.33	0.08	17
3	1.00	0.00	0.00	20
4	1.08	0.28	0.08	12
5	1.12	0.35	0.12	8
6	1.36	0.67	0.20	11

"t" de Student.						
0.00	0.06	1.64	0.34	0.00	1.21	
		1.58	0.28	0.05	1.29	
			1.30	1.62	2.44	
				0.28	1.31	
					0.90	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 114. RETARDO MOTOR.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.00	0.00	0.00	16
2	1.00	0.00	0.00	17
3	1.00	0.00	0.00	20
47	1.00	0.00	0.00	12
5	1.00	0.00	0.00	8
6	1.18	0.40	0.12	11

"t" de Student.						
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.81	
		0.00	0.00	0.00	1.87	
			0.00	1.00	2.03	
				0.00	1.56	
					1.26	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

VARIABLE 115. NO COOPERATIVIDAD.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.06	0.25	0.06	16
2	1.23	0.56	0.13	17
3	1.15	0.36	0.11	20
4	1.16	0.38	0.25	12
5	1.25	0.70	0.25	8
6	1.00	0.00	0.00	11

VARIABLE 116. CONTENIDO INSUAL DEL PENSAMIENTO.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.25	0.44	0.11	16
2	1.11	0.33	0.08	17
3	1.10	0.44	0.08	20
4	1.08	0.28	0.08	12
5	1.00	0.00	0.00	8
6	1.27	0.90	0.27	11

VARIABLE 117. DEGRADACION EMOCIONAL.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.00	0.00	0.00	16
2	1.05	0.24	0.05	17
3	1.10	0.30	0.10	20
4	1.00	0.00	0.00	12
5	1.25	0.70	0.25	8
6	0.64	0.64	0.19	11

VARIABLE 118. AFECTACION DE LA MEMORIA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	1.50	0.51	0.12	16
2	1.76	0.66	0.16	17
3	1.85	0.93	0.06	20
4	1.41	0.51	0.14	12
5	1.37	0.51	0.18	8
6	1.36	0.67	0.20	11

COMPARACION DE GRUPOS.

"t" de Student.						
0.00	1.12	0.81	0.86	0.96	0.82	
		0.55	0.36	0.05	1.37	
			0.12	0.49	1.34	
				0.34	1.41	
					1.18	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

"t" de Student.						
0.00	0.96	1.00	1.12	1.56	0.08	
		0.13	0.28	0.99	0.64	
			0.11	0.62	0.71	
				0.80	0.68	
					0.84	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

"t" de Student.						
0.00	0.96	1.29	0.00	1.44	1.70	
		0.44	0.83	1.01	1.24	
			1.11	0.79	1.01	
				1.24	1.46	
					0.07	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

"t" de Student.						
0.00	1.27	1.37	0.42	0.55	0.59	
		0.31	1.51	1.01	1.55	
			1.47	1.34	1.51	
				0.17	0.21	
					0.03	
					0.00	
1	2	3	4	5	6	

LA TABLA 119. ALTERACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA.

GRUPO	M.	D.S.	E.S.M.	N.
1	2.00	0.73	0.18	16
2	2.05	0.82	0.20	17
3	1.95	0.82	0.18	20
4	2.16	0.93	0.27	12
5	1.87	0.64	0.22	8
6	2.45	1.29	0.39	11

COMPARACION DE GRUPOS.

		"t" de Student.					
		0.00	0.21	0.18	0.52	0.41	1.16
				0.39	0.32	0.55	0.99
					0.68	0.22	1.32
						0.76	0.61
							1.16
							0.00
1	2	3	4	5	6		

TEST DE L. BENDER DISEÑO PRIMERO FACE A.

V. DISTORCION

Grupo	f	% f
1	12	75.00
2	14	82.35
3	13	65.00
4	4	33.00
5	2	25.00
6	10	90.90

El valor de X^2 es de:
17.18 P. 0.05- S.

V. SUPERPOSICION

Grupo	f	% f
1	6	37.50
2	11	64.70
3	3	25.00
4	3	37.50
5	7	63.63
6	7	63.63

El valor de X^2 es de:
7.41 P. 0.05 N.S.

V. PARTE DEL DISEÑO FALTANTE

Grupo	f	% f
1	2	12.50
2	3	17.64
3	4	20.00
4	1	8.33
5	3	27.27

El valor de X^2 es de:
3.56 P. 0.05 N.S.

V. ROTACION

Grupo	f	% f
1	5	11
2	7	10
3	4	16
4	2	10
5	2	6
6	4	7

El valor de X^2 es de:
3.30 P. 0.05 N.S.

V. PERSEVERACION

Grupo	f	% f
1	2	12.50
2	0	0.00
3	13	65.00
4	0	0.00
5	0	0.00
6	2	18.18

El valor de X^2 es de:
35.3 P. 0.05 S.

V. AFLANAMIENTO

Grupo	f	% f
1	5	31.25
2	7	41.17
3	7	35.00
4	4	33.33
5	2	25.00
6	2	18.18

El valor de X^2 es de:
56 P. 0.05 S.

V. PRESENCIA DE CIRCULOS

Grupo	f	% f
1	0	0.00
2	3	17.64
3	1	5.00
4	2	16.66
5	0	0.00
6	2	18.18

El valor de X^2 es de:
1.90 P. 0.05 N.S.

Para el Test de L. Bender empleamos la Prueba de X^2 para 2 muestras independientes.

ESCALA DE MEMORIA DE D. WECHSLER
DISEÑO SEGUNDO FASE A.

V. INF. PERSONAL Y ACTUAL.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT.			
1	4.13	0.88	0.18	22	0.00	1.42	0.46	1.07
2	4.52	0.79	0.19	17			0.32	0.46
3	4.60	0.72	0.15	23				0.88
4	4.40	0.79	0.16	22				0.00
					1	2	3	4

V. ORIENTACION

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT.			
1	4.59	0.73	0.15	22	0.00	0.25	0.05	0.22
2	4.64	0.60	0.14	17			0.50	0.05
3	4.73	0.54	0.11	23				0.61
4	4.63	0.58	0.12	22				0.00
					1	2	3	4

V. CONTROL MENTAL.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	4.63	2.46	0.52	22	0.00	2.93	3.08	0.27
2	5.82	2.09	0.50	17			0.18	3.08
3	6.69	2.20	0.45	23				3.02
4	4.81	1.94	0.41	22				0.00
					1	2	3	4

V. MEMORIA LOGICA.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT.			
1	9.45	3.33	0.71	22	0.00	0.87	0.12	1.00
2	8.41	4.09	0.99	17			0.63	0.12
3	7.73	2.64	0.55	23				1.02
4	8.54	2.61	0.55	22				0.00
					1	2	3	4

V. REFERENCIA DE DIGITOS.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	8.72	2.11	0.45	22	0.00	1.98	1.27	0.93
2	10.00	1.80	0.43	17			1.76	1.27
3	9.08	1.47	0.30	23				0.38
4	9.27	1.75	0.37	22				0.00
					1	2	3	4

V. REPRODUCCION VISUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT.			
1	6.81	2.66	0.56	22	0.00	0.00	0.43	0.48
2	6.82	2.83	0.68	17			0.47	0.43
3	6.34	3.31	0.69	23				0.80
4	7.50	5.97	1.27	22				0.00
					1	2	3	4

V. APRENDIZAJE ASOCIADO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	15.18	4.76	1.01	22	0.00	0.37	0.23	0.58
2	14.70	2.36	0.57	17			0.33	0.28
3	14.26	5.07	1.05	23				0.07
4	14.36	4.48	0.95	22				0.00
					1	2	3	4

V. COEFICIENTE DE MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	86.63	25.50	5.43	22	0.00	0.00	0.98	0.62
2	86.58	12.22	2.96	17			0.98	0.98
3	82.13	15.40	3.21	23				0.19
4	82.90	10.97	2.33	22				0.00
					1	2	3	4

ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO DE OVERALL Y GORHAM
DISEÑO SEGUNDO FASE B.

V. PREOCUPACION SOMATICA

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					1	2	3	4
1	1.40	0.85	0.18	22	0.00	0.43	0.96	0.40
2	1.29	0.77	0.18	17			1.46	0.92
3	1.21	0.42	0.08	23				1.42
4	1.59	0.14	0.24	22				0.00

V. ANSIEDAD.

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					1	2	3	4
1	1.50	0.67	0.14	22	0.00	0.42	0.44	0.79
2	1.58	0.61	0.15	17			1.19	1.32
3	1.60	0.94	0.19	23				1.19
4	1.95	0.99	0.21	22				0.00

V. DESORGANIZACION CONCEPTUAL.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					1	2	3	4
1	1.27	0.67	0.14	22	0.00	0.42	0.15	0.05
2	1.29	0.61	0.15	17			0.95	0.93
3	1.30	0.63	0.13	23				0.95
4	1.50	0.74	0.15	22				0.00

V. SENTIMIENTOS DE CULPA.

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					1	2	3	4
1	1.13	0.46	0.09	22	0.00	0.11	1.39	0.00
2	1.00	0.00	0.00	17			1.48	1.27
3	0.00	0.00	0.00	23				1.48
4	1.09	0.29	0.06	22				0.00

V. DEGRADACION EMOCIONAL.

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.31	0.77	0.16	22	0.00	0.68	0.46	0.22
2	1.17	0.39	0.09	17			0.20	0.03
3	1.21	0.67	0.14	23				0.20
4	1.18	0.50	0.10	22				0.00
					1	2	3	4

V. MANEJOS Y POSTURAS

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.36	0.78	0.16	22	0.00	0.18	1.29	1.51
2	1.41	0.79	0.19	17			2.40	1.04
3	1.13	0.34	0.07	23				2.40
4	1.77	1.23	0.26	22				0.00
					1	2	3	4

V. GRANDIOSIDAD.

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.04	0.21	0.04	22	0.00	0,87	1.02	0.00
2	1.00	0.00	0.00	17			1.39	1.19
3	1.00	0.00	0.00	23				1.39
4	1.13	0.46	0.09	22				0.00
					1	2	3	4

V. ESTADO DE ANIMO.

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.04	0.21	0.04	22	0.00	0.18	0.03	0.21
2	1.05	0.24	0.05	17			1.08	0.77
3	1.04	0.20	0.04	23				0.90
4	1.13	0.35	0.07	22				0.00
					1	2	3	4

V. HOSTILIDAD.

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					0.00	0.34	0.48	0.66
1	1.59	0.50	0.10	22			0.62	0.07
2	1.52	0.62	0.15	17				0.62
3	1.69	0.87	0.18	23				0.00
4	1.54	0.73	0.15	22	1	2	3	4

V. SUSPICACIA.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					0.00	0.21	0.68	0.36
1	1.09	0.29	0.62	22			0.05	0.40
2	1.11	0.48	0.11	17				0.05
3	1.17	0.49	0.10	23				0.00
4	1.18	0.50	0.10	22	1	2	3	4

V. CONDUCTA ALUCINATORIA

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					0.00	0.77	0.42	0.24
1	1.13	0.35	0.07	22			0.78	1.12
2	1.05	0.24	0.05	17				0.78
3	1.08	0.41	0.08	23				0.00
4	1.18	0.39	0.08	22	1	2	3	4

V. RETARDO MOTOR

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
					0.00	0.87	0.03	0.85
1	1.04	0.21	0.04	22			0.97	0.00
2	1.00	0.00	0.00	17				0.97
3	1.04	0.20	0.04	23				0.00
4	1.00	0.00	0.00	22	1	2	3	4

V. NO COOPERATIVIDAD

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.09	0.29	0.06	22	0.00	0.26	0.68	0.40
2	1.11	0.33	0.08	17			0.05	0.45
3	1.17	0.49	0.10	23				0.05
4	1.18	0.50	0.10	22				0.00
					1	2	3	4

V. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.04	0.21	0.04	22	0.00	0.82	0.54	0.31
2	1.11	0.33	0.08	17			1.33	0.99
3	1.08	0.28	0.06	23				1.33
4	1.31	0.77	0.16	22				0.00
					1	2	3	4

V. DEGRADACION EMOCIONAL

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.13	0.46	0.09	22	0.00	0.62	0.86	0.21
2	1.05	0.24	0.05	17			0.86	0.62
3	1.04	0.20	0.04	23				0.86
4	1.13	0.46	0.09	22				0.00
					1	2	3	4

V. AFECTACION DE LA MEMORIA

Grupo.	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	1.72	0.70	0.14	22	0.00	1.18	0.92	0.22
2	1.47	0.62	0.15	17			0.52	0.79
3	1.52	0.79	0.16	23				0.52
4	1.63	0.65	0.14	22				0.00
					1	2	3	4

V. ALTERACION EN TIEMPO, LUGAR, PERSONA.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT			
1	2.18	0.79	0.16	22	0.00	1.17	0.42	1.34
2	1.88	0.78	0.18	17			1.58	1.07
3	2.30	1.10	0.23	23				1.58
4	1.86	0.71	0.15	22				0.00
					1	2	3	4

TEST DE L. BENDER DISEÑO SEGUNDO FASE B.

V. DISTORTION

Grupo.	f	% f
1	17	77.27
2	9	52.94
3	13	56.52
4	16	72.72

El valor de X^2 es de:
3.70 P. 0.05 N.S.

V. PERSEVERACION

Grupo.	f	% f
1	3	22.72
2	1	5.88
3	1	4.34
4	2	9.09

El valor de X^2 es de:
1.43 P. 0.05 N.S.

V. PRESENCIA DE CIRCULOS

Grupo	f	% f
1	4	18.18
2	0	0.00
3	1	4.34
4	3	13.63

El valor de X^2 es de:
4.84 P. 0.05 N.S.

V. ROTACION

Grupo.	f	% f
1	7	31.81
2	6	35.29
3	5	21.73
4	6	27.27

El valor de X^2 es de:
1.03 P. 0.05 N.S.

V. PARTE DEL DISEÑO

Grupo.	f	% f
1	5	22.72
2	3	17.64
3	3	13.04
4	2	9.09

El valor de X^2 es de:
1.72 P. 0.05 N.S.

V. SUPERPOSICION

Grupo	f	% f
1	14	63.63
2	16	5.88
3	11	47.82
4	12	54.54

El valor de X^2 es de:
9.7 P. 0.05

V. AFLANAMIENTO

Grupo.	f	% f
1	6	27.27
2	5	29.41
3	7	30.43
4	9	40.90

El valor de X^2 es de:
1.09 P. 0.05 N.S.

PARA EL TEST DE L. BENDER EMPLEAMOS LA PRUEBA DE:
 X^2 PARA 2 MUESTRAS INDEPENDIENTES

V. INFORMACION PERSONAL Y ACTUAL.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	3.84	0.89	0.24	13	1.96
2	4.55	0.72	0.24	9	

V. ORIENTACION.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	4.46	0.87	0.24	13	0.99
2	4.77	0.44	0.14	9	

V. CONCEPTO MENTAL.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	4.69	2.78	0.24	13	1.25
2	4.55	0.44	0.14	9	

V. MEMORIA LOGICA.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	9.07	3.22	0.89	13	0.62
2	10.00	3.60	1.20	9	

V. REPLICACION DE DIGITOS.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	2.38	2.10	0.58	13	0.90
2	2.22	2.16	0.72	9	

V. RECOGNICION VISUAL.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	6.46	2.87	0.79	13	0.74
2	7.33	2.39	0.79	9	

V. APRENDIZAJE ASOCIADO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	14.53	5.57	1.54	13	0.75
2	16.11	3.37	1.12	9	

V. COEFICIENTE DE MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	86.46	32.46	9.00	13	0.03
2	86.88	11.24	3.74	9	

ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO DE OVERALL Y GORHAM
 NIVEL TERCERO COMPARACION A.

V. PREOCUPACION SOMATICA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.23	0.59	0.16	13	1.18
2	1.66	1.11	0.37	9	

V. ANSIEDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.30	0.48	0.13	13	1.68
2	1.77	0.83	0.27	9	

V. DESORGANIZACION CONCEPTUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.38	0.86	0.24	13	0.89
2	1.11	0.33	0.11	9	

V. SENTIMIENTOS DE CULPA.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.70
2	1.22	0.66	0.22	9	

V. TENSIÓN MUSCULAR

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.23	0.83	0.23	13	0.62
2	1.44	0.72	0.24	9	

V. MARCHISMO Y POSTURISMO

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.23	0.83	0.23	13	0.94
2	1.55	0.72	0.24	9	

V. TRANSDUCIDAD

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	1.21
2	1.11	0.33	0.11	9	

V. ESTADO DE ANIMO

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	1.21
2	1.11	0.33	0.33	9	

V. COMPLEJIDAD

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.69	0.43	0.13	13	1.14
2	1.44	0.52	0.17	9	

V. SUEÑO

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	1.83
2	1.22	0.44	0.14	9	P. 0.050

V. CONDUCTA ALUCINATORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.95
2	1.22	0.44	0.14	9	

V. RETARDO MOTOR

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	1.21
2	1.11	0.33	0.11	9	

V. NO COOPERATIVIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.26
2	1.11	0.33	0.11	9	

V. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.82
2	1.00	0.00	0.00	9	

V. DERRAMACION EMOCIONAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.70
2	1.22	0.66	0.22	9	

V. AFECTACION DE LA MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.76	0.72	0.20	13	0.39
2	1.66	0.70	0.23	9	

V. ALTERACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	2.23	0.83	0.23	13	0.33
2	2.11	0.78	0.26	9	

TEST DE L. BENDER DISEÑO TERCERO COMPARACION A.

V. DISTORSION

Grupo	f	% f
1	12	92.30
2	5	55.55

P. = 0.062200

F. 0.05

V. ROTACION

Grupo	f	% f
1	5	38.46
2	2	22.22

F = 0.27167

P 0.05

V. SUPERPOSICION

Grupo	f	% f
1	5	69.23
2	9	55.55

P = 0.28173

P 0.05

V. PERSEVERACION

Grupo	f	% f
1	3	23.07
2	0.	00.00

F = 0.18571

F 0.05

V. PARTE DEL DISEÑO FALTANTE

Grupo	f	% f
1	2	15.38
2	3	33.33

P = 0.49760

F 0.05

V. APLANAMIENTO

Grupo	f	% f
1	5	38.46
2	1	11.11

P = 0.15524

F 0.05

V. PRESENCIA DE CIRCULOS

Grupo	f	% f
1	2	15.38
2	2	22.22

F = 0.38386

P 0.05

LA PRUEBA ESTADISTICA UTILIZADA PARA OBTENER LAS PROBABILIDADES FUE LA DE FISHER.

ESCALA DE MEMORIA DE D. WECHSLER
DISEÑO TERCERO COMPARACION B.

V. INF. PERSONAL Y ACTUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	4.43	0.78	0.12	40	1.27
4	4.68	0.71	0.15	22	

IV. ORIENTACION

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	4.60	0.59	0.09	40	1.46
4	4.81	0.50	0.10	22	

V. CONTROL MENTAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	6.15	2.38	0.37	40	0.40
4	6.90	2.04	0.43	22	

V. MEMORIA LOGICA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	8.32	3.15	0.49	40	0.39
4	8.00	2.96	0.63	22	

V. RELENCION DE DIGITOS

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	9.47	1.64	0.26	40	0.44
4	9.27	1.77	0.37	22	

V. REPRODUCCION VISUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	6.20	3.20	0.50	40	1.71
4	8.13	5.69	1.21	22	P. 0.050

VI. APRENDIZAJE ASOCIADO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	15.00	4.16	0.65	40	1.47
4	13.36	4.18	0.89	20	

V. COEFICIENTE DE MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	83.70	14.04	2.22	40	0.05
4	83.50	11.25	2.40	22	

V. PREOCUPACION SOMATICA

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.22	0.53	0.08	40	1.89
4	1.63	1.17	0.25	22	P. 0.050

V. ANSIEDAD

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.70	0.91	0.14	40	0.30
4	1.77	0.86	0.18	22	

V. DESORGANIZACION CONCEPTUAL

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.37	0.62	0.09	40	0.06
4	1.36	0.72	0.15	22	

V. SENTIMIENTOS DE CULPA

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.05	0.22	0.03	40	1.05
4	1.00	0.00	0.04	22	

V. PENSION FISICA

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.22	0.57	0.09	40	0.61
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. MANERISMOS Y POSTURISMOS

Grupo	N.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.40	0.87	0.13	40	0.41
4	1.50	0.96	0.20	22	

V. GRANDIOSIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.02	0.15	0.02	40	0.87
4	1.09	0.42	0.09	22	

V. ESTADO DE ANIMO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.07	0.26	0.04	40	0.21
4	1.09	0.29	0.06	22	

V. HOSTILIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.62	0.80	0.12	40	0.39
4	1.54	0.67	0.14	22	

V. SUSPICACIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.17	0.50	0.07	40	0.29
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. CONDUCTA ALUCINATORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.07	0.26	0.04	40	1.09
4	1.12	0.50	0.10	22	

V. RETARDO MOTOR

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.00	0.00	0.00	40	1.35
4	1.04	0.21	0.04	22	

V. NO COOPERATIVIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.17	0.44	0.07	40	0.32
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. CONTENIDO INICIAL DEL PENSAMIENTO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.17	0.44	0.07	40	0.04
4	1.18	0.66	0.14	22	

V. DEGRADACION EMOCIONAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.05	0.22	0.03	40	0.98
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. AFECTACION DE LA MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.70	0.75	0.11	40	2.41
4	1.27	0.45	0.09	22	P. 0.010

V. ALTERACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA.

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
3	1.92	0.76	0.12	40	1.26
4	2.22	1.10	0.23	22	

TEST DE L. BENDER DISEÑO TERCERO
COMPARACION B.

V. DISTORSION

Grupo	f	% f
3	27	67.50
4	11	50.00
P* 1.16		
P 0.05		

V. ROTACION

Grupo	f	% f
3	11	27.50
4	16	27.27
P= 10.04		
P 0.05		

V. SUPERPOSICION

Grupo	f	% f
3	21	52.50
4	8	36.36
P= 0.90		
P 0.05		

V. APRENDIZAJE ASOCIADO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	14.53	5.57	1.54	13	0.31
3	15.00	4.16	0.65	40	

V. COEFICIENTE DE MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	86.46	32.46	9.00	13	0.43
3	83.70	14.04	2.22	40	

ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO DE OVERALL Y GORHAM
DISEÑO TERCERO COMPARACION C.

V. PREOCUPACION SOMATICA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.23	0.59	0.16	13	0.03
3	1.22	0.53	0.08	40	

V. ANSIEDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.30	0.48	0.13	13	1.47
3	1.70	0.91	0.14	40	

V. DESORGANIZACION CONCEPTUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.38	0.86	0.24	13	0.04
3	1.37	0.62	0.09	40	

V. SENTIMIENTOS DE CULPA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.35
3	1.05	0.22	0.03	40	

V. DEGRADACION EMOCIONAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.23	0.83	0.23	13	0.02
3	1.22	0.57	0.09	40	

V. MANERISMOS Y POSTURISMOS

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.23	0.83	0.23	13	0.61
3	1.40	0.87	0.13	40	

V. GRANDIOSIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	0.56
3	1.02	0.15	0.02	40	

V. ESTADO DE ANIMO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	1.00
3	1.07	0.26	0.24	40	

V. HOSTILIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.69	0.48	0.13	13	0.28
3	1.62	0.80	0.12	40	

V. SUSPICACIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	1.25
3	1.17	0.50	0.07	40	

V. CONDUCTA ALUCINATORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.02
3	1.07	0.26	0.04	40	

V. RETARDO MOTOR

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.00	0.00	0.00	13	0.00
3	1.00	0.00	0.00	40	

V. NO COOPERATIVIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	0.07	0.27	0.07	13	0.74
3	1.17	0.44	0.07	40	

V. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	0.07	0.27	0.07	13	0.74
3	1.17	0.44	0.07	40	

V. DEGRADACION EMOCIONAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.07	0.27	0.07	13	0.35
3	1.05	0.22	0.03	40	

V. AFECTACION DE LA MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	1.76	0.72	0.20	13	0.28
3	1.70	0.75	0.11	40	

V. ALTERACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
1	2.23	0.83	0.23	13	1.22
3	1.92	0.76	0.12	40	

TEST DE L. BENDER DISEÑO TERCERO
COMPARACION G.

V. DISTORCION

Grupo	f	% f
1	12	92.30
3	27	67.50

El valor de X^2 es de:

1.96 P. 0.05

V. ROTACION

Grupo	f	% f
1	5	38.46
3	11	27.50

El valor de X^2 es de:

0.003 P. 0.05

V. SUPERPOSICION

Grupo	f	% f
1	9	69.23
3	21	52.50

El valor de X^2 es de:

0.540 P. 0.05

V. PERSEVERACION

Grupo	f	% f
1	3	23.07
3	2	5.00

El valor de X^2 es de:

1.93 P. 0.05

V. PARTE DEL DISEÑO FALTANTE

Grupo	f	% f
1	2	15.38
3	7	17.50

El valor de X^2 es de:

0.061 P. 0.05

V. APLANAMIENTO

Grupo	f	% f
1	5	38.46
3	14	35.00

El valor de X^2 es de:

1.13 P. 0.05

V. PRESENCIA DE CIRCULOS

Grupo	f	% f
1	2	15.38
3	2	5.00

El valor de X^2 es de:

0.393 P. 0.05

LA PRUEBA ESTADISTICA QUE EMPLEO FUE LA DE: X^2
PARA 2 MUESTRAS INDEPENDIENTES

ESCALA DE MEMORIA DE D. WECHSLER.
DISEÑO TERCERO COMPARACION D.

V. INFORMACION PERSONAL Y ACTUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	4.55	0.78	0.24	9	0.44
4	4.68	0.71	0.15	22	

V. ORIENTACION

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	4.77	0.44	0.14	9	0.21
4	4.81	0.50	0.10	22	

V. CONTROL MENTAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	4.55	2.06	0.68	9	1.66
4	5.90	2.04	0.48	22	

V. MEMORIA LOGICA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	10.00	2.60	1.20	9	1.60
4	8.00	2.96	0.63	22	

V. RETENCION DE DIGITOS

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	9.22	2.16	0.72	9	0.06
4	9.27	1.77	0.37	22	

V. REPRODUCCION VISUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	7.33	2.39	2.39	9	0.40
4	8.13	5.69	5.69	22	

V. APRENDIZAJE ASOCIADO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	16.11	3.37	1.12	9	1.74
4	13.36	4.18	0.89	22	

V. COEFICIENTE DE MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	86.88	11.24	3.74	9	0.76
4	83.50	11.25	2.40	22	

ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO DE OVERALL Y GORHAM.
DISEÑO TERCERO COMPARACION D.

V. PREOCUPACION SOMATICA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.66	1.11	0.37	9	0.06
4	1.63	1.17	0.25	22	

V. ANSIEDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.77	0.83	0.27	9	0.014
4	1.77	0.86	0.18	22	

V. DESORGANIZACION CONCEPTUAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.11	0.33	0.11	9	0.99
4	1.36	0.72	0.15	22	

V. SENTIMIENTOS DE CULPA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.22	0.66	0.22	9	1.60
4	1.00	0.00	0.00	22	

V. DEGRADACION EMOCIONAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.44	0.72	0.24	9	1.41
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. MANERISMOS Y POSTURISMOS

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.55	0.72	0.24	9	0.15
4	1.50	0.96	0.20	22	

V. GRANDIOSIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.11	0.33	0.11	9	0.12
4	1.09	0.42	0.09	22	

V. ESTADO DE ANIMO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.11	0.33	0.11	9	0.16
4	1.09	0.29	0.06	22	

V. HOSTILIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.44	0.52	0.17	9	0.40
4	1.54	0.67	0.14	22	

V. SUSPICACIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.22	0.44	0.14	9	0.47
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. CONDUCTA ALUCINATORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.22	0.44	0.14	9	0.21
4	1.18	0.50	0.10	22	

V. RETARDO MOTOR

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.11	0.33	0.11	9	0.65
4	1.04	0.21	0.04	22	

V. NO COOPERATIVIDAD

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.11	0.33	0.11	9	0.14
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.00	0.00	0.00	9	0.81
4	1.18	0.66	0.14	22	

V. DEGRADACION EMOCIONAL

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.22	0.66	0.22	9	0.40
4	1.13	0.46	0.09	22	

V. AFECTACION DE LA MEMORIA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	1.66	0.70	0.23	9	1.85
4	1.27	0.45	0.09	22	

V. ALTERACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

Grupo	M.	D.S.	E.S.M.	N.	"t" DE STUDENT
2	2.11	0.78	0.26	9	0.28
4	2.22	1.10	0.23	22	

TEST DE L. BENDER DISEÑO TERCERO. COMPARACION D.

V. DISTORCION

Grupo	f	% f
2	5	55.55
4	11	50.00

p= 0.01 P. 0.05

V. ROTACION

Grupo	f	% f
2	2	22.22
4	6	27.27

p= 0.001 P. 0.05

V. SUPERPOSICION

Grupo	f	% f
2	5	55.55
4	8	36.36

p= 0.1953 P. 0.05

V. PERSEVERACION

Grupo	f	% f
2	0	100.00
4	2	9.09

p= 0.04 P. 0.05

V. PARTE DEL DISEÑO FALTANTE

Grupo	f	% f
2	3	33.33
4	1	4.54

p= 0.008 P. 0.05

V. APLANAMIENTO

Grupo	f	% f
2	1	11.11
4	17	31.81

p= 0.005 P. 0.05

V. PRESENCIA DE CIRCULOS

Grupo	f	% f
2	2	22.22
4	2	9.09

p= 0.00005 P. 0.05

LA PRUEBA ESTADISTICA QUE SE USO FUE DE LA PROBABILIDAD EXACTA DE FISHER

Para una mejor comprensión de la presentación de datos en nuestras gráficas, anotamos a continuación los siguientes incisos:

a) Nuestra V. I está colocada en el eje de la abscisa o línea base. La V.D. en el eje de la ordenada.

b) Las gráficas se encuentran numeradas del 1 al 25 en los diseños Primero, Segundo, Tercero (Comparaciones A, B, C, D.)

c) El test de L. Bender es presentado en gráficas numeradas del 1 al 7 y agrupándose debido a ser datos de tipo no paramétrico.

d) Los nombres correspondientes a las variables de cada una de las gráficas , es como sigue:

Para las gráficas numeradas del 1 al 25:

1.- Información Personal y Actual.

2.- Orientación.

3.- Control Mental.

4.- Memoria Lógica.

5.- Retención de Dígitos.

6.- Reproducción Visual.

7.- Aprendizaje Asociado.

8.- Coeficiente de Memoria.

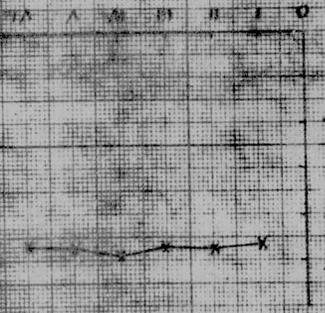
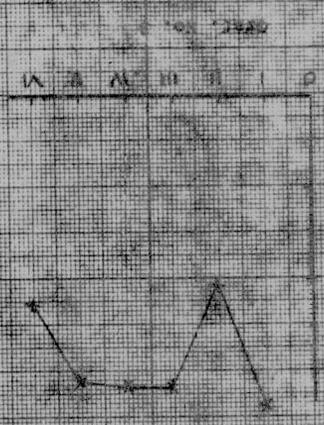
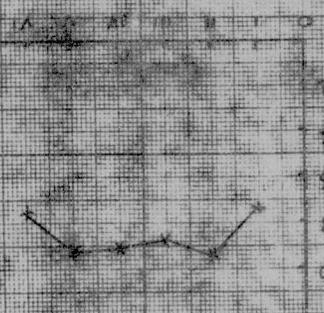
9.- Preocupación Somática.

10.-Ansiedad.

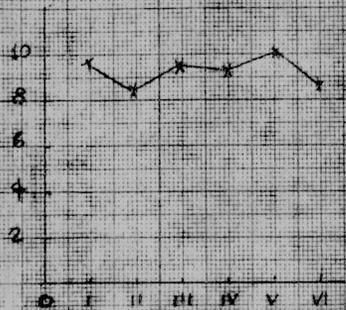
- 11.- Degradación Conceptual.
- 12.- Sentimientos de Culpa
- 13.- Tensión Emocional
- 14.- Manerismos y Posturismos.
- 15.- Grandiosidad
- 16.- Estado de Animo.
- 17.- Hostilidad
- 18.- Susplicacia.
- 19.- Conducta Alucinatoria
- 20.- Retardo Motor
- 21.- No cooperatividad.
- 22.- Contenido Inusual del Pensamiento.
- 23.- Degradación Emocional
- 24.- Afectación de la Memoria
- 25.- Alteración en Tiempo, Lugar y Persona.

Nombres de las gráficas del Test de L. Bender:

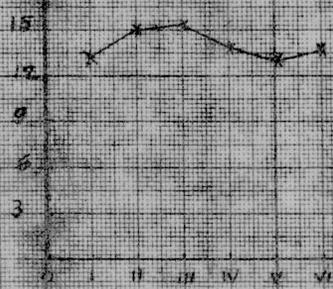
- 1.- Distorción.
- 2.- Rotación.
- 3.- Superposición.
- 4.- Perseveración.
- 5.- Parte del Diseño Faltante
- 6.- Aplanamiento.
- 7.- Presencia de Círculos.



GRUPO PRIMEIRO DE 1930



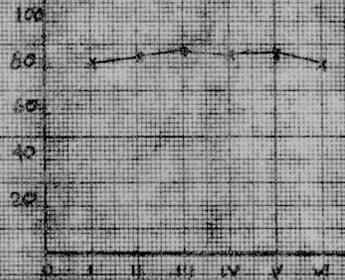
Graph No. 5



Graph No. 7



Graph No. 6



Graph No. 8

Chart No. 10

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

Chart No. 11

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

Chart No. 12

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

Chart No. 13

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

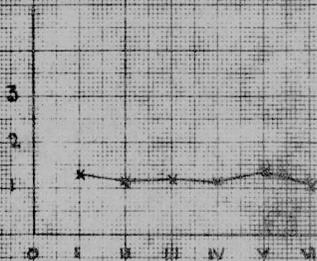
1950

1951

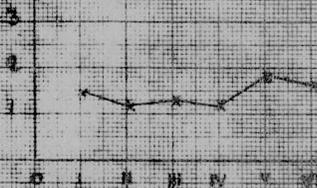
1952

1953

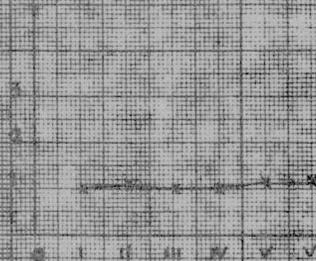
UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE
BUREAU OF ECONOMIC ANALYSIS



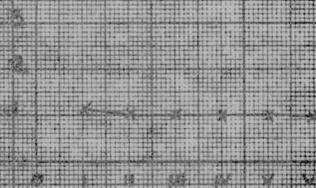
Graf. No. 13



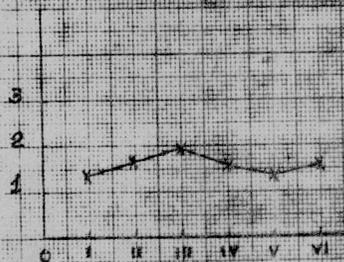
Graf. No. 14



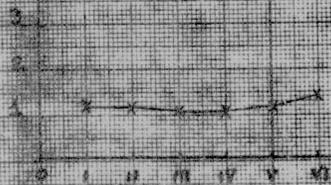
Graf. No. 15



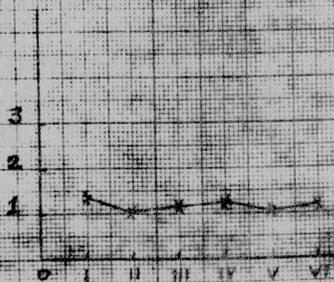
Graf. No. 16



Graf. No. 17



Graf. No. 18



Graf. No. 19



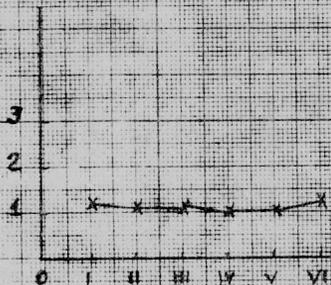
Graf. No. 20



Graf. No. 21



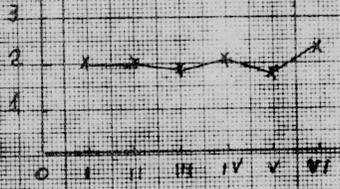
Graf. No. 22



Graf. No. 32

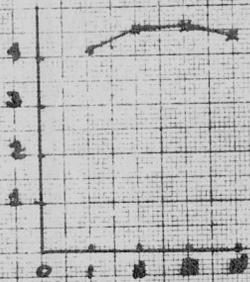


Graf. No. 34

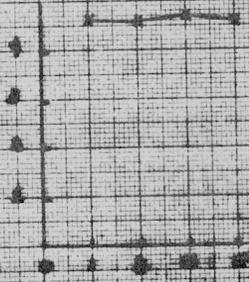


Graf. No. 75

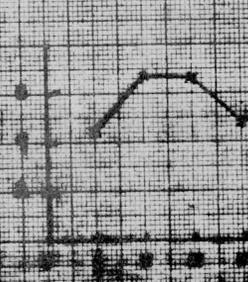
ESCALA DE MEMORIA DE D. ROBERTO.
DISEÑO SEGUNDO FASE A.



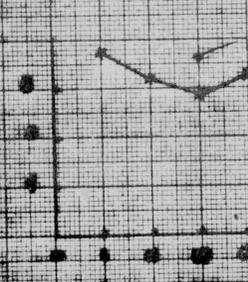
Graf. No. 1



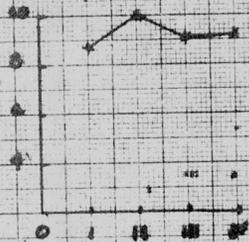
Graf. No. 2



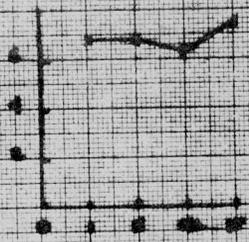
Graf. No. 3



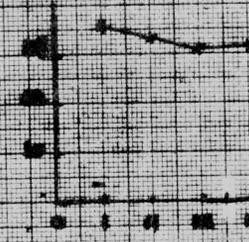
Graf. No. 4



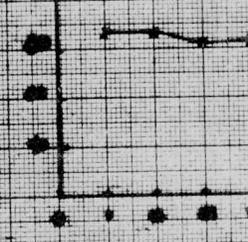
Graf. No. 5



Graf. No. 6

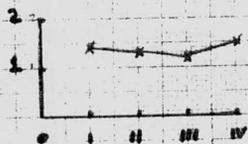


Graf. No. 7

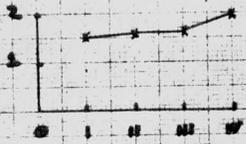


Graf. No. 8

ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO DE OVERALL Y GORNAM.
 DISEÑO SEGUNDO. FASE B.



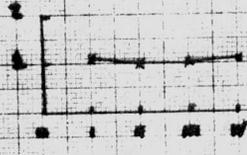
Graf. No.9



Graf. No.10



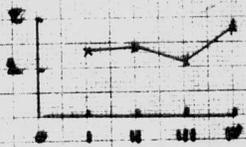
Graf. No.11



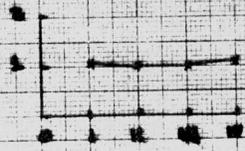
Graf. No.12



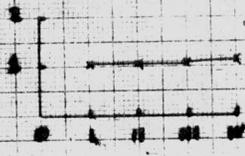
Graf. No.13



Graf. No.14



Graf. No.15



Graf. No.16



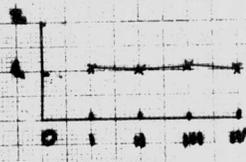
Graf. No.17



Graf. No.18



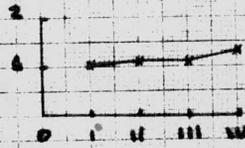
Graf. No.19



Graf. No.20



Graf. No.21



Graf. No.22



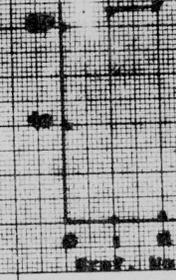
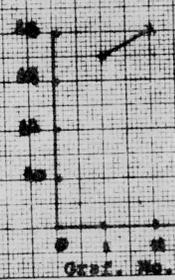
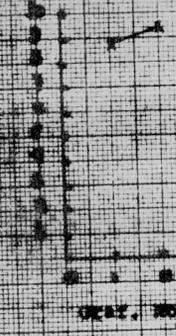
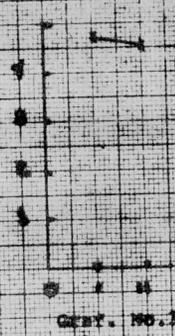
Graf. No.23



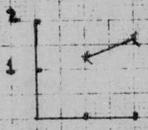
Graf. No.24



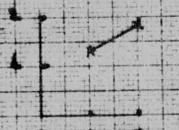
ESCALA DE MEMORIA DE D. NEGRALER.
 DISEÑO TERCERO. COMPARACION A.



ESCALA DE REGISTRO PSICUÍATRICO DE OVERALL Y GORHAM.
DISEÑO TERCERO, COMPARACION A.



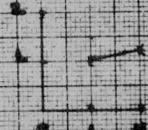
Graf. No. 9



Graf. No. 10



Graf. No. 11



Graf. No. 12



Graf. No. 13



Graf. No. 14



Graf. No. 15



Graf. No. 16



Graf. No. 17



Graf. No. 18



Graf. No. 19



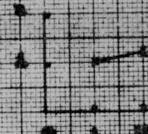
Graf. No. 20



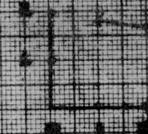
Graf. No. 21



Graf. No. 22



Graf. No. 23

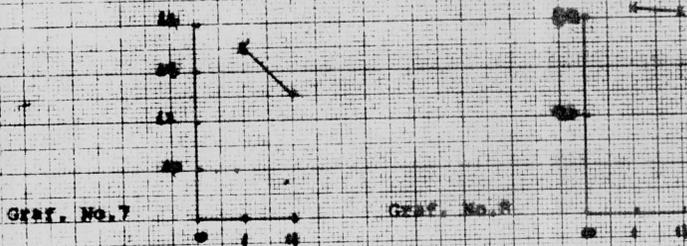
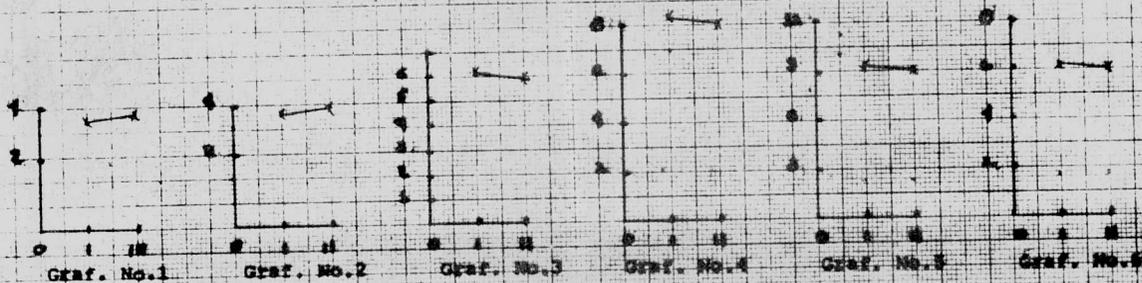


Graf. No. 24

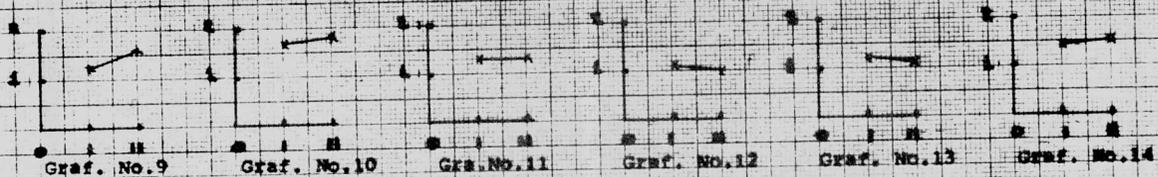


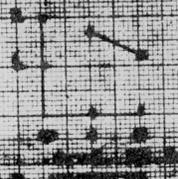
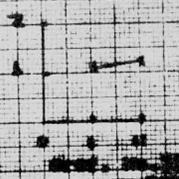
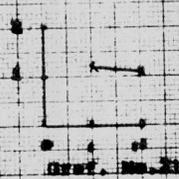
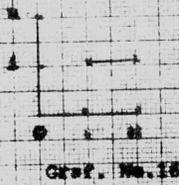
Graf. No. 25

ESCALA DE MEMORIA DE D. WECHSLER.
DISEÑO TERCERO COMPARACION B.

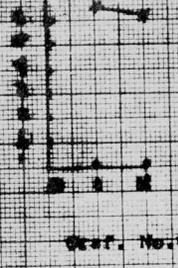
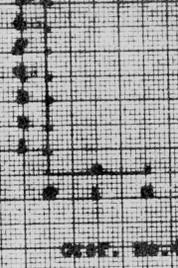
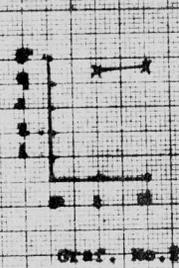


ESCALA DE REGISTRO PSIQUIATRICO DE OVERALL Y OSWALD
DISEÑO TERCERO COMPARACION B.





СВЕДЕНИЯ ПО ПОНЯТИЮ ИХ В РАБОТАХ. КОМПЛЕКСИОН. С.



Graf. No.7



Graf. No.8



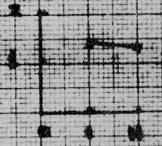
ESCALA DE REGISTRO PSICOLÓGICO DE COMPORTAMIENTO Y GUSTOS
DISEÑO TÉCNICO: CONFERENCIER C.



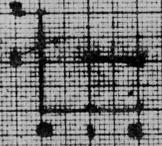
Graf. No.9



Graf. No.10



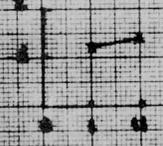
Graf. No.11



Graf. No.12



Graf. No.13



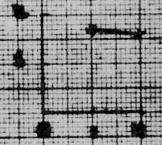
Graf. No.14



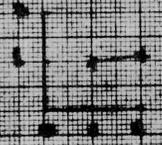
Graf. No.15



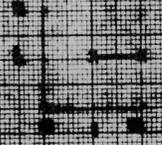
Graf. No.16



Graf. No.17



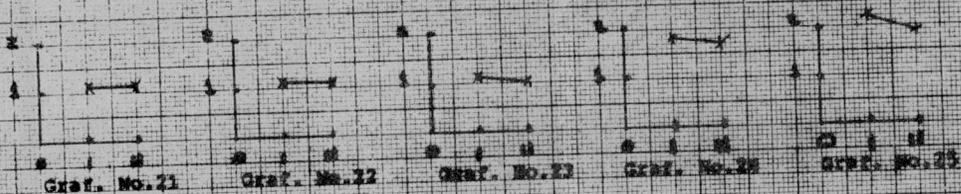
Graf. No.18



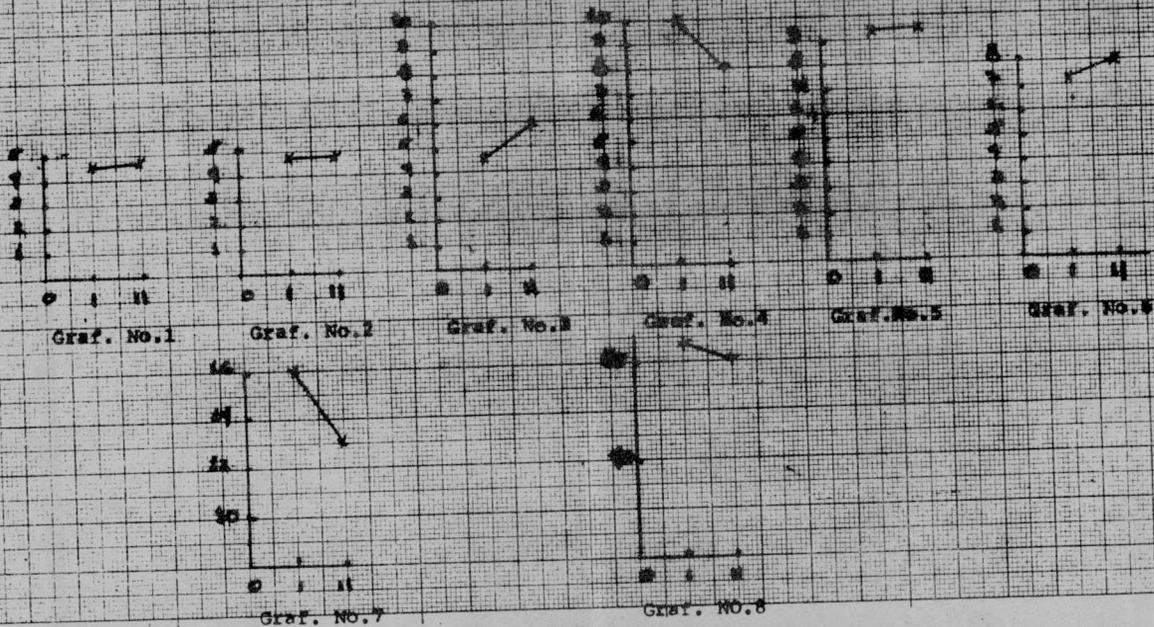
Graf. No.19



Graf. No.20



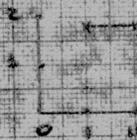
ESCALA DE MEMORIA DE D. WEGNER.
 DISEÑO TERCERO, COMPARACION 2.



ESCALADE REGISTRO PSICOLÓGICO DE OVERALL Y CORNAX.
 DISEÑO TERCERO, COMPANACION D.



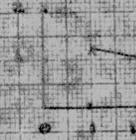
Graf. No. 9



Graf. No. 10



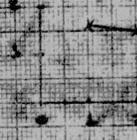
Graf. No. 11



Graf. No. 12



Graf. No. 13



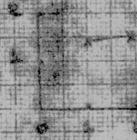
Graf. No. 14



Graf. No. 15



Graf. No. 16



Graf. No. 17



Graf. No. 18



Graf. No. 19



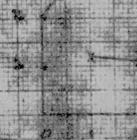
Graf. No. 20



Graf. No. 21



Graf. No. 22



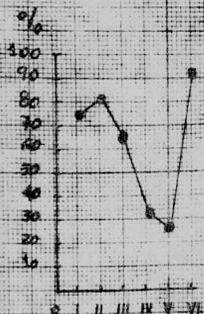
Graf. No. 23



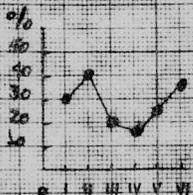
Graf. No. 24



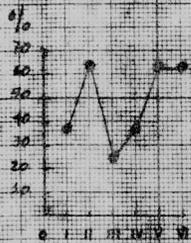
Graf. No. 25



Graf. No. 1



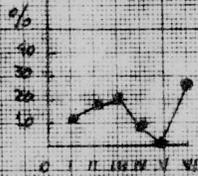
Graf. No. 2



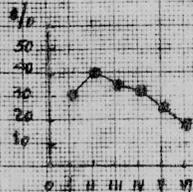
Graf. No. 3



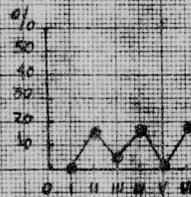
Graf. No. 4



Graf. No. 5

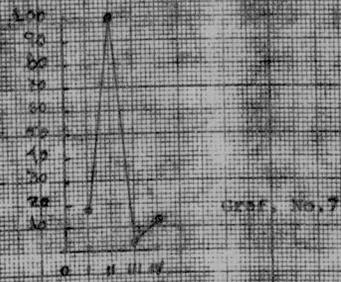
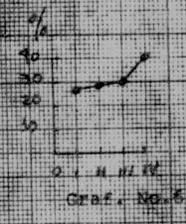
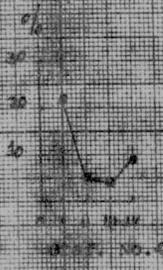
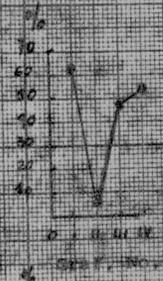
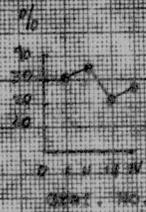
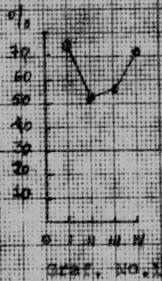


Graf. No. 6

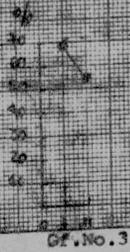
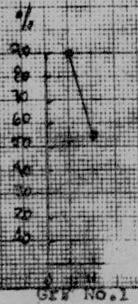


Graf. No. 7

TEST OF 1. BINDER, DIARIO SEGUNDO, PARTE B.



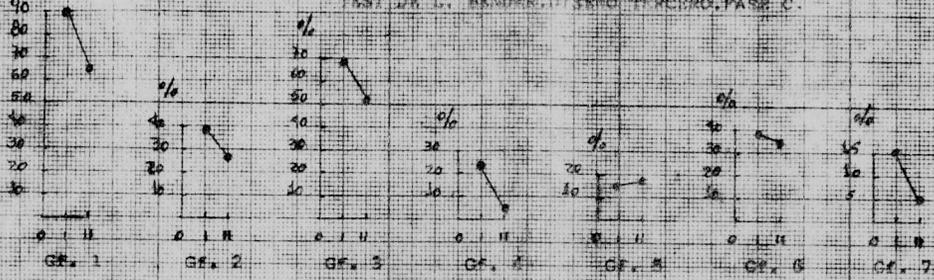
TEST OF 1. BINDER, DIARIO TERCERO, PARTE A.



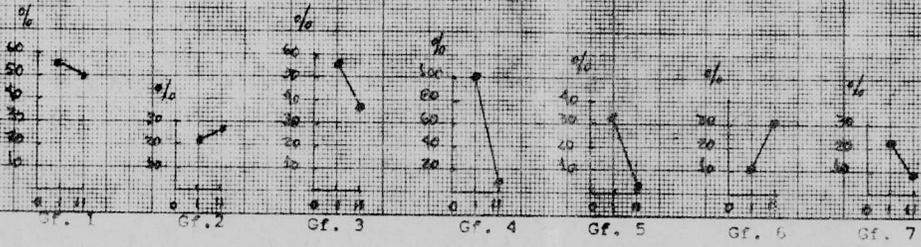
TEST DE I. BENDER. DISCO TERCERO, FASE B.



TEST DE I. BENDER. DISCO TERCERO, FASE C.



TEST DE I. BENDER. DISCO TERCERO, FASE D.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Blum, R.H. Un Hombre de Ciencia Juzga la Droga. El Correo de la UNESCO, 1968, 21: 16
2. Granier-Doyeux, M. Del Opio al L.S.D. La Larga - Historia de los Alcaloides. El Correo de la UNESCO - 1968, 21:9
3. Sehagún, B. Historia General de las Cosas de Nueva España. Ed. Porrúa, México, 1956.
4. Cashman, J. El Fenómeno L.S.D. Ed. Plaza and Janes, S.A. Barcelona, 1971 p. 14
5. Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos - en Drogas Toxicomaníacas. 13 Informe, Serie de Informes Técnicos, num. 273, Ginebra, 1964.
6. Winkler, A. Addictions, Opioid Addictions. Comprehensive Textbook of Psychiatry. William and Wilkins Co. Baltimore, 1967.
7. Ibidem.
8. Organización Mundial de la Salud; Principios Aplicables al Estudio Preclínico de la Inocuidad de los Medicamentos. Serie de Informes Técnicos, núm. 341, Ginebra -- 1966.
9. Lammoglia Ruiz E. Art. El Abuso de las Drogas, Mexico, 1971.
10. Muro John, P.C.; M.P. Interim Report of the Commission of Inquiry Into the Non-Medical Use Drugs. Chap. II Catalogue No. H21-5470/1. Ottawa, 1970.
11. Gerard, R.W. Drugs for the Soul; the Rise of Psychopharmacology. Science, 1957, 125:201
12. Remmen, E. et. al. Psychochemotherapy. Western Medical Publications. Los Angeles, 1962
13. Delay, J. A. Review of Psychotropic Drugs; Whats New 1961, 129:8
14. Lammoglia Ruiz E. op. cit.
15. Muro John. op. cit.
16. Cashman John. op. cit.

17. Lammoglia Ruíz , E. Cuevas C.,A., Rivera B.V.M., In-
halación de Solventes y Cementos Plásticos por Adoles-
centes. Revista Mexicana de Prevención y Readaptación
Social, No. 3; Sec.Gob., México, 1972.
18. Muro John P.C., M.P. op. cit.
19. Ibidem.
20. Cuevas C.A. Herrada, E. Inhalación de Solventes Cemen-
tos Plásticos, Art. no publicado del Servicio de Higiene -
Mental del Centro de Salud J.M. Rodríguez, S.S.A.
21. Lammoglia Ruiz, E., et. al. Op. cit.
22. Cuevas C., A., et. al. Op. cit.
23. Holliester C.E. & Gillespie. Marihuana, Ethanol and -----
Dextroamphetamine. Mood and Mental Function Alterations
Arch. Gen. Psychiat. 1960, 23:199-203
24. Clark L.D., Hughes R. & Nakashima. Arch. Gen. Psychiat
Sept. 1970, 23:193-198
25. Melges et. al. Marihuana and Temporal Desintegration -----
Science, May 29-1970, 168:1118-1120.
26. Broadbent, D.E. Perception and Comunication. London: ---
Pergamon Press, 1958.
27. Titchner, E.B. Lectures on the Elementary Psychology of --
Feeling and Attention. New York: Macmillan, 1908.
28. Cherry, F.C. & Taylor, W.K. Some Futher Experiments on
the Recognition of speech with one and two ears. J. Acoust.
Soc. Amer, 1954, 26:554-559.
29. Jame , W. The Principles of Psychology. New York. Henry
Holt and Co. 1890. (also reprinted by dover Publications,
Inc. 1950).
30. Sperling,G.A. The Information Available in Brief Visual Pre-
sentation. Psychol. Monog. , Whole 74 No. 498, 1960.
31. Wicklgren, W.A. Associative Intrusions in shortterm recall,
J. Exp. Psychol. c.72, 853-858, 1969.
32. Hulicka, I. M. and Grossman N. J.L. Age Group Comparison
for the use of mediators in paired-associate learning, J. ---
Geron., 1967, 22:45-51

33. Cruickshank, W.M. El niño con Daño Cerebral, en la escuela, en el hogar y en la comunidad. Ed. Trillas, México 1971.
34. Kephart, N.C. The Needs of Teachers for Specialized Information on Perception, prep. ed. Cruickshank, (Syracuse University Press, 1966)
35. Benton, A.L. Introduccion a la Neuropsicología. Ed. Fontanella, Barcelona, 1971.
36. Ibidem.
37. Blackburn, H.L. and Benton. Simple and Choice reaction time in cerebral disease, Conf. Neurol ., 15:327-338.
38. Fraisse, P. Psychologie du temp. Puf. , Paris, 1957.
39. Bender, L. Test Gestáltico Visomotor. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.
40. Pascal, G.R. and Sutell, B.J. The Bender Gestalt Test; --- Quantification and Validity for Adults--Gune and Stratton, --- Inc. 1951.
41. Wechsler, D. and Stone, C.P.A. Standarized Memory Scale for Clinical use., The Psychological Corporation, N.Y., --- (also published as separate in psychol). 1945, 19:87-95.
42. Overall, J.E. Holliester, L. E., Pokorny, A.D., C. Casey, J.E. and Katz, G. Drug Therapy in depression. Clin Pharmacol and Therapeut., 1962, 3, 16-22.
43. Overall, J.E. Preliminary Report on A. Coperative Study of Chemotherapy of Depression. Trans. 6 phres. conf. Coop. - chemotherapy studies in psychiatric. Washington, D.C. 1961. en Psychiatric Judgement Depression Scale., Overall J.E., et. al., hand-book of psychiatric Ratin Scales, 1950, 1964, p. 65-66.

APENDICE

Tabla 1: Niveles Ocupacionales

Tabla 2: Niveles del Lugar de Residencia.

Tabla 3: Niveles de Convivencia.

Tabla 4: Niveles de Aspiraciones.

TABLA NUMERO 1.

NIVELES OCUPACIONALES.

NIVEL 00	Médico, Licenciado, Profesor Universitario, Gerente, Ministro, etc.
NIVEL 01	Maestro de Primaria, Subprofesionista pequeño negociante, Artista.
NIVEL 02	Estudia.
NIVEL 03	Empleado de Gobierno, Oficinista, Agente Viajero, Dibujante.
NIVEL 04	Obrero Calificado, Carpintero, Mecánico Cocinero, Electricista, Tornero, Chofer.
NIVEL 05	Obreros no Calificados, Mesero, Mozo, Soldado, Policía Auxiliar, etc.
NIVEL 06	Barrendero, Conserje, Estibador, Jornalero, Peón, Campesino, Pescador, etc.
NIVEL 07	Empleados Eventuales, Jubilados, Sin -- Ocupación: No hay dato.

TABLA NUMERO 2.

LUGAR DE RESIDENCIA.

NIVEL 01	Zona Norte: San Rafael, Peralvillo, Sta. Ma. la Rivera, 20 de Noviembre.
NIVEL 02	Zona Sur: Coyoacan, Tlalpan, Lomas, Narvarte, del Valle, etc.
NIVEL 03	Zona Centro: Simón Bolívar, Arcos de Bellem, etc.

- NIVEL 04 Estado de México.
- NIVEL 05 Foráneos: Chiapas, Nuevo León, Durango, Campeche, etc.

TABLA NUMERO 3

NIVELES DE CONVIVENCIA.

- NIVEL 01 Con su Padre y con su Madre.
- NIVEL 02 Con su Padre.
- NIVEL 03 Con su Madre.
- NIVEL 04 Con su Padre y Madrastra.
- NIVEL 05 Con su Madre y Padrastro.
- NIVEL 06 Tíos y Abuelos.
- NIVEL 07 Con sus Hermanos.
- NIVEL 08 Con su Esposo o Esposa.
- NIVEL 09 Con su Esposo (a) e Hijos.
- NIVEL 10 Con sus Hijos.
- NIVEL 11 Con Parientes del Conyuge.
- NIVEL 12 En un Internado.
- NIVEL 13 Vive Solo
- NIVEL 14 Con un Amigo.

TABLA NUMERO 4

NIVELES DE ASPIRACIONES.

- NIVEL 01 Negocio Propio, Industrial.
- NIVEL 02 Profesional, Ejecutivo, Diplomático, etc.
- NIVEL 03 Técnico, Hotelería, Idiomas.
- NIVEL 04 Obrero Calificado, Azafata, Chofer, etc.
- NIVEL 05 Subprofesional, Profesor, Dibujante, Artista, Agente Viajero, Publicista, etc.
- NIVEL 06 Estilista, Cocinero, Dependiente, Modisto, etc.
- NIVEL 07 No sé, no hay dato.