



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología



UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UN
GRUPO DE ALCOHOLICOS Y UN GRUPO
DE FARMACODEPENDIENTES A TRAVES
DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

MARIA DEL CARMEN LINARES CUESTA

y

YOLANDA ANTONIA GUZMAN TELLO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

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

Al Personal del Servicio de Hospitalización -
Psiquiátrica del ISSSTE en el Sanatorio Sub -
rogado Floresta por las facilidades dadas -
para la realización de nuestras actividades -
profesionales.

INTRODUCCION

CAP. I ANTECEDENTES

- A) ALCOHOLISMO
- B) FARMACODEPENDENCIA
- C) EL DIFERENCIAL SEMANTICO
- D) EL DIFERENCIAL SEMANTICO EN MEXICO

CAP. II COMPARACION DE ALGUNOS CONCEPTOS ENTRE UN GRUPO ALCOHOLICO Y UN GRUPO FARMACODEPENDIENTE A TRAVES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

- A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACION DE HIPOTESIS
- B) DISEÑO EXPERIMENTAL Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
- C) MATERIAL Y PROCEDIMIENTO USADOS
- D) RESULTADOS OBTENIDOS, GRAFICAS Y TABLAS

CAP. III ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS. SUMARIO Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

I N T R O D U C C I O N

Durante los primeros meses del Servicio Social realizado en el Sanatorio Subrogado Floresta (ISSSTE) nos llamó la atención el hecho de que existiera un índice tan elevado de pacientes diagnosticados con alcoholismo. Así mismo, encontramos que el número de pacientes farmacodependientes era reducido, lo cual nos sorprendió, ya que esperábamos encontrar un mayor número puesto que en la actualidad se piensa la farmacodependencia ha ido en aumento.

La discusión acerca de ambos padecimientos y sus características nos hizo considerar que, aunque el número y frecuencia de ambos, así como la edad, sexo, etc. podían considerarse iguales en consideración a que: a) ambos son de los considerados como trastornos de personalidad, b) que ambos implican una conducta de adicción a un fármaco ó a varios y c) que consecuentemente, sus procesos cognoscitivos, desde múltiples puntos de vista deberían ser semejantes. Un caso específico serían sus actitudes.

La observación naturalística nos inclina a pensar que nuestra sociedad marca pautas a seguir en lo referente al uso de determinada droga ya que cuando un sujeto tra-

baja, adulto, joven o viejo la proporción de alcoholismo - se eleva y es prácticamente nula la frecuencia de droga- - dicción; cuando un sujeto es adolescente, generalmente - desocupado o ex-estudiante, la incidencia del abuso de - drogas es más elevada y prácticamente nulo el alcoholismo. Dentro de este mismo marco social observamos que cuando - un sujeto está acatando más conductalmente las disposicio- - nes dadas por su cultura, la frecuencia de alcoholismo - aumenta; mientras que cuando el sujeto copia estructuras - sociales ajenas a la nuestra, la frecuencia de uso y abuso de drogas aumenta.

Estas consideraciones nos han hecho mostrar un mayor inte- - rés en el estudio de los aspectos psicológicos de ambos - procesos psicopatológicos a través del Diferencial Semán - tico la cual es una técnica para detectar valores afecti - vos de los conceptos o aspectos psicológicos frente a los cuales se manifiesta la actitud. Así mismo, nuestro inte- - rés es contribuir con experiencias usando este instrumento en otra área ya que desgraciadamente se ha utilizado poco a pesar de ser un instrumento importante y que puede serlo más para el área clínica.

Para las consideraciones se puede hipotetizar que los -

alcohólicos y los farmacodependientes podrán funcionar a medida que la abstracción, conciencia de enfermedad, o lo que es lo mismo, la conceptualización del sujeto permita un nivel de aceptación y comprensión acerca de las anormalidades de su comportamiento.

Es decir, si un sujeto acepta ser alcohólico o farmacodependiente como algo normal, su resultado terapéutico será mejor que cuando se maneja con el "slogan" de que "pueden dejar las drogas o el alcohol...cuando ellos quieran", o que "ellos nunca estarán dominados por la droga sino que ellos la controlan".

Consideramos que la objetividad de estos resultados proporcionará algunos datos para una mejor comprensión y manejo de los problemas involucrados en el área de las alteraciones del pensamiento humano y de la conducta resultante.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

A) ALCOHOLISMO

A pesar de los continuos cambios sociales y económicos, -
ha persistido en el hombre, durante siglos, la costumbre
de ingerir bebidas alcohólicas, en extensión tal que se -
puede afirmar que es muy raro hallar una cultura que no -
emplee el alcohol en mayor ó menor grado. Hay un "consu-
mo normal" medido por las costumbres de la colectividad -
en que se vive y que se refiere al uso del alcohol sea -
como un condimento, un refresco, una integrante de la -
dieta, ó como un medio de expansión social; éste último -
se denomina también "consumo convival". Otras veces el -
empleo de bebidas alcohólicas va unido a ceremonias de -
tipo religiosa, tal como se ven en el grupo de los judíos
ortodoxos; es lo que se designa como "consumo ritual". -
Finalmente, también hay el "empleo utilitario" que incluye
el uso de las bebidas con motivo de contratos, negocios e
incluso para el alivio transitorio de la fatiga ó el frío.
En todas estas circunstancias el uso del alcohol está re-
gulado por las normas tradicionales y cumple hasta cierto

punto una función social dentro del grupo. Cuando la motivación que lleva a beber se va individualizando y el sujeto comienza a usarlo en grado mayor al permitido por las costumbres, ingresa al terreno de la patología; en estas condiciones, el alcohol sirve al individuo como un medio para vencer sus estados de tensión emocional, sus frustraciones y otros conflictos psicológicos, los cuales pueden resultar ya sea de la propia estructura de su personalidad ó de las fricciones interpersonales, e, incluso de condiciones exclusivamente físicas. El consumo excesivo se hace entonces patente y gran número de estos sujetos se convierten así en bebedores normales. Las características de éstos, sin embargo, varían lo suficiente como para que se haya intentado establecer numerosas clasificaciones de bebedores, en la mayoría de las cuales, sólo se hace resaltar determinados aspectos ó facetas. Es por ello, y con miras a unificar los criterios, que la Organización Mundial de la Salud por intermedio del Subcomité de Expertos en Alcoholismo, ha propuesto una clasificación bastante simple, pero dentro de la cual pueden incluirse prácticamente todos los bebedores.

Según esta clasificación, existen tres tipos de bebedores excesivos:

- 1) "Bebedores excesivos irregulares", o sea, los que por motivos diversos y sólo en determinadas ocasiones - beben excesiva cantidad de alcohol terminando general_{mente} en la embriaguez.
- 2) "Bebedores excesivos regulares ó habituales", los que en forma habitual consumen gran cantidad de alcohol - por diferentes causas.
- 3) "Bebedores adictos o alcohólicos", que son aquellos - sujetos en los que después de beber intensamente - - durante un tiempo se desarrolla una dependencia frente a la bebida que los induce a beber en forma descon_{trolada}.

La Organización Mundial de la Salud define la población - de alcohólicos como: "aquellos bebedores excesivos cuya - dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado, que mues - tran una notable perturbación mental ó una interferencia - con su salud corporal y mental, con sus relaciones inter - personales y con su normal funcionamiento social y econó - mico; ó muestran signos preliminares de dichos desarro - llos".

Los trastornos tóxicos ocasionados por el alcohol son -

muy variados, entre los cuales se encuentran:

I. Psicosis alcohólicas agudas:

- a) Delirium Tremens ó delirio crónico agudo
- b) Alucinosis alcohólica

II. Psicosis alcohólicas sub-agudas:

- a) Delirio alcohólico sub-agudo
- b) Paranoia alcohólica

III. Psicosis alcohólicas crónica:

- a) Psicosis de Korsakoff
- b) Demencia alcohólica
- c) Enfermedad de Wernicke

DELIRIUM TREMENS

Esta complicación aparece en el alcohólico crónico después de una excesiva, intensa ó prolongada ingestión de alcohol, puede presentarse también después de la suspensión brusca de alcohol en un sujeto que ha estado bebiendo durante más de un mes seguido, esta interrupción puede provocar no sólo delirio sino también convulsiones y anomalías en el electroencefalograma. El cuadro clínico de este delirio tiene las siguientes características: temblor generalizado, intensa e incesante agitación e insomnio; además, se presenta angustia, ansiedad,

ilusiones y alucinaciones que van aumentando en frecuencia y grado a medida que avanza la enfermedad. Hay desorientación en tiempo y espacio, lenguaje incoherente, atención disminuida; la esfera afectiva se encuentra también perturbada.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA

Esta se puede presentar en alcohólicos crónicos como resultado de un aumento brusco en la ingestión alcohólica y en ocasiones sigue a un episodio de Delirium Tremens. Presenta alucinaciones auditivas, (ruidos y puede llegar hasta escuchar insultos); éstas dan lugar a una intensa angustia; en ocasiones también presentan alucinaciones visuales (zoopsias), confusión mental, estado de agitación psicomotriz, inversión del ritmo del sueño y alteraciones del tiempo).

DELIRIO ALCOHOLICO SUBAGUDO

Este cuadro es mucho más frecuente que el Delirium Tremens y generalmente se presenta en sujetos de 40 años. Sus características son: confusión y alucinaciones, frecuentes zoopsias, alucinaciones auditivas pero menos frecuentes que las visuales.

PARANOIA ALCOHOLICA

Es un delirio de tipo persecutorio de contenido celoso, los celos son un rasgo bastante común en el alcohólico crónico y van a surgir como consecuencia del rechazo de que es objeto por parte de su cónyuge y de la impotencia que padece el enfermo. Las ideas delirantes de celos al principio surgen en los momentos de intoxicación aguda y desaparecen al mismo tiempo que éstas, pero al evolucionar la enfermedad estas ideas persisten, el enfermo va a desconfiar de todas las personas relacionadas con su hogar principalmente de su esposa.

PSICOSIS DE KORSAKOFF

Después de diversos procesos tóxicos ó infecciosos es muy común el comienzo de esta psicosis la cual también puede aparecer al finalizar el Delirium Tremens ó el Síndrome de Wernicke. Estas psicosis pueden ser producidas por otros factores como: intoxicaciones, tumores cerebrales, infecciones ó tuberculosis, también resulta de la deficiencia de vitamina B. Al comenzar esta enfermedad se aprecia apatía, cefalea y trastornos de humor, los principales síntomas son trastornos en la auto-identificación y desorientación del enfermo en el tiempo y en el espacio. En cuanto a la

relación témporo espacial, se puede decir que es una consecuencia de un trastorno mn sico, alterándose la memoria de fijación, es decir, que el enfermo olvida los hechos más recientes y es incapaz de fijar un recuerdo, por lo que esta amnesia es una característica fundamental de la enfermedad. El enfermo tiene una intensa necesidad de suplir la ausencia de los recuerdos lo que lo induce a fabular.

En su confabulación, el enfermo narra recuerdos ficticios-- que superfluamente van a descubrir la amnesia existente, se piensa que estas confabulaciones son su defensa contra la angustia, pues van a ayudarle para ocultar su mal funcionamiento. Se ve muy disminuida la actividad, afectividad oscilante, cambios seguidos de humor sin saber por qué puede estar triste   eufórico. Hipoabulia, es decir, que pueden permanecer durante horas en la misma posición sin mostrar interés o iniciativa por algo.

DEMENCIA ALCOHOLICA

Presenta deterioro afectivo e intelectual muy marcado por lo que existe un completo estado de decadencia global de la personalidad. marcada alteración de la afectividad, el enfermo pierde toda noción de  tica y de convivencia social, existen cambios súbitos de irritabilidad y depresión. Mues

tra falta de atención, memoria y juicio, sus procesos intelectuales son imprecisos por lo que su pensamiento va a ser cada vez más concreto y primitivo. Hipoabulia presente.

ENFERMEDAD DE WERNICKE

Esta enfermedad de características tales como pérdida de memoria, obnubilación de la conciencia, demencia progresiva y en ocasiones coma, a veces puede desembocar en una Psicosis de Korsakoff ó en Demencia Alcohólica. Invariablemente la causa de esta enfermedad es la deficiencia de la vitamina B, especialmente de la Tiamina.

Las causas del alcoholismo son numerosas, complejas y profundas. Desde siempre las bebidas alcohólicas han sido preferidas a otras por su efecto tónico y euforizante, por el alivio que aportan a la angustia y paralelamente, por la liberación de lo reprimido. El individuo se ve empujado a beber para no ser apartado del grupo (sobre todo en su trabajo).

A continuación citaremos algunos autores que hacen referencia tanto a la personalidad del alcohólico como al factor sociológico en el cual se da este problema.

) Factores Sociales.

Henry Ey nos dice "...la acción de la alcoholización (conformista) tendrá tantas más oportunidades de éxito en tanto encuentre individuos más sugestionables y más pasivos".

Luna, 1974, menciona: "el problema del alcoholismo únicamente puede ser comprendido si lo consideramos como el resultado de todas las interacciones que pueden establecerse entre un agente físico, el alcohol, un organismo expuesto a su acción, y un medio familiar, social y cultural que favorece ó dificulta la ingestión de ese agente".

Pittman, 1966, nos dice al respecto: "las costumbres sociales, las condiciones económicas y los factores idiosincrásicos pertenecientes al medio, son tan importantes en la etiología del alcoholismo como la estructura de la personalidad".

Sullivan, H.S., citado por Pittman nos dice que: "la bebida como acto social permite hasta cierto punto retirarse de otra adicción del hombre moderno, que es "progresar" en el mundo. El creía que dichas "fugas" eran necesarias en vista del ritmo excesivamente acentuado de la vida moderna".

Pittman, así mismo nos dice: "es posible que el alcoholismo no constituya un desorden primario, sino la consecuen -

cia de los cambios físicos, psicológicos y sociales determinados por la prolongada absorción del alcohol en cantidades tóxicas".

Factores de la Personalidad.

M.M. Glatt 1975, al referirse a la personalidad del alcohólico en particular nos menciona: "la inseguridad emocional, inmadurez, dificultades en establecer y mantener relaciones son aceptados generalmente como factores psicológicos del alcohólico. No hay personalidad establecida del alcohólico, - aunque ciertos rasgos de la personalidad, tales como inmadurez emocional ó baja tolerancia a la frustración son comunes en los alcohólicos. Factores socio-culturales (tales como - la aceptación en una sociedad dada de que los sujetos beban en exceso), ciertas ocupaciones, disponibilidad a la bebida, condiciones económicas (tal como el ingreso per capita/precio de la bebida alcohólica, condiciones de progreso) y las - costumbres religiosas pueden estar involucrados. Los individuos a quienes la bebida "los recompensa" como alivio de - sus ansiedades, tensiones, etc., tienden a cambiar de bebedores ocasionales a bebedores constantes que buscan alivio".

Oakley, 1972, en su libro "Drugs, Society, and Human - - Behavior", nos dice: "los alcohólicos aparentemente tienen -

una baja tolerancia a la frustración y por lo tanto tienen poca habilidad para continuar una tarea; así mismo, el alcoholico reporta sentimientos de soledad debido a su propia hostilidad y a sus tendencias a actuar impulsivamente. Uno de los problemas básicos es el de un intenso conflicto entre querer ser tanto independiente como dependiente, y se ha visto que el alcohol es un intento para reducir este conflicto".

Pittman, 1966, ha encontrado que: "los alcohólicos, lo mismo que otros adictos no toleran la tensión tienen poca resistencia al dolor, a la frustración, ó a la demora de la satisfacción. En el caso del alcoholico las consecuencias de la bebida son menos dolorosas que la sobriedad, pues de lo contrario no se perpetuaría el proceso. La rapidez con que se busca el olvido probablemente depende del grado de tensión ó de incomodidad que el paciente experimenta y de su intolerancia frente a su propio estado de ansiedad".

Linford, 1967, nos menciona al respecto lo siguiente: "no existe una personalidad típica, lo que ocurre es que una proporción de todos los usuarios regulares de alcohol se vuelven bebedores ocasionales excesivos durante períodos

de tensión ó stress, ó cuando están reprimidos y como resultado de ésto una proporción pequeña se vuelve bebedora constante".

Bowman, 1966, citado por Pittman nos dice: "ni los aspectos de la personalidad ni los factores educativos distinguen al alcohólico del que no lo es".

Sutherland, Schroeder, Tordella, 1950, Syme, 1957, encontraron que el abuso del alcohol estaba asociado a una serie de factores maladaptativos: depresión, dependencia y hostilidad.

Pittman, 1966, nos dice que el perfil alcohólico caracterizado por un elevado puntaje en Desviación Psicopática en la prueba del MMPI caracteriza sistemáticamente los informes de los investigadores.

Noyes, 1974, al referirse a la personalidad de este grupo nos dice: "la gran mayoría tienen en su carácter rasgos de la personalidad inadecuado ó de la personalidad pasivo-agresivo. Un número menor son individuos compulsivos que se organizan de manera rígida ó individuos dependientes con afecto depresivo. La mayoría de los alcohólicos muestran ciertas características de su personalidad: dependen-

cia excesiva y pasividad".

Pittman señala: "la rapidez con la que el alcohólico busca el olvido probablemente depende del grado de tensión ó de incomodidad que el paciente experimenta y de su intolerancia frente a su propio estado de ansiedad. El alcohólico está motivado por distintos factores, por ejemplo el alivio de la sensibilidad y en algunos casos el olvido".

Conger, J.J. citado tanto por Yates como por Pittman nos señala tres elementos de refuerzo en los efectos del alcohol: "a) la reducción del temor refuerza el aprendizaje del hábito de la bebida, b) si el alcohol elimina las restricciones motivadas por el temor en las situaciones conflictuales y permite la satisfacción de los impulsos cuyas respuestas han sido inhibidas por el conflicto, puede promoverse el ulterior refuerzo del hábito de la bebida y c) si el conflicto per se provoca tensión, la reducción por medio del alcohol puede ser a su vez otra fuente de tensión".

Conger se vale de otros importantes principios del aprendizaje para explicar la persistencia de la adicción alcohólica. Señala "los efectos inmediatamente reforzantes del

alcohol tal vez predominan sobre los efectos no reforzantes más remotos del castigo social y que los efectos reductores de ansiedad del alcohol bien pueden ser más fuertes que los efectos inductores de ansiedad del castigo anticipado (el alcohol mismo, desde luego, tendría el efecto de reducir - éstos últimos al menos temporalmente)".

B) FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia nombre técnico de la drogadicción - es un problema que afecta a toda la sociedad. Constituye un fenómeno sumamente complejo, donde intervienen muchos - factores sociales e individuales. De hecho, se debe de - considerar que cualquier caso de farmacodependencia está - determinado por tres factores, a saber: la droga misma - y sus efectos: la persona farmacodependiente, con todas - sus características físicas y psicológicas y el medio - ambiente, es decir, el tipo de sociedad en donde se produ- ce la farmacodependencia. Además, la farmacodependencia - es un problema que no respeta edades ni clases sociales. - Lo mismo afecta a jóvenes que a adultos, a pobres que a - ricos. Por supuesto, que cada grupo de edad y cada clase social consume ciertas drogas de preferencia, aparte de - que las situaciones de abuso y los efectos son diferentes. Sin duda, es en los jóvenes en donde la farmacodependen- - cia adquiere su carácter más dramático.

El número de fármacos de abuso es muy grande y tiende a - aumentar. Entre ellos se cuentan tanto compuestos natura- les como sustancias sintéticas. Algunas drogas son pro- - ductos ilícitos; otras son medicamentos que pueden adqui -

rirse en cualquier farmacia. De hecho, muchos casos de -
farmacodependencia se inician a raíz de la prescripción -
de un medicamento por parte de un médico.

La Organización Mundial de la Salud ofrece la siguiente -
definición de farmacodependencia, que es la que se acepta
en casi todos los países: "Farmacodependencia es el estado
psíquico y a veces físico causado por la interacción entre
un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modifi -
caciones del comportamiento y por otras reacciones que -
comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el -
fármaco en forma continua ó periódica a fin de experimen -
tar sus efectos psíquicos, y a veces, para evitar el males
tar producido por la privación".

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud define el -
concepto de fármaco como: "Droga ó fármaco es toda sustan-
cia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar
una o más de sus funciones". Es decir, un fármaco es una-
sustancia ajena al organismo que al entrar en él altera -
alguna de sus funciones normales.

Existe un gran número de drogas ó fármacos que pueden dar
origen a un estado de farmacodependencia.

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre el Sistema Nervioso Central. Este efecto puede ser de dos tipos: los que producen estados de excitación y que reciben el nombre de estimulantes y los que inhiben y retardan las acciones del Sistema Nervioso Central y que se les llama depresores.

Dentro de los estimulantes que pueden producir farmacodependencia, existen tres tipos de drogas. El primero de ellos es el de las Anfetaminas. El segundo es la Cocaína y por último, los Alucinógenos, que a diferencia de los dos anteriores, provocan alucinaciones; de éstos, el más comúnmente usado en nuestro país es la marihuana, dentro de este tipo se encuentran otras drogas que, aunque no son tan comunes en México, empiezan a representar un problema. Tal es el caso del LSD, de la mezcalina y de la psilocibina.

Los depresores comprenden, en primer lugar al alcohol, el cual también es una droga. Otros depresores son los barbitúricos y los tranquilizantes, y el grupo de la morfina con sus derivados: la heroína y la codeína. Finalmente, tenemos un grupo especial de depresores, formado por los inhalantes. Dentro de este grupo se encuentran: el cemen-

to plástico, el tñer, el éter, la acetona y otros. Su abuso constituye uno de los más graves problemas de farmacodependencia en México sobre todo en la clase baja.

Existe un número de razones por el aumento en el número de drogas usadas en la sociedad. En la nuestra, cada individuo aprende tempranamente que la ciencia y la tecnología le van a proporcionar respuestas a los problemas una vez que éstos han sido identificados. Debido al promedio actual de cambio social y tecnológico, y a la gran publicidad dada aún a los pequeños descubrimientos, la expectación de las rápidas soluciones de los problemas está bien presente en nuestra cultura. Las drogas nos proveen de éstas rápidas soluciones.

I) Factores Sociales

Dentro de los principales factores que favorecen el uso de drogas tenemos:

- 1) Sociales: migración, ya que implica un enfrentamiento de valores y costumbres pertenecientes a dos diferentes sub-culturas, aunque también resulta importante la influencia de los amigos.
- 2) Familiares: fallas en la estructura u organización

familiar por muerte ó separación de alguno de los padres, dificultad en la satisfacción de necesidades de afecto y seguridad (desintegración familiar).

3) Personales: intensa depresión, pasividad, dificultad en el control de impulsos y relaciones interpersonales - caracterizadas por una tendencia a depender de otros (desajustes de personalidad).

De acuerdo con lo anterior, citaremos varios autores que han hecho estudios sobre el problema de la farmacodependencia.

CEMEF, 1975, nos dice: "las motivaciones para consumir - drogas también varían ampliamente. Entre los jóvenes la farmacodependencia puede ser una forma de experimentar - sensaciones nuevas, de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse ó para poder preparar los exámenes ó simplemente de combatir el ocio. Entre las situaciones sociales que propician la farmacodependencia tenemos:

a) la incomprensión, la desconfianza y la falta de oportunidades para los jóvenes,

b) las grandes tensiones que produce la vida moderna, y

c) la penetrante propaganda de las compañías farmacéuticas que presentan sus productos como la solución de todos los problemas de la vida, con el fin de que vendan en forma masiva".

MacRee y cols., 1972, encontraron: "la familia de los sujetos farmacodependientes presentaban varios factores característicos: padre ausente ó débil, madre sobreprotectora y dominante y otros patrones estándares en la conducta de los padres como sus manifestaciones de hostilidad y de afecto y sus aspiraciones desproporcionadas respecto al futuro de sus hijos tomando en cuenta su status socio-económico".

Zermeño, Pinzón, de Garay y Serna de Fernández, 1976, al hacer un estudio en adolescentes farmacodependientes encontraron que: "el factor principal que ocasiona problemas en el ambiente familiar son los problemas de comportamiento en los padres: autoritarismo y sobreprotección".

Wikler citado por Yates, 1974, ha expuesto: "en el empleo de la droga (cualquiera que sea el factor precipitante inicial) reduce la ansiedad".

Martin e Inglis citados por Yates, 1974, han ofrecido

evidencias que indican que la adicción a las drogas puede representar una forma de autoterapia para aumentar una tolerancia a los estímulos anormalmente baja".

Clarac y de Parra, 1976, encontraron: "la carencia ó dificultad de encontrar una figura paterna cercana que sirviese de modelo para identificarse significó uno de los ma yores problemas pues el padre, por lo general, es una persona ausente, desobligada y a menudo alcohólica. Por con siguiente, está desvirtuado y desvalorado en la familia, y ésto origina problemas en el adolescente que luego lo incita a buscar en la droga el medio de evasión".

CEMEF, 1976, reporta que una de las características de la adolescencia es la necesidad de agruparse con otros jóvenes, no es extraño pues, que más de un 80% de los muchachos lleguen a la droga por solidaridad. El motivo aparente por el que se inician en la droga es la solidaridad, así como la curiosidad y posteriormente los motivos por los que continúan drogándose son debidos a problemas personales que son los resultantes de su misma adicción: reducción de tensión".

Zermeño, 1972, encontró en sus estudios que existe una ma

yor frecuencia de dificultades afectivas en los jóvenes usuarios antes de recurrir a la droga comparados con un grupo de no consumidores; resultaban haber tenido más conflictos con sus padres a quienes consideraban muy convencionales".

CEMEF. 1975, nos dice que en lo referente a las relaciones interpersonales de los farmacodependientes encontramos que existe dificultad para relacionarse y no se obtiene satisfacción en ellas. Esto puede deberse, según plantean ellos, a problemas emocionales que hacen que sus relaciones se constituyan en base a rivalidad, envidia, sometimiento, inseguridad, ansiedad y culpa. En lo referente al estudio, encontraron que la actitud del farmacodependiente es pasiva, esto se puede ver por el gran índice de deserción escolar a nivel de los años de primaria y presentan un retraso en la relación edad-escolaridad".

Noyes, 1974, cita lo siguiente: "la madre de estos pacientes es a la vez posesiva y rechazante; por una parte exhorta a su hijo drogadicto a que suspenda el hábito, y por la otra le ofrece el medicamento adictivo ó ejecuta maniobras para conseguirlo a escondidas".

El informe de la Organización Mundial de la Salud de 1971, señala, entre las pautas características en la conducta - del adicto "que suelen ser personas que prefieren un estilo de vida no estructurado y espontáneo, muestran inestabilidad respecto a su residencia, trabajo, estudio y a los - fines que persiguen en la vida, presentando como motivaciones importantes para el uso de drogas la curiosidad y el - deseo de socialización".

Oakley, 1972, menciona: "una vez que el uso de la droga - ha comenzado, el círculo continúa, el uso de la droga reduce tensión, pero pone las cosas de tal manera que lo que - hace es causar más tensión y por lo tanto se requiere de - más droga".

II) Factores de la Personalidad.

Molina, 1972, citado por McAree, Stephenhagen, Zheutlin - describe en un estudio a los sujetos como pasivos e introvertidos, apáticos, desinteresados, con poca tolerancia a la frustración, incapacidad de concentración en períodos - prolongados de tiempo, escasa capacidad para realizar actividades rutinarias, problemas en la expresión verbal y escrita".

Noyes, 1974, nos dice sobre la personalidad del farmacodependiente: "la mayoría de los miembros de este grupo son personas emocionalmente inmaduras, hostiles y agresivas, que usan las drogas con objeto de aliviar su tensión interior".

Rendon y Valedon, 1972, encontraron que los sujetos muestran ser débiles, inmaduros, muy vulnerables y con poca tolerancia a las frustraciones. La droga hace más tolerable el conflicto y hace que la angustia disminuya".

Brook y cols., 1972, hallaron que: "los farmacodependientes tienen buena capacidad física; en un principio eran sujetos con iniciativa, impulsivos y tendían a perder el control; con gran necesidad de socialización y además buena capacidad para relacionarse; sin embargo, su confianza en sí mismos era pequeña, el estado de humor inestable, pacíficos y tolerantes, con poca temeridad hacia el miedo".

Lord y cols., 1972, establecen que: "el farmacodependiente tiene poca capacidad de ajuste y poca confianza en sí mismo".

Oakley, 1972, menciona en sus estudios que los motivos

por los que las gentes se drogan es que ven a las drogas como formas aceptables de solucionar problemas. Las respuestas que las drogas suministran de hecho son solamente soluciones a corto plazo y pueden evitar que el individuo encuentre una solución permanente a sus problemas sin el uso de la droga. La razón por la cual la gente se droga, según este autor, varía, pero se pueden clasificar en: para obtener experiencias agradables y para reducir la tristeza.

C) EL DIFERENCIAL SEMANTICO

Muy recientemente, los psicólogos han incursionado sistemáticamente en la elaboración de teorías del significado y en la investigación empírica del fenómeno. El papel del psicólogo es el de investigar la relación entre signos y significados en el sistema de conducta del organismo. Es decir, al psicólogo le interesa definir ese proceso mediacional ó estado el cual ocurre en el organismo cuando una señal ó estímulo es recibida ó producida.

Anteriormente, el psicólogo se veía limitado en la medición de los significados por carecer de las herramientas adecuadas. Ahora bien, el problema es muy diferente de los problemas que surgen al tratar con otras variables intervinientes como son la emoción y la inteligencia, ya que igualmente puede ser integrado conceptual y empíricamente por las teorías existentes.

Los significados que los diferentes individuos tienen para los mismos signos van a variar hasta el límite en que sus conductas hacia las cosas significativas hayan variado. Esto se debe a la composición del proceso representacional --el cual es el significado del signo-- que es enteramente dependiente de la naturaleza del comportamiento total que

ocurre mientras el signo está siendo establecido. Dada la estabilidad de las experiencias aprendidas dentro de una cultura particular, los significados de casi todos los signos verbales comunes van a ser altamente similares. Por otro lado, los significados de muchos signos van a reflejar la idiosincracia de la experiencia individual, como por ejemplo, los significados de PAPA, MAMA, y YO para los individuos que están creciendo en un ambiente hogareño, sano contra enfermo.

Osgood planteó: bajo qué condiciones un estímulo que no es el significado se vuelve un signo de ese significado. Después de muchos estudios llegó a la siguiente conclusión: "siempre que algún estímulo que no sea el significado sea contiguo al significado adquirirá un aumento de asociación con alguna porción de esta conducta total surgida debido al significado como un proceso representativo mediador". El Diferencial Semántico sería el índice para medir los procesos representativos en la conducta del lenguaje de acuerdo a las teorías del aprendizaje así mismo.

El Diferencial Semántico cumple con los requerimientos del paradigma S-R y se puede dividir en dos etapas: a) la que llamaremos decodificar, que es la asociación de signos con sus mediadores representacionales, o sea la "interpretación"

y b) la codificación, que es la asociación de auto-estimulación mediada con secuencias instrumentales manifiestas, o sea, la expresión de ideas.

Para utilizar el codificador lingüístico como un índice de significado necesitamos: a) una cuidadosa muestra de respuestas verbales alternativas que puedan ser estandarizadas entre los sujetos, b) estas alternativas serán obtenidas de los sujetos más que emitidas para que sea eliminada la fluidez de codificación como una variable (hay sujetos que tienen mucha fluidez verbal mientras que otros sujetos no funcionan así) y c) estas alternativas son representativas de las varias maneras en las que el significado cambia.

El Diferencial Semántico no es un "test psicológico" que tenga un grupo definido de "sub-tests" y una calificación específica. Es una forma muy general de obtener un cierto tipo de información, una técnica "muy generalizada de medida" que debe ser adaptada a los requerimientos de cada investigación en que es aplicada, es decir, no hay conceptos ni escalas estándares, los conceptos y escalas que se usan en un estudio particular depende de los propósitos de éste, su comparación y estandarización dependen de la colocación de los conceptos en un espacio semántico común, definido - -

por un grupo de factores generales, sin tomar en cuenta -
la variabilidad de los conceptos particulares y las esca -
las empleadas.

El Diferencial Semántico es esencialmente una combina- -
ción de asociaciones controladas y procedimientos de esca -
las, en donde se le da al sujeto un concepto y un grupo -
de escalas de adjetivos bi-polares, con las que los va a -
juzgar y él tiene que indicar para cada escala la dirección
de su asociación y su intensidad en la escala bi-polar de
siete intervalos. Cada posición en una de las escalas -
semánticas está también asociada con una reacción mediado-
ra compleja, el factor dominante depende de los términos -
polares X y Y y su intensidad depende de los calificativos
(mucho, regular, etc.). La dirección de un punto en el -
espacio semántico corresponde a las reacciones que son -
producidas por el signo, y la distancia del origen corres-
ponden a la intensidad de las reacciones.

La dirección en el Diferencial Semántico está determina- -
da por la elección de cualquiera de los dos adjetivos -
bi-polares y la intensidad estaría dada por el lugar ó -
posición de la respuesta del sujeto ante las siete alter -
nativas. De acuerdo con las instrucciones que le son -

dadas al sujeto, los intervalos tienen los siguientes valores:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1) mucho X | 7) mucho Y |
| 2) regular X | 6) regular Y |
| 3) poco X | 5) poco Y |
| 4) ni X ni Y : igual X e Y | |

La elección de las siete alternativas que Osgood eligió - se debió a los diferentes resultados obtenidos en la - elaboración del Diferencial. Cuando se les presentaron - a los sujetos nueve alternativas, se encontró una gran - tendencia a elegir solamente tres posiciones. Por otro - lado, cuando solamente cinco alternativas fueron presen - tadas, se vió que los sujetos se irritaban por no poder - expresar diferencias más discriminativas.

En la construcción del Diferencial Semántico Osgood pa - ra llegar a la elaboración de las escalas utilizó el - siguiente procedimiento: utilizó una lista de 200 sustan - tivos construida a partir de la lista de asociación de - palabras de Kent y Rosanoff. Se les pidió a los sujetos que escribieran después de la presentación de cada sus - tativo el primer adjetivo descriptivo que se les ocu -

rriera. Se les indicó que no dieran calificativos poco usuales, simplemente que dieran lo que se les ocurriera inmediatamente, y la rápida presentación de los sustantivos evitó que se hicieran asociaciones poco frecuentes. Estos datos fueron analizados por la frecuencia de ocurrencia de todos los adjetivos, sin tomar en cuenta las palabras estímulo con las cuales habían aparecido. Los adjetivos más frecuentes fueron colocados en listas de opuestos polares y éstas constituyen las escalas bi-polares del Diferencial Semántico. Estas escalas son instrumentos sencillos para medir económicamente el significado a través de las reacciones de las personas. Adptándolas, pueden aplicarse a niños y a adultos de todas las clases de cualquier cultura. Así mismo, pueden usarse con grupos e individualmente.

SELECCION DE ESCALAS

Se utilizan los siguientes criterios:

- a) Relevancia, o sea, escoger las escalas de acuerdo con el propósito de la investigación. Por ejemplo, el concepto "la droga es", puede ser juzgado mejor con escalas tales como bueno-malo, agradable-desa-

gradable, que con una escala como podría ser frío-caliente, etc.

- b) Estabilidad semántica para con los conceptos y sujetos en un estudio dado. Por ejemplo, para juzgar conceptos físicos se pueden emplear escalas como largo-corto, etc. y no se podrían utilizar liberal-conservador.
- c) Composición factorial, usualmente se seleccionan tres escalas para representar cada factor: evaluación, potencia y actividad, que estén a su vez de acuerdo con la investigación.

SELECCION DE CONCEPTOS

Osgood define el término concepto en un sentido muy general para referirse a los "estímulos", por lo que prácticamente este término es infinito. Los conceptos son a menudo verbales: pero más frecuentemente impresos. Se emplean más frecuentemente sustantivos, aunque ya se han hecho investigaciones con adjetivos y verbos.

La selección del concepto va a ser definida por la naturaleza del problema a investigarse. En el presente trabajo

se eligieron conceptos que fueran familiares para todos los sujetos.

De las variaciones deliberadas e independientes de la muestra de escalas, conceptos y sujetos surgen tres factores dominantes e independientes: factor evaluativo (bueno - malo, agradable-desagradable), factor de potencia (fuerte - débil, suave-duro) y el factor de actividad (pasivo-activo, lento-rápido). Tales dimensiones se han verificado a través de una variedad notable de estudios. Con algunas escalas de esta clase pueden obtenerse con gran economía medidas confiables relativas a la persona que responde. Lo común es que un concepto se clasifique en varias escalas asociadas con una sola dimensión y que los resultados se promedien para obtener un puntaje de factor correspondiente a cada dimensión. La medida de un concepto en las dimensiones EPA es con referencia a un perfil de los conceptos. El sistema EPA es notable por ser un enfoque generalizado y aplicable a cualquier concepto estímulo y que por lo mismo, permite comparar reacciones propias de situaciones por completo diferentes.

El factor evaluativo es el primero en aparecer y el de mayor magnitud. El factor de potencia está relacionado con

fuerza, tamaño, paso, etc. El factor de actividad está relacionado con rapidez, excitación, agitación, entusiasmo, etc.

Estos tres factores no son todos los que definen el espacio semántico: ésto deja abierta la posibilidad de identificar nuevos factores a partir de la utilización de nuevas muestras de conceptos, escalas y sujetos.

La simple identificación de algunos de los factores que constituyen el Diferencial Semántico, no valida en sí mismo la técnica como un procedimiento de medida, aunque orienta sobre cuál es la composición del fenómeno que se va a medir. Al haberse identificado el fenómeno parcialmente, es necesario que el instrumento con el cual se pretende medirlo cumpla una serie de condiciones que garanticen la objetividad de la medida, su utilización práctica, etc.

El Diferencial Semántico ha sido usado como medida de actitud en múltiples proyectos. Osgood y cols. (1957) publicaron estudios exploratorios en los cuales se usó el Diferencial Semántico para calcular el cambio de actitud como resultado de un gran número de programas y también

como resultado de distintos tipos de comunicaciones estructurales.

A continuación citamos algunas definiciones de actitud:

"Una actitud es una respuesta implícita la cual es anticipatoria y mediadora en referencia a patrones de respuestas manifiestas, la cual es evocada por una variedad de patrones de estímulos como resultado de un aprendizaje previo - ó de gradientes de generalización y discriminación, la - cual es una clave e impulso, y está considerada como signi- - ficativa en la sociedad del individuo", Doob, 1947. Lo - importante a notar acerca de esta definición es que el - autor considera a la actitud como aprendida, no hay ninguna herramienta que nos pueda decir la fuerza de una acti- - tud. Los procesos de aprendizaje son cruciales para aprender el comportamiento de las actitudes. "La actitud se - forma por la integración de numerosas respuestas específicas de un tipo similar. El surgimiento de una actitud - involucra dos problemas tradicionales en Psicología: la - Percepción y el Aprendizaje, "Doob, 1947.

Las respuestas se ven condicionadas por el proceso de - socialización, de hecho el individuo ha tenido que reaccio

nar a ellas ó ha sido enseñado a reaccionar ante ellas debido a este proceso. La actitud orienta así como influye en el tipo de respuesta que se lleve a cabo.

Osgood define la actitud como: "a) que es aprendida e implícita, b) puede ser evocada por signos perceptuales ó signos lingüísticos, c) es una predisposición evaluativa que puede caer en cualquier lugar a lo largo de la escala desde "extremadamente favorable" a través de "neutral" y a "extremadamente desfavorable" y d) es una predisposición para responder evaluativamente a estos signos".

A diferencia de Doob, Osgood estableció una herramienta de medición del significado que además de medir la dirección, mide así mismo la fuerza a través de las siete alternativas, siendo esta herramienta el Diferencial Semántico.

El factor evaluativo del Diferencial Semántico parece encontrar todos los criterios para una medida de la actitud. Existen predisposiciones para responder, pero las actitudes se distinguen de otros estados de disponibilidad en que las mismas se predisponen hacia una respuesta evaluativa. El factor evaluativo tiene la ventaja de ser potencialmente general a través de los conceptos que son estudiados. Si tal generalidad es una ventaja, dentro de una comunidad

con un solo lenguaje/cultura se vuelve absolutamente --
esencial si nosotros vamos a medir las actitudes compara-
tivamente, a través de diferencias tanto en lenguajes -
como en culturas. Osgood y cols. consideraron inicialmen-
te que la actitud se medía exclusivamente con escalas -
de la dimensión E; sin embargo, otros autores (Dlab, 1965),
(Heise, 1970) creen conveniente utilizar escalas repre- -
sentativas de las tres dimensiones.

La actitud la identificamos como una de las más grandes -
invenciones del significado en general y para extender -
los procedimientos de medición del Diferencial Semántico
hacia una importante área social así como en la clínica.
Se ha dicho que las actitudes son aprendidas e implíci- -
tas, son estados inferidos del organismo que son adqui- -
ridos de la misma manera en que otra actividad interna es
adquirida.

Las actitudes son referidas como "tendencias de acerca- -
miento ó de evitación" ó "favorables ó desfavorables". -
Esta noción se relaciona con otro punto de vista, que las
actitudes pueden ser adscritas a algún continuo básico -
bipolar pasando por un punto neutral ó de cero, implican-
do que ellas tienen tanto dirección como intensidad pro -

porcionando una base para el índice cuantitativo de las actitudes. La dirección de una actitud, favorable ó desfavorable, se indica simplemente por la selección de términos polares hecha por el sujeto; si la puntuación cae más hacia los polos favorables, la actitud es tomada como favorable y vice-versa. Una puntuación que cae en el origen, definida por 4 en las escalas, es tomada como un índice de neutralidad de la actitud. La intensidad de la actitud es indicada mediante qué tan lejos de la dimensión evaluativa del origen se encuentra la puntuación.

El significado tiene una localización en el espacio semántico; la actitud cubre solamente una parte del significado total de los conceptos. Por lo tanto, es cierto que diferentes actitudes impliquen diferentes conductas hacia los objetos significantes, por lo menos en algunos contextos, pero no es cierto que la misma actitud implique automáticamente las mismas conductas.

D) ANTECEDENTES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO EN MEXICO

El Diferencial Semántico ha sido poco difundido y utilizado como instrumento de trabajo del psicólogo en general y más aún en el área de la psicología clínica en México.

Dentro de las investigaciones hechas con el Diferencial Semántico encontramos las siguientes tesis:

- 1) "COMPARACION DE ALGUNOS CONCEPTOS ENTRE EL ESQUIZOFRENICO Y SUS MADRES A TRAVES DEL DIFERENCIAL-SEMANTICO", tesis presentada por: Cecilia R. Cymet Ramírez, 1972. U.I.A., México, D.F.
- 2) "HOMOSEXUALIDAD MASCULINA. UN ESTUDIO SOBRE LAS RELACIONES PADRE-HIJO-MADRE", tesis presentada por: Guadalupe Estrada León, 1970, U.N.A.M., México, D.F.
- 3) Los trabajos en México por el DR. Rogelio Díaz Guerrero.

En la tesis de "COMPARACION DE ALGUNOS CONCEPTOS ENTRE EL ESQUIZOFRENICO Y SUS MADRES A TRAVES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO", se aplicó el citado instrumento a 31 sujetos - hombres con diagnóstico de esquizofrenia, a 31 mujeres, - madres de dichos pacientes, y a un grupo de 31 sujetos - que formaron el grupo control. El objetivo de dicha tesis

era encontrar si existían diferencias entre las madres de los sujetos esquizofrénicos y el grupo control, así como, entre el grupo de sujetos esquizofrénicos y el grupo control, y por último, entre el grupo de sujetos esquizofrénicos y sus madres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de estos tres grupos, por lo que los sujetos esquizofrénicos, no obstante su patología revelan también las conductas características de su cultura.

En la tesis de "HOMOSEXUALIDAD MASCULINA. UN ESTUDIO SOBRE LAS RELACIONES PADRE-HIJO-MADRE", se aplicó el Diferencial Semántico a un grupo homosexual compuesto por 20 hombres adultos y a 20 hombres adultos que formaron el grupo control. Se investigó si no existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo homosexual y el grupo control en los puntajes obtenidos en el Diferencial Semántico. Se encontró que de los 11 conceptos investigados en 9 de ellos sí habían diferencias estadísticamente significativas. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que los sujetos del grupo homosexual estudiado perciben a la madre fuerte y al padre alejado, dominante, desapegado, distante, indiferente y hostil. Es probable que esta constelación de factores los condujo hacia

su homosexualidad.

El Dr. Rogelio Díaz Guerrero ha dirigido varias investigaciones utilizando el Diferencial Semántico en México, como lo muestra la tesis de Morales (1973), en donde en lugar de utilizarse escalas adjetivales bi-polares, utilizó esca las formadas por verbos antónimos adjetivados, ya que éstos tienen la ventaja de estar más relacionados con la con ducta del individuo y con la manifestación conductual de la actitud.

La Elaboración del Diferencial Semántico en México:

Para la elaboración del Diferencial Semántico en México el Dr. Díaz Guerrero siguió los siguientes pasos: a) una lista estandarizada de sustantivos y obtención de calificativos; b) obtención de opuestos y construcción de escalas bi-polares, y c) factorización de conceptos sobre escala. De esta manera se obtuvo una lista de 60 escalas bi-polares en donde la estructura EPA aparece claramente diferenciada.

El Diferencial Semántico en Hispanoamérica:

El Diferencial Semántico ha sido usado en Hispanoamérica. A continuación citaremos algunos de los trabajos que se han realizado en diferentes países de Latinoamérica:

Venezuela: El trabajo de Santoro (en prensa) cuyo propósito fue el de apreciar el cambio de significado positivo o negativo de estímulos neutrales producido por condicionamiento de los estímulos o palabras de connotación agradable o desagradable. De los resultados obtenidos este autor concluyó lo si-

guiente: es posible producir cambios en el espacio semántico...mediante el condicionamiento..el desplazamiento de los conceptos va a depender del tipo de asociación que se establezca durante el aprendizaje y de la intensidad afectiva de los términos que se asocien.

Salazar, cuyo trabajo está en proceso, realizó un interesante análisis de la diferenciación de las actitudes patriótico-nacionalistas y del cambio posible de éstas durante la adolescencia; además, comparó las actitudes de los adolescentes con las de los respectivos padres en términos de clases sociales. Los datos obtenidos por el investigador permitieron concluir que dentro del fenómeno patriotismo-nacionalismo se agrupa un conjunto de actitudes diferentes e independientes entre sí y que tal interrelación está influida por factores sociológicos e ideológicos.

Colombia: Castillo y colaboradores (1973) propusieron la hipótesis de que ante las carreras técnicas existía una actitud más favorable, partiendo de la observación de que éstas tienen una mayor demanda entre los aspirantes a la universidad. Los resultados indicaron que no existían diferencias de actitud determinadas por el sexo o el tipo de colegio.

Otro estudio hecho en Colombia es el de Rivera, Barroso y Pérez (1974). Utilizaron una muestra de 250 sujetos, en la cual estaban equilibradamente representados los dos sexos; 200 niños de la muestra eran alumnos de cuatro colegios colombianos bilingües (alemán, hebreo, francés y norteamericano) y 50 de colegios no bilingües. De los resultados obtenidos, los inves-

tigadores pudieron llegar a las siguientes conclusiones: en todos los conjuntos estudiados existen percepciones estereotipadas hacia los diferentes grupos nacionales estudiados, siendo siempre la nacionalidad colombiana la más positiva, seguida de la nacionalidad del plantel, excepto en los casos del centro hebreo y francés, en los cuales la nacionalidad colombiana ocupó el segundo lugar y la del colegio el primero; en todos los casos los venezolanos ocuparon el tercero y el cuarto lugar y los judíos resultaron los más negativamente evaluados; excepto en el grupo del colegio hebreo, en donde fueron los más positivamente evaluados.

Venezuela y Colombia: Una de las investigaciones latinoamericanas más recientes que utilizó el Diferencial Semántico, es la de Salazar y Marín (1974) quienes estudiaron las percepciones que tienen los estudiantes universitarios de dos países con conflictos limítrofes - Venezuela y Colombia- de sus propias nacionalidades y de otras naciones latinoamericanas. Los datos de Salazar y Marín revelaron que en el 33% de los casos no existe evidencia de estereotipos.

Chile: Agüero, Espinosa y Yulis (1973), realizaron un estudio para determinar las diferencias de significado connotativo de diez conceptos en dos muestras de pacientes (hospitalizados y de primera consulta) y en una de psicólogos clínicos. Los conceptos escogidos fueron los siguientes: angustia, tensión, problema, frustración, agresividad, personalidad, conducta, miedo, enfermedades nerviosas y tratamiento psicológico.

Se llegó a las siguientes conclusiones: el nivel de connotación de los conceptos tal como son evaluados por los psicólogos difiere del de los dos grupos de pacientes existiendo en éstos un mayor nivel de connotatividad; es decir, en los pacientes los significados son más afectivos y, por tanto, menos neutrales.

México: A partir de 1965, May inició la aplicación del Diferencial Semántico mexicano estándar en la población rural de Ticul (Yucatán) para evaluar 200 conceptos de los 350 del Atlas mexicano de significados. En 1966, Castillo Vales se hizo cargo del proyecto, el cual se conoce con el nombre de ANDALE. Los resultados mostraron que los sujetos de Yucatán difieren del significado universal dado en el resto de las entonces 19 culturas-lenguajes del estudio.

Otras Investigaciones: Un proyecto que está actualmente en curso es el de "Cambio de Costumbres", el cual fue concebido como un estudio de cambios culturales, considerando factores tales como la generación, el tipo de comunidad y el sexo. Los datos finales no se conocen todavía.

El último proyecto realizado en Latinoamérica es el de Rieber y Castiglione, quienes han diseñado una investigación transcultural (Estados Unidos, Italia, Puerto Rico y México) con el propósito de identificar universales no discursivas del lenguaje, por medio de un Diferencial Semántico para evaluar objetos precolombinos en dichas comunidades.

CAPITULO II

COMPARACION DE ALGUNOS CONCEPTOS ENTRE UN GRUPO ALCOHOLICO Y UN GRUPO FARMACODEPENDIENTE A TRAVES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

A) Planteamiento del problema y formulación de la hipótesis.

El propósito de la presente investigación se basó principalmente en poder responder las siguientes preguntas:

¿Difieren las actitudes de los sujetos alcohólicos de las de los farmacodependientes a pesar de tener un diagnóstico diferente?

¿Difieren las actitudes de los sujetos alcohólicos de las de los farmacodependientes tomando en cuenta la diferencia en las edades?

¿Son similares considerando que clínicamente ambos tipos de sujetos tienen una dependencia psicológica y física a una determinada droga?

¿Los componentes de la cultura harán que sean similares? ¿El cambio social del adolescente (farmacodependiente) hará cambios conceptuales relacionados con los adultos (dependientes

al alcohol)?

De los planteamientos anteriores formulamos la siguiente hipótesis:

H_{01} NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE UN GRUPO DE SUJETOS MEXICANOS ALCOHOLICOS Y UN GRUPO DE SUJETOS MEXICANOS FARMACODEPENDIENTES EN LAS CALIFICACIONES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO PARA UN NUMERO LIMITADO DE CONCEPTOS ESPECIFICOS E IRRESPECTIVAMENTE DE LA EDAD DE LOS MISMOS Y DEL ESTATUS SOCIO-ECONOMICO.

H_1 EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE UN GRUPO DE SUJETOS MEXICANOS ALCOHOLICOS Y UN GRUPO DE SUJETOS MEXICANOS FARMACODEPENDIENTES EN LAS CALIFICACIONES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO PARA UN NUMERO LIMITADO DE CONCEPTOS ESPECIFICOS E IRRESPECTIVAMENTE DE LA EDAD DE LOS MISMOS Y DEL ESTATUS SOCIO-ECONOMICO.

Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente mediante la "t" de Student tomando como diferencia mínima el .05%. Esta técnica compara dos muestras con respecto a una variable específica para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre sus medias y considerando que esta prueba puede ser utilizada en cualquier situación de comprobación de hipótesis en la cual se necesita obtener diferencias de medias para analizar resultados en dos grupos.

B) Diseño Experimental y Características de la muestra.

Consideramos que el diseño experimental apropiado para este tipo de trabajo era el de un diseño de dos grupos para comparar a los sujetos alcohólicos con los farmacodependientes.

La variable experimental es la adicción a drogas y al alcohol. Esta variable está controlada (dentro de las limitaciones que existen) y ya está dada en la muestra experimental, no ha sido manipulada para ser producida por lo que este tipo de investigación está clasificado como Método de Observación Sistemática, que consiste en el control de la variable independiente al seleccionar los valores y tomarlos tal como están.

Las variables seleccionadas fueron: ocupación, escolaridad y edad. A continuación se muestran los resultados:

	GRUPO A		GRUPO F		"t"	P
	X	D.E.	X	D.E.		
Edad	39.55	4.95	20.45	4.18	13.17	.001
Ocupación	3.40	1.20	4.80	1.89	2.80	.01
Escolaridad	5.60	1.50	6.05	0.97	1.13	.03

Para valorar la escolaridad, se utilizó el criterio propuesto por Havinghurst (1968) que consiste en otorgar pesos a cada categoría por ocupación y también a cada categoría por escolaridad, de tal manera que se tiene un índice muy adecuado de la ocupación y además de escolaridad. En esta forma podemos observar como los dos grupos no son comparables ni en

edad, ni en ocupación ya que el farmacodependiente se dedica a la vagancia y es ex-estudiante, mientras que el alcohólico trabaja.

No obstante, desde el punto de vista clínico ambos grupos corresponden a muestras típicas de los sujetos que padecen ambas patologías dentro del nivel ocupacional y asistencial estudiado. (Ver Anexos A y B).

Característica de la muestra.

En este trabajo tomaron parte dos grupos de sujetos, los cuales se hallaban internados en el momento del estudio en el Sanatorio Sub-rogado Floresta del ISSSTE.

1. El Grupo A que consta de 20 sujetos hombres con diagnóstico de alcoholismo crónico y que es representativo de la población atendida en este servicio de acuerdo con los estudios epidemiológicos al respecto (37% de la población de alcohólicos de acuerdo a dichos datos).
2. El Grupo F está formado por 20 sujetos con diagnóstico de farmacodependencia múltiple (17 hombres y 3 mujeres) que es representativo de la población atendida en este servicio de acuerdo con los estudios epidemiológicos al respecto (148% de la población de farmacodependientes de acuerdo a dichos datos).

Ambos grupos corresponden a la norma de edad, sexo, escolaridad, ocupación de cada uno de los grupos psicopatológicos.

A ambos grupos se les aplicó el Diferencial Semántico de Osgood, explicándoles el motivo de la aplicación.

A continuación se presentan las tablas de los dos grupos con edades, ocupación y escolaridad.

GRUPO A - ALCOHOLICOS

<u>NO.</u>	<u>EDAD</u>	<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>OCUPACION</u>
1.	37	normal	(7) maestro (2)
2.	35	normal	(7) maestro (2)
3.	40	1ero. Prep.	(7) empleado (3)
4.	40	3ero. Prim.	(4) empleado (3)
5.	32	2do. Sec.	(6) auxiliar cont. (3)
6.	40	2do. Prim.	(4) mecánico (4)
7.	44	2do. Prep.	(7) empleado (3)
8.	39	6to. Prim.	(5) barrendero (6)
9.	43	2do. Prim.	(4) portero (6)
10.	46	normal	(7) maestro (2)
11.	49	analfabeto	(1) albañil (6)
12.	32	1ero. Sec.	(6) empleado (3)
13.	35	2do. Sec.	(6) empleado (3)
14.	34	6to. Prim.	(5) electricista (4)
15.	47	1ero. Sec.	(6) empleado (3)
16.	46	6to. Prim.	(5) auxiliar cont. (3)
17.	36	6xto. Prim.	(5) empleado (3)
18.	36	6to. Prim.	(5) empleado (3)
19.	38	4to. Prof.	(10) empleado (3)
20.	42	6to. Prim.	(5) empleado (3)

GRUPO F - FARMACODEPENDIENTES

<u>NO.</u>	<u>EDAD</u>	<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>OCUPACION</u>
1.	21	2do. Prof. (9)	estudiante (3)
2.	23	6to. Prim. (5)	empleado (3)
3.	17	2do. Sec. (4)	empleado (3)
4.	19	2do. Prep. (7)	estudiante (3)
5.	22	6to. Prim. (5)	ninguna (7)
6.	24	2do. Program. (7)	sst.progr. (3)
7.	29	2do. Prep. (7)	empleado (3)
8.	23	1ero. Sec. (6)	ninguna (7)
9.	14	2do. Sec. (6)	estudiante (3)
10.	16	1ero. Sec. (6)	estudiante (3)
11.	28	3ero. Prep. (8)	ninguna (7)
12.	15	6to. Prim. (5)	aprendiz (5)
13.	17	3ero. Sec. (7)	estudiante (3)
14.	23	2do. Voc. (6)	empleado (3)
15.	17	1ero. Sec. (6)	ninguna (7)
16.	17	4to. Prim. (4)	ninguna (7)
17.	25	1ero. Sec. (6)	ninguna (7)
18.	16	6to. Prim. (5)	ninguna (7)
19.	21	1ero. Sec. (6)	ninguna (7)
20.	22	2do. Sec. (6)	herrero (5)

C) Material y procedimientos usados.

Para obtener los siguientes datos: diagnóstico clínico, edad, ocupación y escolaridad de los pacientes, se emplearon los expedientes del Sanatorio Subrogado Floresta.

Se usaron 10 escalas bi-polares del Diferencial Semántico referidas a 13 conceptos.

A continuación se presentan las escalas de adjetivos bi-polares que se utilizaron, de acuerdo con los criterios de relevancia, estabilidad y composición factorial, relacionándose en mayor número las escalas de evaluación, por ser éstas las que más se utilizan para medir la actitud.

bueno	-----	malo
egoista	-----	generoso
hostil	-----	amistoso
complaciente	-----	displaciente
inconfiable	-----	confiable
débil	-----	fuerte
afectuoso	-----	desapegado
sumiso	-----	dominante
duro	-----	suave
protector	-----	no protector

Los conceptos a juzgarse que se usaron fueron presenta_ dos en el orden siguiente, como encabezado de cada hoja que contenfa las 10 escalas y que fueron administradas - por las autoras:

MI TRABAJO ES

USTED ES

SU PADRE ES

SU MADRE ES

LA MUJER EN GENERAL ES

EL HOMBRE EN GENERAL ES

EL ALCOHOL - LA DROGA ES

LAS RELACIONES SEXUALES EN GENERAL SON

LA GENTE QUE TOMA - SE DROGA ES

LOS AMIGOS SON

LOS HIJOS SON

LA SOCIEDAD ES

LAS AUTORIDADES SON

Los conceptos se eligieron de acuerdo con el interés de la investigación. Escogimos las escalas evaluativas (6 de las escalas) con mayor frecuencia ya que este factor es el que más se utiliza cuando se mide la actitud; ade_ más de ser el que menor promedio de error de medida tiene. En la forma de presentación de las escalas las hemos mez_

bueno _____ X _____ _____ _____ _____ _____ malo
 bueno _____ _____ _____ _____ _____ X _____ malo

Si el concepto parece estar poco relacionado a uno de los lados de la escala, la marca se colocará así:

bueno _____ _____ X _____ _____ _____ _____ malo
 bueno _____ _____ _____ _____ X _____ _____ malo

La dirección hacia donde se coloca la marca, depende por supuesto, de cual de los dos extremos de la escala parece más característico del concepto que se está juzgando.

Si usted considera que el concepto es neutral para la escala, o que ambos lados están igualmente asociados con el concepto, entonces la marca se colocará en el centro:

bueno _____ _____ _____ X _____ _____ _____ malo

Algunas veces le parecerá que los conceptos están relacionados con los anteriores, no trate de recordar como calificó los anteriores, haga cada juicio por separado. Lo que se quiere de usted es su primera impresión por lo que trate de trabajar en forma rápida.

D) Resultados obtenidos, Gráficas y Tablas.

GRAFICA 1

MI TRABAJO ES

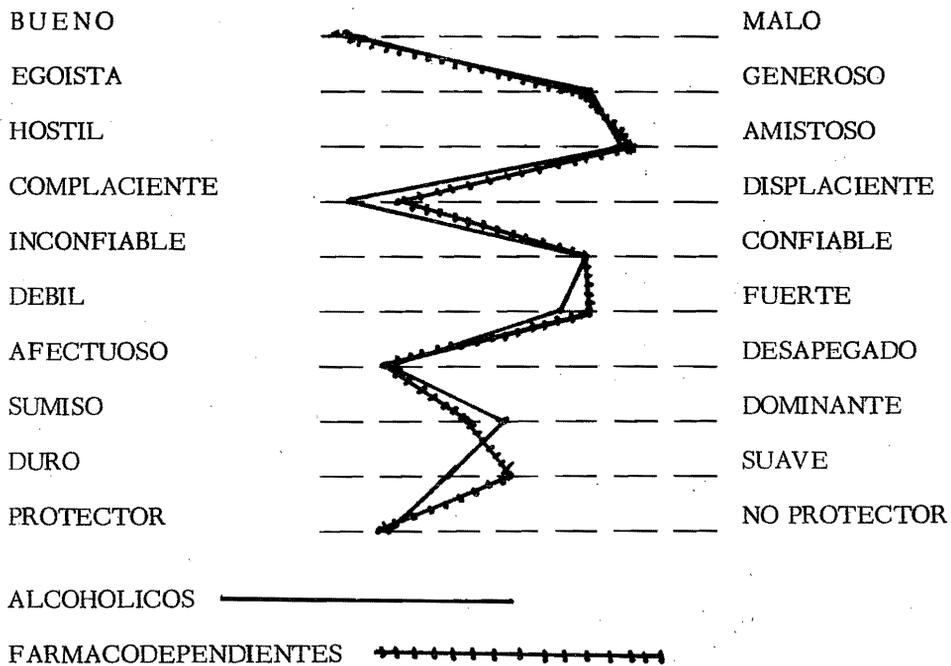


TABLA A-1

MI TRABAJO ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D.E.	X	D.E.
BUENO-MALO	1.55	0.82	1.75	1.33
EGOISTA-GENEROSO	5.80	1.67	5.75	1.61
HOSTIL-AMISTOSO	6.00	1.33	6.10	1.58
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.60	0.75	2.40	2.11
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.80	1.98	5.80	1.23
DEBIL-FUERTE	5.10	1.91	5.75	1.77
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.00	1.74	2.00	1.65
SUMISO-DOMINANTE	4.20	2.33	3.70	2.31
DURO-SUAVE	3.35	2.20	4.15	2.62
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.25	1.99	2.00	1.97

TABLA B-1

MI TRABAJO ES

	GRUPOS A y F "t" P	
BUENO-MALO	0.60	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	0.10	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.22	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.66	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.00	N.S.
DEBIL-FUERTE	1.12	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.00	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	0.69	N.S.
DURO-SUAVE	1.05	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.40	N.S.

GRAFICA 2

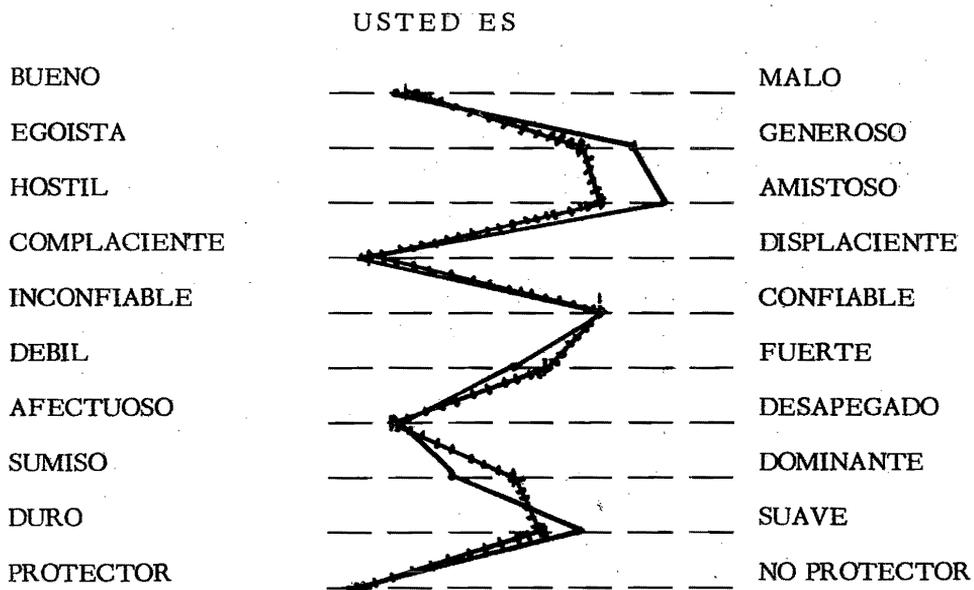


TABLA A-2

USTED ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D.E.	X	D.E.
BUENO-MALO	2.10	1.25	2.30	1.97
EGOISTA-GENEROSO	6.00	1.16	5.25	2.19
HOSTIL-AMISTOSO	6.60	0.75	5.60	2.11
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.80	0.89	1.95	1.57
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.60	1.87	5.60	1.98
DEBIL-FUERTE	4.20	2.11	4.85	2.08
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.35	1.72	2.05	1.82
SUMISO-DOMINANTE	3.00	1.97	4.10	2.14
DURO-SUAVE	5.10	2.02	4.70	2.40
PROTECTOR-NO PROTECTOR	1.85	1.13	1.95	1.82

TABLA B-2

USTED ES

	GRUPOS A y F "t" P	
BUENO-MALO	0.40	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	1.41	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	2.08	0.05
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.39	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.00	N.S.
DEBIL-FUERTE	1.00	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.55	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	1.70	N.S.
DURO-SUAVE	0.57	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.21	N.S.

GRAFICA 3

SU PADRE ES

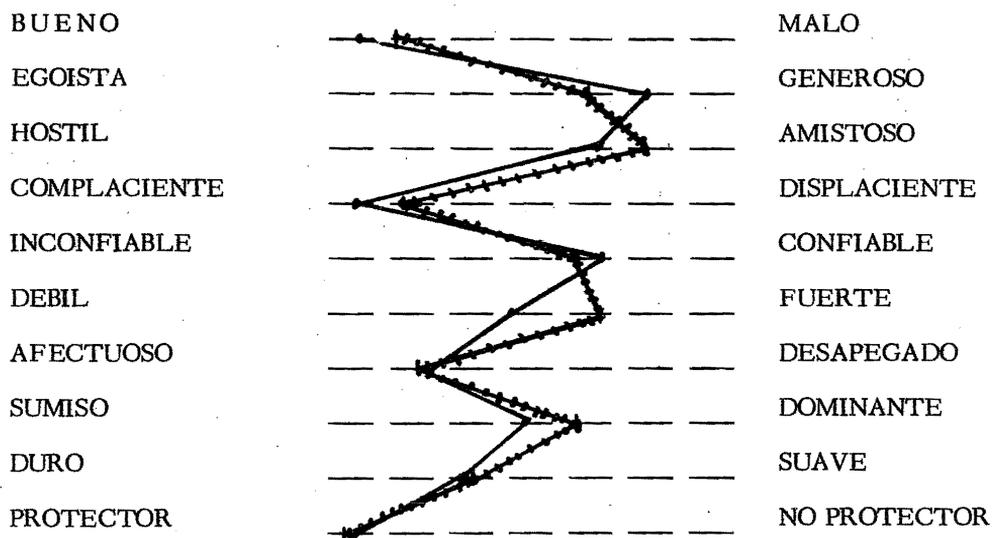


TABLA A - 3

SU PADRE ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	1.55	0.78	2.05	1.87
EGOISTA-GENEROSO	6.44	0.61	5.45	1.98
HOSTIL-AMISTOSO	5.88	1.84	6.30	1.03
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.66	0.76	2.40	2.03
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.77	1.94	5.20	2.37
DEBIL-FUERTE	4.05	2.60	5.55	2.30
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.94	2.33	2.60	2.06
SUMISO-DOMINANTE	4.38	2.59	5.00	2.42
DURO-SUAVE	3.38	2.33	3.80	2.25
PROTECTOR-NO PROTECTOR	1.77	1.51	1.65	1.49

TABLA B-3

SU PADRE ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	1.13	N. S.
EGOISTA-GENEROSO	2.25	0.02
HOSTIL-AMISTOSO	0.93	N. S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.60	N. S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.85	N. S.
DEBIL-FUERTE	1.97	0.05
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.49	N. S.
SUMISO-DOMINANTE	0.79	N. S.
DURO-SUAVE	0.58	N. S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.26	N. S.

GRAFICA 4

SU MADRE ES

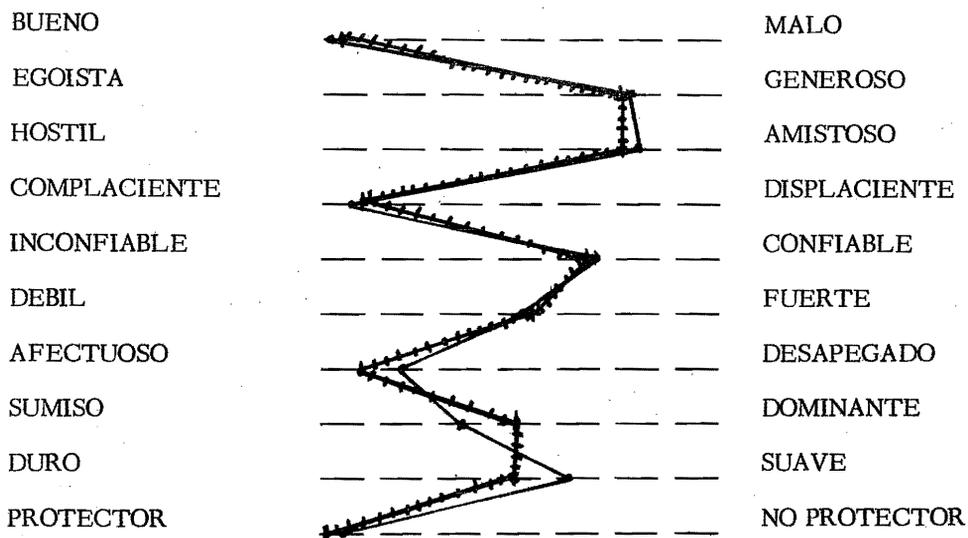


TABLA A-4

SU MADRE ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D.E.	X	D.E.
BUENO-MALO	1.15	0.36	1.40	0.99
EGOISTA-GENEROSO	6.25	1.68	6.00	1.89
HOSTIL-AMISTOSO	6.45	1.14	6.10	1.80
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.70	1.26	1.90	1.07
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.90	2.02	5.85	1.66
DEBIL-FUERTE	4.55	2.50	4.85	2.25
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.60	2.30	1.95	1.27
SUMISO-DOMINANTE	3.60	2.25	4.65	2.39
DURO-SUAVE	5.20	2.11	4.45	2.56
PROTECTOR-NO PROTECTOR	1.85	1.69	1.25	0.91

TABLA B-4

SU MADRE ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	1.25	N.S.
EGOISTA- GENEROSO	0.45	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.76	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.58	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.08	N.S.
DEBIL-FUERTE	0.40	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	1.12	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	1.45	N.S.
DURO-SUAVE	1.02	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	1.42	N.S.

GRAFICA 5

LA MUJER EN GENERAL ES

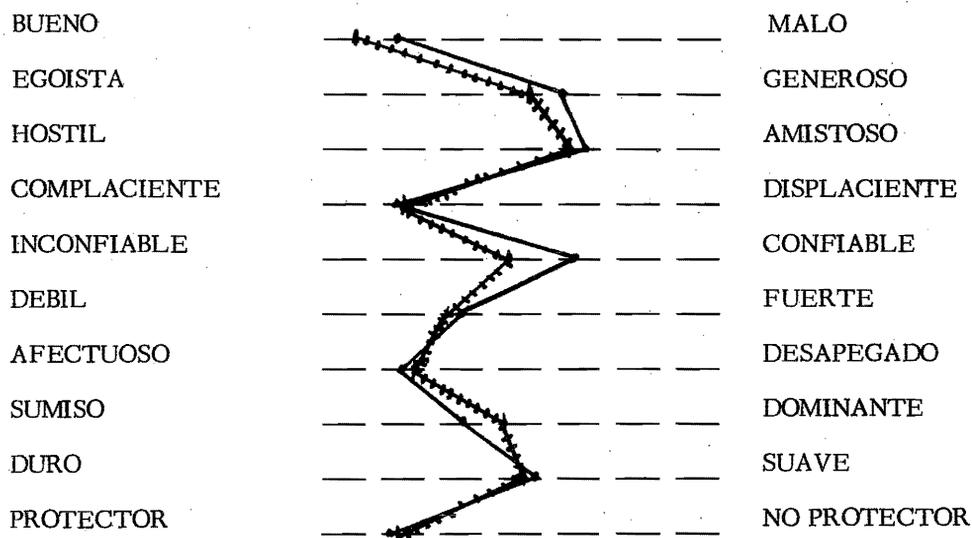


TABLA A-5

LA MUJER EN GENERAL ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	2.20	1.64	1.90	1.37
EGOISTA-GENEROSO	5.00	2.20	4.65	2.36
HOSTIL-AMISTOSO	5.60	1.84	5.35	2.23
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	2.30	1.59	2.40	2.03
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.45	1.79	4.20	2.37
DEBIL-FUERTE	3.55	2.29	3.20	2.55
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.30	1.92	2.70	2.00
SUMISO-DOMINANTE	3.55	2.13	4.15	2.41
DURO-SUAVE	4.80	2.06	4.60	2.25
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.05	1.43	2.20	1.57

TABLA B-5

LA MUJER EN GENERAL ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	0.65	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	0.49	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.39	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.17	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	1.89	0.05
DEBIL-FUERTE	0.46	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.65	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	0.84	N.S.
DURO-SUAVE	0.29	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.32	N.S.

GRAFICA 6

EL HOMBRE EN GENERAL ES

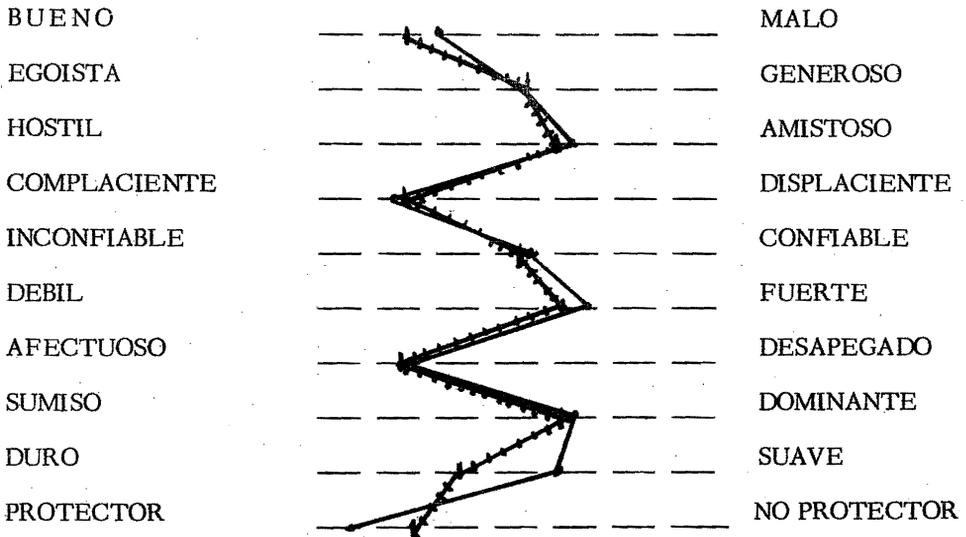


TABLA A-6

EL HOMBRE EN GENERAL ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	3.00	1.65	2.70	2.10
EGOISTA-GENEROSO	4.60	1.87	4.60	2.43
HOSTIL-AMISTOSO	5.40	1.60	5.05	2.06
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	2.40	1.18	2.55	1.93
INCONFIABLE-CONFIABLE	4.85	1.92	4.50	2.41
DEBIL-FUERTE	5.52	1.46	5.05	2.23
AFFECTUOSO-DESAPEGADO	2.95	1.87	2.65	1.98
SUMISO-DOMINANTE	5.60	1.53	5.10	1.91
DURO-SUAVE	5.25	2.17	3.60	2.32
PROTECTOR-NO PROTECTOR	1.90	0.91	2.95	2.25

TABLA B-6

EL HOMBRE EN GENERAL ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUE NO-MALO	0.50	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	0.00	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.61	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.31	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.51	N.S.
DEBIL-FUERTE	0.81	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.50	N.S.
SU MISO-DOMINANTE	0.94	N.S.
DURO-SUAVE	2.35	0.02
PROTECTOR-NO PROTECTOR	1.98	0.05

GRAFICA 7

EL ALCOHOL - LA DROGA ES

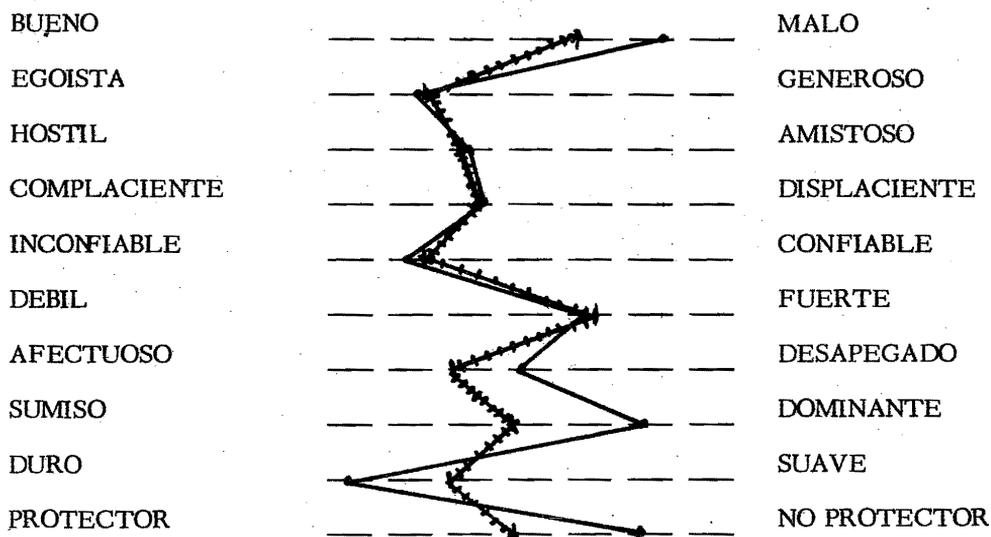


TABLA A-7

EL ALCOHOL - LA DROGA ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	6.80	0.89	5.35	2.51
EGOISTA-GENEROSO	2.60	2.23	2.65	2.43
HOSTIL-AMISTOSO	3.40	2.30	3.15	2.58
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	3.85	2.60	3.80	2.70
INCONFIABLE-CONFIABLE	2.30	2.17	2.80	2.56
DEBIL-FUERTE	5.15	2.70	5.50	2.28
AFECTUOSO-DESAPEGADO	4.30	2.57	3.15	2.54
SUMISO-DOMINANTE	6.40	1.27	4.20	3.34
DURO-SUAVE	1.60	1.18	3.00	2.22
PROTECTOR-NO PROTECTOR	6.35	1.49	4.35	2.43



TABLA B-
EL ALCOHOL- LA DROGA ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	2.50	0.01
EGOISTA-GENEROSO	0.06	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.32	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.06	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.67	N.S.
DEBIL-FUERTE	0.44	N.S.
AFFECTUOSO-DESAPEGADO	1.43	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	2.78	0.01
DURO-SUAVE	2.59	0.01
PROTECTOR-NO PROTECTOR	3.17	0.001

GRAFICA 8

LAS RELACIONES SEXUALES
EN GENERAL SON

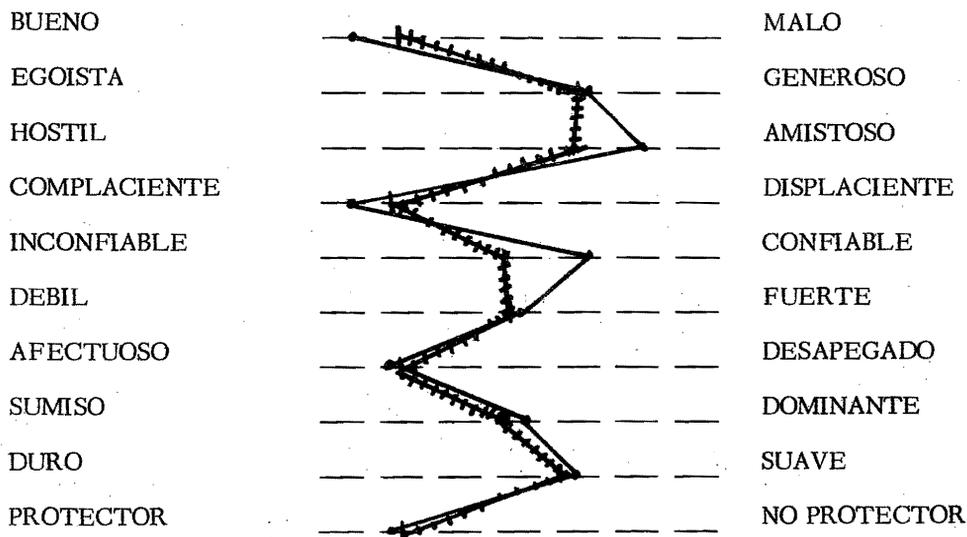


TABLA A-8

LAS RELACIONES SEXUALES
EN GENERAL SON

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	1.70	1.45	2.50	2.18
EGOISTA-GENEROSO	5.80	1.98	5.45	2.30
HOSTIL-AMISTOSO	6.55	0.60	5.45	2.06
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.75	1.37	2.30	2.05
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.65	1.90	4.20	2.58
DEBIL-FUERTE	4.85	2.27	4.50	2.41
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.15	1.90	2.50	1.82
SUMISO-DOMINANTE	4.65	2.20	4.25	2.42
DURO-SUAVE	5.45	1.84	5.10	2.31
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.40	1.56	2.70	2.15

TABLA B-8

LAS RELACIONES SEXUALES
EN GENERAL SON

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	1.40	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	0.52	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	2.39	0.02
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.01	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	2.04	0.05
DEBIL-FUERTE	0.47	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.60	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	0.75	N.S.
DURO-SUAVE	0.54	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.50	N.S.

GRAFICA 9

LA GENTE QUE TOMA - SE DROGA ES

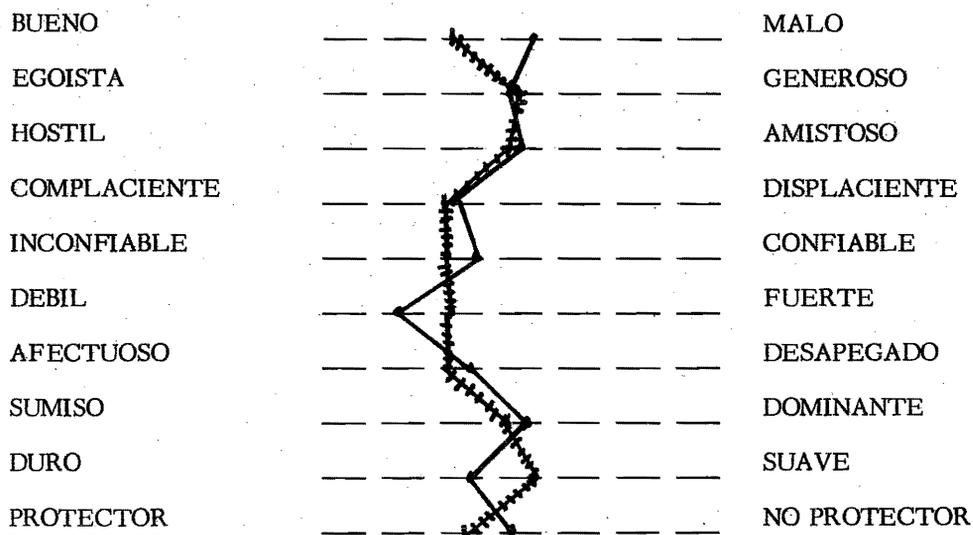


TABLA A-9

LA GENTE QUE TOMA -
SE DROGA ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D.E.	X	D.E.
BUENO-MALO	4.55	2.13	3.40	2.52
EGOISTA-GENEROSO	4.05	2.21	4.10	2.40
HOSTIL-AMISTOSO	4.60	2.30	4.30	2.34
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	3.30	2.20	3.10	2.14
INCONFIABLE-CONFIABLE	3.90	2.31	3.15	2.51
DEBIL-FUERTE	2.50	1.72	3.25	2.42
AFECTUOSO-DESAPEGADO	3.85	2.34	3.30	2.40
SUMISO-DOMINANTE	4.60	2.37	4.10	2.48
DURO-SUAVE	3.55	2.23	4.90	2.22
PROTECTOR-NO PROTECTOR	4.30	2.43	3.75	2.63

TABLA B-9

LA GENTE QUE TOMA -
SE DROGA ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	1.59	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	0.06	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.41	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.29	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	1.00	N.S.
DEBIL-FUERTE	1.15	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.74	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	0.65	N.S.
DURO-SUAVE	1.95	0.05
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.69	N.S.

GRAFICA 10

LOS AMIGOS SON

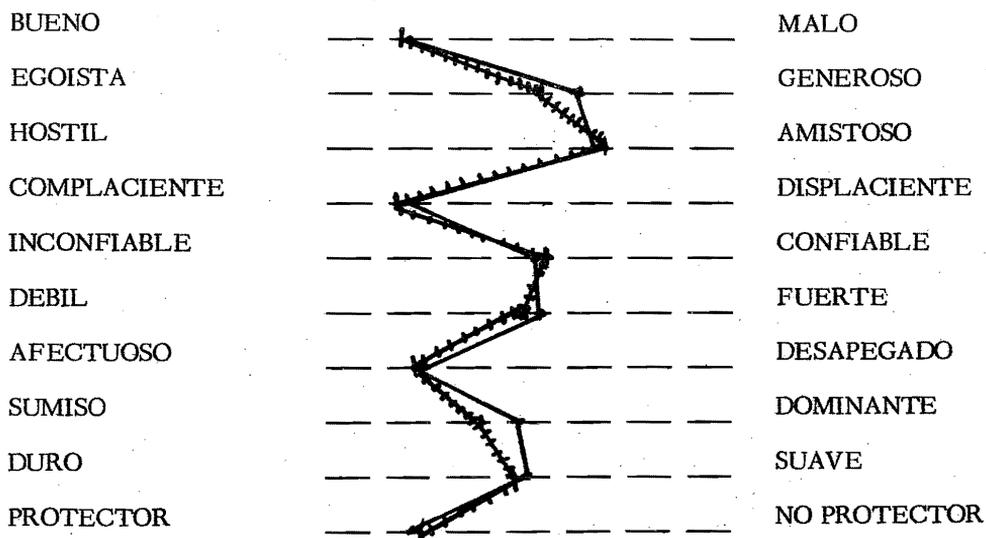


TABLA A-10

LOS AMIGOS SON

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	2.50	1.53	2.45	1.87
EGOISTA-GENEROSO	5.05	1.87	4.85	2.19
HOSTIL-AMISTOSO	5.60	1.42	5.70	1.71
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	2.45	1.46	2.35	1.42
INCONFIABLE-CONFIABLE	4.90	2.10	4.95	2.41
DEBIL-FUERTE	4.75	2.22	4.35	2.39
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.90	1.86	2.75	1.91
SUMISO-DOMINANTE	4.15	2.00	3.80	2.30
DURO-SUAVE	4.40	2.11	4.25	2.48
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.75	1.80	2.90	2.07

TABLA B-10

LOS AMIGOS SON

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	0.09	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	0.31	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	0.20	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.22	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	0.07	N.S.
DEBIL-FUERTE	0.55	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	0.25	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	0.52	N.S.
DURO-SUAVE	0.20	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.25	N.S.

GRAFICA 11

LOS HIJOS SON

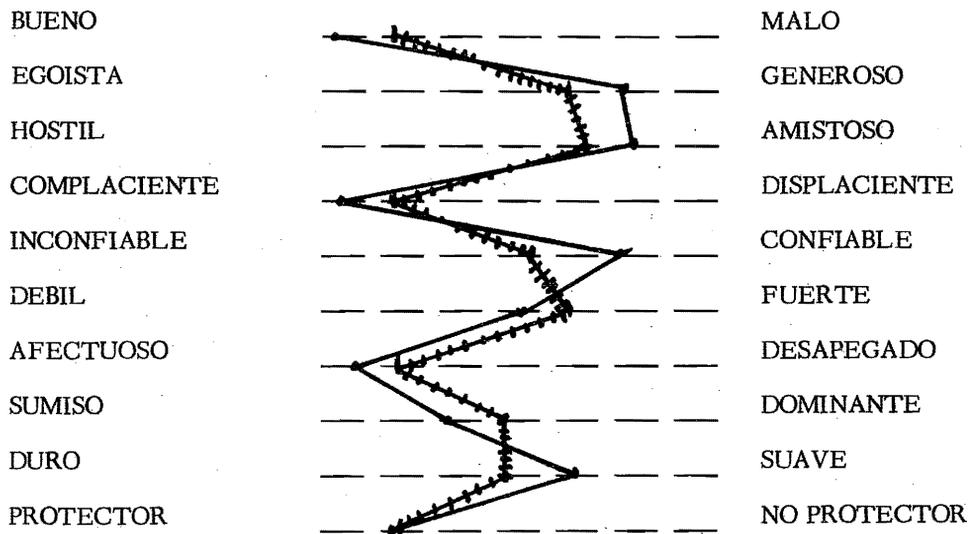


TABLA A-11

LOS HIJOS SON

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	1.30	0.47	2.35	2.00
EGOISTA-GENEROSO	6.10	1.29	5.30	2.34
HOSTIL-AMISTOSO	6.45	1.14	5.80	1.79
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.50	1.14	2.30	2.00
INCONFIABLE-CONFIABLE	6.10	1.48	4.95	2.39
DEBIL-FUERTE	4.70	2.36	5.10	2.38
AFECTUOSO-DESAPEGADO	1.95	1.79	2.60	2.30
SUMISO-DOMINANTE	3.10	2.12	4.10	2.18
DURO-SUAVE	5.45	1.93	4.25	3.07
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.50	1.82	2.55	2.13

TABLA B-11

LOS HIJOS SON

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	2.33	0.02
EGOISTA-GENEROSO	1.35	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	1.41	N.S.
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	1.60	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	1.88	0.05
DEBIL-FUERTE	0.54	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	1.01	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	1.49	N.S.
DURO-SUAVE	1.50	N.S.
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.08	N.S.

GRAFICA 12

LA SOCIEDAD ES

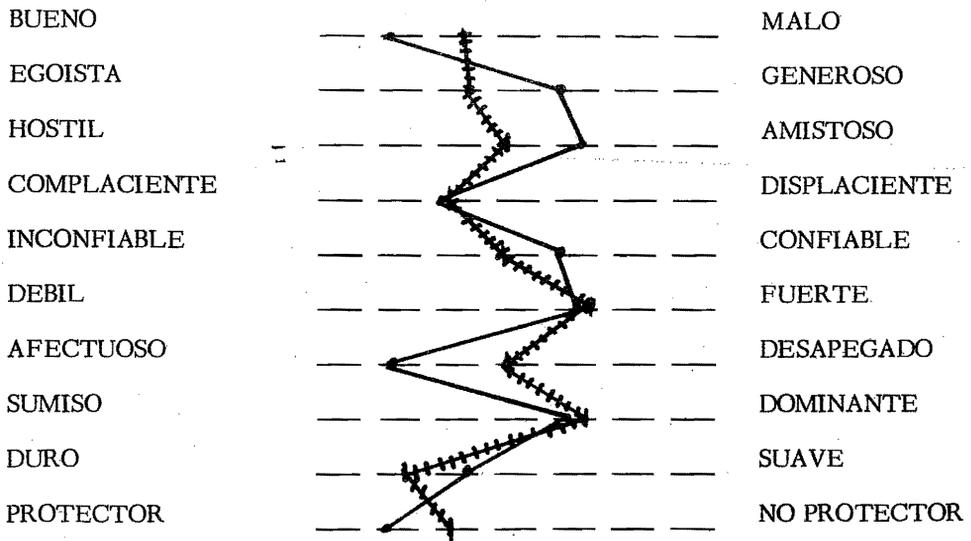


TABLA A-12

LA SOCIEDAD ES

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	2.10	1.25	3.60	3.12
EGOISTA-GENEROSO	5.05	2.23	3.80	2.52
HOSTIL-AMISTOSO	5.55	1.67	4.10	2.53
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	3.20	1.93	3.40	2.37
INCONFIABLE-CONFIABLE	5.00	1.86	4.15	2.32
DEBIL-FUERTE	5.40	1.87	5.80	1.85
AFECTUOSO-DESAPEGADO	2.70	1.83	4.20	1.19
SUMISO-DOMINANTE	5.20	1.79	5.60	2.03
DURO-SUAVE	3.95	2.18	2.70	2.05
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.25	1.48	3.50	2.41

TABLA B-12

LA SOCIEDAD ES

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	2.02	0.05
EGOISTA-GENEROSO	1.68	N.S.
HOSTIL-AMISTOSO	2.16	0.02
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	0.29	N.S.
INCONFIABLE-CONFIABLE	1.30	N.S.
DEBIL-FUERTE	0.68	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	3.19	0.001
SUMISO-DOMINANTE	0.66	N.S.
DURO-SUAVE	1.89	0.05
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.09	0.05

GRAFICA 13

LAS AUTORIDADES SON

BUENO

EGOISTA

HOSTIL

COMPLACIENTE

INCONFIABLE

DEBIL

AFECTUOSO

SUMISO

DURO

PROTECTOR

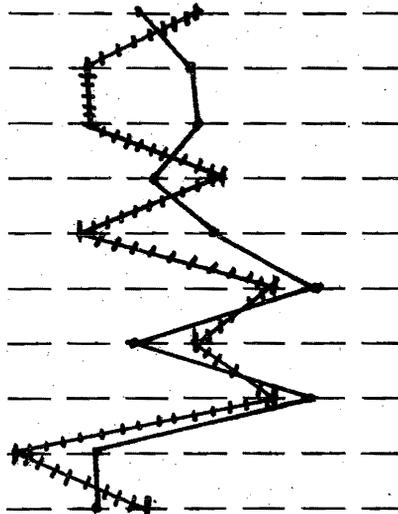


TABLA A-13

LAS AUTORIDADES SON

	GRUPO A		GRUPO F	
	X	D. E.	X	D. E.
BUENO-MALO	3.35	2.23	4.35	2.45
EGOISTA-GENEROSO	4.00	2.36	2.75	2.02
HOSTIL-AMISTOSO	4.05	2.23	2.70	2.07
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	3.60	2.11	4.95	2.23
INCONFIABLE-CONFIABLE	4.60	2.21	2.75	2.33
DEBIL-FUERTE	6.15	1.46	5.80	2.09
AFECTUOSO-DESAPEGADO	3.50	2.23	4.50	2.41
SUMISO-DOMINANTE	6.00	1.41	5.60	2.37
DURO-SUAVE	2.85	2.05	1.45	0.76
PROTECTOR-NO PROTECTOR	2.80	2.06	3.35	2.47

TABLA B-13

LAS AUTORIDADES SON

	GRUPOS "t"	A y F P
BUENO-MALO	1.36	N.S.
EGOISTA-GENEROSO	1.83	0.05
HOSTIL-AMISTOSO	2.01	0.05
COMPLACIENTE-DISPLACIENTE	2.01	0.05
INCONFIABLE-CONFIABLE	2.60	0.01
DEBIL-FUERTE	0.54	N.S.
AFECTUOSO-DESAPEGADO	1.38	N.S.
SUMISO-DOMINANTE	0.66	N.S.
DURO-SUAVE	2.97	0.01
PROTECTOR-NO PROTECTOR	0.77	N.S.

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS, SUMARIO Y CONCLUSIONES

Para el análisis de las Tablas y de las Gráficas anteriores, denominamos Grupo A al grupo alcohólico y Grupo F al grupo farmacodependiente, correspondiendo las líneas continuas al primero y las líneas cruzadas al segundo.

Las Gráficas corresponden a las medias de los dos grupos: = alcohólicos y farmacodependientes. Las Tablas "A" contienen las medias y las desviaciones estándar de los mismos grupos, de cada uno de los trece conceptos y diez escalas del Diferencial Semántico aplicado. Las Tablas "B" contienen la prueba "t" de Student y la P (probabilidad del azar) comparando ambos grupos.

En primer lugar observaremos los resultados de las Tablas A-1, B-1 y Gráfica 1 correspondiente (Págs. 59, 60 y 61). El primer concepto es MI TRABAJO ES el cual no muestra ninguna diferencia estadísticamente significativa, presentando ambos grupos una actitud positiva hacia este concepto; de tal manera, que aceptamos nuestra hipótesis nula para esta variable.

La Gráfica 2, Tablas A-2, B-2 (Págs. 62, 63 y 64) sobre el concepto USTED ES no muestra ninguna diferencia estadísticamente significativa a excepción de la escala HOSTIL-AMISTOSO en la cual sí encontramos diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05 cargado hacia el grupo alcohólicos. En general este concepto fue evaluado por ambos grupos en forma regular positiva, por lo cual aceptamos nuestra hipótesis nula.

En la Gráfica 3, así como en las Tablas A-3, B-3 (Págs. 65, 66 y 67), se juzgó el concepto SU PADRE ES donde son pocas las escalas calificadas positivamente, siendo que la mayoría tiende hacia la neutralidad excepto en las siguientes escalas en donde sí se encontró diferencias estadísticamente significativas: EGOISTA-GENEROSO a nivel de 0.02 y en la escala DEBIL-FUERTE a nivel de 0.05 cargadas las diferencias al grupo farmacodependiente.

En la Gráfica 4, y en las Tablas A-4, B-4 (Págs. 68, 69 y 70), el concepto a juzgarse fue SU MADRE ES el cual no muestra diferencias estadísticamente significativas, quedando dicho concepto evaluado en general por ambos grupos en forma positiva por lo cual aceptamos nuestra hipótesis nula en su totalidad.

La Gráfica 5, y Tablas A-5, B-5 (Págs. 71, 72 y 73), las -
cuales se refieren al concepto LA MUJER EN GENERAL ES. -
Este concepto en general fue juzgado positivamente por -
ambos grupos a excepción de la escala INCONFIABLE-CONFIA -
BLE donde encontramos diferencia estadísticamente signifi -
cativa a nivel de 0.05.

Como se podrá observar en la Gráfica 6, y Tablas A-6 y B-6
(Págs. 74, 75 y 76), se juzgó el concepto EL HOMBRE EN -
GENERAL ES siendo evaluado en forma positiva por ambos -
grupos encontrándose diferencias estadísticamente significa -
tivas en las escalas DURO-SUAVE a nivel de 0.02 y en la -
escala PROTECTOR-NO PROTECTOR a nivel de 0.05.

El concepto mostrado en la Gráfica 7 y Tablas A-7 y B-7 -
(Págs. 77, 78 y 79), es EL ALCOHOL-LA DROGA ES el cual fue
evaluado en forma negativa en general por ambos grupos a -
excepción de las siguientes escalas en donde sí se encon -
traron diferencias estadísticamente significativas: BUENO-
MALO a nivel de 0.01, SUMISO-DOMINANTE a nivel también de
0.01, DURO-SUAVE a nivel de 0.01 y PROTECTOR-NO PROTECTOR
a nivel de 0.001.

El concepto LAS RELACIONES SEXUALES EN GENERAL SON (Págs.

80, 81 y 82), fue juzgado en forma general positivamente, a excepción de las escalas HOSTIL-AMISTOSO a nivel de 0.02 e INCONFIABLE-CONFIABLE a nivel de 0.05.

El concepto LA GENTE QUE TOMA-LA GENTE QUE SE DROGA ES (Págs. 83, 84 y 85), fue evaluado en general por ambos grupos en forma neutral a excepción de la escala DURO-SUAVE en donde sí encontramos diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05.

En la Gráfica 10, Tablas A-10 y B-10 (Págs. 86, 87 y 88) se juzgó el concepto LOS AMIGOS SON el cual no presenta ninguna diferencia estadísticamente significativa; en general este concepto fue juzgado en forma positiva por ambos grupos por lo cual nuestra hipótesis nula quedó con firmada en su totalidad.

El concepto LOS HIJOS SON que se encuentra en la Gráfica 11, Tablas A-11 y B11 respectivas (Págs. 89, 90 y 91), fue juzgado positivamente por ambos grupos excepto en las escalas BUENO-MALO a nivel de 0.02 e INCONFIABLE-CONFIA-BLE a nivel de 0.05, en donde sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La Gráfica 12 y las Tablas A-12 y B-12 (Págs. 92, 93 y

94) en donde se juzgó el concepto LA SOCIEDAD ES nos muestran que en forma general este concepto fue evaluado en forma más positiva por el Grupo A. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas BUENO-MAJO a nivel de 0.05, HOSTIL-AMISTOSO en un nivel de 0.02, AFECTUOSO-DESAPEGADO a nivel de 0.001, DURO-SUAVE a nivel de 0.05 y PROTECTOR-NO PROTECTOR a un nivel de 0.05.

Por último, la Gráfica 13 y las Tablas A-13 y B-13 (Págs. 95, 96 y 97), evaluó el concepto LAS AUTORIDADES SON fue evaluado en general más positivamente por el Grupo A; sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas: EGOISTA-GENERO SO a nivel de 0.05, HOSTIL-AMISTOSO a nivel de 0.05, COMPLACIENTE-DISPLACIENTE a nivel de 0.05, INCONFIABLE-CONFIABLE a nivel de 0.01 y por último DURO-SUAVE también a nivel de 0.01.

INTERPRETACION DE LOS DATOS.

No hay diferencias en el nivel ocupacional como se ha demostrado en estudios anteriores (Lara Tapia), debido a la homogeneidad que existe dentro de este sistema de seguridad social. El nivel ocupacional está dado por la diferencia de edad, mostrando que este factor es facilitador

ó reforzador de determinado tipo de patologías. En otras palabras, los casos de alcohólicos por regla general corresponden a sujetos adultos; en el caso de adicción a drogas se ve determinado por el sexo (mujeres adictas a analgésicos, tranquilizantes y anfetaminas), (Lara Tapia y Vélez). Así mismo, los sujetos alcohólicos siempre trabajan e incluso son reforzados en su patología por su sistema, mientras que los farmacodependientes tienen como característica general el ser desocupados (Torres et al.).

A continuación expondremos la interpretación de los datos. En el concepto USTED ES se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la escala HOSTIL-AMISTOSO en donde el Grupo A se considera más amistoso que el Grupo F. Pensamos que la diferencia se puede deber a dos aspectos: al efecto de la droga por sí misma ó bien por el menor rechazo que el alcohol tiene en nuestra sociedad en comparación con la droga. Por otra parte, el alcohólico tiene una muestra objetiva de la benevolencia social en su atención médica y cuidados laborales pese a su conducta patológica. Al mismo tiempo es evidente la influencia de la cultura en cuanto a los reforzadores afectivos que tiene un sujeto en sus relaciones interpersonales e influenciada por la propia patología del sujeto cuya adicción ya sea a las

drogas o al alcohol siempre se desarrolla en compañía de otros sujetos. Esto implica por otro lado la agresión a otras personas.

En el concepto SU PADRE ES se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas: EGOISTA-GENEROSO y DEBIL-FUERTE. Para el Grupo A el padre es calificado más generosamente que para el Grupo F, ésto se debe posiblemente a que el sujeto alcohólico ya no vive con su padre, mientras que el sujeto farmacodependiente está aún bajo la autoridad y protección del mismo, lo cual le está generando conflictos de autoridad con esta figura. Además, los datos clínicos indican la existencia de un padre "distante" y más pasivo en general en relación a los farmacodependientes.

En el concepto LA MUJER EN GENERAL ES encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la escala INCONFIABLE-CONFIABLE, ya que el Grupo A la percibe como más confiable que el Grupo F, ésto se debe probablemente

a que el farmacodependiente por su edad y patología tiende a tener más relaciones con sujetos de su mismo sexo - por lo que la actitud que tienen hacia la mujer tiende a la neutralidad; por otra parte, se han encontrado conductas sexuales menos definidas ó ausentes en éstos.

En el concepto EL HOMBRE EN GENERAL ES se encontraron - diferencias estadísticamente significativas en las escalas DURO-SUAVE y PROTECTOR-NO PROTECTOR. Para el Grupo A el concepto mencionado es más suave y más protector que - lo que es para el Grupo F, tal vez ésto es debido a que - el alcohólico no se siente tan rechazado por los hombres - puesto que forma parte de dicho grupo adulto, mientras - que el farmacodependiente por ser adolescente no ha desarrollado una adecuada identificación psicosexual y de su rol social, por lo que muestra una actitud menos positiva. Otro aspecto que puede influir en la percepción del sexo es su conducta sexual como comentamos al respecto en el - concepto anterior. En lo que se refiere a la escala PROTECTOR-NO PROTECTOR el Grupo F al no estar integrado con este grupo social se siente desprotegido.

En el concepto EL ALCOHOL-LA DROGA ES se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas siguientes: BUENO-MALO en donde se encontró una evalua-

ción más negativa por el Grupo A y más neutral por el Grupo F, ésto se puede deber probablemente a que el alcohólico se da cuenta de que el alcohol le ha provocado problemas tanto a un nivel social como personal: SUMISO-DOMINANTE también presentó diferencia estadísticamente significativa, el Grupo A ve al alcohol como más dominante de lo que lo ve el Grupo F, el cual lo evaluó (la droga) en forma neutral, probablemente esto se debe a que el Grupo A, a pesar de los problemas que le trae su ingesta alcohólica no puede dejarla ocasionado por la dependencia tanto física como psíquica que le produce, por lo cual la percepción del dominio que sobre ellos ejerce el alcohol se hace más obvia; DURO-SUAVE, en esta escala también existe diferencia estadísticamente significativa, el Grupo A percibe al alcohol como más duro que el juicio que tiene el Grupo F con respecto a la droga, al parecer, ésto se puede deber a que el alcohólico por un lado no puede abstenerse de tomarlo y por el otro, una vez que comienza con su ingestión no la puede abandonar. En cambio, es evidente la falta de abstracción del farmacodependiente frente a las drogas. La escala PROTECTOR-NO PROTECTOR tuvo diferencia estadísticamente significativa. El Grupo F tiende hacia la neutralidad, mientras que para el Grupo A resulta menos

protector, La no-protección del alcohólico se puede deber a que bajo los efectos del alcohol el sujeto pierde control de sus actos, se torna en un sujeto irresponsable ocasionándole problemas.

En el concepto LAS RELACIONES SEXUALES EN GENERAL SON se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas: HOSTIL-AMISTOSO e INCONFIABLE-CONFIABLE. El Grupo F juzga este concepto como más hostil y más inconfiable de lo que lo juzga el Grupo A debido posiblemente a que el efecto del fármaco los haga "asexuales" además de que en esta edad se relacionan más y mejor con personas de su mismo sexo. Esto se correlaciona con la impresión anterior respecto a la identificación psicosexual y social más deficiente en el farmacodependiente.

El concepto LA GENTE QUE TOMA-LA GENTE QUE SE DROGA ES mostró solamente una diferencia estadísticamente significativa en la escala DURO-SUAVE. En lo que respecta a esta escala, el Grupo F la percibe menos dura que el Grupo A. Probablemente el alcohólico ve a la gente que toma más dura puesto que piensa que ella es capaz de poder hacer todo cuando está bajo los efectos del alcohol, aunque implica la abstracción de conductas más agresivas que ocurren

en estados de intoxicación.

El concepto LOS HIJOS SON mostró las siguientes diferencias estadísticamente significativas en las escalas BUENO-MALO e INCONFIABLE-CONFIABLE. La diferencia en estas dos escalas se puede deber a que por la edad el Grupo A va a ver a sus hijos como buenos y confiables, mientras que el Grupo F al juzgar este concepto asumió el papel de hijo y por lo tanto se ve a sí mismo menos bueno y más inconfiable.

En el concepto LA SOCIEDAD ES se encontraron varias diferencias estadísticamente significativas en las escalas: BUENO-MALO, HOSTIL-AMISTOSO, AFECTUOSO-DESAPEGADO, DURO-SUAVE y PROTECTOR-NO PROTECTOR. La escala BUENO-MALO fue juzgada más positivamente por el Grupo A tal vez debido a que la sociedad acepta que los sujetos beban, mientras que socialmente la farmacodependencia se ve más rechazada. En la escala HOSTIL-AMISTOSO el grupo alcohólico muestra una estimación más favorable que el Grupo F. Tal diferencia se puede deber a que el farmacodependiente se siente más rechazado por el grupo social y es más perseguido incluso a nivel policíaco que el alcohólico. La escala AFECTUOSO-DESAPEGADO fue juzgada más positivamente

por el alcohólico debido tal vez al hecho de que la sociedad ha aceptado la toma de alcohol por sus miembros y que siempre, en general, la ingesta de alcohol se realiza en grupos que tienen mayor participación afectiva, mientras que en los efectos de la droga tenemos una indiferencia afectiva pese a su empleo en grupo. En la escala DURO-SUAVE vemos que el Grupo F lo juzgó en forma más dura de lo que lo hizo el Grupo A, probablemente esto se deba a que la sociedad ejerce más presión y es más severa sobre el Grupo F que sobre el Grupo A y con más conductas punitivas hacia ellos. En la escala PROTECTOR-NO PROTECTOR el Grupo A evaluó este concepto en forma más protectora posiblemente debido a la dependencia y pasividad que muestra este tipo de sujetos.

En el concepto LAS AUTORIDADES SON sí encontramos diferencias estadísticamente significativas en las escalas siguientes: EGOISTA-GENEROSO, HOSTIL-AMISTOSOS, COMPLACIENTE-DISPLACIENTE, INCONFIABLE-CONFIABLE y DURO-SUAVE. En las escalas EGOISTA-GENEROSO y HOSTIL-AMISTOSO EL Grupo F las consideró como más hostiles y egoistas que el Grupo A. Se puede deber lo anterior a que nuestras autoridades castigan más severamente al Grupo F. Esto puede verse si se examinan los perfiles de identificación de la sociedad y los de este re-

activo, por lo cual puede observarse que existe una percepción de la sociedad similar a la de la autoridad la cual se identifica de esta forma. En la escala COMPLACIENTE-DISPLACIENTE el Grupo A la vió como más complaciente que el Grupo F y ya en forma evidente por las consideraciones que anotábamos con anterioridad, es decir, el alcohólico en nuestra muestra es más reforzado en su patología.

SUMARIO.

Este estudio se realizó con dos grupos de sujetos, compuesto cada uno por 20 personas con diagnóstico de alcoholismo y farmacodependencia, pacientes todos del Sanatorio Subroga do Floresta; los dos grupos no son comparables ni en edad, ni en escolaridad, como tampoco en ocupación, ya que el farmacodependiente es joven y se dedica a la vagancia, mientras que el alcohólico es adulto y trabaja.

La técnica utilizada fue la del Diferencial Semántico de Osgood con el objeto de medir las actitudes respecto a varios conceptos, basado en los antecedentes clínicos en otras áreas de la psicopatología en nuestro medio.

Los resultados indican que en aquellos casos en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas quedó confirmada nuestra hipótesis nula y estas similitudes están dadas probablemente por ser ambos considerados como trastornos de la personalidad. Mientras que en los casos en los que sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en donde se confirma nuestra hipótesis alterna, las diferencias están dadas posiblemente por aprendizaje social.

Nuestros resultados confirman nuestra hipótesis general acerca

ca de la gran similitud de los farmacodependientes y los alcohólicos en cuanto a sus procesos cognitivos alterados, lo cual implica la posibilidad de terapéuticas similares.

CONCLUSIONES.

Analizando nuestros resultados y de acuerdo con nuestros antecedentes concluimos lo siguiente:

1. El concepto MI TRABAJO ES fue evaluado en forma similar y positiva por ambos grupos.
2. El concepto USTED ES fue juzgado en forma similar y favorable por ambos grupos a excepción de la escala HOSTIL-AMISTOSO, donde la calidad de amistoso está más cargada para el Grupo A, lo cual no resulta congruente con nuestros antecedentes, ya que el Grupo A de acuerdo con los mismos es un sujeto hostil y en ocasiones ingresa al servicio psiquiátrico por agresión.
3. El concepto SU PADRE ES fue evaluado por ambos grupos en forma positiva a excepción de las escalas EGOISTA-GENEROSO y DEBIL-FUERTE. Para el Grupo A el padre es calificado más genrosamente y tiende a ser menos potente que para el Grupo F. En lo que respecta a esta última escala podemos decir que sí corresponde con los antecedentes ya que generalmente el padre del Grupo F es un sujeto ausente, débil, distante y pasivo y en lo que respecta a la escala EGOISTA-GENEROSO también encontramos congruencia con los antecedentes ya

que el padre del farmacodependiente ejerce su autoridad sobre él.

4. El concepto SU MADRE ES fue evaluado positivamente - por ambos grupos ya que la madre da una sobreprotección marcada a los hijos independientemente de su patología y en especial la madre del farmacodependiente con lo cual se corroboran nuestros antecedentes.
5. El concepto LA MUJER EN GENERAL ES se evaluó menos positivamente por ambos grupos excepto en la escala INCONFIABLE-CONFIABLE en donde sí se encontró diferencia estadísticamente significativa, estando la calidad de confiable más cargada hacia el Grupo A, debido a la - edad y a que son sujetos generalmente casados por lo - que su actitud es más positiva.
6. El concepto EL HOMBRE EN GENERAL ES fue evaluado por - ambos grupos en forma positiva a excepción de las escalas: DURO-SUAVE y PROTECTOR-NO PROTECTOR. Para el - Grupo A el concepto mencionado es más potente en lo que se refiere a duro. Tal diferencia entre ambos grupos - se debe a que el Grupo F carece de una identificación - psicosexual e integración adecuada.
7. El concepto EL ALCOHOL-LA DROGA ES fue juzgado en general en forma negativa excepto en las siguientes escalas:

BUENO-MALO, estando más cargada en calidad hacia bueno por Grupo F; SUMISO-DOMINANTE, en donde la fuerza de dominante se encuentra cargada hacia el Grupo A; DURO-SUAVE, la potencia de duro está cargada más hacia el Grupo A y PROTECTOR-NO PROTECTOR. Todas estas diferencias están involucrando un grado más alto de abstracción por parte del Grupo A.

8. El concepto LAS RELACIONES SEXUALES EN GENERAL SON fue juzgado en forma general positiva a excepción de las escalas: HOSTIL-AMISTOSO e INCONFIABLE-CONFIABLE, encontrándose se la calidad de hostil y de inconfiable cargada hacia el Grupo F. Esta escala se relaciona con el concepto de LA MUJER EN GENERAL ES por lo que se establece que por la edad, por la falta de identificación psicosexual y por el efecto de la droga, el sujeto farmacodependiente muestra estas diferencias con el Grupo A.
9. El concepto LA GENTE QUE TOMA- LA GENTE QUE SE DROGA ES en forma general fue evaluado neutramente por ambos grupos a excepción de la escala DURO-SUAVE, en donde la calidad de duro está cargada hacia el Grupo A. Este grupo considera que la gente que toma es más dura, lo que está implicando un grado mayor de abstracción que el que el Grupo F tiene con respecto a la gente que se droga.

10. El concepto LOS AMIGOS SON fue juzgado en general en forma positiva por ambos grupos. En lo que respecta a nuestro Grupo F lo anterior concuerda con los antecedentes ya que estos sujetos manifiestan como motivación importante para el uso de drogas su deseo de socialización y en el Grupo A la solidaridad es reforzada por su grupo social adulto.
11. El concepto LOS HIJOS SON fue evaluado positivamente por ambos grupos excepto en las escalas BUENO-MALO e INCONFIABLE-CONFIABLE, en donde la calidad de bueno y de confiable se cargó más hacia el Grupo A. Las diferencias en estas dos escalas se deben a que cada uno de los grupos asumió su respectivo rol social.
12. El concepto LA SOCIEDAD ES fue juzgado menos favorable por el Grupo F. En este concepto se encontraron cinco diferencias estadísticamente significativas: BUENO-MALO, HOSTIL-AMISTOSO, AFECTUOSO-DESAPEGADO, en donde la calidad de bueno, amistoso y afectoso se cargó más hacia el Grupo A; DURO-SUAVE y PROTECTOR-NO PROTECTOR, cargándose la fuerza de duro hacia el Grupo F. Las diferencias entre el Grupo A y el Grupo F se deben a que en general los sujetos

farmacodependientes se sienten más rechazados por la sociedad por lo que presentan evaluaciones más negativas - hacia este concepto, mientras que los sujetos alcohólicos lo evaluaron más positivamente ya que la sociedad en general no ejerce tanto castigo sobre ellos sino que por el contrario, refuerzan su patología.

13. El último concepto a evaluarse fue el de LAS AUTORIDADES SON el cual fue juzgado más positivamente por el Grupo A. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas: EGOISTA-GENEROSO, HOSTIL-AMISTOSO, COMPLACIENTE-DISPLACIENTE, INCONFIABLE-CONFIABLE, - cargándose más la calidad de generoso, amistoso, complaciente y confiable hacia el Grupo A; y en DURO-SUAVE en la cual la potencia de duro está más cargada hacia el Grupo F. Existe una percepción similar entre este concepto y el anterior ya que el Grupo F lo va a ver más negativamente por las acciones punitivas que las autoridades ejercen sobre él, mientras que éstas van a ser más benevolentes con el Grupo A.

Como última conclusión, podemos decir que los significados son similares dentro de una cultura particular como resultado de un troquelado psicológico; sin embargo, estos significados se pueden ver alterados por la experien-

cia personal, lo cual está implicando un aprendizaje social siendo determinado por un ambiente sano ó enfermo.

Por lo anterior sugerimos que se lleven a cabo más investigaciones con esta herramienta en diferentes niveles socioeconómicos y con diferentes grupos patológicos a fin de ver hasta donde los significados de muchos signos reflejan la idiosincracia cultural y difieren del aprendizaje social

B I B L I O G R A F I A

- ALCARAZ, V.M. et al.
Pautas de Crianza y Delincuencia.
Primer Congreso Mexicano de Psicología. Memorias.
pp. 237-243, 1974
- ALLPORT, GORWON
Handbook of Social Psychology.
(1935)
- BELSASSO, GUIDO
Alcoholismo - Consideraciones Previa.
CEMEF Informa, Vol. IV,
No. 2, Febrero, 1976

¿Cómo Identificar las Drogas y sus Usuarios?
CEMEF, 1976
- BRAU, JEAN LOUIS
Historia de las Drogas.
Edit. Bruquera, Barcelona,
(1973)
- BROOK, ROBERT et al.
Personality Characteristics of Adolescent and Amphetamine Users as Measured by the MMPI.
Br. J. Addict, Vol. 64, pp. 61-66, 1972
- BROWN, ROGER
Social Psychology.
London, Collier-Macmillan Limited, pp. 549-609, (1965)
- CLARAC, P. y ROSALES DE PARRA, L.
Investigación Social sobre el Adolescente Farmacodependiente en el D. F. y Zonas Colindantes.
Cuadernos Científicos CEMEF
Marzo, 1976

CYMET, CECILIA

Comparación de Algunos Conceptos entre el Esquizofrénico y sus Madres a través del Diferencial Semántico.
Tesis Profesional, U.I.A., México, 1972

DIAZ-GUERRERO, R. y SALAS, M.

El Diferencial Semántico del Idioma Español.
Edit. Trillas, 1945

DOOB, LEONARD W.

The Behavior of Attitudes.
Psychological Review, 54, pp. 135-156, 1947

ESTRADA, GUADALUPE

Homosexualidad Masculina. Un Estudio sobre las Relaciones Padre-Hijo-Madre.
Tesis Profesional, U.N.A.M. México, 1970

EY, HENRY et al.

Tratado de Psiquiatría.
Barcelona, pp. 315-324, 636-670, 1965

FORGUS, RONALD H.

Percepción. Proceso Básico en el Desarrollo Cognoscitivo.
Edit. Trillas, México, pp. 338-368, 1972

GLATT, M.M.

The "Loss of Control" Problem.
Nursing Times, 71 (19), pp. 777-779, 1975

Why and How People Become Alcoholics?
Nursing Times, 71 (19), May, pp. 723-725, 1975

JESS, LORD R.

Mariguana and Personality Change.
Lexington Books, pp. 2-8, 1972

- JONES, B. y PARSONS, O.A.
Impaired Abstracting Ability in Chronic Alcoholics. Archives of General Psychiatry, Vol. 24, No. 1, pp. 71-75, January, 1971
- LAFARGA, J.
Encuesta Sobre las Actitudes del Estudiante de una Universidad Privada en México ante el Uso de Drogas. Comunidad, V, 35, México, 1972
- LARA TAPIA, H. y VELEZ, J.
Alcoholismo y Farmacodependencia en un Sistema de Seguridad Social. Un Estudio Epidemiológico. Salud Pública de México, Ep. V, Vol. XVII, No. 3, Mayo-Junio, pp. 387-395, 1975
- LARA TAPIA, H. y ESPINOSA, R.
La Hospitalización Psiquiátrica en un Sistema de Seguridad Social. Salud Pública de México, Vol. 18, No. 5, pp. 901-910, 1976
- LARA TAPIA, H. y LARA TAPIA, L.
Premisas Socioculturales y Psicopatología. VII Congreso Nal. de Ciencias Neurológicas y Psiquiátricas, Mayo, 1974
- MELLO, N.K. et al.
A Quantitative Analysis of Drinking Patterns in Alcoholics. Archives of General Psychiatry, Vol. 25, No. 6, pp. 527-539, Dec. 1971
- MCA REE, R. et al.
Personality Factors of Drug Usage in College Students. Am. J. of Psychiatry, 128, 7, January, 1972
- MC GUIGAN, F.J.
Psicología Experimental. Enfoque Metodológico. Edit. Trillas, pp. 120-146, 143 181-182, México, 1973

NERVIANO, V.J.

Common Personality Patterns
among Alcoholic Males. A
Multivariate Study.
J. of Consulting and Clinical
Psychology, Vol. 44, No. 1,
pp. 104-110, 1976

NOYES, y KOLB, L.C.

Psiquiatría Clínica Moderna.
La Prensa Médica Mexicana,
pp. 227-247, 586-602, 603-614,
México, 1974

OAKLEY, RAY

Drugs, Society, and Human Be-
havior.
The C. V. Mosbey Company,
Saint-Louis, 1972

OSGOOD, CHARLES

Curso Superior de Psicología
Experimental. Método y Teoría
Edit. Trillas, pp. 851-969,
México, 1969

Cross-Cultural Comparability
in Attitude Measurement via
Multilingual Semantic Different
tials.
Curr. Studies in Social Psycho-
logy, (1935)

OSGOOD, CHARLES et al.

The Measurement of Meaning.
University of Illinois Press

PITTMAN, DAVID.

Alcoholismo. Un Enfoque Inter-
disciplinario.
Edit. Horme, Psicología de Hoy
1966

PLINER, P. y CAPELL, H.

Generational Differences in Drug Classification. A Semantic Differential Study of Some University Students and Their Parents. Br. Journal Addict, Vol. 51, pp. 76-82, 1971

REES, LINFORD

A Short Textbook of Psychiatry. The English University Press, Ltd., pp. 219-235, 1967

RENDON, R. y VALEDON, C.

Drogadicción y Adolescencia. Epidemiología y Psicopatología. 1er. Simposio Venezolano para el Uso Indebido de Drogas, Caracas, Noviembre, 1972

ROPP, ROBERT

Las Drogas y la Mente. Cfa. Edit. Continental, pp. 97-137, 1973

SALAZAR, M.

Actitud de un Grupo de Estudiantes Universitarios hacia la Droga. CEMEF Informa, Año IV, Vol. IV, No. 12, Diciembre, 1976

SCHNAAS, L.

Estudio de Casos sobre Características Socioeconómicas y de Personalidad de Adolescentes Infractores Usuarios de Sustancias Volátiles. CEMEF Informa, Vol. III-IV, Abril, 1975

SOVEIF, M.I. y SEQUOIA, E.

Drugs and Alcohol Dependence. I Lausanne, Switzerland, pp. 125-154, 1975

YATES, AUBREY

Terapia del Comportamiento.
Edit. Trillas, pp. 349-367,
1975

ZERMEÑO, BAUDELIO

Psicología del Adolescente en
Relación con la Farmacodepen-
dencia.

Conferencia Sustentada en el
Auditorio de la Procuraduría
Gral. de Justicia del Distrito
y Territorios Federales, Octu-
bre 1972

ZERMEÑO, G. et al.

Características Socioculturales
y Familiares del Adolescente
Infractor Farmacodependiente.
Cuadernos Científicos CEMEF,
Vol. V, Marzo, 1976

TABLA DE NIVELES OCUPACIONALES ANEXO A

NIVEL 1

MINISTRO
MEDICO
LICENCIADO
PROFESOR UNIVERSITARIO
GERENTE GENERAL

NIVEL 2

CONTADOR PRIVADO
MAESTRO MEDIO
CAPITAN
JEFE OFICINA
AGENTE DE SEGUROS

NIVEL 3

AGENTE VIAJERO
EMPLEADO
SARGENTO
DUEÑO DE ABARROTES
TENEDOR DE LIBROS

NIVEL 4

CARPINTERO
MECANICO
COCINERO
ELECTRICISTA
DEPENDIENTE DE TIENDA

NIVEL 5

OBRERO
CAMIONERO
MOZO
MESERO
PELUQUERO
SOLDADO

NIVEL 6

CONSERJE
BARRENDERO
ESTIBADOR
JORNALERO
VELADOR
CAMPEÑO
PEON ALBAÑIL

NIVEL 7

SIN OCUPACION

Proporcionado por el Depto. de Ciencias de
la Conducta del Centro de Cálculo Electrónico
de la U.N.A.M.

TABLA DE NIVELES EDUCATIVOS ANEXO B

NIVEL 1.	ANALFABETA .
NIVEL 2.	SABE LEER Y ESCRIBIR SIN ESCUELA.
NIVEL 3.	SABE LEER Y ESCRIBIR .
NIVEL 4.	MENOS DE CUATRO AÑOS DE PRIMARIA (1ero, 2do, 3ero., y 4to.) .
NIVEL 5.	TERMINO PRIMARIA (5to. y 6to.) .
NIVEL 6.	PARTE DE SECUNDARIA (1ero. y 2do.)
NIVEL 7.	TERMINO SECUNDARIA O PARTE DE PREPARATORIA.
NIVEL 8.	PREPARATORIA SOLAMENTE.
NIVEL 9.	PARTE DE UNIVERSIDAD (1ero., 2do. 3ero.)
NIVEL 10.	CUARTO DE UNIVERSIDAD O MAS.

ANEXO C

- | | | |
|-----|---------------------------|------------|
| 1) | BUENO - MALO | EVALUATIVO |
| 2) | EGOISTA - GENEROSO | EVALUATIVO |
| 3) | HOSTIL-AMISTOSO | EVALUATIVO |
| 4) | COMPLACIENTE-DISPLACIENTE | EVALUATIVO |
| 5) | INCONFIABLE-CONFIABLE | EVALUATIVO |
| 6) | DEBIL-FUERTE | POTENCIA |
| 7) | APECTUOSO-DESAPEGADO | EVALUATIVO |
| 8) | SUMISO-DOMINANTE | POTENCIA |
| 9) | DURO-SUAVE | POTENCIA |
| 10) | PROTECTOR-NO PROTECTOR | ACTIVIDAD |