

870125  
3.6

---

---

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

---

---

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

COMPARACION DE LA ACTITUD DEL PADRE Y DE LA  
MADRE HACIA SU HIJO FARMACODEPENDIENTE,  
ANTES Y DESPUES DE SU HOSPITALIZACION.

---

---

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
FERNANDO RUIZ LOPEZ  
GUADALAJARA, JALISCO 1987

---

---



## **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 está 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.

## I N D I C E

	Pag.
CAPITULO I: INTRODUCCION	1
1.- Planteamiento del Problema.	1
2.- Objotivos y Límites de la Investigación.	2
CAPITULO II: RESEÑA HISTORICA DEL PROBLEMA.	4
CAPITULO III: FARMACODEPENDENCIA.	14
A.- Definiciones.	14
B.- Efecto Tóxico.	16
C.- Factores que inducen a la Farmacodependencia.	24
a.- Factores Interpersonales.	24
b.- Factores Socio-económicos.	25
c.- Factores Culturales y Etnicos.	25
D.- Consideraciones Legales.	30
CAPITULO IV: ASPECTOS PSICOLOGICOS.	35
1.- Personalidad del Farmacodependiente.	35
2.- Dinámica Familiar.	39
3.- Actitudes y Conducta.	46
CAPITULO V: METODOLOGIA.	53
1.- Explicación del Problema.	53
2.- Población y Muestra.	53
3.- Variables que se Manejaron.	53
4.- Instrumento Psicométrico.	55
5.- Hipótesis Planteadas.	62
6.- Formulación de Hipótesis Estadísticas.	63
7.- Explicación Gráfica de Población e Hipótesis.	63
8.- Procedimiento.	63
CAPITULO VI: DATOS Y SU ANALISIS ESTADISTICO.	66
Frecuencia de Respuestas del Diferencial Semántico	

Aplicado.	67
Procesamiento de Respuestas del Diferencial Semántico Aplicado.	68
Observación Gráfica de Actitudes, según Hipótesis Planteada.	74
Relación de Respuestas dadas por Sujeto en cada Item, según la opción elegida dentro del Espacio Semántico.	78
Despeje de $\xi d$ y $\xi d^2$ según Hipótesis.	86
Comprobación de Hipótesis Estadísticas despejando $Z_p$ .	90
Resultados del Cuestionario Adicional Aplicado.	94
 CAPITULO VII: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.	 104
 CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.	 110
 BIBLIOGRAFIA	 112
 A P E N D I C E .	 115

" NO PUEDE SORPRENDER,  
QUE POR REBELDIA  
EL HOMBRE NO SE ARRODILLE  
ANTE DIOS.

PERO ASOMBRA, ENTRISTECE  
Y DEBE LLEVAR A REFLEXION,  
QUE SE ARRASTRE FRENTE A  
LO QUE EL MISMO CREO".

ELIAS NEWMAN

## CAPITULO I: INTRODUCCION.

### 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la presente década podemos observar que uno de los trastornos sociales y mentales que más se ha agudizado en nuestra sociedad es el de la Farmacodependencia, - de cuya gravedad y difusión continuamente se hace alusión a través de los medios masivos de comunicación.

Nuestro estudio parte de un preguntarse, cuál es la actitud de los padres y las madres hacia ese hijo suyo que ha caído precisamente en uno de los trastornos - más incapacitantes que aquejan, enajenan e incapacitan - muy particularmente a los jóvenes de nuestras familias; - nos referimos desde luego a la Farmacodependencia.

Es indudable que la influencia familiar que toda persona recibe a lo largo de su desarrollo psicológico - en diferentes áreas como son: La religión; la forma y - calidad de las relaciones humanas, dentro y fuera del núcleo familiar; valores humanos; desarrollo de un autoconcepto favorable; necesidades de superación y logro; autocuidado, etc. Todo esto, forma parte básica y elemental en la consolidación de la personalidad, y de cómo ésta - se manejará e interactuará con personas y situaciones variadas en su forma, textura e intensidad.

Creemos que la actitud, tanto del padre como de la madre en su transmisión global y particular de valores, necesidades, autoconcepto, autocuidado, etc., en una palabra, todo aquello que apunta hacia la educación, superación y convivencia con su hijo que sufre problemas de

Farmacodependencia, es un punto clave e imprescindible - si lo que se busca con su tratamiento u hospitalización\_ es la rehabilitación del farmacodependiente y la remi- sión de su cuadro.

Al realizar este estudio observamos que en la - Granja de Recuperación para Enfermos Mentales (GREM) de- pendiente del Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS), no se tomaba en cuenta para el tratamiento del - farmacodependiente, la actitud tanto del padre como de - la madre al momento de su hospitalización, como al momen- to de su alta y posterior manejo ambulatorio.

No sabemos cuál es la actitud del padre y de la - madre hacia su hijo farmacodependiente hospitalizado, y si esta actitud cambia o no durante la fase de su trata- miento y rehabilitación; suponemos que al final de su - hospitalización, al ser dado de alta su hijo, si aprecia- mos una actitud más favorable o menos rechazante hacia - su hijo, posteriormente se podría justificar un programa que permita a los padres y madres de pacientes farmacode- pendientes, participar en el tratamiento hospitalario o post-hospitalario de sus hijos, cosa que como ya se men- cionó, aun no se lleva a efecto.

## 2.- OBJETIVOS Y LIMITES DE LA INVESTIGACION:

### a.- OBJETIVOS:

- Identificar la actitud del padre y de la madre hacia su hijo farmacodependiente.
- Comparar la actitud del padre y de la madre entre -- sí, en el momento de hospitalizar a su hijo farmaco-

dependiente.

- Identificar la actitud del padre y de la madre, en el momento de alta de su hijo farmacodependiente.
  - Comprobar si existe diferencia significativa entre la actitud de ambos padres después de la hospitalización de su hijo farmacodependiente.
- \*\* Para lograr estos objetivos se utilizó el Diferencial Semántico de Osgood.

b.- LIMITES:

- Sólo participarán pacientes de la GREM.
- Los pacientes permanecerán entre 7 y 27 días hospitalizados.
- No se considerará el grado de intoxicación o tipo de adicción de los pacientes.
- Se contemplará que ninguno de los pacientes tenga más de tres hospitalizaciones por motivo o a consecuencia de Farmacodependencia.



## CAPITULO II: RESEÑA HISTORICA DEL PROBLEMA.

Se sabe que la utilización de las drogas es una práctica que se ha presentado en todas las civilizaciones desde los albores mismos de éstas; sin embargo, se ha visto que difieren en su utilización, finalidad o frecuencia de uso, según las características particulares de cada cultura.

Se cree que los antiguos egipcios, hacia el año 1500 a.C. ya conocían los opiáceos, llegándose a recomendar para evitar el llanto excesivo de los niños. En las culturas grego-latinas tenemos también antecedentes sobre la utilización de opiáceos; incluso, el término "narcótico" procede de la palabra griega narco, que significa sueño, estupor, sopor debido al sueño, estupor e insensibilidad que resultan de su acción sobre el sistema nervioso central. Durante el período greco-romano el opio fue una droga de importancia médica por sus propiedades hipnóticas y analgésicas. (1)

Por otra parte, se ha encontrado en urnas funerarias de la prehistoria 400 años a.C. cáñamo indico, señalándose su uso en ceremonias en que quemaban sus semillas en piedras calientes. (2)

Es muy popular el antecedente que sabemos sobre los incas del Perú, referente a que desde la época precolombina, han utilizado por mucho tiempo la cocaína, -- con el fin de atenuar las inclemencias del frío, los trabajos agobiantes, el cansancio y el hambre. También tenemos antecedentes de que el opio ya se conocía en América Latina en el siglo XVIII d.C. En la época pre-corte-

siana, la clase gobernante de los aztecas era asesorada y cuidada por los sacerdotes, los cuales seleccionaban, preparaban y suministraban drogas al emperador, el cual, bajo su efecto participaba en rituales donde por ejemplo pronunciaba profesías o dictámenes, acordes a su momento histórico-social, y estrechamente vinculadas a las creencias religiosas y estructura política de su pueblo. (3)

Actualmente existen investigaciones que confirman el sentido mágico-religioso que los huicholes le dan al peyote en sus rituales. (4)

El uso de bebidas alcohólicas era práctica corriente en América Latina antes de la llegada de los europeos. Actualmente el abuso es considerado como una manifestación de virilidad, y los individuos que demuestran capacidad para soportar grandes dosis despiertan admiración y respeto en algunos grupos sociales.

Los españoles, a su llegada, procuraron desarraigarse de los indios, su costumbre de consumir peyote, alcohol y otras drogas, las cuales, al igual que otros pueblos primitivos, aparecen vinculadas al pensamiento mágico-religioso en forma de rituales, los cuales han logrado sobrevivir actualmente en ciertos grupos étnicos o tribus que habitan regiones remotas. (5)

En general, la toxicomanía o farmacodependencia, constituyó en la antigüedad una utilización preponderante en las ceremonias religiosas. Una necesidad del pensamiento primitivo para entender su entorno y su relación individual con fenómenos inexplicables científicamente.

En la actualidad, la Farmacodependencia se ha convertido en un problema social que en los últimos años ha rebasado su utilización en grupos aislados, ya sean adultos o adolescentes, y hasta niños, gente con formación universitaria y de educación elemental; podemos afirmar que esta alteración conductual se ha difundido a grandes sectores de la población; está repercutiendo directamente en la estructura de nuestra sociedad, afectando sus potenciales de producción y desarrollo. (6)

Drogas psicodélicas son utilizadas por numerosos grupos indígenas en América Latina; su uso tiene carácter ceremonial y forma parte de prácticas curativas, hallándose integradas a las costumbres sociales vigentes. Sin embargo, a medida que el mestizaje y la transculturización avanzan y las comunidades urbanas crecen, la utilización de estas drogas pierde sus características originales y se extiende a sectores de la población ajenos a la cultura de origen. (7)

Moureau de Tours en el siglo pasado, con genial intuición clínica, comparó la relación existente entre la esquizofrenia y el toxicómano, expresando como única diferencia entre estos dos tipos de pacientes, el que un toxicómano era un intoxicado desde afuera, mientras que el esquizofrénico se intoxicaba desde adentro produciendo su propia droga. (8)

Al tratar de seguir una secuencia histórica de una droga, en particular el opio, encontramos: que sus orígenes se pierden en la antigüedad; parece que fue introducido a la India por los musulmanes, y de ahí pasó luego a China, donde posteriormente, en la historia mo-

terna fue causa o pretexto de guerra con Gran Bretaña la cual buscaba expandir su imperio (Guerra del Opio 1839 - 42). Ganó Gran Bretaña, estableciendo el puerto libre - de Hong Kong que ha sido hasta la fecha el centro principal de mercado para dicha droga en Oriente. (9)

El opio como droga americana, procede del establecimiento de trabajadores chinos en California entre - - 1852-70; sin embargo su uso y abuso no se quedó confinado al ámbito de éstos, sino que consumido por elementos antisociales, acabó siendo identificado por todo tipo de excesos criminales y sexuales. Así, se asoció la adicción al opio con la condición social del individuo, como un lastre propio de la misma droga; existen datos para pensar que durante más de cien años, los americanos han canalizado su racismo y su ira, contra los consumidores de drogas, invariablemente integrados en sub-classes marginales o minorías étnicas, como serían: El Ghetto Negro, o los Junkies Puertorriqueños. (10)

A raíz de la guerra civil norteamericana, no era raro encontrar que los veteranos (soldados marcados) morfinómanos, fueran cabeza de familia a los cuales se les trataba con exquisita ternura social. Precisamente, hacia 1880 se logró aislar la morfina, y en 1938 Hofman sintetiza la dietilamida del ácido licérgico. La guerra civil norteamericana coincide con el boom de la patente norteamericana de fármacos. En esa época surgieron los tónicos mágicos, fabricados con ingredientes secretos - como la heroína y la morfina. Tan popular fue el uso de estos tónicos en U.S.A., que hacia la primera guerra mundial el consumo per cápita del opio y sus derivados superaba 18 veces a Alemania y 12 veces a Francia.

El cáñamo indico se introduce en U.S.A. hacia - - 1920, siendo sus primeros usuarios, los músicos de jazz y los bohemios. En las dos últimas décadas es cuando se extiende de manera alarmante entre la juventud. Se tienen estadísticas de que en la Universidad de Yale, uno de cada cinco estudiantes habían fumado marihuana, y la mitad de ellos por más de cuatro veces. Similares estadísticas se registran en la Universidad de Harvard, encontrándose un 75% de estudiantes semi-adictos en la última década.

En la actualidad, la historia y el estado de adicción a los opiáceos pueden conceptuarse como parte integrante de un modelo ecológico que estudia al hombre y a las drogas que hay en su ambiente; para el psiquiatra tiene dos caras: por una parte prescribe fármacos para tratar los trastornos mentales o emocionales, y por otra, son responsables del cuidado de los adictos, de los que usan fármacos, y de los que abusan de ellos. (11)

Musto (1973), señaló: La cuestión de los narcóticos en América es algo más que un problema médico o legal; se trata en un sentido estricto, de un asunto puramente político. La energía desarrollada para controlar y prohibir la droga, se nutre de las profundas tensiones raciales y generacionales, más que de los aspectos nocivos que las drogas pueden producir.

En 1949 se tuvieron las primeras noticias de que la drogadicción alcanzaba ya a los adolescentes que no habían cumplido los 20 años. En la década de los 60s comenzó un esfuerzo terapéutico en U.S.A. al realizarse -- 183 programas en 41 estados (Gasscotte 1972). Estos pro

gramas incluyeron terapéuticas comunitarias de tipo de - Syaanon, programas civiles en Nueva York y California, y programas piloto de mantenimiento a base de metadona. (12)

El estudio de Chein (1964), sobre consumidores -- adolescentes de Nueva York (iniciado a principios de la década de los 50s), indicaba que la edad de iniciación - se daba entre los 16-17 años, y que la situación social\_ tenía una gran importancia en la iniciación al consumo y experimentación con drogas. La idea popular de que el - adicto o vendedor seducen a los jóvenes, debe ser rechazada formalmente. En la actualidad, parece que la edad\_ de inicio en la experimentación de las drogas ha descendido por debajo de los 14 años, e incluso podemos encontrar a niños de 10 y 11 años que ya han experimentado -- con opiáceos. (13)

La Federal Bureau of Narcotics and Dangerous en - - 1973, estimó que la población de adictos en Estados Unidos era de unos 560 mil aproximadamente, lo cual supone\_ un 3% de la población general.

Hacia 1951 se reporta que el 1% de los ingresos - en hospitales corresponde a psicosis producidas por drogas, estableciéndose una relación de 4 a 1 entre hombres y mujeres respectivamente. (14)

Desde 1950, el promedio de edad ha descendido ver\_ tiginosamente. El Board of Education de Nueva York esti\_ mó que el 8% de los jóvenes en edad escolar usan narcóti\_ cos. Según el Bureau of Narcotics and Dangerous (1971), observa que la edad de adicción descendió de 35 años en 1950, a 23 en 1971. (15)

En 1972, la Adiccion Services Agency de Nueva - - York, coincide con la Ford Foundation estimando un total de 100 mil a 150 mil adictos en Estados Unidos; 2/3 tenían menos de 26 años, el 74% varones, y el 52% habían comenzado a usar heroínas cuatro años antes del estudio . En una de las zonas centrales de la ciudad, el 29% de los varones tenían entre 15 y 19 años; el 38% de jóvenes entre 20 y 24 años eran adictos a la heroína.

Actualmente entre los adictos a las anfetaminas, se ha registrado un abuso significativo entre estudiantes del quinto y sexto grado, y en un 15 a 25% de jóvenes de escuelas superiores. En un análisis comparativo sobre 1514 estudiantes seleccionados al azar, a partir de 5 universidades diferentes, Bum y cols. encontraron que durante el año académico 1966-67, más de un tercio de estos jóvenes había consumido anfetaminas. (16)

Actualmente en Estados Unidos existe alarma por el alquitrán negro (nueva variedad de la heroína), ya que si antes se le encontró en siete estados (1983), actualmente se encuentra extendido por 27 estados. De 1981 a 1985, las admisiones a salas de emergencia debido a problemas relacionados con la heroína aumentaron un 62%. En San Francisco, el aumento de admisiones a hospitales por problemas relacionados con la heroína, aumentó de 190 en 1981, a 784 en 1984. (17)

Otros estudios hablan de que el uso de estimulantes peligrosos abarca entre el 10 y 23% de los trabajadores controlados de Estados Unidos. Inclusive se menciona que desde 1975 unos 50 accidentes ferroviarios se atribuyeron a estados de intoxicación o drogadicción de

los responsables. Debido a estos accidentes, murieron - 37 personas, hubo 80 heridos, y pérdidas materiales por 34 millones de dólares. (18)

En otro artículo se menciona que en Cochabamba, - Bolivia, población de 200 mil habitantes, en Febrero de 1986 había numerosos niños con indicios de estar bajo -- la influencia de alucinógenos. (19)

En un estudio longitudinal con farmacodependien-- tes de 15 años realizado por Homblerg M.B. en Gothenberg, segunda ciudad más importante de Suecia con 450 mil habi-- tantes, encontró que la población de hombres superaba - significativamente a la población de mujeres. Después - de 15 años se observó una disminución en el uso de dro-- gas en la población de mujeres, captándose en cambio, un aumento en la población masculina. Observó también que aquellos que tenían una incidencia de alto uso de dro-- gas, generalmente habían tomado clases especiales o ha-- bían sido expulsados de la escuela, aparecían con un pro-- medio mucho mayor en registros de Trabajo Social y de -- Psiquiatría Infantil durante su niñez. Así mismo, duran-- te el período de seguimiento de 11 años, eran los que -- tenían mayor atención psiquiátrica y social; también -- eran los más propensos a enfermedades; las mujeres tuvie-- ron niños hasta los 20 años de edad o más. Los hombres -- en una alta proporción fueron exentados del servicio mi-- litar. (20)



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO 11:  
 =====

- (1) Pasado y Presente de la Psiquiatría. # 6, Ediciones Index, S. A. Realizada por Productos Roche S.A. de - C.V., 1986, Pag. 2,4,5 y 6.
- (2) Elías Newman. Droga y Criminología. Editorial Siglo XXI, 1984. Pag. 39.
- (3) Pasado y Presente en la Psiquiatría. (Idem.) Pag. 2, 4, 5 y 6.
- (4) Pasado y Presente en la Psiquiatría. #. 2, Ediciones Index S.A. Realizado por Productos Roche S.A. de -- C.V. 1985. Pag. 1,2,3,4,5,6 y 7.
- (5) Elías Newman. (Idem.) Pag. 188.
- (6) Irwin G. Sarason. Psicología Anormal. Editorial Trillas, 1980. Pag. 463 y 464.
- (7) Chiappe M. Curanderismo, Psiquiatría Folklórica Peruana. Universidad Mayor de San Marcos, Lima 1974. - Pag. 26.
- (8) R. Fernández Labriola; E. Rodríguez Casanova; J. A. Yaryura Tobías. Esquizofrenia, Depresión y Toxicomanía. Editorial Paidós, 1977. Pag. 79.
- (9) Fridman, Kaplan, Sadok. Tratado de Psiquiatría, Tomo II. Editorial Salvat, 1982. Pag. 1448.
- (10) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1499.
- (11) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1499.
- (12) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1499.
- (13) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1458.

- (14) Noyes. *Psiquiatría Clínica Moderna*, Ed. La Prensa - Médica, 1951. Pag. 205.
- (15) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1450.
- (16) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1474.
- (17) *Médico Moderno*, Octubre de 1986. Pag. 149.
- (18) *Médico Moderno*, Octubre de 1986. Pag. 150.
- (19) *Médico Moderno*, Octubre de 1986. Pag. 151.
- (20) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 71, No. 1. - Pag. 67 a 80.

### CAPITULO III; FARMACODEPENDENCIA.

#### A.- DEFINICIONES:

En el 20avo informe de expertos sobre Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1974, se establece: Es un estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones, que incluyen un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede o no ir acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente a más de un fármaco. (1)

En 1957 el Comité de Expertos en Drogas de la O.M.S. definió la adicción a las drogas en base a cinco puntos básicos: 1) Consume la sustancia hasta el punto de intoxicarse, sea en función de su uso periódico o crónico.- 2) Debe experimentar una invencible necesidad (compulsión) que lo empuja a consumir la sustancia y a obtenerla por todos los medios.- 3) El sujeto ha de mostrar tolerancia, es decir, tendencia a incrementar las dosis para obtener efectos constantes.- 4) Debe experimentar una dependencia psicológica con el producto, y por lo general, dependencia física.- 5) Como resultado de este abuso, el sujeto, la sociedad, o ambos, pueden padecer efectos nocivos. (2)

Posteriormente, la O.M.S. en su 9a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9),

establece:

- 304. DEPENDENCIA DE LAS DROGAS.- Un estado psíquico y algunas veces también físico resultante del uso de una droga, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos o algunas veces para evitar el malestar provocado por la abstinencia. Puede o no haber tolerancia. Una persona puede ser dependiente de más de una droga,

Excluye: Abuso de drogas sin dependencia.

- 305. ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA.- Incluye casos de personas a quienes no es posible asignarles otros diagnósticos, que solicitan atención médica a causa de los efectos producidos por inadaptación a una droga, de la cual no son dependientes (en el sentido definido en 304), y que han usado su propia iniciativa, con daño de su salud o de su funcionamiento social. Cuando el abuso de la droga es secundario a un trastorno psiquiátrico, codifíquese el trastorno.

Excluye: -304 Dependencia física de las drogas.

-979 Envenenamiento por drogas o medicamentos.

-292.0 Síndrome de abstinencia de droga.

-303 Dependencia de alcohol.

Por otra parte, la American Psychiatric Association establece a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), una guía de critérios para establecer un diagnóstico a través de una evaluación multiaxial que comprende cinco ejes básicos e indispensables para determinar diferentes aspectos del -

paciente y su problemática.

Eje I: Comprende síndromes clínicos, Estados no atribuibles a trastorno mental, que merecen atención o tratamiento y códigos adicionales.

Eje II: Comprende trastornos de personalidad, y trastornos específicos del desarrollo.

Eje III: Comprende estados y trastornos somáticos.

Eje IV: Expone la intensidad de stress psico-social.

Eje V: Expone el máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año.

Prácticamente, todos los códigos y términos oficiales del DSM-III se encuentran incluidos en el ICD-9. En el DSM-III encontramos que las clasificaciones por uso de drogas se encuentran en un apartado denominado: Trastornos por uso de sustancias. (3)

#### B.- EFECTO TOXICO:

Los fármacos proceden de recursos vegetales, animales, minerales y semi-sintéticos. Buscan calmar lo más elocuente de la queja humana, el dolor, sea físico o psíquico. Los fármacos actúan a un nivel celular, inhibiendo, estimulando o reemplazando los procesos bioquímicos; después de actuar en un organismo serán expulsados, principalmente a través del riñón. Sin embargo, si su excreción ocurre con lentitud, lo cual permitiría una acumulación orgánica, esto originaría cuadros tóxicos según la mayor o menor capacidad de tolerancia del organismo afectado.

Una droga puede modificar y transformar las funciones nerviosas por su acción sobre las neuronas y sobre los intermediarios químicos; siguiendo a Jean Delay, a continuación se enumeran las acciones de la droga:

1) Aliviar el dolor. (Drogas hipnóticas y analgésicas),

2) Reducir la actividad del sistema nervioso (psicolépticas), la irritabilidad, los estados ansiosos: emoción, angustia, nerviosismo, insomnio. Tratándose de drogas sedantes hipnóticas, neuropléjicas, tranquilizantes, hipnoanalgésicas y alcohol.

3) Aumentar el nivel de actividad del sistema nervioso (psicoanalépticas), obtener euforia, estimulación psicomotriz, disminuir el cansancio, el sueño y la depresión (aminas despertadoras, cafeína, cocaína).

4) Modificar el amago de la percepción sensorial, aumentar la capacidad de creación, intentar la búsqueda de experiencias místicas o estéticas (Aldous Huxley), la sensualidad, el hedonismo. Se trata de sustancias alucínógenas de índole vegetal (peyote) o sintético (mezcalina, LSD 25) cuyas experiencias se basan en la personalidad del sujeto.

5) Obtener cierto nivel de embriaguez, de euforia, de rapidez mental (drogas hipnóticas, alcohol, cannabis y sustancias inhalantes). (4)

La dependencia física a una droga se refiere al estado orgánico que se manifiesta por perturbaciones físicas intensas cuando cesa la administración de la dro-

ga. Esto trae consigo una fuerte compulsión a buscar la droga y a continuar usándola. Es típica esta dependencia en el caso de la morfinomanía y barbiturismo.

La dependencia psíquica es el servilismo psíquico del adicto al tóxico, sin el cual (paradójica y cruelmente) no podría seguir efectuando su vida normal, su actividad de relación, de trabajo o estudio. Es una subordinación total en que se siente emocional y afectivamente la necesidad de la droga como elemento para la subsistencia (o la muerte lenta). En los casos en que se inyectan, el sólo pensar en pincharse es una forma de satisfacción.

El término "droga-dependencia" se refiere a un estado de dependencia física o psicológica, o a ambos, que surge en una persona después de la administración de la droga periódica o continua. (5)

\* SIGNOS Y SINTOMAS DEL ABUSO DE DROGAS: (6) (7)

INHALANTES TOXICOS:

Clasificación:	Elemento químico volátil.
Uso médico:	Ninguno.
Tipos Populares:	Pegamentos, solventes de pintura, líquidos para limpiar la ropa, para encendedores, gasolina, etc.
Apodos:	Cemento, chemo, thinero, flexo, tocado, zapatero, oxigenado, vaporoso.
Detección:	Tubos, manchas de pegamento en la ropa, bolsas de papel y plástico, estopas.
Manera de usarse:	Inhalación.

Efectos:	Intoxicación, estimulación, vista borrosa, estupor, violencia, aspecto de embriaguez, expresión confusa, incoherencias, vómitos.
Dependencia:	Psicológica.
Complicaciones:	Afectan el sistema nervioso en forma irreversible. Existe peligro de daño hístico irreversible, hígado, sangre, riñones, pulmones, muerte por sofocación o ahogo, amnesia.
Comentarios:	Producen conducta psicótica.

#### ALUCINOGENOS:

Clasificación:	Alucinantes.
Uso médico:	Investigaciones científicas.
Tipos Populares:	LDS-25, STP, mezcalina, psilocibina, peyote y hongos.
Apodos:	Acido, aceitunas, papel, cristal, azúcar, terrón, cohete, mezcal, peyote, penca, cacto, champiñones, pajaritos, san isidros, tachuelas.
Detección:	Pastillas de azúcar con coloración en el centro, olor corporal intenso, pequeño tubo de líquido.
Manera de usarse:	Oralmente, inhalándose o inyectándose.
Efectos:	Percepción errónea del tiempo, alucinaciones graves, sentimientos de aislamiento, lengua incoherente, frivolidad, pies y manos fríos, risas y llanto.



- Dependencia:** Psicológica.
- Complicaciones:** Tendencias suicidas, conducta no previsible, la exposición crónica provoca lesión cerebral, el LSD destruye los cromosomas.
- Comentarios:** Producen efectos psicológicos de larga duración. Con el LSD los efectos pueden presentarse semanas después de haberse tomado la última dosis.

#### ANFETAMINAS:

- Clasificación:** Estimulantes.
- Uso médico:** Dietético, para aliviar la depresión y la narcolepsia. Parkinsonismo post-encefálico.
- Tipos Populares:** Anfotaminas, Difetamina, Metanfetamina.
- Apodos:** Chochos, chocolates, pastillas, pastas, pingas, quesos, aceleradores.
- Detección:** Píldoras o cápsulas de distintos colores, fumar en seric.
- Manera de usarse:** Oralmente o inyectadas.
- Efectos:** Locuacidad, excitabilidad, levantamiento de ánimo, conducta agresiva, risa inmotivada, tonta. Lenguaje rápido, pensamiento confuso, anorexia, fatiga extrema, sequedad de boca, tamblores, insomnio.
- Dependencia:** Psicológica.
- Complicaciones:** Cansancio, mala nutrición, hepatitis

- por agujas contaminadas, muerte por -  
sobre-dosis, alucinaciones, psicosis.
- Comentarios:** Cuando se usan mucho tiempo para man-  
tenerse despiertos, provocan un grave  
agotamiento nervioso y postración. -  
Es causa de numerosos accidentes de -  
tránsito.
- BARBITURICOS:**
- Clasificación:** Deprimentes, sedantes.
- Uso médico:** Sedantes, trastornos epilépticos, hi-  
pertensión arterial, insomnio.
- Tipos Populares:** Fenobarbital, Pantobarbital, Secobar-  
bital, Amobarbital .
- Detección:** Píldoras o cápsulas de distintos colo-  
res.
- Manera de usarse:** Oralmente y adicionalmente inyecta-  
da.
- Efectos:** Tambaleos, embriaguez, mal genio, tar-  
tamudez, somnolencia, estupor, embota-  
miento, lenguaje farfullante, vómitos.
- Dependencia:** Física y psicológica.
- Complicaciones:** Muerte o coma por sobre-dosis, adic-  
ción, defectos respiratorios, postra-  
ción nerviosa, cuando se suprimen pro-  
ducen convulsiones.
- Comentarios:** Cuando se toman con bebidas alcohóli-  
cas pueden ser mortales. El tratamien-  
to de abandono puede ser más peligro-  
so que el de los narcóticos.

**NARCOTICOS;**

- Clasificación:** Deprimentes.
- Uso médico:** Aliviar dolor después de intervenciones quirúrgicas, quemaduras, y en las enfermedades dolorosas.
- Tipos populares:** Heroína, morfina, codeína, metadona.
- Apodos:** Nieve, polvo, papelito, pasta, elena, arponazo, piquete, borra, tecata.
- Detección:** Aguja o jeringa hipodérmica, algodón, torniquete, cuerda, cinturón, tapones de botella requemados o cucharas, recipientes de vidrio.
- Manera de usarse:** Oralmente, inhalada o inyectada.
- Efectos:** Estupor, somnolencia, marcas de aguja en el cuerpo, náuseas, ojos llorosos, respiración lenta, anorexia, pero sobre todo ataraxia.
- Depondencia:** Física y psicológica.
- Complicaciones:** La adicción es inmediata pero no se manifiesta sino hasta que intenta - abandonar el uso, muerte por sobredosificación, infecciones hepáticas y otras debidas a agujas no esterilizadas.
- Comentarios:** La heroína es diez veces mayor en poder que la morfina y por ello no tiene gran tolerancia a las drogas, y -- por esto la dosis que en un primerizo puede ser mortal, apenas si provocará efectos en el habituado.

### ANTITUSIGENOS QUE CONTIENEN CODEINA Y OPIO:

Uso Médico:	Aliviar molestias de la tos.
Tipos Populares:	Codeína, Codefrina, Codeinetas, Code-lasa, Coderot, Codosin, Codestin, Co-dexmina, etc.
Manera de usarse:	Oralmente.
Detección:	Botella de antitusígeno vacía.
Efectos:	Aspecto de embriaguez, falta de coor-dinación, confusión y prurito excesi-vo.
Dependencia:	Física y psicológica.
Complicaciones:	Adicción.

### MARIHUANA:

Uso médico:	Ninguno.
Clasificación:	Alucinante.
Tipos populares:	Mariguana.
Apodos:	Grifa, hierba, paja, pasto, mota, jua-nita, de la verde, de la buena, toque.
Detección:	Fuerte olor a hojas quemadas, peque-ñas semillas en el forro del bolsillo, papel de cigarrillo, dedos decolora-dos.
Manera de usarse:	Fumando y oralmente.
Efectos:	Somnolencia, confusión, dilatación pu-pilar, falta de coordinación, deseos de comer dulces. Apetito aumentado.
Dependencia:	Psicológica.

Complicaciones: Inducción a tomar un narcótico más -- fuerte y posible afectación física.

#### C.- FACTORES QUE INDUCEN A LA FARMACODEPENDENCIA:

El considerar los factores que inducen a la Farma codependencia, implica revisar aspectos interpersonales, socio-económicos, culturales y étnicos, los cuales a con tinuación se desglosan.

##### a.- Factores Interpersonales:

En la literatura psicoanalítica, la conducta del adicto era definida en términos de regresión y fijación\_ a la fase oral, o incluso a estadios más arcaicos del -- desarrollo psicosexual. Más recientemente, Wurmser -- (1972) ha sugerido que el uso compulsivo de drogas va -- precedido, acompañado o seguido de manifestaciones emo-- cionales intensamente patológicas, apunta además, que -- nunca ha visto a un consumidor compulsivo que no presen-- te problemas familiares masivos, generadores de incapaci\_ dad para adquirir un estilo de vida propio.

E. J. Khentzian, J.E. Mack, y A.F. Schatzberg - - (1973): los adictos parecen sacar provecho de la poderosa acción de las drogas para extinguir sus emociones y - solventar, al menos por unas horas, los problemas asocia\_ dos a sus relaciones interpersonales. Se establece así una pseudo-cultura en la que el adicto se sumerge para - llenar un vacío social y conseguir una alternativa al -- establecimiento de lazos significativos con otras perso-- nas. (8)

b.- Factores socio-económicos:

Chein y cols. (1964), demostraron que la más alta incidencia de adictos adolescentes en la ciudad de Nueva York, se daba precisamente en los distritos más pobres y super poblados. El nivel socio-económico coincidía con un bajo nivel educativo y una alta incidencia de desestructuración familiar. Por desgracia, el número creciente de adictos pertenecientes a la clase media, e incluso privilegiada, pone en duda la relación exclusiva entre adicción y clase socio-económica. (9)

c.- Factores Culturales y Etnicos:

Se menciona que en Norteamérica, las minorías de jóvenes que proceden de grupos hispanoparlantes, negros y los indios nativos, están expuestos a un mayor riesgo potencial para la dependencia de las drogas, dado que -- las fuerzas sociales y económicas restringen su movilidad condicionándolos en un estado de intensa frustración.

En cuanto al alcohol por ejemplo, se observa que en América Latina existe una tendencia condicionada culturalmente, lo mismo que en otras sociedades de origen latino, y que consiste en una actitud bastante tolerante para el ausentismo y la baja productividad. Los alcohólicos latinoamericanos son en general mejor tolerados -- por sus cónyuges y familiares. En Norteamérica, los alcohólicos de religión católica muestran mayor tendencia a permanecer con su familia que los protestantes.

Brown 1965; Gerard, Leo y Rosenfeld, 1964; Feldman, H.W. 1968; coinciden en que el consumo de drogas -

es especialmente elevado en los barrios bajos de las - - grandes ciudades y parece estar relacionado con los estilos de vida de la juventud en busca de adicción. (10)

Por lo general la adicción se inicia en la adolescencia, debiéndose a la curiosidad del sujeto por saber qué se siente, por la presión del grupo, de los amigos, por moda, disponibilidad, deseo de reducir tensiones, escapar del ocio, ansiedad o depresión; o para escapar de una presión o frustración. (11)

En un artículo publicado por el Dr. Michele Bictry sobre la depresión, afirma que los medicamentos curan hasta el 60% de los estados depresivos, independientemente de si tal o cual depresión es o no de naturaleza psicológica. Afirma también que la mayor parte de las veces, los médicos clínicos que pueden hacerse cargo de los pacientes deprimidos, ansiosos, asténicos, y con perturbaciones aisladas del sueño, les suministran ansiolíticos en una proporción del 75% de la población, y a un número muy reducido les dan anti-depresores. (12)

En otro artículo que escribe el profesor D. Rintel, refiere que entre los grupos con elevado riesgo de suicidio están: a) Los depresivos, b) Los que padecen cualquier tipo de adicción, c) Los perseguidos por razones así sea políticas, raciales o religiosas; d) Los delincuentes, e) Las personas en plena crisis emocional; f) Los que pasan apuros económicos, los desocupados; g) Los jóvenes en conflicto con el medio. El denominador común de todos estos grupos, es su pertenencia al sector minoritario; forman parte de los marginados, denigrados, difamados, estigmatizados y menospreciados. (13)

Corroborando que los índices de usuarios de drogas crocen paulatinamente, afectando por una parte, la realización personal del individuo, o como se ha dicho ya, socabando la estructura de nuestra sociedad, podemos suponer que la gento adicta, se está matando lentamente, por lo que este problema social se hace de la incumbencia directa de programas de acción específicos del Sector Salud. (14)

Jay Haley expone en un ensayo una visión minuciosa sobre el movimiento hippie; hace alusión a que por -- mucho tiempo se enfatizaron los aspectos negativos de -- tal movimiento, sobre todo al declararse que los hippies: habían arruinado su vida, que eran haraganes, que no se ayudaban a sí mismos ni al mundo, que eran sucios, inmorales e irresponsables, y que vivían una rebelión sin -- sentido contra la sociedad, y sobre todo, que eran adictos a utilizar drogas.

Resulta evidente, reconoce Jay Haley, que aunque las objeciones puestas al movimiento resultan justificables, no explican por qué la vida hippie resultaba tan atractiva a miles de jóvenes, puesto que dicho movimiento planteó en su momento preguntas clave, a las que la sociedad reaccionó con indignación.

El movimiento hippie no tuvo la pretención de -- constituir un movimiento intelectual; no existe expresión escrita de su filosofía y tampoco constituyó un grupo de líderes para guiarlo. El hippie ideal no era un haragán, en realidad era un trabajador voluntarioso; sin embargo trabajaba poco. Era intensamente moral, sin embargo, infringía la ley al consumir drogas. No se rebe-



la contra la sociedad pero no participa de sus instituciones. Vivía pobremente y se comportaba como un miembro de la clase ociosa. Estaba en contra de cualquier tipo de organización y sin embargo vivía en comunidades. Y lo más importante, era joven y no elegía los caminos usuales abiertos a los jóvenes. No era un conservador, ni un reformador, ni un hedonista en busca de placer.

Un hippie típico era un joven que debía decidir qué hacer con su vida. Se había educado en un clima intelectual que condenaba la sociedad. Sus maestros liberales, amargos y resentidos, habían perdido la esperanza de que las revoluciones creadas para lograr un mundo mejor se habían convertido en tiranías. Los intelectuales aseguraban que los gobiernos ejercían el engaño, que la sociedad era alienante y se encaminaba al desastre.

La universidad sólo parecía un campo de entrenamiento industrial con un trato impersonal; los jóvenes se sentían amenazados de ser enviados a una guerra que nadie quería.

Un número cada vez mayor de jóvenes decidió que el único modo de tratar con esa sociedad, era apartarse de ella. Perteneían en su mayoría a la clase media, probablemente porque la población de la clase trabajadora no estaba expuesta a los estímulos de ese clima intelectual. Se puede decir que el tema central del Movimiento Hippie, era cultivar el culto al amor, no sólo en las relaciones entre hombre y mujer, sino que se generalizaba en la cordialidad hacia todos los hombres. Los hippies competían en tolerancia, amabilidad y cordialidad. También se puede decir que su objetivo era llevar una vida

moral individual, disfrutar de lo que ocurriese cada día, admirar el sol y las flores, pasearse luciendo sus vestimentas: creían que cada persona debía vivir como quería, se negaban a dedicar su juventud para una preparación o futuro.

No fue un movimiento que ofreciera profundas contribuciones al arte, a la música o a la literatura. Tampoco aportaron nada nuevo con su filosofía del amor, ni con su rechazo a las posesiones materiales. También es cierto que algunos jóvenes eligieron la vida hippie porque eran incapaces de amar y de relacionarse con los demás; usaban las drogas y la ausencia de normas socialespara poder convivir con otros sin estar en contacto humano con nadie. Muchos eran obviamente normales, con o sin la influencia de las drogas, y otros funcionaban a un nivel vegetal con una capacidad infinita de experimentar aburrimiento. Además la naturaleza juvenil del movimiento apadrinaba ideas extrañas, como el retorno a la astrología y a grandiosas explicaciones de lo trivial.

(15)

Debemos recordar que el movimiento hippie entre la juventud norteamericana, cobra fuerza durante la guerra de Viet-nam, coincidiendo con el impacto de las trágicas muertes del presidente John F. Kennedy, de su hermano Robert, y del pastor Martin Luter King. (16)

Por esta misma época, en América Latina, el movimiento hippie se dejó sentir como una moda, y como tal desapareció después de un tiempo; sin embargo en nuestra sociedad quedó seriamente imbricado el uso de las drogas, extendiéndose como ya se ha observado, entre la población joven y marginada. (17)

Investigadores latinos han corroborado que las -- clases bajas siendo las más numerosas y a la vez las más alejadas de los servicios asistenciales e institucionales, la drogadicción viene siendo una manifestación de su problemática. (18)

#### D.- CONSIDERACIONES LEGALES:

Frecuentemente las normas públicas son resultado, lo mismo de temores públicos y de falsos conceptos, que de daños definidos realizados por algún individuo. En Estados Unidos por ejemplo, las leyes federales y estatales destinadas a controlar el uso de drogas y los narcóticos, consideran que el abuso de las drogas se considera indeseable, mal que debe ser suprimido; en contraste, en Inglaterra tiende a verse en los adictos a personas con problemas médicos en vez de personas al margen de la ley. Lo curioso de esto es que en la ciudad de Washington hay 15 veces más adictos a las drogas que en todo el Reino Unido. (Leassard, 1971). (19)

Por otra parte, en América Latina, la mayoría de los casos de dependencia al alcohol y otras drogas, recibe tratamiento médico en manicomios de tipo tradicional. Con excepción de Chile y Costa Rica, los servicios asistenciales no proveen una cobertura adecuada a la masa de población. Se constata sobre todo, una gran insuficiencia de servicios de tratamiento de tipo ambulatorio y una falta de programas de seguimiento post-hospitalario.

Por lo general los sistemas de seguro social y de salud no cubren los gastos de tratamiento externo en casos de alcoholismo o Farmacodependencia. Esta orienta--

ción ha dado lugar a que se produzcan ciertos vicios - asistenciales en los establecimientos dependientes de dichos sistemas: hospitalizaciones innecesarias, permanencia prolongada, y alto porcentaje de readmisiones. (20)

Wald y Hutt (1972), encontraron en un estudio hecho en Inglaterra una baja correlación entre adicción y criminalidad, y por otra parte, hay muchos adictos que conservan su empleo. Así mismo reportan que los adictos norteamericanos y canadienses, abandonan sus actividades delictivas cuando viven largas temporadas en Inglaterra.

Joseph y Dole (1970); Du pont y Katon (1971); haciendo a un lado el hecho de que el crimen es un proceso social, establecieron su relación con un solo factor, la droga. Mediante los programas de administración controlada, resaltan la tendencia al descenso de la conducta criminal. (21)

En un estudio de 4,385 personas que fueron identificadas como farmacodependientes, se observó que tales personas tenían una carrera criminal promedio de 12 años (contando desde el primero hasta el último arresto), durante los cuales habían tenido por término medio diez -- detenciones. Seis de estas detenciones fueron por delitos diferentes a la posesión de narcóticos. (Task Force Report: Narcotics and Drugs Abuse, 1967). (22)

Ultimamente se ha puesto en duda la procedencia de leyes y penalidades contra la venta, consumo, elaboración y posesión de drogas, especialmente las relativas a la marihuana, que como ya observamos, no produce dependencia física. ¿Debe seguir siendo ilegal poseer o con-

sumir marihuana, si ésta no tiene efectos graves sobre la salud? Si se legalizara consumirla, ¿a qué edad se permitiría su uso? ¿Qué derechos debería tener el individuo para consumir droga? Según Lidesmith (1968), estas preguntas abarcan valores personales y sociales, así como conocimientos científicos y política pública. Así pues, el estilo de vida de la mayoría de los adictos a las drogas los coloca continuamente en oposición a los encargados de que la ley se cumpla. (O'donell, 1966). -- (23)

El Federal Bureau of Narcotics de Estados Unidos, delega en la clase médica la responsabilidad de decidir si una persona debe iniciar un tratamiento en régimen cerrado o ambulatorio, establecer las dosis o incluso proporcionarlas al adicto, y las de guiar el control dispensarial de medicamentos circulantes que fomenten la adicción.

En México es sabido que nuestra legislación establece como delito federal la posesión de drogas, cualquiera que sea su tipo o cantidad, independientemente de si sólo se comercia con éstas o se es usuario de las mismas.

En Estados Unidos se ha comprobado una y otra vez que la legislación estricta no alivia el problema de las drogas, más bien parece fomentar su comercio ilícito. Es evidente la crucial importancia de centrar el interés comunitario en acciones de prevención, pero por desgracia en la práctica se comprueba que siguen prevaleciendo las soluciones a corto plazo.

Los problemas de la juventud y de las minorías de berán situarse en primer plano de toda operación preventiva o normativa. (24)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO III:  
 =====

- (1) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.  
 Vol. LXXX # 2, Agosto, 1976. Pag. 14.
- (2) Fridman, Kaplan, Sadok. Tratado de Psiquiatría Tomo II. Editorial Salvat, 1982. Pag. 1474.
- (3) DSM-III: Manual Diagnóstico y Estadístico de los - -  
 Trastornos Mentales. Editorial Masson S. A., 1983. -  
 Pag. 27.
- (4) Elías Newman. Droga y Criminología. Editorial Siglo XXI, 1984. Pag. 64 y 65.
- (5) Erwin G. Sarason. Psicología Anormal. Editorial Trillas, 1980. Pag. 462.
- (6) Silvestre Delgadillo Villanueva. Actitud de los Farmacodependientes hacia sus Padres. Tesis Profesional, Escuela de Psicología. Universidad Autónoma de Guadaluajara, 1981. Pag. 8 a 14.
- (7) Elías Newman. (Idem.) Pag. 176 a 200.
- (8) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1450.
- (9) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1451.
- (10) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1465.
- (11) Silvestre Delgadillo Villanueva. (Idem.) Pag. 7.
- (12) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Idem.)  
 Pag. 5.
- (13) Hexágono Roche. Año 13, # 6, 1986, Pag. 3 y 5.
- (14) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Idem.)

Pag. 4.

- (15) Jay Haley. Las Tácticas del Poder de Jesucristo y -- otros Ensayos. Editorial Tiempo Contemporáneo, S.A., 1972. Pag. 80 a 99.
- (16) Elías Newman. (Idem.) Pag. 23.
- (17) Elías Newman. (Idem.) Pag. 26.
- (18) Ma. Isabel Chávez de S.; A. Alicia Solís de F.; Gerardo Pacheco S. Drogas y Pobreza. Ed. Trillas, - - 1982. Pag. 14.
- (19) Irwin G. Sarason. (Idem.) Pag. 463.
- (20) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Idem.) Pag. 23.
- (21) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1465.
- (22) Irwin G. Sarason. Psicología Anormal. (Idem.) Pag.- 463.
- (23) Irwin G. Sarason. (Idem.) Pag. 463.
- (24) Fridman, Kaplan, Sadok. (Idem.) Pag. 1465.

## CAPITULO IV: ASPECTOS PSICOLOGICOS.

### 1.- PERSONALIDAD DEL FARMACODEPENDIENTE:

Aunque resulta sencillo decir que un farmacodependiente se hace desde afuera, esto no explica la magnitud del problema pues nos hace falta conocer algunos aspectos de su personalidad. - Y aunque no podemos hablar de una personalidad típica, ya que ésta se matiza según el tipo de droga que utilice el sujeto en cuestión, sí podemos ahondar en algunas características que destacan a dichos individuos, los cuales por ejemplo, tienden a mostrarse insatisfechos consigo mismos y con la sociedad.

En un informe sobre su estudio de 31 pacientes, - - Bromberg (1939), y cuya psicosis se atribuía a los efectos de los tóxicos de la marihuana, halló siete pacientes ya predispuestos a padecer psicosis funcionales, que simplemente fueron precipitados por la droga; se demostró más adelante que siete eran esquizofrénicos; en otro se diagnosticó psicosis maniaco-depresiva, y los restantes pueden ser incluidos en el grupo de las psicosis agudas (llamadas esquizofrenias de los cinco días), posiblemente confundida con la reacción de la droga.

Chopras en la India, tras el examen de 1234 consumidores de marihuana, halló sólo un 13% de psicóticos, - cifra que coincide con la prevalencia de psicosis en la población genera. de los países orientales. (1)

Heller y Mordkoff observan dos tipos generales de personalidades que abusan de las drogas; la primera, un tipo de personalidad psicopática con pocos signos de an-



siedad, inseguridad y depresión; el segundo tipo está -- caracterizado por tendencias antisociales, pero también signos manifiestos de ansiedad y depresión. El primer grupo presenta adicción preferente por los opiáceos, y el segundo por drogas múltiples. (2)

Gerard y Shwiriam (1973), describen la alta sociedad del adicto implícita en el ritual de utilizar y consumir drogas; por lo general tiene lugar en colectividades o pequeños grupos.

Elias Newman afirma que las relaciones de los - - adictos entre sí, suelen ser circunstanciales, generalmente referidas a la tenencia de drogas y sitios donde poder tomarlas sin riesgos. De ahí que se integren en grupos, inestables como ellos. Casi todos los adictos - tienen cabal conciencia de su dependencia, de su falta de estímulo, de su sometimiento interno, de su pasividad forzada. Cuando se juntan parecen decir: Conozco tu hambre por la mía.

El dependiente ha perdido emocionalidad, aparece incomunicado y apartado de cualquier forma de acción concreta. Vive desviado de su evolución natural. Se torna hedonista. Sólo le interesa la búsqueda de placer y la evasión. Claro, es un placer y una huida toxicológica. - (3)

A un adicto no lo une a otro adicto el hecho de ser marginado, o simplemente distinto; sólo tienen la -- idea común de la droga. No son minoría porque no tienen conciencia de clase ni de nada. Los vínculos objetales que se establecen entre ellos son muy flojos, extremadamente lábiles y superficiales. No hay contactos afecti-

vos con el otro, ni siquiera medianamente profundos. El otro es casi siempre un suministro. Lo importante es no sentirse importunado cuando se está viajando.

La búsqueda de cierta emocionalidad pero sin creación, como quien abjura de la vida, plantea un profundo vacío existencial donde es inútil toda disquisición, - cualquier afecto, entre seres que saben profundamente -- que no pueden hablar del futuro, sino contemplar neuróticamente sus propias enfermedades (cuando las avizoran).

Howard S. Becker afirma que un individuo sólo estará en condiciones de fumar marihuana por placer si pasa por un proceso de aprendizaje que le ayude a considerarla como un objeto susceptible de ser utilizado en dicha forma. Y advierte, nadie se convierte en usuario -- sin: 1) Aprender a fumar la droga en forma que produzca efectos reales; 2) Aprender a reconocer los efectos y relacionarlos con el uso de la droga (aprender, en otras palabras, a exaltarse); 3) Aprender a gozar de las sensaciones que percibe. Así se va desarrollando una motivación o disposición para el uso de la droga. (4)

Otto Fenichel opina que los adictos son personas que tienen una predisposición específica a los efectos de las drogas, de una manera tal, que buscan los efectos de estas drogas para satisfacer su arcaico anhelo oral y al mismo tiempo sensual, como una necesidad de seguridad y de conservar la autoestima. Siendo entonces que el -- origen y la naturaleza de la adicción no reside en el -- efecto químico de la droga sobre el organismo, sino en la estructura psicológica del adicto. Los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes --

el efecto de las drogas tiene un significado específico. El interés se va concentrando en el anhelo farmacotóxico y desapareciendo todo interés por la realidad. Por medio de la droga logra huir del dolor, de la frustración que el mundo exterior le plantea. Al pasar el efecto tóxico de la droga, el adicto cae en una depresión y en un aumento de la angustia, por lo que queda atrapado en un círculo vicioso de escape, depresión, angustia; indefinidamente. (5)

Rado atribuye la tendencia a la adicción a una predisposición supuesta de base genética a conservar un Yo arcaico. La omnipotencia, la grandiosidad y el pensamiento mágico son característicos; esto se pone de manifiesto en fantasías conscientes. Presentan baja autoestima. No son capaces de iniciar relaciones amistosas íntimas y prolongadas con compañeros adultos, tienen dificultad para desempeñar un papel masculino, suelen sentirse abrumados por una sensación de futilidad, esperar el fracaso y depresión. Su tipo de personalidad es oral dependiente. (6)

E. Newman afirma, que todos los adictos padecen en su historia vital algún desorden psicológico evidente o encubierto, y tienen una personalidad premórbida: no toleran las frustraciones y necesitan calor, sexo y protección. No soportan posponer sus deseos de gratificación y satisfacción. Son impulsivos porque predomina en ellos el instinto, donde hay un Super Yo deformado y mal integrado; no poseen buenas identificaciones en etapas tempranas con una figura rectora que pueda ser representante del Super Yo, y oscilan permanentemente entre impulsos erógenos y narcisistas. No tienen estabilidad en

su formación ni en su desarrollo, como tampoco en su maduración psíquica actual, y funcionan por lo tanto, con un gran predominio del psiquismo arcaico.

En las personalidades premórbidas, predominan - - afectivamente los rasgos más marcados de la etapa oral, precisan ineludiblemente ser complacidos por quien los rodea. Aguardan ser tratados por los demás como una madre que satisface sus necesidades. Por un acto inconsciente desean repetir el modelo del vínculo de la etapa oral, y cuando sus necesidades no son satisfechas, son débiles ante el fracaso, se sienten desamparados y reaccionan inmadura e inadecuadamente, autoagrediendo, - - agrediendo a los demás, y a todo el medio social. (7)

## 2.- DINAMICA FAMILIAR:

Siguiendo el concepto de Jackson, se puede decir que la dinámica familiar es una colección de fuerzas, -- positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta, como unidad, funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir y actuar, y presentarse ante los otros miembros que cada familia tiene, producirá alejamiento, desarrollo o estancamiento, un clima de inseguridad, ansiedad o depresión. - (8)

A veces se califica a la familia como un organismo. Las connotaciones del término organismo sugieren -- instantáneamente el núcleo biológico de la familia, reconociendo así sus cualidades de proceso viviente y unidad funcional, todo lo cual sugiere que la familia posee una historia natural propia de su vida, un período de --

germinación, nacimiento, crecimiento y desarrollo, una capacidad para adaptarse al cambio y a la crisis, una lenta declinación, y finalmente, la disolución de la familia vieja en la nueva. (9)

Algunos autores como Western Mark, sostienen que ha habido un desarrollo uniforme en todas las civilizaciones en cuanto a roles familiares. Una de las tareas de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad. Hay dos procesos centrales involucrados en este desarrollo. Primero: el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil, a la autodirección del adulto y sus satisfacciones concomitantes. Segundo, el paso de un lugar de importancia infantil omnipotente, a una posición de menor importancia; esto es, de la dependencia a la independencia, y del centro de la familia a la periferia. Ambos procesos son funciones de la familia como unidad. En el mejor de los casos debe existir una atmósfera de amor y comprensión, pero si en cambio está llena de cambios bruscos, pueden surgir profundos sentimientos de frustración, acompañados inevitablemente de resentimiento y hostilidad. El proceso íntegro de distribución de satisfactores está dirigido por los padres, ya que en ellos reposan las expectativas de cada miembro de la familia.

Por otra parte, la familia da forma a las imágenes subjetivas de peligro, que parte de toda tendencia social, e influye en la corrección o confusión de estas percepciones de peligro. El que un individuo reaccione a una sensación de peligro, luchando o escapándose, está influido a su vez, por la convicción de apoyo y lealtad de los lazos familiares, o por sentimientos de desunión

o traición. La interacción familiar puede intensificarse o disminuir la ansiedad; esta interacción estructura el marco humano en el que se expresan los conflictos y contribuye al triunfo o al fracaso en la solución de estos conflictos. En la lucha, la elección de defensas especiales contra la ansiedad, está también influida selectivamente por la estructura familiar. (10)

Se ha visto que las familias bien constituidas, sin grandes enfermedades en su núcleo, con valores adecuados y positivos, favorece la resistencia contra la drogadicción. La comunicación entre sus miembros, con el baluarte que aumenta la capacidad de utilizar mejor las fuerzas de la voluntad en la lucha contra este problema.

Sin embargo, no hay familia sin problema; en toda familia se llegan a presentar problemas entre sus miembros, lo cual como ya dijimos, repercute en todos sus miembros, por lo que cualquier conflicto que se manifieste será considerado como un síntoma de algo que no marcha bien en la dinámica familiar, y que necesita atención y pronta solución.

El joven que consume tóxicos o drogas suele ser habitualmente el chivo expiatorio de tales conflictos (ansiedades y tensiones) del grupo familiar enfermo. Hay casos en que la familia reduce a la situación de "cosa" al adicto, ya sea por resentimientos persecutorios o por miedo. Las formas de reacción son variadas; es difícil (casi imposible), convivir con adictos; y muchas veces, la familia a niveles conscientes o inconscientes, alivia sus tensiones proporcionando las drogas al enfermo, lo que constituye una manera de alentarlo.

El adicto como emergente de una psicopatología individual, familiar y social, tiene una directa relación con el grado de receptividad que muestre el grupo familiar para con él. Hay familias que se despojan con la mayor rapidez posible del hijo adicto, con la misma actitud y los mismos miedos que merecen la locura, depositándolo en clínicas y hospitales. Aparentemente se desprenden del problema con un especial y hondo fantaseo de sentirse sanos y a salvo los restantes miembros. Se expulsa del ámbito familiar lo que no se acepta o no se conoce. El enfermo pasa así a formar parte de una especial sociedad en que convive con sus iguales y ya no se lo siente como lo que suele ser: Un emisario, un emergente de la propia enfermedad familiar. (11)

Según Ackerman, la enfermedad mental puede examinarse a tres niveles: 1) Lo que está pasando psíquicamente dentro de una persona; 2) Lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano; 3) Lo que está perturbando en el proceso social del ambiente mismo. En otras palabras, la enfermedad mental se entienda como un proceso de enfermedad que tiene lugar, en parte dentro de la persona, y en parte fuera. Vemos entonces que los criterios para enfermedad y salud emocional no pueden restringirse al individuo dentro del grupo y también al grupo. Los males del individuo, la familia y la sociedad, forman un continuo. (12)

Freud iluminó las relaciones entre padres e hijos, pero en la luz que arrojó sobre las relaciones madre e hijo, padre e hijo, arrojó también algunas sombras. Se describe al padre como la autoridad dominante, que protege o amenaza, que da fuerza o castra. Se represen-

ta a la madre como la gran dadora o frustradora, esgrimiendo el poder ilimitado de dar o rehusar amor y reprobación. También está el eterno triángulo formado por ambos padres y el hijo. Algunos aspectos de la vida familiar fueron enfocados con gran penetración pero se dejó a otros en la obscuridad. Y una cosa es establecer las necesidades emocionales de un niño, y otra muy distinta es rehacer a los padres y a la familia para enfrentar estas necesidades.

El equilibrio dinámico del individuo y el grupo familiar influye en la precipitación de la enfermedad, su curso, la posibilidad de recuperación y el riesgo de la recaída. Sin embargo, la experiencia familiar cotidiana generalmente se ignora. En una relación familiar un conflicto dado puede estar internalizado parcialmente, o un conflicto interno puede estar en parte externalizado. (13)

Diamont, Kroll y Schoof, en un estudio sobre la psicodinámica de un grupo de adictos a la heroína, encontraron: Que procedían de familias divididas, con padres alejados, poco comunicativos y pasivos, absortos en su trabajo, con madres dominantes, excesivamente controladoras, sobreprotectoras, cargadas de culpa e indulgentes. Se destacaba la ausencia de un modelo masculino con el cual identificarse.

Se considera influyente la situación familiar del adicto, pudiendo existir una comunicación familiar deficiente o relaciones intrafamiliares superficiales, así como cambio y confabulación en el rol de cada miembro; padres alcohólicos, desintegración familiar, ausentismo



de uno o ambos padres, etc. Los estudios de prevalencia indican que las tasas de alcoholismo y Farmacodependencia son más elevadas en las clases bajas de la población. (14)

R. Mischc, 1961, en sus estudios con madres de -- farmacodependientes encontró: madres narcisistas quienes rechazaban a sus hijos adictos cuando éstos no correspondían al amor que ellas les daban; las madres fueron vistas como masoquistas e infantiles, creando un núcleo de masoquismo en el hijo. El padre fue visto como débil e ineficaz, proporcionando un modelo pobre para la identificación y una tendencia a proyectar la culpa cuando -- era sometido a stress.

Wolk y Diskid, 1961, encontraron que los padres -- de 344 adictos a la heroína; la madre fue considerada -- frecuentemente como neurótica, sobreprotectora, masoquista, que debía mantener enfermos a sus hijos (emocionalmente) para su propia conveniencia emocional; el padre -- era descrito como débil o ausente, cuyos esfuerzos hacia la disciplina eran bloqueados por la madre.

Welpton, 1968, encontró que las madres estaban excesivamente involucradas con los pacientes para compensar una pobre relación entre los padres. En las familias existían alianzas de rivalidad entre las madres y -- los sujetos por un lado, y los sujetos y padres por otro. Los pacientes habían tenido dificultades para separarse -- del medio ambiente del hogar. (15)

N. Seldin, 1972, encontró una alta incidencia de familias de origen quebrantadas, ya sea por el divorcio,

separación, o una patente hostilidad entre los padres. - La madre era vista como una figura dominante y ambivalente en su rol, era reportada como sobre-indulgente o altamente sobredependiente con los hijos adictos. El padre era descrito, generalmente, como ausente, a través de -- separación física o emocional. Los matrimonios de adictos, repetían la dinámica de sus familias nucleares. (15)

D. Gerard y C. Kornestsky, 1954, al estudiar las familias de 32 pacientes adolescentes, encontró: que las madres eran excesivamente indulgentes o indisciplinadas; 24% de ellas eran consideradas como seductoras. Los padres jugaban un papel mínimo en la vida de los pacientes debido a: ausencia, divorcio, separación o desinterés; - siendo el 30% excesivamente moralista. (16)

C. Rosenberg, 1971, concluyó que la perturbación del paciente estaba relacionada aparentemente con la hostilidad que sentían los padres, así como la dependencia exagerada respecto de la madre; de ahí que la farmacodependencia se observara como un síntoma de un vasto problema familiar, y no sólo como la manifestación de la -- personalidad del adolescente.

D. Chein, 1964, encontró que el 80% de los adictos tenían una relación extremadamente débil de padre-hijo. (17)

Baer y Corrado, 1974, en estudios con heroinomanos, establecieron que éstos en su infancia, habían vivido con unos padres carentes de interés con respecto a su comportamiento y metas infantiles, además de haber sufrido intenso castigo físico.

Franquel, 1975, encontró que con frecuencia al -- padre se le percibía frío, así como que el farmacodependiente se sentía enajenado por la vida familiar.

L. Camerin, 1970, encontró una alta desorganización familiar en 40 al 45% de sus pacientes, teniendo -- además padres ausentes. (18)

### 3.- ACTITUDES Y CONDUCTAS:

Para entender la conducta humana es necesario clasificar la multitud de casos que las personas hacen y -- dicen; ordenarlas en grupos que sean significativos conductual y teóricamente, como por ejemplo, la ejecución -- académica, la conformidad a las demandas de otros, o la agresión. Al tratar de explicar por qué las personas manifiestan o no estas conductas, se introducen construcciones teóricas. Por ejemplo, se postula que la ejecución académica aumenta con la intolerancia; la baja autoestima conduce al conformismo; y la conducta agresiva es resultado de la frustración. La prueba de estas suposiciones requiere evidentemente la medición de las conductas y de las variables interventoras. (19)

Podemos afirmar que la actitud es parte muy importante de la conducta, para que ésta se realice; debemos entender por actitud, una predisposición aprendida y perdurable, a conducirse en forma consecuente respecto a -- una clase dada de objetos; es un estado de reacción persistente, mental o nervioso ante cierto objeto o clase -- de ellos, no como son sino como se concibe que son. (20)

Actitud es un aspecto de la personalidad que im--

plica estimar la conducta persistente y consecuente hacia un conjunto de situaciones u objetos. El estado de disposición tiene un efecto directo sobre el sentimiento y la acción referidas al objeto.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa. Su existencia o intensidad deben inferirse de lo que puede observarse. En consecuencia escogemos conductas que sean aceptables como bases de inferencia. -- Tradicionalmente, las creencias, sentimientos y/o intenciones con respecto a determinado objeto, problema o situación, se emplean como base de inferencia teórica. (21)

En nuestra investigación utilizamos el Diferencial Semántico (DS) de Osgood, para medir la actitud del padre y la madre hacia su hijo farmacodependiente; es un procedimiento que mide la posición del sujeto (padre y madre) en el juicio que forma de un objeto (su hijo farmacodependiente), persona o situación dados. A diferencia de las encuestas de opiniones, en esta escala se cuantifica el enfoque o actitud del sujeto, en grados de opiniones.

Históricamente, la medición de la actitud ha confiado casi exclusivamente en el uso de informes sobre sí mismo acerca de creencias, sentimientos y conductas del individuo hacia un objeto de actitud.

Lo que se requiere como base de inferencia con respecto a la actitud son muestras de conducta que revelen las creencias, sentimientos y tendencias a la acción, propias del individuo, con relación al objeto en cuestión. Postulando tres componentes principales de la ac-

titud y logrando consistencia entre ellos, una proposición básica de la teoría dirige la atención hacia los tipos de conducta que pueden servir como bases legítimas de inferencia. Cualquier expresión conductual que refleje o manifieste las cogniciones del individuo, particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto puede servir como base de inferencia. De manera análoga, cualquier expresión conductual que manifieste una emoción, ya sea en forma verbal o fisiológica, puede ser importante para hacer inferencias. Las manifestaciones conductuales que revelan la disposición del individuo a actuar hacia un objeto, ya sea positiva o negativamente, pueden usarse como bases provisionales de inferencia con respecto a su actitud. (22)

Se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivos, particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto; el componente de tendencia a la acción incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto en forma de aceptación o rechazo, habiendo compatibilidad entre ambos aspectos. Así, si un individuo cree que el partido demócrata ( o republicano ) es un buen partido , que posee buenas metas y prácticas, probablemente esté dispuesto a responder en forma valiosa y favorable al citado partido. (23)

La actitud, como variable latente, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que pueden tomar: la forma ya de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento acerca del objeto ya de aproximación o evitación del objeto. (24)

En el caso de nuestro estudio cabe la relación - hospitalización-evitación; o aceptación del paciente en el seno familiar-aproximación. Como respuestas de rechazo y aceptación respectivamente de los padres hacia su hijo farmacodependiente.

Bock demostró que es posible estudiar científicamente las emociones (1957). A pesar de que por mucho -- tiempo se sostuvo que la experiencia emocional no era -- susceptible de investigación científica considerándosele como un aspecto subjetivo y privado del ser humano. (25)

El DS ha demostrado ser fidedigno y válido para - muchos objetivos de investigación. Además es flexible - y relativamente fácil de aplicar y adaptar, aparte de -- que su calificación e interpretación resultan rápidas y económicas. Probablemente ningún otro principio de la psicología social ha recibido una verificación intergruppal e intercultural tan clamorosa como la estructura EPA de las estimaciones del diferencial semántico. (26)

Aunque cada persona ve las cosas en forma un poco diferente, a veces muy diferente, todos los conceptos -- tienen algún núcleo común de significado. Y esto se - - aprecia claramente en la definición de "concepto". Deci mos: No puedo darle una definición de eso pero sé lo que significa.

Si no fuese por el significado común de las palabras, nos sería imposible comunicarnos. Podemos afirmar que todo concepto posee un significado cultural común. - También posee otros significados, algunos de los cuales son comunes a diversos grupos de personas y algunos - -

son más o menos de idiosincracia.

Con el propósito de medir los significados - connotativos del concepto, Osgood inventó el espacio semántico. (27)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO IV:

\*\*\*\*\*

- (1) Fridman, Kaplan, Sadok. Tratado de Psiquiatría, Tomo II. Editorial Salvat, 1982. Pag. 1472.
- (2) Silvestre Delgadillo Villanueva. Actitud de los Farmacodependientes hacia sus Padres. Tesis Profesional, Escuela de Psicología. Univ. Autónoma de Guadalajara, 1981. Pag. 14.
- (3) Elfas Newman. Droga y Criminalología. Editorial Siglo XXI, 1984. Pag. 47.
- (4) Dr. Theodore Millon. Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana, 1974. Pag. 351, 353, 355 y 356.
- (5) Otto Fenichel. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Nova, 1957. Pag. 481 a 487.
- (6) Silvestre Delgadillo Villanueva. (Idem.) Pag. 15 y - 16.
- (7) Elfas Newman. (Idem.) Pag. 58 y 59.
- (8) Dr. Dulato Gutiérrez. La Familia; medio propiciador o inhibidor del Desarrollo Humano. Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México, 1980. Pag. 53.
- (9) Nathan W. Ackerman. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Editorial Horme, 1961. Pag.37.
- (10) Roberto Tocaven. Menores infractores. Editorial Edicol S.A., 1976. Pag. 10.
- (11) Elfas Newman. (Idem.) Pag. 136.



- (12) Nathan W. Ackerman. (Idem.) Pag. 25.
- (13) Nathan W. Ackerman. (Idem.) Pag. 30 y 31.
- (14) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.  
Vol. LXXX #2, Agosto, 1976. Pag. 16.
- (15) Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente. Serie Técnica, Volumen # 2. C.I.J., - -  
1982. Pag. 45.
- (16) Aprox. Teóricas a la Familia del Farmacodependiente  
(Idem.) Pag. 46.
- (17) Aprox. Teóricas a la Familia del Farmacodependiente  
(Idem.) Pag. 47.
- (18) Aprox. Teóricas a la Familia del Farmacodependiente  
(Idem.) Pag. 50 y 51.
- (19) Gene F. Summers. Medicion de Actitudes.  
Editorial Trillas, 1976. Pag. 35.
- (20) A. Ch. English, H.B. English. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Editorial Paidós, 1977. Pag. 27.
- (21) A. Ch. English, H.B. English. (Idem.) Pag. 28.
- (22) Gene F. Summers. (Idem.) Pag. 16.
- (23) Gene F. Summers. (Idem.) Pag. 15.
- (24) Gene F. Summers. (Idem.) Pag. 14.
- (25) Fred N. Kerlinger. Investigación del Comportamiento. Editorial Interamericana, 1975, Pag. 403.
- (26) Fred N. Kerlinger. (Idem.) Pag. 404.
- (27) Fred N. Kerlinger. (Idem.) Pag. 395.

## CAPITULO V: METODOLOGIA

### 1.- EXPLICACION DEL PROBLEMA:

Se quiere conocer la actitud del padre y de la madre hacia su hijo farmacodependiente, el cual es hospitalizado en la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales (GREM), por encontrarse bajo los efectos de la droga y a la vez presentar serios problemas de conducta y/o de relación social.

### 2.- POBLACION Y MUESTRA:

Nuestro estudio procede de una población socio-económica baja, y media-baja. Participaron ambos padres de los pacientes farmacodependientes que estuvieron hospitalizados en la GREM entre 7 y 25 días. Ninguno de los padres es analfabeta ni farmacodependiente, contemplándose su edad dentro del intervalo de los 30 a los 70 años cumplidos.

Se contemplan básicamente dos grupos de estudio, padres y madres para correlacionar y comparar sus respuestas tanto al momento de hospitalizar, como al momento de alta de su hijo.

- ( $\mu_1$ ) Grupo de PADRES al momento de hospitalización n=30
- ( $\mu_2$ ) Grupo de PADRES al momento de alta n=30
- ( $\mu_3$ ) Grupo de MADRES al momento de hospitalización n=30
- ( $\mu_4$ ) Grupo de MADRES al momento de alta n=30

### 3.- VARIABLES QUE SE MANEJARON:

A) Variables Controladas:

- Se tomaron 30 parejas de padres de pacientes cu  
yo diagnóstico psiquiátrico es Farmacodependencia.

- El nivel socio-económico y cultural de los pa-  
dres es medio-bajo y bajo.

- La edad de los padres fluctuó entre 30 y 70 -  
años.

- Padres e hijo radican en la ciudad de Guadaluja  
ra, Jal.

- Ninguno de los padres tiene antecedentes de Far-  
macodependencia.

- Ninguno de los padres es analfabeta.

- Todos los hijos de los padres que entraron al -  
estudio son del sexo masculino.

- Todos los hijos de los padres que entraron al -  
estudio dependen económicamente de éstos.

- Todos los hijos de los padres que entraron al -  
estudio tienen entre 18 y 30 años cumplidos.

- El tiempo de hospitalización de los pacientes -  
fue de 7 a 27 días.

- La primera evaluación de los padres no fue pos-  
terior a 7 días de hospitalizado su hijo, procurando que  
fuera el mismo día de hospitalización.

- La segunda evaluación de los padres no fue pos-  
terior a 7 días del alta de su hijo, procurando que --

fuera el mismo día de alta,

#### B) VARIABLES NO CONTROLADAS:

- Número de hijos en la familia.
- Lugar de nacimiento del hijo farmacodependiente hospitalizado.
- Nivel de Escolaridad, de padres e hijos.
- Presencia de más hijos con problemas de Farmaco dependencia;
- Que los padres del paciente convivan juntos o no.

#### 4.- INSTRUMENTO PSICOMETRICO:

El Diferencial Semántico (DS), mide las reacciones de las personas a palabras y conceptos de estímulo dados, en términos de estimaciones sobre escalas bipolares definidas por adjetivos antónimos. El DS es una medida que nos muestra la relación y dirección de una reacción emocional, Ej.: divertido-aburrido; y también la intensidad, desde ligera a extrema. Las evaluaciones se combinan de diferentes maneras para describir los sentimientos de la persona evaluada. (1)

Las estimaciones en escalas de adjetivos bipolares, tienden a correlacionarse y la mayor parte de su covarianza se explica en tres dimensiones llamadas : Evaluación, Potencia y Actividad (EPA); las cuales han sido verificadas y reproducidas en varios estudios desde

1954 por el mismo Osgood, y aquí en México por Rogelio - Díaz Guerrero.

El DS es un método elaborado por Osgood y colaboradores, en la década de los 50s, lográndose estudios - exploratorios en los que utiliza el DS como resultado de medida masiva. Hacia 1963, Barclay y Thunin; y William\_ en 1964, colaboraron con Osgood. Los resultados de estos estudios corroboran la validez del DS como técnica - para medir actitudes. En México, Díaz Guerrero y Miguel Salas, 1973-75, realizaron estudios sobre el DS elaborando el libro "El Diferencial Semántico del Idioma Español" y que sirve como referencia para esta investigación. (2)

\* Confiabilidad del Diferencial Semántico:

Se define ésta en términos generales, como el grado en que se obtienen las mismas calificaciones o medidas al ser medido repetidamente un objeto. Osgood lo consigue en tres aspectos: 1) Confiabilidad del Item, - 2) Confiabilidad del Puntaje Factor, 3) Confiabilidad - del Significado del Concepto.

La confiabilidad del item, se refiere a la posibilidad de reproducir estas medidas en básicas. La agrupación de estos puntajes en factores (EPA); la posibilidad de reproducirlos es la confiabilidad del puntaje factor. Los tres puntajes de factor obtenidos para un concepto , permiten ubicar a éste en un punto del espacio semántico con el que se define el significado del concepto.

La reproducción de la localización del concepto -

en el espacio semántico, es la confiabilidad del significado del concepto.

En el test-retest, Osgood encontró un nivel de -- confiabilidad de 0.85; sin embargo, utilizó otros métodos para evaluar la confiabilidad de los ítems. Las respuestas de un mismo ítem se colocaron en un diagrama de dispersión, ubicando en los renglones las siete alternativas de respuesta del test. (En el caso del DS, la medida básica es la que está representada por la calificación del sujeto en una escala de siete intervalos, entre dos adjetivos antónimos). En la medida que aumenta la desviación o se aleja de cero, disminuye la confiabilidad. Salomón y Wilson, 1954, encontraron que todas las escalas se desviaban de la estimación al azar, a un nivel -- superior al 1%. El que exista coincidencia significativa en el test-retest, es sólo una prueba de la confiabilidad del DS. (3)

Con respecto al error de medida, Osgood observó -- las desviaciones de 40 ítems; sólo uno alcanzó la desviación esperada; el promedio de las desviaciones fue de -- 1.20 (unidades de la escala). El factor de Evaluación -- arrojó la menor desviación, siendo de 0.48 para 11 escalas; el factor de Potencia arrojó la mayor desviación -- (0.71 en 5 escalas); y el factor de Actividad, obtuvo -- 0.70 en 2 escalas.

Z. Luria, 1957, investigó 15 conceptos con diez -- escalas cada uno, aplicadas a un grupo control y a un -- grupo terapia, encontrando que el promedio absoluto en -- la desviación de la escala de Evaluación fue de 0.53; en la Potencia de 0.77; en la de Actividad de 0.86; siendo --

el promedio general para todas las escalas = 0.74. (4)

Osgood comprobó que el error de medida promedio , no es superior a la unidad de la escala de medida. El error de medida en las escalas del DS es siempre menor a la unidad de la escala, aproximadamente  $3/4$  de la unidad escalar; para las escalas evaluativas es alrededor de  $1/2$  de la unidad.

Puesto que el significado del concepto y la distancia en el espacio semántico están determinados por los puntajes de factor, la confiabilidad de éste dependerá de la confiabilidad de los puntajes del factor. Osgood encontró que una variación para un factor de Potencia superior al 1.50, y de 1.33 para el factor de Actividad, son significativos al nivel del 5%.

Boop, Wright, Heise, G.J. Sici, Di Vesta, H. Akuto, tomando en consideración los factores EPA del DS, han hecho investigaciones en diferentes poblaciones culturales y estado mental de personas, encontrando que los factores EPA son válidos para todas ellas. En 1964 Osgood, y en 1966 Jakovits, establecieron un programa para validar el DS en 24 lenguas diferentes. Estos estudios revelan que las medidas de grupo de las dimensiones EPA son confiables y estables aun cuando las muestras de los sujetos incluidos en el cálculo de las medidas sean tan pequeñas como treinta. (5)

El DS cuenta con una medida básica la cual está representada por la calificación que el sujeto hace en la escala de siete intervalos, siendo la agrupación de estos factores, en Evaluación, Potencia y Actividad. Y

siendo la posibilidad de reproducirlos la Confiabilidad del Puntaje Factor.

Se considera conveniente usar más de una escala para una dimensión ya que esto mejora la confiabilidad de las puntuaciones factoriales. Por otra parte, las características de confiabilidad de las escalas del DS son tales que rara vez serían útiles más de diez escalas para medir una dimensión, y hablando en general, cuatro escalas por dimensión dan una sensibilidad adecuada para la mayoría de los propósitos.

Aunque las medidas de Potencia y Actividad no presenten contaminación por la deseabilidad social, es conveniente aplicar las escalas en forma anónima para proteger de tal deseabilidad al factor de Evaluación.

\* Validez del Diferencial Semántico:

La comparación del DS con escalas de Thurstone dieron correlaciones de 0.74 a 0.52; con la escala de Gutman la correlación fue de 0.78; con tres factores de la escala social de Bogardus, las correlaciones estuvieron entre 0.72 y 0.80. (6)

Buscando similitud de factores semánticos en diez palabras, Rowman correlacionó dos matrices iguales, tanto para el DS como para el análisis de semejanzas, encontrando una puntuación de 0.97 y 0.98 respectivamente. (7)

Messick, 1957, realiza un análisis sobre los supuestos escalares del DS, obteniendo las siguientes conclusiones: a) Los intervalos extremos de cada escala -



(1 y 7) o (-3 y +3), son un poco mayores que los controles; b) La magnitud interescalar de los intervalos es bastante consistente; c) El origen de la escala, o punto cero cae aproximadamente en el mismo lugar en todas las escalas, aunque se encuentra ligeramente desplazada hacia el lado negativo. (8)

Las correlaciones obtenidas por Meissick indican que la distorsión es tan pequeña que no modifica las cualidades básicas de las escalas; esto, considerando el efecto terminal consistente en utilizar más un extremo que otro del espacio semántico.

Los diversos análisis factoriales han dado reiteradamente como resultado, la presencia de los tres factores EPA ya mencionados.

En cuanto a la validez factorial, ésta se entiende como la congruencia que existe entre los factores EPA derivado del análisis factorial. Observamos cómo la gente utiliza en la vida diaria ciertas categorías para hacer significativos sus juicios.

Podemos afirmar, que los significados que diferentes personas tienen para los mismos signos o palabras, son distintos en la medida en que varíen: a) Sus conductas hacia los objetos que representan, b) La frecuencia con que el objeto y el signo se asocian, c) La frecuencia de la asociación de un signo con otros signos. La variación de las conductas hacia los objetos representados por el signo, se debe al proceso de mediación que es, en otras palabras, el significado de aquél. El proceso mediatorio es totalmente dependiente de la composición

ción de la conducta total que ocurre mientras el proceso mediatorio del signo se está estableciendo y de la repetición de esta conducta. De esta manera, la medida del significado sería una forma de medir las actitudes. (9)

\* Teniendo presente todo lo anterior, elegimos para nuestras escalas un peso factorial que oscila de 0.95 a 0.03 entre los factores EPA de las mismas.

A continuación aparecen los Adjetivos que se utilizaron: (10)

<u>Factor:</u>	<u>Adjetivos Antónimos:</u>	<u>Peso Factorial:</u>
<u>EVALUACION:</u>	BUENO.....MALO	0.95
	ODIOSO.....AMOROSO	0.95
	SIMPATICO.....ANTIPATICO	0.95
	ADMIRABLE.....DESPRECIABLE	0.95
<u>POTENCIA:</u>	DEBIL.....FUERTE	0.66
	CANSADO.....DESCANSADO	0.23
	DESCORTES.....AMABLE	0.07
	ENFERMO.....SANO	0.03
<u>ACTIVIDAD:</u>	ACTIVO.....PASIVO	0.72
	RAPIDO.....LENTO	0.55
	PEREZOSO.....TRABAJADOR	0.39
	INUTIL.....UTIL	0.15

## 5.- HIPOTESIS PLANTEADAS:

Hip. #1 Ho: No existe diferencia significativa entre -  
la actitud que presentan los padres y las\_  
madres al momento de hospitalizar a su hi-  
jo farmacodependiente.

Hi: Sí existe diferencia significativa entre -  
la actitud que presentan los padres y las  
madres al momento de hospitalizar a su hi-  
jo farmacodependiente.

Hip. #2 Ho: No existe diferencia significativa entre -  
la actitud que presentan los padres y las\_  
madres al momento de alta de su hijo farma  
co dependiente.

Hi: Sí existe diferencia significativa entre -  
la actitud que presentan los padres y las  
madres al momento de alta de su hijo farma  
co dependiente.

Hip. # 3 Ho: No existe diferencia significativa en la -  
actitud que presentan los padres cuando --  
hospitalizan a su hijo farmacodependiente,  
y cuando éste es dado de alta.

Hi: Sí existe diferencia significativa en la -  
actitud que presentan los padres cuando --  
hospitalizan a su hijo farmacodependiente,  
y cuando éste es dado de alta.

Hip. #4 Ho: No existe diferencia significativa en la -  
actitud que presentan las madres cuando --  
hospitalizan a su hijo farmacodependiente,

y cuando éste es dado de alta.

Hi: Sí existe diferencia significativa en la actitud que presentan las madres cuando -- hospitalizan a su hijo farmacodependiente, y cuando éste es dado de alta.

#### 6.- FORMULACION DE HIPOTESIS ESTADISTICAS.

Hip. # 1 Ho:  $\mu_1 = \mu_3$

Hi:  $\mu_1 \neq \mu_3$

Hip. # 2 Ho:  $\mu_2 = \mu_4$

Hi:  $\mu_2 \neq \mu_4$

Hip. # 3 Ho:  $\mu_1 = \mu_2$

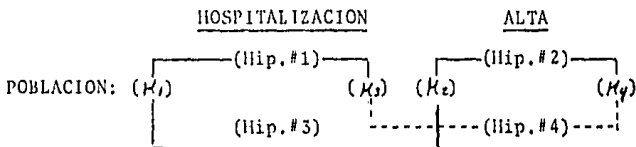
Hi:  $\mu_1 \neq \mu_2$

Hip. # 4 Ho:  $\mu_3 = \mu_4$

Hi:  $\mu_3 \neq \mu_4$

NIVEL DE SIGNIFICANCIA: 0.05

#### 7.- EXPLICACION GRAFICA DE POBLACION E HIPOTESIS:



#### 8.- PROCEDIMIENTO:

Se evaluaron ambos padres de pacientes farmacodependientes hospitalizados en la GREM, hasta lograr reunir una muestra de treinta parejas evaluadas, las cuales

debían reunir los siguientes criterios básicos de selección: 1) El diagnóstico de Farmacodependencia fue confirmado por el psiquiatra adscrito, responsable de su hospitalización y tratamiento; se excluyeron pacientes con diagnóstico de psicosis funcionales y orgánicas; 2) No fueron evaluados padres farmacodependientes; 3) No fueron evaluados padres analfabetas; 4) Se descartaron del estudio aquellos padres cuyos hijos estuvieron hospitalizados por razón médica más de 25 días.

A cada pareja de padres de nuestros pacientes farmacodependientes se les dio la escala de actitudes en forma individual, procurando que fuera el mismo día de hospitalizar a su hijo, al mismo tiempo se les dio un cuestionario adicional con el objeto de poder controlar las variables del estudio.

En el momento de alta, o siete días después de la misma, se realizó una segunda y última evaluación a ambos padres, aplicando la escala de actitudes en forma individual.

No se aplicaron escalas con diferente objeto psicológico, pues teniendo en cuenta las características de cultura y presión de nuestra población, creímos que sería una presión más en la colaboración del estudio, el cual podrían sentir pesado. En nuestra escala aparece como objeto psicológico: "Mi hijo farmacodependiente".

Durante las diferentes evaluaciones estuvo presente un psicólogo con el propósito de aclarar o despejar dudas, así como de cuidar de que las respuestas se realizaran en los espacios destinados para ello y de acuerdo a la consigna indicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO V :

=====

- (1) Rogelio Díaz Guerrero. El Diferencial Semántico del Idioma Español. Editorial Trillas, 1976. Pag. 34 a - 39.
- (2) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 37.
- (3) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 40.
- (4) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 41.
- (5) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 51,75,79 y 84.
- (6) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 43.
- (7) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 44.
- (8) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 44 y 45.
- (9) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 33.
- (10) Rogelio Díaz Guerrero. (Idem.) Pag. 61 y 98.

CAPITULO . VI

DATOS Y SU ANALISIS ESTADISTICO

FRECUENCIA DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO APLICADO.

POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION.

Los ítems están ordenados de acuerdo a su Factor, y a su valor Relativo.

<u>EVALUACION:</u>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
MALO	3	2	8	5	6	2	4	BUENO
ODIOSO	3	6	8	4	3	4	2	AMOROSO
ANTIPATICO	9	6	7	4	2	0	2	SIMPATICO
DESPRECIABLE	5	9	7	3	4	1	1	ADMIRABLE
<u>POTENCIA:</u>								
DEBIL	7	5	3	1	3	2	9	FUERTE
CANSADO	5	7	7	7	2	2	0	DESCANSADO
DESCORTES	13	6	4	2	2	3	0	AMABLE
ENFERMO	25	3	2	1	0	0	0	SANO
<u>ACTIVIDAD:</u>								
PASIVO	9	11	6	1	2	1	0	ACTIVO
LENTO	8	8	5	1	4	2	2	RAPIDO
PEREZOSO	14	12	1	0	2	1	0	TRABAJADOR
INUTIL	6	8	6	0	5	3	2	UTIL



FRECUENCIA DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO APLICADO.

POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE ALTA.

Los ítems están ordenados de acuerdo a su Factor, y a su valor Relativo.

EVALUACION:	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
MALO	0	1	1	1	7	9	11	BUENO
ODIOSO	0	0	2	3	9	8	9	AMOROSO
ANTIPATICO	0	1	2	6	9	10	3	SIMPATICO
DESPRECIABLE	0	1	2	4	11	8	4	ADMIRABLE
POTENCIA:								
DEBIL	2	2	2	1	6	5	12	FUERTE
CANSADO	1	2	0	3	4	11	9	DESCANSADO
DESCORTES	0	0	5	1	8	7	9	AMABLE
ENFERMO	3	2	5	0	7	8	5	SANO
ACTIVIDAD:								
PASIVO	2	2	1	2	14	8	1	ACTIVO
LENTO	3	7	4	0	8	5	3	RAPIDO
PEREZOSO	1	3	7	0	7	9	3	TRABAJADOR
INUTIL	0	1	1	1	8	8	11	UTIL

FRECUENCIA DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO APLICADO.

POBLACION: MADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION.

Los ítems están ordenados de acuerdo a su Factor, y a su valor Relativo.

EVALUACION:	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
MALO	2	2	7	4	5	9	1	BUENO
ODIOSO	3	5	9	3	5	4	1	AMOROSO
ANTIPATICO	4	7	4	7	4	3	1	SIMPATICO
DESPRECIABLE	5	4	10	4	5	0	2	ADMIRABLE
POTENCIA:								
DEBIL	8	5	7	1	3	4	2	FUERTE
CANSADO	5	2	10	5	5	2	1	DESCANSADO
DESCORTES	6	6	6	1	6	2	3	AMABLE
ENFERMO	17	7	4	0	1	1	0	SANO
ACTIVIDAD:								
PASIVO	11	9	3	2	3	2	0	ACTIVO
LENTO	7	7	7	1	3	4	1	RAPIDO
PEREZOSO	12	5	5	0	5	1	2	TRABAJADOR
INUTIL	5	8	10	0	4	2	1	UTIL

FRECUENCIA DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO APLICADO  
POBLACION: MADRES AL MOMENTO DE ALTA

Los items estan ordenados de acuerdo a su Factor, y a su valor relativo.

<u>EVALUACION:</u>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
MALO	0	0	3	1	5	9	12	BUENO
ODIOSO	0	1	4	1	2	7	15	ANOROSO
ANTIPATICO	0	0	2	2	7	7	12	SIMPATICO
DESPRECIABLE	0	1	4	1	9	5	10	ADMIRABLE

POTENCIA:

DEBIL	3	1	5	0	7	8	6	FUERTE
CANSADO	1	1	4	2	2	10	10	DESCANSADO
DESCORTES	0	1	2	4	4	6	13	AMABLE
ENFERMO	1	4	2	1	7	8	7	SANO

ACTIVIDAD:

PASIVO	2	1	3	1	6	9	8	ACTIVO
LENTO	3	0	5	6	5	8	3	RAPIDO
PEREZOSO	1	1	3	4	11	8	2	TRABAJADOR
INUTIL	0	1	0	1	8	9	11	UTIL

PROCESAMIENTO DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

Los ítems están ordenados de acuerdo a su Factor y a su valor Relativo.

POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION.

MALO	- 9	- 4	- 8	0	+ 6	+ 4	+12	=+1/30	= +0.0333
ODIOSO	- 9	-12	- 8	0	+ 3	+ 8	+ 6	=-12/30	= -0.0400
ANTIIPATICO	-27	-12	- 7	0	+ 2	0	+ 6	=-38/30	= -1.2666
DESPRECIABLE	-15	-18	- 7	0	+ 4	+ 2	+ 3	=-31/30	= -1.0333

$$(+0.0333) + (-0.04) + (-1.2666) + (-1.0333) = -2.3066/4 = -0.5766$$

DEBIL	-21	-10	- 3	0	+ 3	+ 4	+27	=0/30	= 0
CANSADO	-15	-14	- 7	0	+ 2	+ 4	0	=-30/30	= -1.0000
DESCORTES	-39	-12	- 4	0	+ 2	+ 6	0	=-47/30	= -1.5666
ENFERMO	-75	- 6	- 2	0	0	0	0	=-83/30	= -2.7666

$$(0) + (-1) + (-1.5666) + (-2.7666) = -5.3332/4 = -1.333$$

PASIVO	-27	-22	- 6	0	+ 2	+ 2	0	=-51/30	= -1.7000
LENTO	-24	-16	- 5	0	+ 4	+ 4	+ 6	=-31/30	= -1.0333
PEREZOSO	-54	-24	- 1	0	+ 2	+ 2	0	=-75/30	= -2.5000
INUTIL	-18	-16	- 6	0	+ 5	+ 6	+ 6	=-23/30	= -0.7666

$$(-1.7) + (-1.0333) + (-2.5) + (-0.7666) = -5.9999/4 = -1.4999$$

PROCESAMIENTO DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

Los items están ordenados de acuerdo a su Factor y a su valor Relativo.

POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE ALTA.

MALO	0	- 2	- 1	0	+14	+18	+33	=62/30	=+2.0666
ODIOSO	0	0	- 2	0	+ 9	+16	+27	=50/30	=+1.6666
ANTI PATICO	0	- 2	- 2	0	+ 9	+20	+ 9	=34/30	=+1.1333
DESPRECIABLE	0	- 2	- 2	0	+11	+16	+12	=35/30	=+1.1666

$$(2.0666) + (1.6666) + (1.1333) + (1.1666) = +6.0331/4 = +1.5082$$

DEBIL	- 6	- 4	- 2	0	+ 6	+10	+36	=40/30	=+1.3333
CANSADO	- 3	- 4	0	0	+ 4	+22	+27	=46/30	=+1.5333
DESCORTES	0	0	- 5	0	+ 8	+14	+27	=44/30	=+1.4666
ENFERMO	- 9	- 4	- 5	0	+ 7	+16	+15	=20/30	=+0.6666

$$(1.3333) + (1.5333) + (1.4666) + (0.6666) = +4.9998/4 = +1.2495$$

PASIVO	- 6	- 4	- 1	0	+14	+16	+ 3	=22/30	=+0.7333
LENTO	- 9	-14	- 4	0	+ 8	+10	+ 9	= 0/30	= 0
PEREZOSO	- 3	- 6	- 7	0	+ 7	+18	+ 9	=18/30	=+.6000
INUTIL	0	- 2	- 1	0	+ 8	+16	+33	=54/30	=+1.8000

$$(0.7333) + (.6) + (1.8) = 3.1333/4 = + 0.7833$$

PROCESAMIENTO DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

Los ítems están ordenados de acuerdo a su Factor y a su valor Relativo.

POBLACION: MADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION.

MALO	- 6	- 4	- 7	0	+ 5	+18	+ 3	=9/30	= +0.3000
ODIOSO	- 9	-10	- 9	0	+ 5	+ 8	+ 3	=-12/30	= -0.4000
ANTIPATICO	-12	-14	- 4	0	+ 4	+ 6	+ 3	=-17/30	= -0.5666
DESPRECIABLE	-15	- 8	-10	0	+ 5	0	+ 3	=-25/30	= -0.8333

$$(.3) + (-.4) + (-.5666) + (-.8333) = -1.4999/4 = -0.3749$$

DEBIL	-24	-10	- 7	0	+ 3	+ 8	+ 4	=-26/30	= -0.8666
CANSADO	-15	- 4	-10	0	+ 5	+ 4	+ 3	=-17/30	= -0.5666
DESCORTES	-18	-12	- 6	0	+ 6	+ 4	+ 9	=-17/30	= -0.5666
ENFERMO	-51	-14	- 4	0	+ 1	+ 2	0	= 66/30	= -2.2000

$$(-.8666) + (-.5666) + (-.5666) + (-2.2) = -4.1998/4 = -1.0495$$

PASIVO	-33	-18	- 3	0	+ 3	+ 4	0	=-47/30	= -1.5666
LENTO	-21	-14	- 7	0	+ 3	+ 8	+ 3	=-28/30	= -0.9333
PEREZOSO	-36	-10	- 5	0	+ 5	+ 2	+ 6	=-38/30	= -1.2666
INUTIL	-15	-16	-10	0	+ 4	+ 4	+ 3	=-30/30	= -1.0000

$$(-1.5666) + (-.9333) + (-1.2666) + (-1) = -4.7665/4 = -1.1916$$

PROCESAMIENTO DE RESPUESTAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

Los ítems están ordenados de acuerdo a su Factor y a su valor Relativo.

POBLACION: MADRES AL MOMENTO DE ALTA.

MALO	0	0	- 3	0	+ 5	+18	+36	=56/30	= +1.8666
ODIOSO	0	- 2	- 4	0	+ 2	+14	+45	=55/30	= +1.8333
ANTIPATICO	0	0	- 2	0	+ 7	+14	+36	=55/30	= +1.4333
DESPRECIABLE	0	- 2	- 4	0	+ 9	+10	+30	=43/30	= +1.4333

$$(1.8666) + (1.8333) + (1.8333) + (1.4333) = 4.9999/4 = +1.7416$$

DEBIL	- 9	- 2	- 5	0	+ 7	+16	+18	=25/30	= + 0.8333
CANSADO	- 3	- 2	- 4	0	+ 2	+20	+30	=43/30	= + 1.4333
DESCORTES	0	- 2	- 2	0	+ 4	+12	+39	=51/30	= + 1.7000
ENFERMO	- 3	- 8	- 2	0	+ 7	+16	+21	=31/30	= + 1.0333

$$(.8333) + (1.4333) + (1.7) + (1.0333) = 4.9999/4 = + 1.2499$$

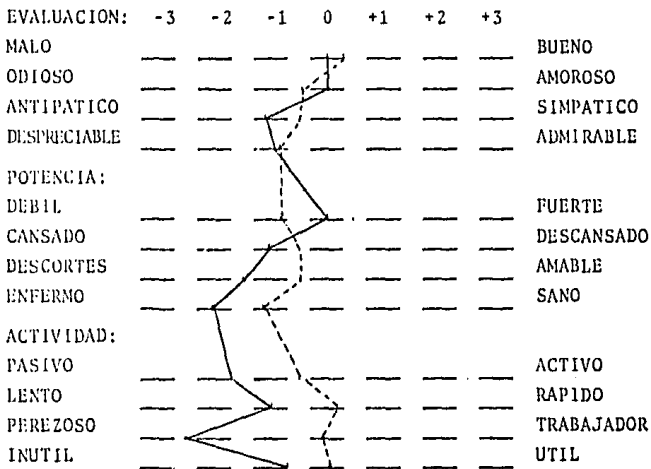
PASIVO	- 6	- 2	- 3	0	+ 6	+18	+24	=37/30	= + 1.2333
LENTO	- 9	0	- 5	0	+ 5	+16	+ 9	=16/30	= + 0.5333
PEREZOSO	- 3	- 2	- 3	0	+11	+16	+ 6	=25/30	= + 0.8333
INUTIL	0	- 2	0	0	+ 8	+18	+33	=57/30	= + 1.9000

$$(1.2333) + (.5333) + (.8333) + (1.9) = 4.4999/4 = +1.1249$$

## OBSERVACION GRAFICA DE ACTITUDES. (HIPOTESIS # 1)

ACTITUD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION(\_\_\_\_)

ACTITUD DE LAS MADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION(-----)

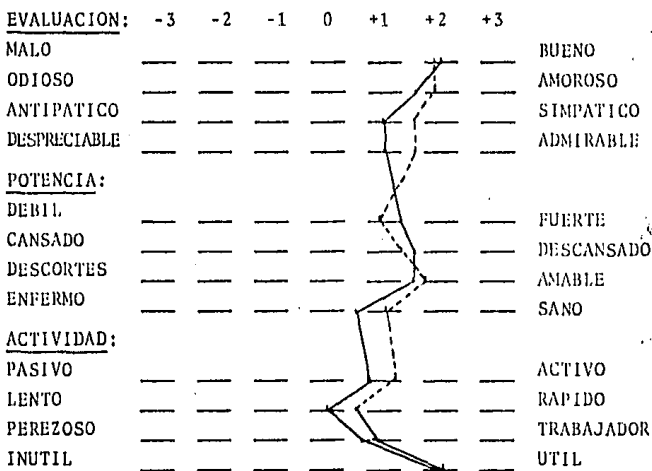




## OBSERVACION GRAFICA DE ACTITUDES. (HIPOTESIS # 2)

ACTITUD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE ALTA: ( \_\_\_\_\_ )

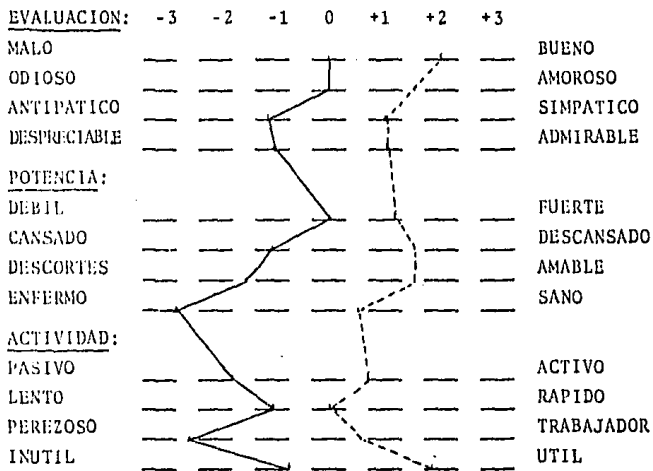
ACTITUD DE LAS MADRES AL MOMENTO DE ALTA: (-----)



## OBSERVACION GRAFICA DE ACTITUDES. (HIPOTESIS # 3)

ACTITUD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION:(\_\_\_\_\_)

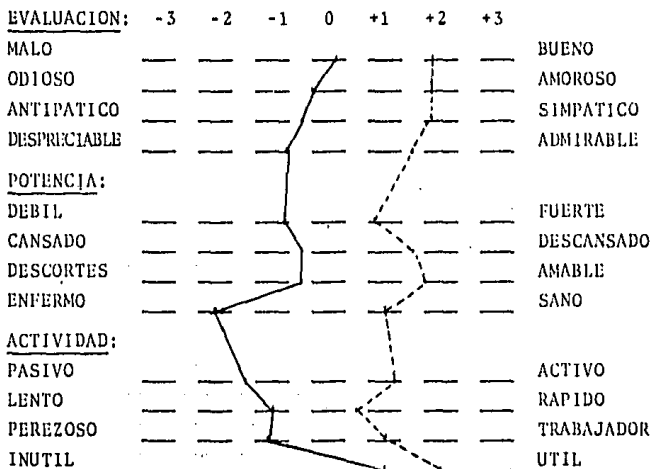
ACTITUD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE ALTA: (-----)



## OBSERVACION GRAFICA DE ACTITUDES. (HIPOTESIS # 4)

ACTITUD DE LAS MADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION: (\_\_\_\_)

ACTITUD DE LAS MADRES AL MOMENTO DE ALTA: (-----)



POBLACION DE PADRES EN EL MOMENTO DE HOSPITALIZACION

- S U J E T O S -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	1	+1	+2	-3	-3	-3	+3	+2	-3	-2	+1	-3	+3	-2	+3	+3
	2	-3	+2	-2	-2	-3	-3	-2	-3	-2	-3	-2	-3	-2	+1	-3
I	3	+1	+3	+3	0	+2	-3	+2	-1	+3	+1	-1	0	-1	0	-2
T	4	0	-3	-1	0	-2	-3	-2	-3	-1	-2	-3	-3	0	+1	-1
E	5	-2	-1	-3	0	-2	-3	-2	-3	-2	-2	-3	-3	-1	-1	-3
M	6	-3	-2	-3	-1	-3	-3	-2	-3	+2	-3	-3	-3	-2	-3	-3
S	7	-3	-3	-3	-1	-2	-3	-2	-3	-2	-1	-2	+3	-2	+2	-3
	8	-2	-3	-2	+1	-2	-3	+1	0	+2	-2	-1	-1	-1	-1	-3
	9	-2	-2	-3	+2	-1	-3	-2	-3	-2	-2	-3	-3	-1	-2	-2
	10	-2	-1	-1	+1	-2	-3	-2	0	+2	-2	0	-3	-1	-1	-2
	11	-3	-3	-3	-1	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3
	12	-1	+3	-1	-1	-2	-3	+1	-2	+2	-1	-3	-3	-1	+1	-3
$\bar{X}$		-1.58	-.66	-1.83	-.41	-1.91	-2.50	-.91	-1.83	-.33	-1.54	-2.25	-1.58	-1.41	-.25	-2.08

(continuación) POBLACION DE PADRES EN EL MOMENTO DE HOSPITALIZACION

- S U J E T O S -

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	$\bar{X}$	
I	1	-3	+1	+3	-2	-2	+3	0	-1	-1	+3	-3	+3	-2	-1	+3	0.00
	2	-2	-3	-3	-3	-3	-2	-2	-2	-2	-3	-3	-3	-2	-1	+1	-2.10
T	3	+1	-1	-3	-1	-1	-3	+1	0	+1	-2	+3	-1	-1	0	+1	+0.03
	4	-3	+1	+1	-2	-1	+3	0	-2	-1	0	-2	0	-1	-1	+2	-0.80
B	5	-1	-3	-3	+1	-2	+3	0	-2	-1	-1	+3	-2	-1	0	-1	-1.26
	6	-2	-3	-3	0	0	-3	-1	-3	+2	-1	+2	-1	-2	+1	-3	-1.60
M	7	-3	-2	-2	-1	-1	-3	+2	-2	0	-1	+3	-1	-2	+1	+1	-1.03
	8	+2	-1	-1	-1	-2	-3	0	-1	0	-1	+3	-2	+2	0	+1	-0.66
S	9	+1	-1	-1	-3	-2	-3	+2	-1	-1	-1	-1	-1	0	-1	+2	-1.40
	10	+1	-1	-1	-3	-3	+3	+2	0	-1	-2	-1	-3	+1	-1	-3	-1.00
	11	-3	-2	-2	-3	-3	-3	0	-3	-2	-3	-3	-2	-3	-1	-3	-2.66
	12	-2	+1	+1	+2	+1	-3	-2	-2	-2	+2	+3	-3	-2	-2	+1	<u>-0.56</u>
																	-13.04
$\bar{X}$		-0.91	-1.00	-0.75	-1.33	-1.58	-0.91	-0.16	-1.58	-0.66	-0.83	.35	-1.16	-1.08	-0.50	.16	$\bar{X} = -1.086$

ESTADÍSTICA  
DE LA  
UNIVERSIDAD  
DE  
MÉXICO

POBLACION DE PADRES EN EL MOMENTO DE ALTA.

- S U J E T O S -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
I	1	+2	+2	-1	+3	+3	+3	0	+2	+3	-1	+3	+2	+3	-1	-2
T	2	+2	+2	0	-2	-3	+3	+1	+1	+2	-1	+1	+2	+2	-2	-1
E	3	+3	+3	+2	-2	+3	0	+3	+3	+3	+2	+1	+2	+3	0	+3
M	4	+3	+2	-1	0	0	+3	+1	+3	+1	0	+3	+2	+3	-2	-2
S	5	+3	+3	+2	-1	0	+3	0	+2	+2	0	0	+3	+2	-1	+1
	6	+3	+3	0	-1	-1	+3	0	+3	+3	+1	-1	+2	+1	-2	-1
	7	-3	+2	-1	-2	-1	-3	+1	-3	-3	+1	+1	+2	+2	0	-1
	8	+3	+3	+2	+1	0	+3	0	+3	+3	+2	+1	+3	+3	-1	+1
	9	+3	+2	+3	-1	0	+2	+1	+2	+2	0	+1	+3	+1	-1	-3
	10	+3	+2	-2	-1	0	+2	0	+3	+3	0	0	+2	+3	-1	-1
	11	+1	+3	+2	-1	-3	+3	-1	+2	+2	-1	-3	+1	+3	-2	-3
	12	+2	+3	+1	-1	0	+3	+1	+3	+3	+1	+1	+3	+3	+1	+1
	$\bar{X}$	2,08	2,50	,75	-.83	-.58	2,83	,33	2,00	2,00	,33	,66	2,33	2,41	1,00	-.66

(continuación) POBLACION DE PADRES EN EL MOMENTO DE ALTA.

## - S U J E T O S -

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	$\bar{X}$	
	1	+1	+3	+1	-3	+2	+1	+1	-2	+1	+3	+1	+3	+1	+3	+2	+1.33
	2	+1	+3	+1	+2	+2	+1	-1	-2	+1	+1	+1	+2	-1	-1	+2	+0.56
I	3	+2	+3	+2	+2	+1	+2	+1	+3	+1	+1	+1	-1	+2	+1	+2	+1.73
T	4	+2	+3	+3	+3	+2	+3	+2	-2	+2	+2	+1	-2	+2	+2	+2	+1.36
	5	+2	+2	+1	+1	+2	+1	0	+2	+1	+1	+2	-2	+1	+1	+1	+1.16
E	6	+3	+2	+2	+2	+1	+3	+1	+2	+2	+1	+3	+1	+3	+1	+2	+1.43
M	7	+2	-3	+1	-1	-3	+2	-2	-2	-1	+1	+3	+3	-1	-1	+1	-0.10
	8	+2	+1	+1	+1	+1	+3	0	+2	+2	+1	+3	-1	+2	+2	+1	+1.53
S	9	+1	+1	+1	+1	+1	+3	+2	-2	+1	+1	+2	+2	-1	+2	-2	+1.00
	10	+2	+1	+1	+1	+2	+2	+2	+1	+2	+1	+1	-2	+1	+1	+1	+1.00
	11	-1	+3	+2	+2	-1	+2	+1	-2	+1	+3	+1	+2	+2	+2	+1	+0.66
	12	+2	+3	+3	+3	+2	+3	+1	+2	+2	+2	+2	-2	+1	+2	+1	+1.02
																	+12.68
$\bar{X}$		1.58	1.83	1.75	1.50	.66	2.25	.66	0	1.08	1.50	1.75	.25	1.16	1.25	1.16	$\bar{X}=+1.0566$

POBLACION DE MADRES EN EL MOMENTO DE HOSPITALIZACION.

- S U J E T O S -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
I	1	+3	+3	+2	0	-3	-2	-3	-2	-3	-1	-3	-1	-1	+2	+1
T	2	+3	+1	+2	-2	-3	-3	-3	+1	+1	-2	-3	-1	-1	-2	-3
B	3	+3	+2	-1	+2	+1	-2	-2	+2	+1	0	0	-1	-1	+2	-1
M	4	-3	0	-1	+1	0	+2	-2	-1	0	0	-3	-1	+1	+3	+1
S	5	+3	-2	0	+2	0	+2	-2	0	-3	+1	-3	-1	0	+2	-2
	6	+3	-3	-1	-1	-3	+1	-3	+2	+2	+1	-3	-1	+1	+3	-2
	7	+3	-3	-1	0	+2	-2	-1	-3	-3	+2	-2	-2	-1	-2	-2
	8	+3	-2	+1	+1	-2	-2	-3	+2	+2	-1	-3	-1	+1	-2	-1
	9	-3	-3	+1	-1	0	-3	-3	-3	-3	-2	-3	-1	+1	+3	+1
	10	+3	-2	+1	+1	0	-2	-3	+1	-1	-3	-3	-1	+1	+3	+1
	11	-3	-3	-3	-2	-3	-2	-3	+1	-3	-3	-3	-3	-1	+2	-1
	12	+3	-2	+1	-1	-3	-2	-2	+1	-1	-3	-3	-1	-1	+2	-1
	-															
X	1,50	-1,16	,08	0	-1,16	-1,25	-2,50	,08	-,91	-,91	-2,66	-1,25	-0,8	1,33	-,75	



(continuación) POBLACION DE MADRES EN EL MOMENTO DE HOSPITALIZACION.

- S U J E T O S -

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	$\bar{X}$	
I	1	-2	-1	-1	-2	-3	+1	-1	-3	+2	-2	+1	-3	-1	+2	-3	-0.73
T	2	-3	-3	-3	+1	-3	-1	-2	+1	+3	-3	-1	-2	-1	+1	-3	-1.13
E	3	+2	-1	-1	+2	-3	+1	-1	+2	0	+1	+2	+2	0	+1	-3	+0.26
M	4	-2	-3	0	-1	-3	+1	-1	-1	+2	-3	+1	-1	-1	-1	-1	-0.56
S	5	-3	-1	-1	+1	-3	-2	-1	0	+1	+1	-2	0	0	-2	-2	-0.56
	6	-3	+2	-2	+1	-3	-1	0	-1	+1	+3	-2	-2	+1	-1	-2	-0.43
	7	+2	-3	-3	-1	-3	-1	-3	-1	+2	+1	-2	-2	+1	-1	-1	-0.96
	8	-1	+2	-1	+1	-3	-1	-1	0	+1	0	-2	-1	0	-1	-1	-0.50
	9	0	-2	-2	-2	-3	-2	-3	-2	+2	+2	-2	-3	-1	-2	-3	-1.40
	10	-1	-2	-1	0	-3	0	-1	-1	-1	0	-2	-1	-1	-3	-1	-0.66
	11	-3	-2	+2	-3	-3	-2	-3	-3	-3	-1	-3	-3	-1	-2	-2	-2.06
	12	-3	-2	+3	-1	-3	-1	-1	-2	+2	-2	-1	-2	-2	+1	-1	+1.90
																	-6.83
$\bar{X}$	-1.41	-1.33	-.75	-.33	-3.00	-.50	-1.50	-.91	1.00	-.25	-.108	-1.58	-.50	-.66	-1.91		$\bar{X} = -0.5691$

POBLACION DE MADRES EN EL MOMENTO DE ALTA.

- S U J E T O S -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	1.	-3	+3	+1	+2	+1	+2	+1	+1	+3	-3	+1	+3	+2	-1	-3
	2	-2	+3	+1	+2	0	+3	+1	+1	+1	0	+2	-3	+1	+1	+1
	3	+1	+3	-1	+3	+2	+3	+3	+2	-1	+3	+3	+3	+2	+2	+3
I	4	+1	+3	+2	+2	+2	+3	+2	+3	+1	-3	+2	+3	+2	-1	0
T	5	0	+3	0	+3	+1	+3	+2	+2	+2	+3	+2	-3	+1	+3	+3
E	6	-1	+3	+2	+2	+3	+3	+1	+2	+3	+3	+3	+3	+2	+3	+1
M	7	+1	+2	+2	+1	+1	+2	-3	-1	-1	-3	+2	-3	+1	+3	0
S	8	+2	+3	-1	+2	+3	+3	+2	+3	+3	+3	+3	+3	-1	+3	+3
	9	+2	+2	-1	+3	+2	+2	+1	-2	+1	-3	+3	-3	+2	+3	0
	10	+1	+3	-1	+2	+2	+3	+1	+3	+1	+3	+3	+3	+1	+3	+1
	11	+1	+3	-1	+1	+2	+2	+2	+2	-1	+3	+3	-3	+2	+3	-1
	12	+1	+3	-2	+3	+2	+3	+3	+3	+2	+3	+3	+3	+2	+3	+2
	$\bar{X}$	1.75	1.16	1.08	-0.16	1.16	2.25	1.00	.75	1.50	2.50	2.66	1.08	1.00	1.41	.16

(continuación) POBLACION DE MADRES EN EL MOMENTO DE ALTA.

## - S U J E T O S -

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	$\bar{X}$	
I	1	+1	-1	-1	-2	+3	+3	+1	+2	+3	+3	+3	+3	+2	-3	-1	+0.83
T	2	+2	-1	+2	-1	+1	+1	+1	-1	+2	+3	+2	+2	-1	+1	0	+0.83
E	3	+1	+2	+1	+2	+2	+2	+2	+3	+3	+3	+3	+2	+3	+1	+1	+2.06
M	4	+3	+3	0	+2	-1	+2	+3	-2	+2	+3	+3	+1	+2	+3	-1	+1.50
S	5	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+1	+2	+3	+3	-1	+1	+1	+1	+1.60
	6	+3	+3	+1	-1	+2	+1	+2	+1	+1	+3	+3	0	0	0	-1	+1.70
	7	+2	+2	+3	0	-1	+2	0	-2	-2	+1	-1	0	+3	+1		+0.53
	8	+2	+1	0	-1	+2	+3	-2	+1	+3	+3	+3	+2	+2	+1	0	+1.76
	9	+1	+1	+2	-1	+2	+3	+1	+1	+1	+3	+2	+2	+1	+3	+1	+1.16
	10	+1	+1	+1	+1	0	+3	+2	+2	+2	+3	+3	+1	0	+2	-1	+1.70
	11	+1	+1	+2	-2	+1	+3	-2	+1	-2	+2	+3	+1	+1	+3	+1	+1.03
	12	+1	0	+1	+1	+2	+2	+1	+2	+3	+3	+3	+1		+2	+1	+1.90
																	<u>16.40</u>
$\bar{X}$	.33	2.83	0	1.91	1.75	2.66	1.33	1.58	1.08	.75	2.50	.50	1.41	2.08	.83	$\bar{X} =$	+1.3666

POBLACION DE AMBOS PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION:  
(HIPOTESIS # 1)

<u>Sujetos.</u>	<u>PADRES</u>	<u>MADRES</u>	<u>d=Padres-Madres</u>	<u>d<sup>2</sup></u>
1	-1.58	1.50	-3.08	9.5048
2	-0.66	-1.16	0.50	0.2500
3	-1.83	0.08	-1.91	3.6481
4	-0.41	0.00	-0.41	0.1691
5	-1.91	-1.16	-0.75	0.5625
6	-2.50	-1.25	-1.25	1.5625
7	-0.91	-2.50	1.59	2.5282
8	-1.83	0.08	-1.91	3.6481
9	-0.33	-0.91	0.58	0.3364
10	-1.54	-0.91	-0.63	0.3969
11	-2.25	-2.66	0.41	0.1681
12	-1.58	-1.25	-.33	0.1089
13	-1.41	-0.08	1.33	1.7690
14	-0.25	1.33	1.58	2.4964
15	-2.08	-0.75	-1.33	1.7689
16	-0.91	-1.41	0.50	0.2500
17	-1.00	-1.33	0.33	0.1089
18	-0.75	-0.75	0.00	0.0000
19	-1.33	-0.33	-1.00	1.0000
20	-1.58	-3.00	1.42	2.0164
21	-0.91	-0.50	-0.41	0.1681
22	-0.16	-1.50	1.34	1.7956
23	-1.58	-0.91	-0.67	0.4489
24	-0.66	1.00	-1.66	2.7556
25	-0.83	-0.25	-0.58	0.3364
26	0.33	-1.08	1.41	1.9881
27	-1.16	-1.58	0.42	0.1764
28	-1.08	-0.50	-0.58	0.3364
29	-0.50	-0.66	0.16	0.0256
30	0.16	-1.91	2.07	4.2489
			<u>Σ d=3.303</u>	<u>Σ d<sup>2</sup>=44.608</u>

POBLACION DE AMBOS PADRES EN EL MOMENTO DE ALTA:  
(Hipótesis No. 2)

<u>Sujetos</u>	<u>PADRES</u>	<u>MADRES</u>	<u>d=Padres-Madres</u>	<u>d<sup>2</sup></u>
1	2.08	0.33	1.75	3.0625
2	2.50	2.83	-0.33	0.1089
3	0.75	0.00	0.75	0.3249
4	-0.83	1.91	-2.74	7.5076
5	-0.58	1.75	-2.33	5.4289
6	2.83	2.66	0.17	0.0289
7	0.33	1.33	-1.00	1.0000
8	2.00	1.59	0.42	0.1764
9	2.00	1.08	0.92	0.8464
10	0.33	0.75	-0.42	0.1764
11	0.66	2.50	-1.84	3.3856
12	2.33	0.50	1.83	3.3489
13	2.41	1.41	1.00	1.0000
14	1.00	2.08	-1.08	1.1664
15	-0.66	0.83	-1.49	2.2201
16	1.58	1.75	-0.17	0.0289
17	1.83	1.16	0.67	0.4489
18	1.75	1.08	0.67	0.4489
19	1.50	-0.16	1.66	2.7556
20	0.66	1.16	-0.50	0.2500
21	2.25	2.25	0.00	0.0000
22	0.66	1.00	0.34	0.1156
23	0.00	0.75	-0.75	0.5625
24	1.08	1.50	-0.42	0.1764
25	1.50	2.50	-1.00	1.0000
26	1.75	2.66	-0.91	0.8281
27	0.25	1.08	-0.83	0.6889
28	1.16	1.00	0.16	0.0256
29	1.25	1.41	-0.16	0.0256
30	1.16	0.16	1.00	1.0000
			<u>Σ d = -4.63</u>	<u>Σ d<sup>2</sup> = 38.1673</u>

POBLACION DE PADRES : (Hipótesis # 3)

<u>Sujetos</u>	<u>Hospitalización</u>	<u>Alta</u>	<u>d-Iosp. -Alta</u>	<u>d<sup>2</sup></u>
1	-1.58	2.08	-3.66	13.4170
2	-0.66	2.50	-3.16	9.9850
3	-1.83	0.75	-2.58	6.6560
4	-0.41	-0.83	0.42	0.1764
5	-1.91	-0.58	-1.33	1.7690
6	-2.50	2.83	-5.33	28.4000
7	-0.91	0.33	-1.24	1.5376
8	-1.83	2.00	-3.83	14.6680
9	-0.33	2.00	-2.33	5.4280
10	-1.54	0.33	-1.91	3.6600
11	-2.25	0.66	-2.91	8.4680
12	-1.58	2.33	-3.91	15.2880
13	-1.41	2.41	-3.82	14.5920
14	-0.25	1.00	-1.25	1.5620
15	-2.08	-0.66	-1.42	2.0160
16	-0.91	1.58	-2.49	6.2000
17	-1.00	1.83	-2.83	8.0089
18	-0.75	1.75	-2.50	6.2500
19	-1.33	1.50	-2.83	8.0089
20	-1.58	0.66	-2.24	5.0176
21	-0.91	2.25	-3.16	9.9850
22	-0.16	0.66	-0.82	0.6724
23	-1.58	0.00	-1.58	2.4960
24	-0.66	1.08	1.74	3.0276
25	-0.83	1.50	-2.33	5.4280
26	0.33	1.75	-1.42	2.0164
27	-1.16	0.25	-1.41	1.9880
28	-1.08	1.16	-2.24	5.0176
29	-0.50	1.25	-1.75	3.0625
30	0.16	1.16	-1.00	1.0000

$$\Sigma d = -68.78 \quad \Sigma d^2 = 195.8005$$

## POBLACION DE MADRES: (Hipótesis # 4)

<u>Sujetos</u>	<u>Hospitalización</u>	<u>Alta</u>	<u>d=Hosp.-Alta</u>	<u>d<sup>2</sup></u>
1	+1.50	+0.33	+1.17	+ 1,3689
2	-1.16	+2.83	-3.99	+15,9201
3	+0.08	0	+0.08	+ 0,0064
4	0	+1.91	-1.91	+ 3,6481
5	-1.16	+1.75	-2.91	+ 8,4681
6	-1.25	+2.66	-3.91	+15,2881
7	-2.50	+1.33	-3.83	+14,6689
8	+0.08	+1.58	-1.50	+ 2,2500
9	-0.91	+1.08	-1.99	+ 3,9601
10	-0.91	+0.75	-1.66	+ 2,7556
11	-2.66	+2.50	-5.16	+26,6256
12	-1.25	+0.50	-0.75	+ 0,5625
13	-0.08	+1.41	-1.49	+ 2,2201
14	+1.33	+2.08	-0.75	+ 0,5625
15	-0.75	+0.83	-1.58	+ 2,4964
16	-1.41	+1.75	-3.16	+ 9,9856
17	-1.33	+1.16	-2.49	+ 6,2001
18	-0.75	+1.08	-1.83	+ 3,3489
19	-0.33	-0.16	-0.17	+ 0,0289
20	-3.00	+1.16	-4.16	+17,3056
21	-0.50	+2.25	-2.75	+ 7,5625
22	-1.50	+1.00	-2.50	+ 6,2500
23	-0.91	+0.75	-1.66	+ 2,7556
24	+1.00	+1.50	-0.50	+ 0,2500
25	-0.25	+2.50	-2.75	+ 7,5625
26	-1.08	+2.66	-3.74	+15,9876
27	-1.58	+1.08	-2.66	+ 7,0756
28	-0.50	+1.00	-1.50	+ 2,2500
29	-0.66	+1.41	-2.07	+ 4,2849
30	-1.91	+0.16	-2.07	+ 4,2849
			$\Sigma d = -64.19$	$\Sigma d^2 = +193.9341$

## COMPROBACION DE HIPOTESIS.

OBSERVACIONES PAREADAS DEPENDIENTES.

POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION: ( $\mu_1$ )  
 MADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION: ( $\mu_2$ )

Hipótesis #1:  $H_0: \mu_1 = \mu_2$ .

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$ .

Fórmula Estadística Utilizada:  $Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{r_d}{\sqrt{n}}\right)}$

$\alpha: 0.05$

Criterio de Decisión:

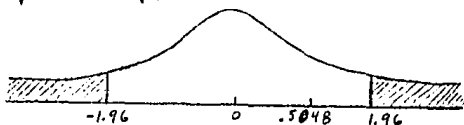
Si  $Z_p \geq \pm 1.96$  entonces se Rechaza  $H_0$

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n} = \frac{3.303}{30} = .1138$$

$$\bar{d}^2 = \left(\frac{\sum d}{n}\right)^2 = \left(\frac{3.303}{30}\right)^2 = (.1138)^2 = .0129$$

$$\sqrt{r_d} = \sqrt{\frac{\sum d^2 - n(\bar{d}^2)}{n-1}} = \sqrt{\frac{44.608 - 30(.0129)}{29}} = \sqrt{1.5248} = 1.2348$$

$$Z_p = \frac{\bar{d}}{\frac{r_d}{\sqrt{n}}} = \frac{.1138}{\frac{1.2348}{\sqrt{30}}} = \frac{.1138}{\left(\frac{1.2348}{5.4772}\right)} = \frac{.1138}{.2254} = .5048$$



Decisión:  $0.5048 < \pm 1.96 \therefore$  So acepta la  $H_0$



## COMPROBACION DE HIPOTESIS

OBSERVACIONES PAREADAS DEPENDIENTES.POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE ALTA. ( $H_2$ )MADRES AL MOMENTO DE ALTA. ( $H_+$ )Hipótesis #2:  $H_0: H_2 = H_+$ . $H_1: H_2 \neq H_+$ .Fórmula Estadística Utilizada:  $Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{\sqrt{d}}{\sqrt{n}}\right)}$  $\alpha: 0.05$ 

Criterio de Decisión:

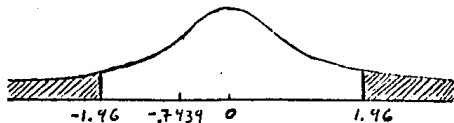
Si  $Z_p \geq \pm 1.96$  entonces se Rechaza  $H_0$ .

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n} = \frac{-4.63}{30} = -.1543$$

$$\bar{d}^2 = \left(\frac{\sum d}{n}\right)^2 = \left(\frac{-4.63}{30}\right)^2 = (-.1543)^2 = 0.0238$$

$$\sqrt{d} = \sqrt{\frac{\sum d^2 - n(\bar{d}^2)}{n-1}} = \sqrt{\frac{38.1673 - 30(.0238)}{29}} = \sqrt{1.2914} = 1.1363$$

$$Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{\sqrt{d}}{\sqrt{n}}\right)} = \frac{-.1543}{\left(\frac{1.1363}{\sqrt{30}}\right)} = \frac{.1553}{\left(\frac{1.1363}{5.4772}\right)} = \frac{.1543}{.2074} = -.7439$$

Decisión:  $-0.7439 < \pm 1.96$  ∴ Se acepta la  $H_0$ .

## COMPROBACION DE HIPOTESIS

OBSERVACIONES PAREADAS DEPENDIENTES.

POBLACION: PADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION: ( $H_1$ )  
 PADRES AL MOMENTO DE ALTA ( $H_2$ )

Hipótesis #3:  $H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Fórmula Estadística Utilizada:  $Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{\sqrt{d}}{\sqrt{n}}\right)}$

$\alpha: 0.05$

Criterio de Decisión:

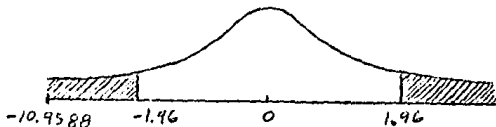
Si  $Z_p \geq \pm 1.96$  entonces se Rechaza  $H_0$ .

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n} = \frac{-68.78}{30} = -2.2926$$

$$\bar{d}^2 = \left(\frac{\sum d}{n}\right)^2 = \left(\frac{-68.78}{30}\right)^2 = (-2.2926)^2 = 5.2563$$

$$\sqrt{d} = \sqrt{\frac{\sum d^2 - n(\bar{d}^2)}{n-1}} = \sqrt{\frac{95.8005 - 30(5.2563)}{29}} = \sqrt{1.3141} = 1.1463$$

$$Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{\sqrt{d}}{\sqrt{n}}\right)} = \frac{2.2926}{\left(\frac{1.1463}{\sqrt{30}}\right)} = \frac{-2.2926}{\left(\frac{1.1463}{5.4772}\right)} = \frac{-2.2926}{.2092} = -10.9588$$



Decisión:  $-10.9588 > \pm 1.96 \therefore$  Se Rechaza la  $H_0$ .

## COMPROBACION DE HIPOTESIS

OBSERVACIONES PAREADAS DEPENDIENTES.

POBLACION: MADRES AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION: ( $K_3$ )  
 MADRES AL MOMENTO DE ALTA. ( $K_4$ )

Hipótesis # 4:  $H_0: K_3 = K_4$ .

$H_1: K_3 \neq K_4$ .

Fórmula Estadística Utilizada:  $Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{\sqrt{d}}{\sqrt{n}}\right)}$

$\alpha: 0.05$

Criterio de Decisión:

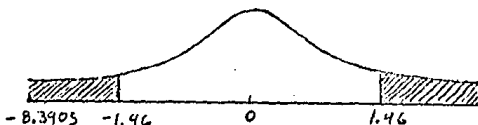
Si  $Z_p \geq \pm 1.96$  entonces se Rechaza  $H_0$ .

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n} = \frac{-64.19}{30} = -2.1396$$

$$\bar{d}^2 = \left(\frac{\sum d}{n}\right)^2 = \left(\frac{-64.19}{30}\right)^2 = (-2.1396)^2 = 4.5781$$

$$\sqrt{d} = \sqrt{\frac{d^2 - n(\bar{d}^2)}{n-1}} = \sqrt{\frac{(193.9341 - 30(4.5781))}{29}} = \sqrt{1.9514} = 1.3969$$

$$Z_p = \frac{\bar{d}}{\left(\frac{\sqrt{d}}{\sqrt{n}}\right)} = \frac{-2.1396}{\left(\frac{1.3969}{\sqrt{30}}\right)} = \frac{-2.1396}{\left(\frac{1.3969}{5.4772}\right)} = \frac{-2.1396}{.2550} = -8.3905$$



Decisión:  $-8.3905 > \pm 1.96 \therefore$  Se Rechaza la  $H_0$ .

## RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A PADRES Y MADRES,

Se respeta la secuencia original de preguntas.

A.1: Edad del Paciente.	# Padres	# Madres
18 Años	4	6
19 Años	4	3
20 Años	3	3
22 Años	6	6
23 Años	2	1
24 Años	1	2
25 Años	4	3
26 Años	1	1
27 Años	1	1
28 Años	1	1
29 Años	1	1
30 Años	2	2
A.2: Fecha de Nacimiento del Paciente	# Padres	#Madres
No supieron	11	5
1955	1	1
1956	1	1
1957	3	2
1958	1	1
1960	4	5
1962	2	3
1963	4	4
1965	3	3
1966	0	4
1967	0	1
A.3: Sexo del Paciente	#Padros	#Madros
Masculino	30	30
A.4: Escolaridad del Paciente	#Padros	#Madros
1o. de Primaria.	2	2

2o. de Primaria.	3	3
3o. de Primaria.	1	1
4o. de Primaria.	2	2
6o. de Primaria.	10	9
1o. de Secundaria.	3	3
2o. de Secundaria.	5	6
3o. de Secundaria.	2	2
2o. de Preparatoria.	1	1
1o. de Normal.	1	1
<b>A.5: Ocupación del Paciente</b>	<b>#Padres</b>	<b>#Madres</b>
Nula.	8	10
Estudiante.	7	6
Albañil.	2	2
Agricultor.	1	1
Cargador.	1	1
Carpintero.	1	1
Chofer.	1	0
Comerciante.	1	1
Herrero.	1	2
Joyero.	1	1
Maqueador.	1	1
Paletero.	1	1
Pintor.	1	0
Soldador.	1	0
Tablajero.	1	0
Zapatero.	1	1
Marmolero.	0	1
<b>A.6: Estado Civil del Paciente</b>	<b>#Padres</b>	<b>#Madres</b>
Soltero	30	30
<b>A.7: Número de Hospitalizaciones por Drogadicción o Farmacodependencia.</b>	<b>#Padres</b>	<b>#Madres</b>
Una Hospitalización.	17	17

Dos Hospitalizaciones.	7	6
Tres Hospitalizaciones.	6	7

A.8: Ciudad donde vive actualmente el paciente.

	#Padres.	#Madres
Guadalajara	30	30

A.9: Sustancias o drogas que ha utilizado su hijo.

	#Padres	#Madres
Alcohol.	6	5
Aguarrás.	2	4
Cemento.	15	16
Mariguana.	23	24
Inhalantes.	2	0
Pastillas.	22	19
Resistol.	2	3
Thinner.	10	10
Tonopan.	0	3
Todas.	3	0

A.10: Lugar que ocupa el paciente en la familia.

Esta pregunta se descartó por la gran diversidad de respuestas obtenidas; es muy ambigua.

A.11: Mencione otros parientes con problema semejante.

	#Padres.	#Madres.
Hermano.	7	6
Tío.	2	0
Sobrino.	2	1
Un primo.	8	11
Dos primos.	1	0

A.12: Mencione quien pagará su hospitalización.

	#Padres.	#Madres.
El papá	16	14
La mamá	0	4

Los papás	12	10
Su hermano mayor	2	2

A.13: El paciente vive en la casa de usted?

	#Padres.	#Madres.
Sí	30	30

A.14: Cómo se relaciona el paciente con usted?

	#Padres	#Madres
Bien.	5	12
Regular.	13	12
Mal.	17	6

A.15: Cómo considera el rendimiento escolar del paciente.

	#Padres	#Madres
Bueno.	4	11
Regular.	13	11
Malo.	13	8

A.16: Cómo considera el desempeño laboral de su paciente.

	#Padres	#Madres
Bueno.	6	8
Regular.	11	14
Malo.	13	8

A.17: Cómo se relaciona el paciente con sus hermanos.

	#Padres	#Madres
Bien.	2	4
Regular.	16	12
Mal.	12	14

Segunda parte del Cuestionario.

Obtención de datos personales de ambos padres.

B.1: Edad.	#Padres	#Madres
31 Años.	1	1
32 Años.	0	1

33 Años	0	1
35 Años	1	0
38 Años	1	0
42 Años	0	2
43 Años	0	1
45 Años	3	1
46 Años	0	1
47 Años	0	2
48 Años	1	2
49 Años	0	2
50 Años	3	2
51 Años	1	0
52 Años	0	1
54 Años	1	0
55 Años	3	2
56 Años	1	1
57 Años	1	1
58 Años	0	2
59 Años	1	2
60 Años	3	3
61 Años	2	1
62 Años	1	1
63 Años	1	0
65 Años	2	0
66 Años	2	0
68 Años	0	1
69 Años	1	0

B.2: Fecha de nacimiento de ambos padres.

	#Padres.	#Madres.
1915.	2	0
1916.	1	0
1917.	0	1
1919.	1	0



1920.	1	0
1922.	1	0
1923.	2	1
1924.	1	1
1925.	2	3
1926.	1	3
1927.	0	1
1928.	1	0
1929.	1	1
1930.	1	2
1931.	1	0
1933.	1	1
1935.	2	2
1936.	0	2
1937.	0	2
1938.	0	1
1939.	0	1
1940.	3	0
1942.	0	1
1944.	0	1
1947.	1	0
1952.	0	1
1953.	0	1
1954.	1	1
<b>B.3: Sexo.</b>	<b>#Padres.</b>	<b>#Madres.</b>
Masculino.	30	0
Femenino.	0	30
<b>B.4: Escolaridad.</b>	<b>#Padres.</b>	<b>#Madres.</b>
Nula.	5	8
1o. de Primaria.	4	5
2o. de Primaria.	2	9
3o. de Primaria.	4	4

4o. de Primaria.	4	0
6o. de Primaria.	6	5
2o. de Secundaria.	1	0
Enfermería.	0	1
Técnico Eléctrico.	1	0
Auxiliar de Contador.	1	0
Técnico Químico.	1	0
<b>B. S: Ocupación.</b>	<b>#Padres.</b>	<b>#Madres.</b>
Abarrotero.	1	0
Agricultor.	4	0
Albañil.	4	0
Campo.	3	0
Comerciante.	2	0
Empleado.	1	0
Fotógrafo.	1	0
Hace helados.	1	0
Intendencia.	1	0
Jornalero.	1	0
Marmolero.	1	0
Mecánico.	2	0
Mecánico eléctrico.	1	0
Obrero.	1	0
Pensionado.	1	0
Sastre.	1	0
Velador.	2	0
Afanadora.	1	0
Empleada Doméstica.	0	3
Hogar.	0	19
Intendente.	0	1
Ladrillera.	0	1
Lava.	0	1
Lava y plancha.	0	1
Quiromarciana.	0	1

B.6: Vive en casa propia	#Padres,	#Madres,
Si,	18	16
No.	10	13

B.7: Mención de parientes que viven con usted.	#Padres,	#Madres,
Abuela materna.	3	3
Abuelos paternos ocasionales.	2	0
Familia política.	2	2
Tía paterna.	4	4
Tía materna.	1	1
Nieta.	1	1

B.8: Cómo son las relaciones con su hijo.	#Padres,	#Madres,
Buenas.	8	14
Regulares.	13	15
Malas.	9	1

B.9: Considera que su cónyuge bebe?	#Padres.	#Madres,
Mucho.	0	12
Poco.	3	14
Nada.	27	4

B.10: Considera que su cónyuge fuma?	#Padres.	#Madres.
Mucho.	10	15
Poco.	8	5
Nada.	16	7

B.11: Considera que su cónyuge ha padecido problema o adicción semejante al de su hijo?	#Padres.	#Madres.
No respondieron.	23	22
Si.	0	0
No.	5	6

B.12: Siente que su cónyuge le apoya en el problema de -  
su hijo?

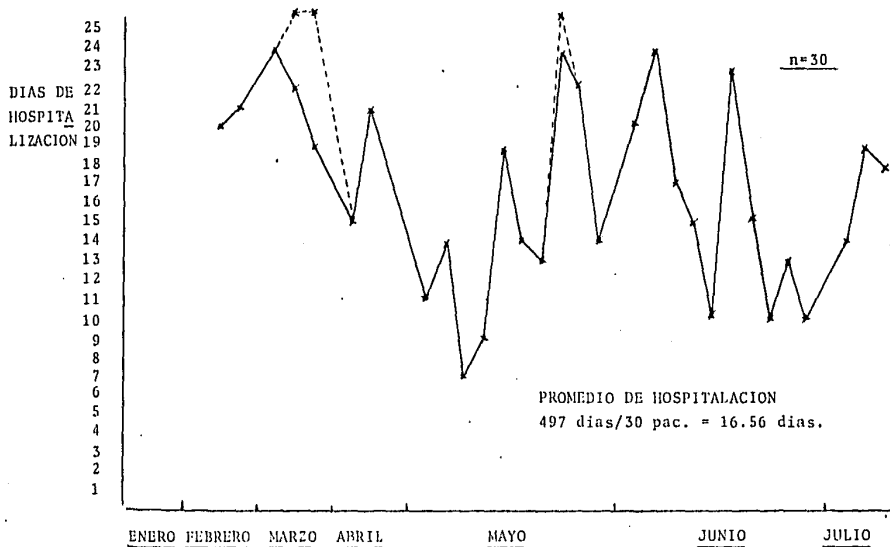
	#Padres.	#Madres.
Mucho.	18	9
Poco.	13	10
Nada.	1	8

B.13: Cómo considera sus relaciones conyugales?

Buenas.	9	5
Regulares.	18	11
Malas.	6	9

GRAFICA de los Pac. de la G.R.E.M. que participaron en el estudio, y que fueron dados de alta de Enero a Julio de 1985.

Se indican los días que pasaron hospitalizados y el mes en que fueron dados de Alta.



\*\*\* NOTA: De la muestra hubo un paciente con alta por petición familiar. También hubo tres pac. cuyos padres y madres se presentaron por él, al mes o mes y medio de su hospitalización, pese a haber sido dados de alta en los primeros 25 días de su hospitalización.

CAPITULO VII : ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

A) Se aceptaron las siguientes Hipótesis Estadísticas:

Hipótesis # 1

No existe diferencia significativa entre la actitud que presentan los padres y las madres en el momento de hospitalizar a su hijo farmacodependiente.

Hipótesis # 2

No existe diferencia significativa en la actitud -- que presentan los padres y las madres en el momento de alta de su hijo farmacodependiente.

Hipótesis # 3

Sí existe diferencia significativa en la actitud -- que presentan los padres cuando hospitalizan a su hijo farmacodependiente, y cuando éste es dado de alta.

Hipótesis # 4

Sí existe diferencia significativa en la actitud -- que presentan las madres cuando hospitalizan a su hijo farmacodependiente, y cuando éste es dado de alta.

B) En cuanto a la interpretación del Diferencial Semántico:

Observando las Gráficas del Diferencial Semántico - aplicado, las cuales se diseñaron a partir de las hipótesis planteadas, podemos apreciar:

Hipótesis #1) Que la población de padres y madres -

al momento de hospitalización, que si bien su actitud es de rechazo, esta actitud es más marcada en las Escalas de las Dimensiones de Potencia y Actividad, siendo menos marcado o sensible en las escalas de Evaluación.

Hipótesis #2) La actitud de los padres y madres al momento del alta, siendo más de aceptación que de rechazo hacia su hijo farmacodependiente. La actitud de aceptación es más sensible en las escalas de las Dimensiones de Evaluación y Actividad.

Hipótesis #3) En la gráfica observamos que si bien existe toda una diferencia en la actitud de los padres al momento de hospitalizar (rechazo), y al momento de alta (aceptación) de su hijo, esta diferencia es menos marcada en las Escalas de la Dimensión de Evaluación, siendo más marcada en las Escalas de las Dimensiones de Potencia y Actividad.

Hipótesis #4) Tenemos la gráfica sobre la actitud que presentan las madres hacia su hijo al momento de hospitalización, y al momento de alta.

Observamos que la diferencia de actitud más marcada en una Escala del Factor de Potencia y en otra Escala del Factor de Actividad, apareciendo en el resto de las escalas aplicadas cierta uniformidad en cuanto a sus diferencias.

Observamos que la actitud de ambos padres al momento de hospitalización de su hijo farmacodependiente, tiende a ser de rechazo; así mismo observamos que la actitud de ambos padres al momento de alta de su hijo far-

macodependiente es de aceptación.

En ambas evaluaciones, de hospitalización y de alta, encontramos una actitud un tanto más de aceptación - por parte de las madres, encontrando por el contrario, - una actitud más de rechazo en el grupo de padres.

C) En cuanto a la Encuesta Aplicada.

Se detectó una dependencia económica del hijo farmacodependiente, y aunque se reportan una variedad de -- ocupaciones, se señala que éstas las realiza en calidad de ayudante o de auxiliar, o en el mejor de los casos, - como trabajador eventual. También se detectó que el hijo farmacodependiente de nuestro estudio vive en casa de sus padres y que es soltero.

Por otro lado, según los resultados de nuestra -- encuesta, vemos que las relaciones del hijo farmacodependiente con sus hermanos (a juicio de ambos padres), se describen de regulares a malas.

Los padres y madres señalan que la relación de su hijo farmacodependiente es mejor hacia la madre que la - relación hacia el padre. Así mismo se afirma que tiene mejores relaciones la madre hacia su hijo, que el padre hacia su hijo.

En cuanto a la escolaridad de ambos padres e hijo, se encontró un muy bajo índice de estudios con raras excepciones en contra. Sin embargo todos supieron leer y escribir.

Se reportan índices de tabaquismo en ambos pa- --



dres; así mismo se reconoció alcoholismo positivo en casi todos los papás.

En cuanto al apoyo que ambos padres manifestaron sentir por sus cónyuges ante el problema de su hijo, se capta que mientras los padres sienten mucho apoyo de las madres, éstas sienten poco o nulo apoyo de los padres.

Al preguntar por la edad y fecha de nacimiento de su hijo, encontramos marcada ignorancia en los padres, - en contraste con las madres que se mostraron más informadas.

Podemos decir que a través del cuestionario, si bien se obtuvo control sobre las variables que se manejan, de alguna manera también nos sirvió para observar la desarticulación existente tanto en las relaciones conyugales de los padres del hijo farmacodependiente, así como las dificultades de relación que este hijo tiene -- con sus hermanos y demás miembros de su familia.

Podemos afirmar que captamos una incongruencia -- cuando los padres sienten tener buenas relaciones con -- las madres, y donde las madres sienten que su relación -- con los padres es regular o mala.

#### D) Comentarios.

a- Desde un principio, los objetivos que se plantearon estuvieron encaminados a recoger una muestra de una población marginal, y que por diversas circunstancias aparece como la más desprotegida tanto médica como culturalmente hablando. Son personas que no gozan por -

ejemplo de un seguro social y que se ven forzados a buscar los beneficios que la Asistencia Social pueda brindarles, en este caso el Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS), a través de la Granja de Recuperación de Enfermos Mentales (GREM); son personas con serias carencias materiales y culturales, más impuestas a luchar por sobrevivir al día, que a cuestionarse a fondo su situación familiar (dinámica) que los envuelve y arrastra, siendo la Farmacodependencia sólo una expresión de su --trágica problemática psico-social.

b- El bajo nivel escolar de ambos padres, presentó ciertas dificultades por la baja comprensión y realización adecuada de los instrumentos aplicados (Diferencial Semántico y Encuesta). En varios casos fue necesario un pizarrón u hojas en la explicación de las instrucciones.

c- En varias ocasiones fue necesario convencer a los padres sobre lo inofensivo de la encuesta, haciendo hincapié de que se trataba de una investigación científica donde se les aseguraba anonimato y absoluta confidencialidad.

d- Algunas veces fue necesario ayudar directamente en la resolución de los instrumentos empleados debido a que el sujeto presentaba serias incapacidades físicas.

e- Se requirió más del doble del tiempo proyectado inicialmente para reunir la muestra mínima necesaria de nuestra población y así poder realizar su estudio.

f- Fue necesario hablar continuamente con los mé-

dicos psiquiatras, los médicos residentes y trabajadoras sociales para asegurar su apoyo en la investigación, y reportaran inmediatamente en cuanto sabían del ingreso o hospitalización de un paciente farmacodependiente que reuniera nuestros requisitos básicos.

## CAPITULO VIII CONCLUSIONES.

### A.- Conclusiones:

Se considera pertinente recordar que los objetivos del presente estudio estuvieron encaminados a conocer cuál es la actitud que presentan los padres y las madres hacia su hijo farmacodependiente, tanto al momento de su hospitalización, como al momento de su alta; a continuación se muestra en qué grado se identificó dicha actitud, si existió o no diferencia significativa, y en qué sentido se interpretó o calificó ésta.

1.- Se detecta en ambos padres una actitud de rechazo hacia su hijo farmacodependiente al momento de hospitalizarlo.

2.- Al momento de alta de su hijo farmacodependiente, se observa en ambos padres una actitud de aceptación hacia éste.

3.- Por los resultados se puede contemplar una fuerte correlación entre la decisión de los padres de hospitalizar a su hijo farmacodependiente y su actitud de rechazo hacia el mismo, se puede asegurar que la diferencia en el comportamiento (Problemático-No Problemático) del hijo farmacodependiente es determinante en la actitud de aceptación o rechazo que éste recibirá de sus padres.

4.- En cuanto al ambiente familiar, corroboramos una vez más una conflictiva aguda, la cual, aunada a la segregación cultural y social, nos hace pensar en proyectar acciones psicoterapéuticas más precisas e incisivas.

donde el manejo de la familia sea fundamental en la recuperación o reajuste de nuestros farmacodependientes.

B.- Comentarios y Sugerencias:

- Este estudio puede servir de criterio para la elaboración de programas de prevención, ya sea a nivel familiar, escolar o masivo.
- Se puede explorar con fines terapéuticos el cambio de actitud observado en ambos padres, como un factor a favor de un mejor pronóstico de los pacientes farmacodependientes.
- Resultaría interesante observar mediante estudios similares, si las relaciones familiares y paternas del farmacodependiente se presentan con parecido matiz en otros sectores de la población, donde la gente es más rica material y culturalmente hablando.
- Aplicar el Diferencial Semántico con objetos psicológicos "básicos" que impliquen la vida cotidiana de una familia para observar en qué grado coinciden o discrepan las actitudes de diferentes miembros de la familia. Podría aplicarse sólo a paciente y padres.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acta Psychiatrica Scandinavica, 1985, 71, No. 1.
- 2.- Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacode--  
pendiente. Serie Técnica, Volumen #2, C.I.J., 1982.
- 3.- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.  
Vol. LXXX #2, Agosto de 1976.
- 4.- Chiappe M. Curanderismo, Psiquiatría Folklórica Po--  
ruana. Universidad Mayor de San Marcos, 1974.
- 5.- Drogas, Folleto de Información. Elaborado por la - -  
Sub-dirección de Salud Mental y Psiquiatría Comunita  
ria del estado de Baja California, 1972.
- 6.- DSM-III: Manual Diagnóstico y Estadístico de los - -  
Trastornos Mentales. Editorial Masson S.A., 1983.
- 7.- Dr. Dulato Gutiérrez. La Familia: Medio propiciador\_  
o inhibidor del desarrollo humano. Ediciones Médicas.  
Hospital Infantil de México, 1980.
- 8.- Elías Newman. Droga y Criminología. Editorial Siglo\_  
XXI, 1984.
- 9.- Fred N. Kerlinger. Investigación del Comportamiento\_  
Humano. Editorial Interamericana, 1985.
- 10.- Fridman, Kaplan, Sadok. Tratado de Psiquiatría, Tomo  
II. Editorial Salvat, 1982.
- 11.- Gene F. Summers. Medición de Actitudes.  
Editorial Trillas, 1976.
- 12.- H.E.English, A.Ch.English. Diccionario de Psicología  
y Psicoanálisis. Editorial Paidós, 1977.

- 13.- Hexagono Roche. Año 13, #6, 1986. Productos Roche - S.A. de C.V.
- 14.- Irwin G. Sarason. Psicología Anormal. Editorial Trillas, 1980.
- 15.- Jay Haley. Las Tácticas del poder de Jesucristo y -- otros ensayos. Editorial Tiempo Contemporáneo S. A. 1972.
- 16.- Ma. Isabel Chávez de Sánchez; Ana Alicia Solís de - Fuentes; Gerardo Pacheco Santos. Drogas y Pobreza. Editorial Trillas, 1982.
- 17.- Médico Moderno, Octubre de 1986.
- 18.- Nathan W. Ackerman. Diagnóstico y Tratamiento de -- las Relaciones Familiares. Editorial Horme, 1961.
- 19.- Noyes. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica, 1951.
- 20.- Otto Fenichel. Teoría Psicoanalítica de las Neuro-- sis. Editorial Nova, 1957.
- 21.- Pasado y Presente en la Psiquiatría #2. Ediciones - Index S.A., 1985.
- 22.- Pasado y Presente en la Psiquiatría #6. Ediciones - Index S.A., 1985.
- 23.- Prescripción Médica. Diciembre de 1985.
- 24.- Roberto Tocaven. Menores Infractores. Editorial Edicol S.A., 1976.

- 25.- R. Fernández Labriola; E. Rodríguez Casanova; J. A. Yaryura Tobías. Esquizofrenia, Depresión y Toxicomanía.  
Editorial Paidós, 1977.
- 26.- Rogelio Díaz Guerrero. El Diferencial Semántico del Idioma Español. Editorial Trillas, 1976.
- 27.- Silvestre Delgadillo Villanueva. Actitud de los Farmacodependientes hacia sus padres. Tesis profesional. Escuela de Psicología. Univ. Autónoma de Guadalajara, 1981.
- 28.- Dr. Theodore Millon. Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana, 1974.



APENDICE

## CONTIENE:

- 1.- Hoja de instrucciones para contestar la Prueba del -  
Diferencial Semántico.
- 2.- Hoja del Diferencial Semántico aplicado a ambos pa--  
dres al momento de hospitalizar a su hijo, y al mo--  
mento de ser dado de alta.
- 3.- Hoja del cuestionario aplicado a ambos padres al mo--  
mento de hospitalizar a su hijo.

A CONTINUACION SE LE PRESENTA UN CUESTIONARIO BREVE, EL CUAL LE ROGAMOS CONTESTE LO MAS ESPONTANEAMENTE POSIBLE. LOS DATOS QUE PROPORCIONE SON ENTERAMENTE CONFIDENCIALES Y ANONIMOS. NO SE TRATA DE UNA PRUEBA, SOLO DESEAMOS RE CABAR ALGUNA INFORMACION SOBRE SUS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS PERSONALES.

INSTRUCCIONES: Encontrarás en la parte superior de la hoja una frase y debajo algunas palabras distribuidas en pares y separadas por pequeños espacios vacíos. Colocarás una x según lo que hayas pensado acerca de lo que la palabra o frase superior signifique para tí. Por ejemplo, vamos a suponer que la frase superior fuera la palabra HIELO, y debajo encontraras las siguientes palabras:

- HIELO -

AGRADABLE	_____	_____	_____	_____	_____	X	DESAGRADABLE
PELIGROSO	X	_____	_____	_____	_____	_____	SEGURO
ETERNO	_____	X	_____	_____	_____	_____	MOMENTANEO

Entre más cerca pongas la X de las palabras de uno o de otro extremo del renglón, tanto más cerca piensas que la palabra HIELO está relacionada con alguna de estas palabras.

Así, en el ejemplo de arriba, en el primer renglón, la X está cerca de muy desagradable, muy peligroso y bastante eterno.

Cada espacio tiene un significado; para recordarlo usaremos un ejemplo con palabras RAPIDO y LENTO en los extremos del renglón.

## -HIELO-

	MUY	BASTANTE	POCO	Ni rápido	POCO	BASTANTE	MUY	
	lento	lento	lento	Ni lento	rápido	rápido	rápido	
LENTO	_____	_____	_____	_____	_____X_____	_____	_____	_____RAPIDO

Así, la persona piensa que el HIELO es Poco Rápido.

- Entre más cerca ponga tu X al uno o al otro extremo de cada renglón, tanto más cerca piensas que la palabra - HIELO coincide con esa palabra.
- Nunca pongas más de una X en cada renglón, y no dejes de contestar c/u de los renglones, utilizando la primera impresión, sin pensar mucho en ninguno de los renglones. Si hay alguna duda puedes preguntar.
- Espera un momento a que se te indique que pueden empezar.



LOS DATOS QUE UD. APORTE A LA PRESENTE ENCUESTA SON IMPORTANTES EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE SU HIJO: SUS RESPUESTAS SERAN TRATADAS PROFESIONALMENTE, NOS INTERESA SU SINCERIDAD.

A) DATOS DEL PACIENTE:

- 1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- 3.- Sexo: \_\_\_\_\_ 4.- Escolaridad: \_\_\_\_\_
- 5.- Ocupación: \_\_\_\_\_ 6.- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- 7.- Mencione número de hospitalizaciones por drogadicción o Farmacodependencia: \_\_\_\_\_
- 8.- Ciudad donde vive actualmente: \_\_\_\_\_
- 9.- Enumere las sustancias que Ud. sabe ha utilizado su hijo: \_\_\_\_\_
- 10.- Lugar que ocupa en la familia de mayor a menor: \_\_\_\_\_
- 11.- Mencione otros parientes con problema semejante: \_\_\_\_\_
- 12.- Qué pariente pagará su hospitalización: \_\_\_\_\_
- 13.- El paciente vive en la casa de Ud? \_\_\_\_\_
- 14.- Cómo se relaciona el paciente con Ud.?  
BIEN ( ) REGULAR ( ) MAL ( )
- 15.- Cómo considera su rendimiento escolar?  
BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( )
- 16.- Cómo es su desempeño laboral: BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( )
- 17.- Cómo se relaciona con sus hermanos: ( )  
BIEN ( ) REGULAR ( ) MAL ( )

B) DATOS PERSONALES DE UD.:

- 1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- 3.- Sexo: \_\_\_\_\_ 4.- Escolaridad: \_\_\_\_\_
- 5.- Ocupación: \_\_\_\_\_ 6.- ¿Vive en casa propia? \_\_\_\_\_
- 7.- Mencione edad y parentesco de otro(s) familiar(es) que vivan con Ud.: \_\_\_\_\_

- 8.- Cómo son las relaciones con su hijo:  
BUENAS ( )            REGULARES ( )            MALAS ( )
- 9.- Considera que su cónyuge bebe:  
MUCHO ( )            POCO ( )            NADA ( )
- 10.- Considera que su cónyuge fuma:  
MUCHO ( )            POCO ( )            NADA ( )
- 11.- Considera que su cónyuge ha padecido problema o adic\_  
ción parecida al de su hijo?\_\_\_\_\_.
- 12.- Su cónyuge le apoya en el problema de su hijo?  
MUCHO ( )            REGULAR ( )            NADA ( )
- 13.- Cómo considera sus relaciones conyugales:  
BUENAS ( )            REGULARES ( )            MALAS ( )
- 14.- FECHA DE HOSPITALIZACION:
- 15.- FECHA DE ALTA: