

**INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO
Y FARMACODEPENDENCIA**

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

ABUSO DE DROGAS

**CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO
Y ALGUNOS ASPECTOS
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS
EN UNA MUESTRA
DE PACIENTES**

Julio Bejarano O.

**INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION**

ABBSODEDROGAS

**CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO
Y ALGUNOS ASPECTOS
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS
EN UNA MUESTRA
DE PACIENTES**

Julio Bejarano O.

**San José, Costa Rica
1994**

616.863
B423ab

Bejarano Orozco, Julio.

Abuso de drogas: características de consumo y algunos aspectos psicológicos asociados en una muestra de pacientes/Julio Bejarano Orozco.--San José, C.R.: IAFA,1994
39p.; 28cm.; cuadr.; gráf.

ISBN 9968-705-09-8

I. COSTA RICA. 2. MINIMULT. 3. PACIENTES HOSPITALIZADOS. 4 PERSONALIDAD. 5 USO/ABUSO DEDROGAS. 6 VARIABLES PSICOLOGICAS. I. TITULO

CONSEJO EDITORIAL

Hannia Carvajal M. Coordinadora
Rocío Ballesterro
Zulay Calvo A.
Mario González E.
Luis Sandí E.

RESUMEN

Con el objetivo de analizar diversas características en pacientes internados en un Centro para el tratamiento de las adicciones, se administraron dos escalas. Una de ellas permitía recolectar información sociodemográfica así como patrones de consumo de drogas ilícitas. La otra, el MiniMult-82, se empleó para favorecer un acercamiento hacia algunos de los elementos básicos de la personalidad de los sujetos.

La edad promedio de los 41 pacientes estudiados era de 27 años y, en general, se observó un inicio temprano en el consumo de drogas legales e ilegales. La sustancia de mayor prevalencia de uso fue la marihuana aunque el fenómeno del policonsumo fue característico en la mayor parte de los sujetos; sin embargo, el grado de perniciosidad más alto le fue asignado al alcohol y la cocaína.

Las elevaciones promedio más importantes en los psicogramas del MiniMult-82 correspondieron a las escalas Sc, Pd y Hs, lo que puso de manifiesto la presencia de importantes elementos de ansiedad, dificultades de identidad sexual, superficialidad en las relaciones interpersonales e inmadurez, principalmente.

Se analizan las relaciones básicas entre los hallazgos logrados mediante uno y otro instrumento y se formulan algunas preguntas en torno a la prevención y el tratamiento de adictos.

ABSTRACT

Two scales were used to analyze some aspects of 41 patients, average age 27, at an addiction treatment center. One scale allowed to collect social and demographic data of the patients as well as illegal drug intake patterns. The other, the MiniMult-82, was used to gather basic elements of their personality.

An early beginning in legal and illegal drug consumption was observed, although marijuana was the most commonly used substance and multiconsumption was characteristic in most patients. However, the subjects indicate that the most harmful drugs were alcohol and cocaine.

The higher average and most important profiles of Minimult-82 belongs to the scales Sc, Pd and Hs, what shows the presence of anxiety, sexual identity problems and superficial interpersonal relations.

Finally, the results of both instruments were compared and analyzed and some questions about prevention and treatment were elaborated.

CONTENIDO

1. Introducción	1
2. El empleo de pruebas psicológicas en el campo del consumo de drogas	3
3. Metodología	6
3.1 Selección de la muestra	6
3.2 Características de la muestra	7
3.3 Recolección de datos	9
4. Resultados	13
4.1 Aspectos generales	13
4.2 Droga de inicio	14
4.3 Drogas empleadas en el último año	16
4.4 Efectos inmediatos de las drogas	19
4.5 Síntomas de privación	21
4.6 Percepción de perniciosidad acerca de las drogas empleadas	23
4.7 Uso de drogas y problemas familiares, laborales y judiciales	24
4.8 Hallazgos con base en el Mini Mult-82	25
5. Discusión	33
6. Bibliografía	38

1. INTRODUCCION

En la actualidad, el conocimiento producido en Costa Rica acerca de las características de las personas con problemas de abuso de drogas ilegales es escaso. Por ello, es comente encontrar que casi todas las descripciones acerca del grupo de personas afectadas por el consumo constituyen adopciones de hallazgos efectuados en otras regiones, principalmente Norteamérica, o bien son producto de la especulación, no siempre amparada en criterios de orden técnico, o en la sistematización de experiencias.

Así, se tiende a analizar los efectos, las motivaciones de uso y otras relaciones a partir de información que no necesariamente se ajusta a la realidad de las personas que abusan de las drogas ilícitas en el país, lo cual ha generado alguna suerte de generalización, y no menor confusión, que tiene consecuencias, tanto a la hora de la toma de decisiones con respecto a los sujetos tratados o por tratar, como en la enseñanza y capacitación en esta área, de por sí compleja.

Este trabajo constituye un primer intento por analizar las características sociodemográficas, patrones de consumo de drogas y aspectos generales de personalidad en sujetos identificados por su consumo habitual: o intensivo de sustancias ilícitas, y que se internaron en el Departamento de Rehabilitación para Alcohólicos y Farmacodependientes (DREAF) del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) de Cesta Rica. Igualmente, busca explorar las relaciones existentes entre los rasgos del consumo y algunos de los elementos básicos de la personalidad de los sujetos.

Para dar cumplimiento al objetivo, se emplearon dos instrumentos: un cuestionario para

recolectar información general y patrones de consumo de drogas y el MiniMult 82, escala derivada del Mini-Mult de Kincannon (pero independiente en cuanto a la forma de calificación) y estandarizada para Costa Rica, con el objeto de obtener información básica sobre características generales de la personalidad de los pacientes.

2. EL EMPLEO DE PRUEBAS PSICOLOGICAS EN EL CAMPO DEL CONSUMO DE DROGAS

La investigación con fundamento en la administración de pruebas psicológicas a consumidores de drogas ilícitas es relativamente reciente, por lo que se dispone de poca información. No obstante, la naturaleza del consumo en los países industrializados, en especial durante la década de los años ochentas, ha hecho que se conceda mayor importancia a su desarrollo.

El MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota), como instrumento clínico y de investigación, ha sido uno de los predilectos dentro de diversos círculos, especialmente aquellos inclinados hacia la aplicación de pruebas *objetivas* y preocupados por el análisis de elementos cuantificables y de fácil verificación empírica. Su empleo para el estudio del fenómeno de la dependencia del alcohol, por ejemplo, ha comprendido una gran diversidad de campos: las características de personalidad de los individuos afectados, interacción marital y alcoholismo y la predicción de la respuesta de los sujetos ante el tratamiento. De acuerdo con Dahlstrom y colaboradores (1975), hasta mediados de la década antepasada existían alrededor de ciento cincuenta estudios sobre alcoholismo en los que se empleó el MMPI.

Clopton (1978), luego de hacer una extensa revisión de la literatura sobre el tema, encontró que los alcohólicos mostraban frecuentemente elevaciones en las escalas de depresión (D) y sociopatía (Pd). En otras combinaciones de perfiles generalmente aparecen la escala 2 (D) o la 4 (Pd) como picos de perfil. Destaca también que mediante la información obtenida por medio de la aplicación de la prueba a alcohólicos y usuarios de drogas ilícitas, se ha demostrado

que existe una gran similitud entre ambos grupos, por lo que algunos han concluido que los alcohólicos y los adictos a otras drogas presentan patrones de personalidad muy parecidos. Graham (1990), coincide en que en ambos grupos se producen clases similares de protocolos MMPI.

No obstante lo anterior, estudios como los de Overall (1973) destacaban la existencia de marcadas diferencias entre los perfiles de alcohólicos y los de adictos a narcóticos. Si bien ambos grupos presentaban elevaciones en Pd (sociopatía), los perfiles de los alcohólicos se diferenciaban por poseer picos en D (depresión), Hy (histeria), Pt (obsesivo-compulsividad), Pa (paranoia) y Sc (esquizofrenia). Los adictos a narcóticos, por el contrario, mostraron elevaciones en K (una de las escalas de validez) y Ma (hipomanía). Un examen de coeficientes de función discriminante demostró que la discriminación entre ambos grupos depende de un patrón y no de las elevaciones absolutas. La función discriminante permitió contrastar entre K y Ma, por una parte, y L (escala de validez), F (escala de validez), Hy (escala de histeria) y Pt, por otra. La importancia de D en ese contraste fue reducida, por su relación con otras escalas.

Se encontró que aquellos perfiles en que Pd y Ma eran relativamente elevados con respecto a Hy y Pt, estaban asociados al consumo de drogas. Cuando Hy y Pt estaban elevados, el patrón sugirió abuso de alcohol. Este resultado es congruente con otros hallazgos en los que Pt es un predictor significativo de severidad en el uso de alcohol.

Diversos estudios han pretendido presentar a los drogadictos como

"...antisociales, amoraless, impulsivos, irritables, hostiles y psicópatas" (Overall, 1973:110).

Otros enfatizan en los problemas de orden familiar del adicto, además de la

estigmatizante noción de *enfermo*, y una gran cantidad ha pretendido establecer la relación entre el hecho de ser consumidor de drogas y presentar un comportamiento delictivo (Neuman, 1984).

Un estudio que ilustra el empleo de la prueba en mención durante el proceso total de tratamiento, con el objetivo de determinar diferentes relaciones, es el de Pettinati, Sugerman y Maurer (1982), quienes administraron el test a sujetos mientras estuvieron internados para tratamiento y durante cuatro años después. Los que se mantuvieron en abstinencia y funcionaron bien en otras áreas durante ese período mostraron una importante elevación en la escala D, la cual bajó durante el seguimiento. Los que continuaron tomando alcohol periódicamente presentaron picos iniciales en las escalas Pd y Ma, las cuales se mantuvieron elevadas durante el seguimiento. Los investigadores concluyeron que los pacientes ansiosos o los neuróticos tienen mejor pronóstico que los hipomaníacos y los sociópatas.

En América del Sur, el estudio de Bachini, efectuado sobre 100 farmacodependientes, los describe como individuos que tienen

"...una personalidad con rasgos sociopáticos, en su mayoría con estados de depresión, con dificultades referidas a la sexualidad, pudiendo ocasionalmente presentar reacciones paranoides y exaltaciones hipomaníacas" (1982:17).

Otras experiencias con el MMPI, como las realizadas en México (Campillo, C., Medina, M. y Castro M., 1979), dan cuenta de la existencia de una relación entre el uso crónico de opiáceos y la presencia rasgos esquizoides y síntomas depresivos, al tiempo que en consumidores delincuentes varones se han observado elevaciones en las escalas de esquizofrenia, psicopatía y depresión, mientras que, en mujeres, la elevación se apreció en las dos primeras.

Consecuentemente, la administración de pruebas psicológicas constituye parte importante del estudio de individuos con diversidad de problemas y su utilidad dependerá de la validez de los resultados y de que estos se encuentren a disposición en forma oportuna.

3. METODOLOGIA

3.1 Selección de la muestra

Se seleccionó una muestra de cuarenta y un individuos consumidores de drogas internados en el Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Farmacodependientes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) de Costa Rica.

La ausencia de un marco muestral para la población de personas adictas a cualquier droga diferente del alcohol y que cursaran su primer ingreso en centros de rehabilitación bajo internamiento, obligó a utilizar el método de muestreo fortuito (Kish, L., 1972; Cochran, W., 1986). Este procedimiento, a pesar de no ser aleatorio, asegura una representatividad de la población en estudio, es decir, los consumidores habituales e intensivos¹ de drogas ilegales, dado que su número corresponde a cerca del 40% de las camas disponibles para este tipo de pacientes, lo cual permite efectuar inferencia según las condiciones dadas por este tipo de muestreo.

La selección de los pacientes se efectuó con los siguientes criterios:

- a) *Que la droga empleada por el sujeto fuera diferente al alcohol, tabaco o fármacos y constituyera la principal sustancia de abuso, aunque empleara alguna de las otras y aunque tuviera o no problemas por su consumo.*
- b) *Que fuera su primer internamiento en el DREAF.*
- c) *Que se hubiera internado en el período de seis meses destinado a la realización del estudio (finales de 1990 y principios de 1991).*
- d) *Que se encontrara en abstinencia.*

El consumidor habitual consume una o varias veces a la semana, el intensivo una o varias veces al día. Para efectos de este estudio ambas categorías constituyen abuso.

3.2. Características de la muestra

En este estudio se trabajó, únicamente, con pacientes varones. El 70% de los individuos vivía en la provincia de San José y el resto residía en las restantes a excepción de Cartago, de donde no provenía ningún caso en el momento de efectuarse el levantamiento de la información.

Si bien la población femenina constituye un conglomerado de interés, a pesar de que su número es comparativamente muy reducido (Jiménez, y Bejarano, 1991; Alfaro, 1989), no se incluyó puesto que en el DREAF no se internan mujeres.

Tres cuartas partes de los pacientes nunca antes había recibido tratamiento alguno para su problema de consumo de drogas. El 25% que si habla recibido asistencia, lo hizo en Centros diferentes al DREAF.

CUADRO 3
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA
(n:41)

VARIABLE	CIFRAS ABSOLUTAS	CIFRAS RELATIVAS (%)
EDAD		
17 a 23	10	24,39
24 a 30	18	43,90
31 a 37	12	29,26
38 a 44	1	2,43
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	2	4,9
Primaria completa	19	46,3
Secundaria incompleta	12	29,3
Secundaria completa	1	2,4
Universitaria incompleta	3	7,3
Universitaria completa	2	4,9
Sin estudios formales	2	4,9
ESTADO CIVIL		
Soltero	28	68,3
Casado	4	9,8
Unión libre	4	9,8
Separado	4	9,8
Divorciado	1	2,4
RAMA DE ACTIVIDAD		
Servicios	11	26,8
Obreros no agrícolas	11	26,8
Comerciantes	5	12,2
Administrativos	3	7,3
Profesionales y técnicos	2	4,9
Trabajadores agrícolas	1	2,4
Sin ocupación fija	8	19,5

3.3 Recolección de datos

a) **Cuestionario sobre consume de drogas.** El instrumento, diseñado por el autor del presente estudio, permite explorar *aspectos* relativos a los hábitos de consumo de drogas. Tiene fundamento en diferentes instrumentos de naturaleza similar elaborados y aplicados a diversas poblaciones con problemas de farmacodependencia. Al mismo tiempo, reúne algunos de los criterios **básicos** recomendados por la Organización Mundial de la Salud en lo referente a su diseño. (Hughes, P., et.al., 1988). Esta compuesto por 26 preguntas cerradas y el tiempo para su aplicación no excede de quince minutos.

Este instrumento permite, recopilar la información sociodemográfica básica de los sujetos en estudio: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel *de* ingresos, en tanto que una sección posterior, integrada por reactivos relacionados con el consumo de drogas busca determinar la edad y la sustancia de inicio, grupo de iniciación, motivo *de* la primera ingestión de la droga, sustancia más frecuentemente empleada durante los últimos doce meses *y* la consumida para mezclar con ésta, efecto psicofisiológico inmediato de ~~la~~ sustancia más frecuentemente empleada, síntomas de privación, forma de aliviar dichos síntomas, droga a la *que* el paciente atribuía el carácter de perniciosidad para su vida en general, características del consumo durante el último año y durante los últimos treinta días, motivación para el consumo o para el abuso, antecedentes de tratamiento *y* presencia de problemas judiciales, laborales o familiares asociados.

El cuestionario permite discriminar entre sujetos que consumen drogas en forma experimental, ocasional, habitual o intensiva. Su confiabilidad, estimada mediante el coeficiente α de Chronbach fue de 0.50.

b) Mini Mult 82. Desde los trabajos iniciales de Mc.Kinley y Hathaway en la década de los años treintas, hasta épocas recientes, se han realizado diversos esfuerzos tendientes a mejorar la validez y confiabilidad del: MMPI, lo que ha contribuido a que sea la prueba objetiva mas usada para el estudio de la personalidad.

El propósito original del instrumento era servir de ayuda en el diagnóstico psicológico y psiquiátrico. Pero más que dar un diagnóstico definitivo, constituye una herramienta que permite una aproximación a la conducta del individuo, sus rasgos y nivel de ajuste, fundamentalmente. Según Golden (1979) puede ser usado para estimar las opciones de tratamiento de una persona, sea terapia médica (farmacoterapia), psicológica o social, aunque también se ha empleado extensamente en la investigación.

Además de las ocho escalas clínicas originales cuenta con cuatro de validez que permiten conocer el grado de honestidad del sujeto al responder, la exageración o minimización de síntomas, y a aquellos que no tienen las habilidades mínimas de lectura para tomar el test (generalmente se ha establecido que es necesario un nivel de comprensión de lectura de sexto grado de enseñanza primaria).

La forma original contenía 550 frases y aún se emplea en algunas instituciones, aunque a un costo elevado. La versión corta de Kincannon, usada en Costa Rica durante casi tres décadas, consta de 71 ítemes que son representativos tanto de las escalas de validez como de las clínicas contenidas en la versión original. Se ha encontrado que el grado de error al emplear la forma abreviada es bajo (Kincannon, 1968). La pérdida en confiabilidad es de alrededor del 9% en tanto que la pérdida de correspondencia, al compararla con la versión original, es del 14%. No emplear dos muestras de pacientes alcohólicos para comparar los resultados de la

versión *extensa* y el Mini-Mult, Gaines y colaboradores (1974), hallaron una buena correspondencia entre ambas (21 de 22 correlaciones fueron significativas al nivel de 0.01); no obstante, recomendaron cautela al usar el Mini-mult en un medio particular sin validación cruzada local, en especial con sujetos de características muy similares.

Por otra parte, un estudio de Adis y Araya, puso de relieve que existe un adecuado nivel de comparabilidad entre las dos formas, y destacó que el empleo del Mini Mult da resultados satisfactorios

"...cuando se derivan ecuaciones de regresión locales para estimar los puntajes brutos de la fórmula original" (1978:6).

Asimismo, destacan algo importante: este instrumento permite trabajar con personas de baja escolaridad e incluso con sujetos que no saben leer, puesto que es viable administrarlo oralmente,

En el presente estudio se empleó el Mini Mult 82, estandarizado en población costarricense por Alfaro, Garnier y Leandro (1990). Se trata de una versión independiente, pero derivada del Mini Mult de Kincannon.

Mediante un estudio descriptiva y correlacional los investigadores mencionados emplearon una muestra representativa que permitió, entre otros aspectos, la incorporación de la Escala 5 (Masculinidad-Feminidad) del MMPI, ausente en la versión de Kincannon. Es importante destacar que las diferencias halladas entre las puntuaciones típicas del Mini Mult de Kincannon y las del Mini Mult 82 confirmaron a los autores citados la importancia de contar con baremos locales, aspecto relevante para el empleo de pruebas foráneas. Asimismo, el test permite discriminar entre pacientes y no pacientes.

c) **Análisis de la información.** Los datos se trataron mediante técnicas estadísticas

descriptivas e inferenciales. Se practicaron algunas pruebas de significancia, tales como la prueba de independencia entre dos variables (χ^2) y la de asociación entre dos variables cuantitativas y cualitativas (*Tau* de Kendall y *R* de Pearson), así como el cálculo de intervalos de confianza para los promedios de los puntajes "T" de las escalas del Mini Mult-82. Paralelamente, se realizó un análisis factorial en la modalidad de *componentes principales*, al determinarse que las correlaciones entre los puntajes de las escalas eran adecuadas para efectuarlo ($KMO = 0.80$ y el test de esfericidad de Bartlett con una significancia de $p < 0.0000$).

4. RESULTADOS

4.1 Aspectos generales

Algunos datos básicos en relación con el paciente y su grupo familiar, permiten establecer que la población en estudio está compuesta fundamentalmente por sujetos solteros que llegaron a presentar problemas por el abuso de drogas ilícitas entre los 24 y 37 años de edad. Un poca más de las tres cuartas partes contaba al menos con una escolaridad de sexto grado de primaria. Solamente un 22% había cursado estudios universitarios.

Estos datos, así como los de lugar de residencia, coinciden, proporcionalmente, con los hallados en el estudio nacional sobre consumo de drogas efectuado en 1990 (Jiménez y Bejarano, 1991), en lo tocante a consumidores de sustancias ilícitas.

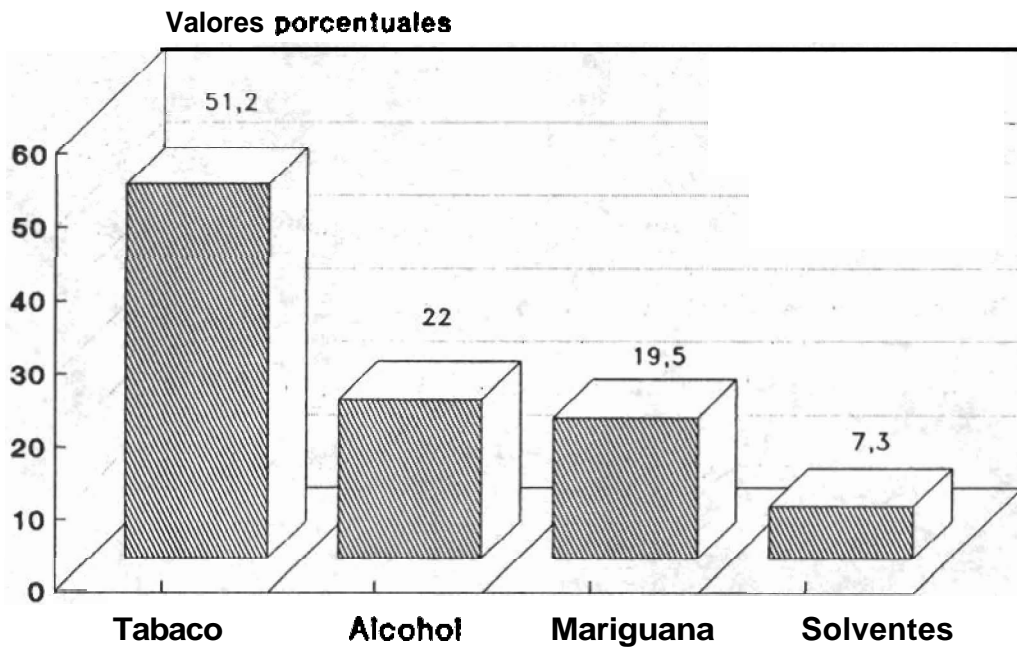
En relación con la rama de actividad, la mayor parte de los sujetos laboraba en el sector de los servicios o como obreros no agrícolas, aunque solo un 40% contaba con trabajo al momento de la entrevista.

Un dato de interés con respecto a la composición familiar es que, para un 64% de los pacientes, la posición ordinal entre hermanos los ubicaba entre el tercer y décimo lugares. De los cuarenta y un pacientes que integraban la muestra, más de una tercera parte ocupaba entre el quinto y el décimo lugar entre hermanos. Si a esto agregamos que cerca de dos terceras partes pasó la mayor parte de la infancia y la adolescencia con un solo padre (generalmente la madre), es posible interpretar la situación de crianza y desarrollo como deficitaria, en particular por las carencias en diferentes planos, como los referentes a atención y afecto.

4.2 Droga de Inicia

Como puede apreciarse en el figura 1, en la mayor parte de los individuos la droga de inicio fue el tabaco.

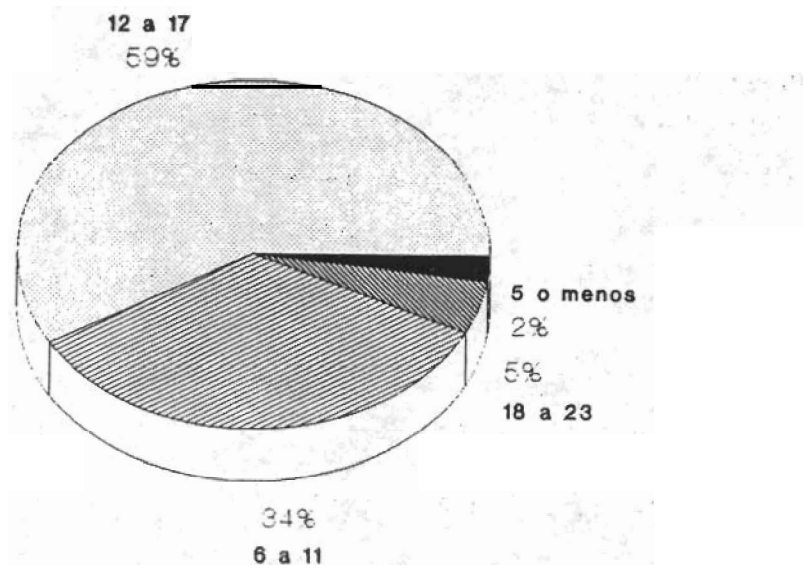
FIGURA 1
DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS
SEGUN DROGA DE INICIO



El rango de edad en que se inició la mayoría va desde los 6 hasta los 17 años (92%); no obstante, alrededor de dos terceras partes se encontraba entre los 12 y los 17. La edad de

inicio de consumo de tabaco es considerablemente menor en este grupo, en comparación con la establecida para la población general. Cabe resaltar que el alcohol fue la segunda sustancia mencionada como inicial.,

FIGURA 2
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EDAD
DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS



Según se ha reportado profusamente, la iniciación en el uso de drogas es un fenómeno grupal. En esta investigación se encontró que el comienzo tuvo lugar en el contexto del

vecindario y la escuela, con individuos de edad similar a la del paciente. Sin embargo, la curiosidad, más que la presión del grupo, fue el motivo principal de inicio, tanto para los drogas legales como para las ilegales (ver cuadro 2). Esta situación fue enunciada también por Míguez (1983) en una población diferente.

CUADRO 2

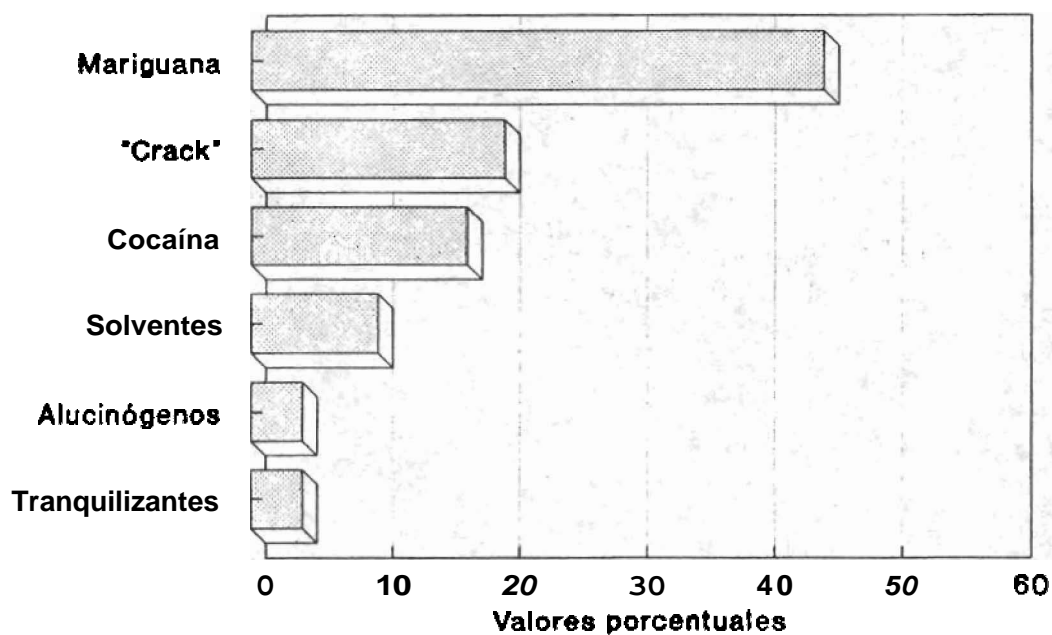
**MOTIVO QUE EXPLICA LA PRIMERA EXPERIENCIA DE CONSUMO
SEGUN EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE**

MOTIVO	CIFRAS ABSOLUTAS	CIFRAS RELATIVAS (%)
Curiosidad	32	78,0
Sociabilidad	3	7,3
Presión de grupo	2	4,9
Inseguridad	2	4,9
Otros	2	4,9
Total	41	100

4.3 Drogas empleadas en el último año

La droga más empleada durante el último año por los pacientes fue la mariguana (45%), como puede apreciarse en la figura 3.

FIGURA 3
DROGA MAS FRECUENTEMENTE CONSUMIDA
DURANTE EL ULTIMO AÑO

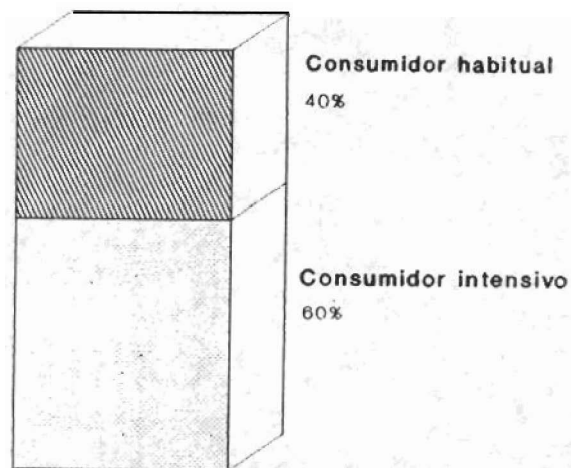


Nótese que la proporción de sujetos que usaba *crack* es importante. Los consumidores de esta droga provenían de la provincia de Limón, lugar donde se ha reportado una mayor prevalencia de consumo. Este es un dato relevante que corrobora los planteamientos que ubican a Limón como provincia prioritaria para la acción preventiva.

La frecuencia de consumo de drogas durante el último año, permite establecer que el

59,6% de los pacientes lo hacía en forma intensiva (una o varias veces al día), en tanto que el 40,4% lo practicaba de manera habitual (una o varias veces a la semana).

FIGURA 4
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS
SEGUN TIPO DE CONSUMIDOR



Al ser interrogados respecto de la frecuencia de consumo de hace más de un año, se encontró un 50% de intensivos, un 37% de habituales y 5% de personas que no consumieron.

Las razones principales por las que los pacientes consumían la droga de esa manera se detallan en el cuadro 3.

CUADRO 3
MOTIVOS PRINCIPALES DE CONSUMO DE DROGAS EN EL ULTIMO AÑO

MOTIVO	CIFRAS RELATIVAS (%)
Tensión psicológica	27
Ansiedad	27
Soledad	12
Diversión	10
Inseguridad	7
Otros	17

Se determinó que una mayor cantidad de situaciones problemáticas, generaba un consumo más frecuente de la droga.

El fenómeno del policonsumo, o mezcla de sustancias, es común entre los pacientes estudiados, hecho también comprobado en algunos estudios nacionales (Martínez y Alfaso, 1987) y algunos extranjeros, pero en estos últimos la magnitud ha sido inferior, aunque no menos importante (Míguez y Grimson, 1988).

La principal droga empleada para combinar fue el alcohol (50%), seguida por marihuana y cocaína las cuales, juntas, eran empleadas para mezclar por el 27% de los casos. Únicamente el 17% de los sujetos no combinaba con ninguna otra sustancia.

4.4 Efectos inmediatos de las drogas

Las consecuencias inmediatas más mencionadas, debidas al consumo de las drogas fueron: euforia, desinhibición, aumento del estado de alerta y alivio de la ansiedad.

La relación entre el efecto reportado como más importante (cada paciente podía mencionar hasta tres), y el tipo de droga consumida, fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

CUADRO 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PRINCIPALES EFECTOS
SEGUN TIPO DE DROGA
(Cifras relativas)

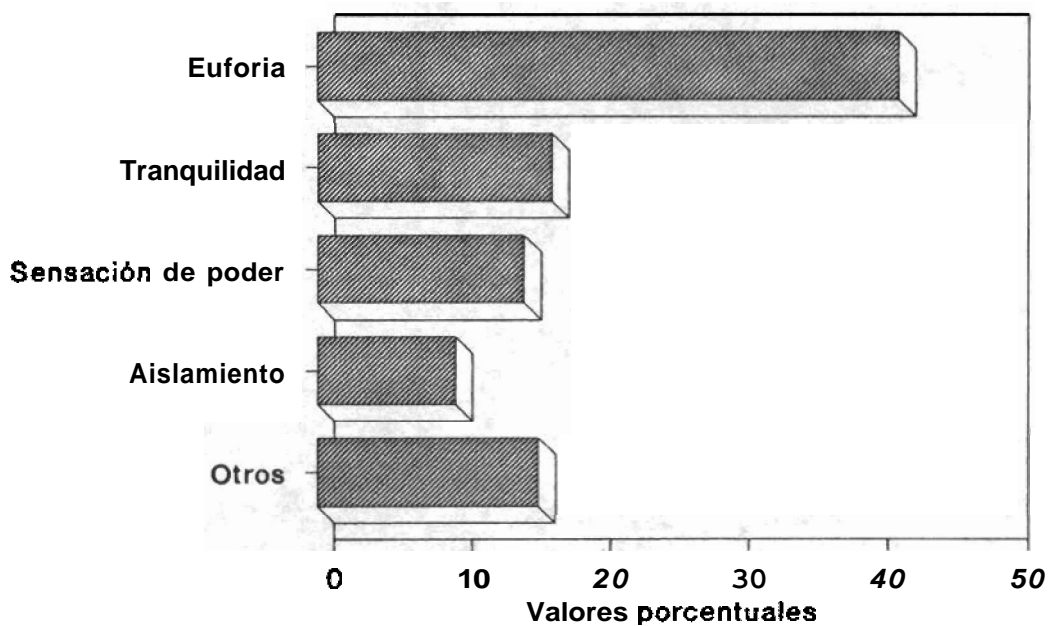
DROGA	EUFORIA	AUMENTO ALERTA	SENSACION DE PODER	ENSIMISMAMIENTO	BAJA DE ANSIEDAD	NAUSEA VOMITO
MARIGUANA	31	6,3	--	18,8	31,3	12,5
COCAINA	43	14,3	14,3	14,3	--	14,3
SOLVENTES	--	--	50	25	--	25
CRACK	75	--	--	--	--	25

Como segunda mención de importancia, en lo que respecta a efectos, a todas las sustancias les fue asignada la propiedad de desinhibir y generar euforia, estado que, como se puede apreciar, constituye la consecuencia mayormente buscada contra la tensión y la ansiedad.

En consonancia con lo anterior, se encontró que una frecuencia mayor de uso (varias veces al día) aseguraba la presencia de una mayor variedad de efectos.

Cabe destacar que sólo un número muy reducido de casos experimentaba agresividad, alucinaciones o excitación sexual como consecuencia del consumo.

FIGURA 5
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS
SEGUN EFECTOS INMEDIATOS DEL CONSUMO
(Primera mención)



4.5. Síntomas de privación

En general, las molestias por la cesación del consumo de la droga fueron ansiedad, depresión e irritabilidad.

En el cuadro 5 se presentan los principales efectos resultantes de la suspensión del consumo.

CUADRO 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PRINCIPALES EFECTOS
RESULTADO DE LA SUSPENSION DEL CONSUMO
 (Cifras relativas)

DROGA	DEPRE- SION	IRRITABI- LIDAD	ANSIEDAD	IRA	TEM- BLOR	NADA	OTRO
MARIGUAN A	30	15	25	25	--	--	5
COCAINA	58	--	28	14	--	--	--
SOLVENTES	80	--	--	--	10	--	10
CRACK	13	38	25	--	--	13	11

Se halló una relación significativa ($p < 0.10$) entre la frecuencia de consumo y la posibilidad de presentar una determinada cantidad de efectos por la suspensión de la droga. En aquellos sujetos que consumían varias veces al día, las molestias eran más variadas.

Casi la mitad de los sujetos buscaba aliviar tales molestias reiniciando el empleo de la misma droga, en tanto que en una tercera parte el alivio sobrevinía al transcurrir un tiempo sin usarla (cuatro horas en promedio). Muy pocos empleaban una sustancia psicoactiva para mitigar los malestares de la privación. Un porcentaje considerable (85%) los consumidores de crack reiniciaba el empleo de la misma droga para mitigar las molestias; igual sucedía con la mitad de los consumidores de cocaína y mariguana, en especial aquellos que usualmente combinaban con otras sustancias. Este es un fenómeno que, como se indicó, es muy común entre las personas que abusan de drogas, la cual dificulta establecer relaciones entre la supresión de una droga y la presencia de determinados efectos, Míguez (1983) había encontrado que el 42% de los fumadores de mariguana, no referían problemas por la supresión de la droga.

4.6 Percepción de perniciosidad acerca las drogas empleadas

A cada sujeto se le preguntó acerca de cuales drogas de consumo actual y pasado consideraba lesivas para su salud o para su vida en general. En el cuadro 6 se muestran las respuestas.

CUADRO 6
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES QUE CONSIDERABAN NOCIVO EL USO DE
DROGAS, POR TIPO DE SUSTANCIA, SEGUN PERIODO DE CONSUMO
(Cifras relativas)

DROGA	CONSUMO ACTUAL	CONSUMO PASADO
COCAINA	34,0	17,1
ALCOHOL	24,4	26,8
CRACK	19,5	7,3
SOLVENTES	9,8	7,3
TRANQUILIZANTES	--	7,3
MARIGUANA	4,9	12,2
NINGUNA	2,4	2,4
ALUCINOGENOS	2,4	--
TABACO	2,4	2,4
OTRAS (*)	--	7,2
S.I.	--	10,0

(*) Corresponde a hongos, hachish, artane y akineton.

Es interesante observar que el grado de perniciosidad adjudicado por los pacientes a la mariguana y al tabaco es considerablemente inferior que el asignado a la cocaína y al alcohol.

Por otra parte, se hallaron relaciones estadísticamente significativas ($p < 0.0000$) entre la droga que empleaba cada paciente y su percepción acerca de la nocividad. Así, para quienes consumían mariguana las drogas más perniciosas eran el alcohol y la cocaína. Todos los consumidores de esta última opinaban que era la más nociva. Asimismo, la totalidad de los sujetos que consumían crack consideraba que esa era la droga más deletérea.

4.7 USO de drogas y problemas familiares, laborales y judiciales

El 93% de los pacientes acusó haber experimentado algún tipo de problema familiar relacionado con el Consumo de drogas, en tanto que un 61 y un 59% mencionó dificultades judiciales y laborales, respectivamente. Los problemas familiares más señalados fueron las agresiones verbales y físicas, así como las separaciones del hogar por parte del paciente, en tanto que de los judiciales lo fueron el robo, la tentativa de robo y la posesión de drogas. Los laborales se caracterizaban por despidos y abandono del trabajo.

No se hallaron relaciones significativas entre la ingestión de determinada droga y la existencia de los problemas antes mencionados; sin embargo, la presencia de dificultades familiares fue reportada por el 80 al 100% de los sujetos, para las diferentes sustancias (ver, cuadro 7).

CUADRO 7
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES, SEGUN DROGA
POR TIPOS DE PROBLEMAS
(Cifras relativas)

DROGA	FAMILIARES	LABORALES	JUDICIALES
Mariguana	81,3	62,5	68,8
Cocaína	100	42,9	57,1
Crack	200	62,5	37,5
Solventes	100	50	100

Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre la frecuencia de consumo y la




presencia o ausencia de los problemas citados; no obstante, las dificultades de tipo familiar fueron indicados por el 95% de quienes usaban la droga de manera intensiva.

4.8 Hallazgos con base en el Mini Mult-82

Valga mencionar que, en este trabajo, el Mini Mult-82 ha sido empleado fundamentalmente como una herramienta que permite efectuar una aproximación a la realidad de los sujetos estudiados, un tamizaje o búsqueda de tendencias, y no como un medio para hacer descripciones acabadas acerca de su personalidad.

En el cuadro 8 se presentan las puntuaciones promedio de los sujetos en las escalas de la prueba

CUADRO 8
DISTRIBUCION DE LOS PROMEDIOS Y COEFICIENTES DE
VARIACION DE LOS PUNTAJES DE LAS ESCALAS CLINICAS Y DE
VALIDEZ

ESCALA	x	C.V. (%)
L 	40,2	45,0
F  (Validez)	74,2	25,6
K 	34,2	29,7
HS (Hipocondriasis)	84,1	26,1
D (Depresión)	75,4	22,0
HY (Histeria)	66,0	24,2
PD (Sociopatía)	80,6	14,8
MF (Masculinidad-feminidad)	55,8	20,6
PA (Paranoia)	74,8	23,3
(Psicastenia)	79,6	15,6
SC (Esquizofrenia)	87,1	19,3
MA (Hipomanía)	65,6	20,2

En relación con las escalas de validez se encuentra que, en promedio, solo F se encuentra sobre T70, en tanto que las únicas escalas clínicas por debajo de dicha puntuación son HY, MF y MA, las cuales están entre valores "normales" (T50-T70).

Por otra parte, llama la atención la importante elevación promedio observada en HS, PD y SC.

El análisis de los coeficientes de variación pone de manifiesto que la escala L es la que presenta una mayor dispersión en los puntajes con respecto al promedio, lo que podría generar problemas de inferencia con esta escala.

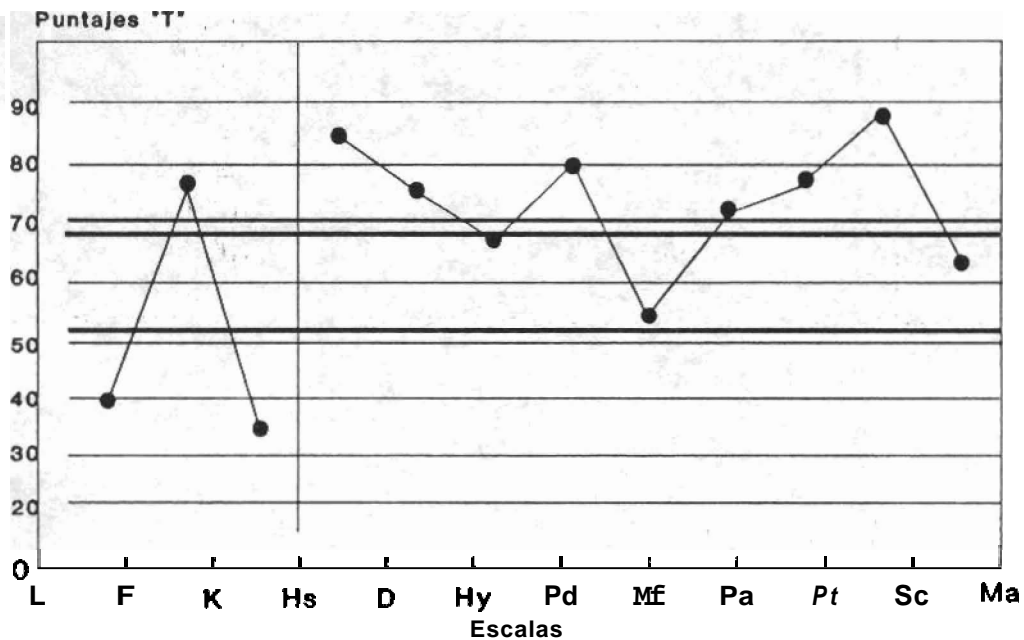
A partir de la información anterior, es posible establecer intervalos de confianza para los puntajes medios reales de las escalas de validez y las escalas clínicas de la muestra en estudio (según criterios presentados en la metodología), con un nivel de confianza del 90%. Se creyó conveniente incluir el cuadro 9 por cuanto en él ofrece un rango de valores posibles para los puntajes encontrados, dadas las limitaciones que podrían presentar los valores puntuales para las estimaciones, como se hace en el cuadro 8.

CUADRO 9
LIMITES DE CONFIANZA PARA LAS PUNTUACIONES TIPICAS MEDIAS
DE LAS ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ

ESCALA	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
E	35,6	44,8
F	55,8	93,3
K	24,0	40,6
HS	62,5	105,7
D	56,0	94,8
HY	49,0	83,0
PD	60,0	101,3
MF	41,5	70,1
PA	55,6	94,0
PT	59,2	100,0
SC	64,7	109,5
MA	48,8	82,5

Las escalas de validez muestran el patrón $F > L > K$, similar al observado sistemáticamente por el autor a lo largo de varios años mediante el empleo del Mini Mult de Kincannon en pacientes alcohólicos, fundamentalmente. En la situación actual de análisis, es decir con pacientes consumidores regulares de drogas ilícitas, la elevación promedio de *F* parece revelar la naturaleza poco convencional de sus convicciones sociales y religiosas, según lo ha establecido Graham (1990), así como su tendencia hacia las reacciones emotivas, con poco control, lo que a su vez se encuentra relacionado con las elevaciones de otras escalas, según se verá posteriormente.

FIGURA 6
PUNTAJES "T" MEDIOS EN LAS ESCALAS
CLINICAS Y DE VALIDEZ

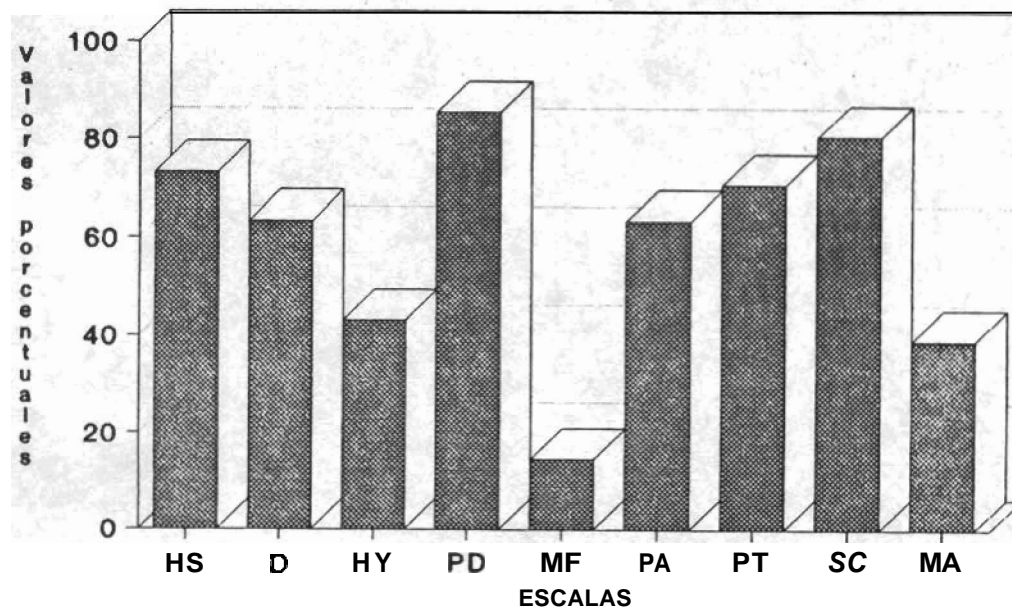


Como se puede apreciar en el figura 6, K es la escala con el puntaje promedio inferior (T31), situación relacionada con la necesidad del sujeto de presentar un cuadro de desorganización y pobre concepto de si mismo, tras lo que subyace una súplica de ayuda e insatisfacción personal, así como dificultad para enfrentar los problemas de la vida cotidiana.

Otros autores (Golden, 1979) han relacionado tal tipo de puntuación en K con ideación suicida y dificultades de identidad sexual y de relación interpersonal, pero por su relación con otras escalas lo primero no es aplicable a este contexto.

La mayor parte de los sujetos estudiados presentó elevaciones importantes en Sc, Hs y Pd, lo que en promedio configuró un perfil 8/1/4, poco común en general y más inusual en poblaciones de adictos, donde la escasa investigación realizada apunta hacia psicogramas del tipo 419 y 819, según reportes de Graham (1990) y Golden (1979). La figura 7 presenta los porcentajes de individuos que obtuvieron puntajes superiores a T70 en cada una de las escalas clínicas.

FIGURA 7
DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS CON PUNTAJES
SUPERIORES A T70 EN LAS ESCALAS CLINICAS



Puntuaciones como las encontradas en Sc (T80 a T90), según se observa en la figura 6, pueden estar representando confusión, actitudes poco comunes y posibles problemas de juicio que se pueden corroborar por la elevación de la escala Pd, la cual sugiere una importante impulsividad, fundamentalmente. Prevalcen en este grupo los sentimientos de aislamiento, y

de ser incomprendidos por parte de los otros, lo cual, además de la suspicacia, se traduce en un manejo deficitario de las relaciones interpersonales.

La presencia de una puntuación promedio en Hs igual a T84 (ver figura 6) esta asociada con preocupaciones en tomo al funcionamiento corporal así coma con la elevación en Sc antes descrita. Es decir, tales preocupaciones están vinculadas también a las preocupaciones generales que se manifiestan por la elevación en la segunda escala, en cuyo caso sobresale, además, la ansiedad.

Al profundizar, mediante la aplicación de un análisis factorial a las escalas clínicas, se encontró que Hs, D, Hy y Pt (agrupadas como factor primordial) pueden resumir la existencia de un rasgo muy particular en la población estudiada. Dicho rasgo estaría conformado por elementos de ansiedad y tensión, ya descritos, así como por una fuerte tendencia hacia el comportamiento dependiente. El uso de sustancias estaría relacionado de manera muy importante con este factor.

La puntuación promedio en la escala Pd (T80), de acuerdo con la figura 6, está asociada con comportamiento impulsivo y la necesidad de satisfacción de los impulsos en forma inmediata, así Como la presencia de una escasa tolerancia a la frustración, descritos corrientemente Como características de los consumidores regulares de drogas. La elevación de la escala Pd viene a corroborar otra serie de aspectos, también descritos ampliamente en los últimos años: la presencia de inmadurez, poca sensibilidad hacia las necesidades ajenas y tendencias manipuladoras dentro de un marco de relaciones interpersonales caracterizado por superficialidad.

La presencia de un valor promedio de T55 en la escala Mf, el más bajo de las escalas

clínicas según la figura 6 -y donde solo un reducido porcentaje de sujetos tuvo puntuaciones superiores a T70, como lo muestra la figura 7 -corroborando lo hallado en Pd: la presencia de búsqueda de emociones, la agresividad, la predilección por la acción antes que el pensamiento, y la escasa capacidad de *insight*. En su relación con las demás escalas parece haber coincidencia con las dificultades de identidad sexual.

La combinación 8/1/4 se relaciona fundamentalmente con la presencia de sentimientos de hostilidad, agresión y aislamiento, además de falta de confianza en los demás y, en general, cierta impredecibilidad en el comportamiento.

La depresión, como sí ha sido demostrado en el paciente alcohólico, no es un rasgo característico en los pacientes estudiados. Esto, además de lo anteriormente expuesto, pareciera sugerir que su pronóstico sea más reservado que el de los sujetos con problemas de alcoholismo.

El intento por agrupar "perfiles con tendencia neurótica" y "perfiles con tendencia psicótica" y relacionarlos con la principal droga de abuso, no reveló asociaciones significativas, es decir, no se encontraron vinculación entre abusar de alguna droga y presentar un perfil con una tendencia determinada. Tampoco se estableció entre la variable "frecuencia de consumo" y la tendencias citadas. De igual manera, el hecho que la puntuación más alta del perfil estuviera en Hs, Pd o Sc no estaba relacionada con el consumo de una determinada droga.

Por último, cuando las escalas Hs y D, por una parte, y Pa y Sc, por otra, eran superiores a T70 resultaba más probable hallar una mayor cantidad de sujetos con problemas judiciales, laborales y, especialmente, familiares que cuando los porcentajes eran menores.

5. DISCUSION

Los hallazgos de este estudio tienen que ver con personas que, de acuerdo con las definiciones aportadas, abusan de drogas ilícitas. No es posible hacer extrapolaciones a individuos que inician el consumo de sustancias psicoactivas o a aquellos que lo han hecho experimental u ocasionalmente. Es importante establecer esta significativa diferencia, muchas veces ignorada.

Si bien esta investigación se ha centrada en el análisis de un grupo de individuos, y en la búsqueda de elementos de su realidad que permitan estudiarlos en relación con el abuso de sustancias psicoactivas, resulta necesario destacar que los rasgos y tendencias hallados no representan hechos individuales aislados sino, por el contrario, son el reflejo consustancial de una realidad social cuya manifestación última o más evidente son los sujetos afectados por el consumo habitual o intensivo de una droga ilegal.

El abuso de sustancias es un fenómeno que puede estar presente dentro de cualquier grupo social; sin embargo, los resultados de esta investigación corroboran el viejo precepto de que la exposición al riesgo es mayor en aquellos sectores donde las carencias materiales y afectivas impiden el desarrollo de condiciones que se traducen en oportunidades a todo nivel. Por ello, resulta revelador el hecho de que la mayor parte de la muestra estudiada haya crecido dentro de grupos familiares integrados por numerosos hermanos, presencia de un solo padre y, fundamentalmente, bajo condiciones desfavorables en lo que respecta a atención y afecto. Queda planteada la necesidad de efectuar estudios en poblaciones pertenecientes a la

clase media y alta, en las cuales quizás el problema sea menos visible, pero no por ello de menor trascendencia.

Dentro de tal orden de circunstancias, resultó claro que la existencia de problemas familiares, y en menor medida laborales y judiciales, según los describieron los pacientes, no fueran el resultado unívoco del abuso de drogas sino una expresión secundaria de la realidad de cada uno, agravada por la situación de consumo que, como medio de alienación, resultó un recurso para enfrentar las carencias que han permeado constantemente la individualidad de cada sujeto y su manera de relacionarse con el medio. De esta forma, la superficialidad y la manipulación, así como cualesquiera de los otros elementos encontrados, han constituido un medio para enfrentar, y muchas veces sobrevivir, ante condiciones de crianza y desarrollo bastante complejas y ante las demandas de un contexto de relaciones sociales para las cuales no se cuenta con recursos suficientes.

A diferencia de otros estudios en los que se asigna un lugar de privilegio a la presión grupal en el inicio del consumo de sustancias (Wallack y Kitty, 1990; McAlister, et.al., 1980; Botvin, et.al., 1984), en éste sobresale la curiosidad. Aunque ya no solo para los grupos afectados, cabe preguntarse acerca de si la curiosidad en la primera experiencia de ingestión, la disponibilidad de opciones para satisfacerla y luego el consumo, son conductas vinculadas con la oferta o si la curiosidad puede generarse por el tratamiento que usualmente se hace de la temática de las drogas, o si resulta de todas esas u otras circunstancias, como la búsqueda de sensaciones y de situaciones de riesgo.

Por otra parte, pero siempre dentro del tema de las situaciones de riesgo, cabe destacar el papel de las drogas legales (alcohol y tabaco) como sustancias de inicio y antecesoras

inmediatas de la experimentación con sustancias ilícitas, en la mayor parte de los sujetos. Esta situación se pone de manifiesto una vez más, aunque en este estudio no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre ambas variables, como si ha ocurrido en otros (DuPont, R. 1989). A esto agregamos que la edad de experimentación en nuestros pacientes fue muy temprana, lo cual también es un factor que se asocia con el consumo y, principalmente, el abuso posteriores. Es importante profundizar acerca del papel de la disponibilidad de las drogas y otras variables demográficas y psicosociales en relación con la iniciación precoz.

La droga empleada por la mayor parte de los individuos era la mariguana aunque en una proporción menor que la tendencia observada en consumidores en el nivel nacional. Esto se explica por cuanto en poblaciones como la estudiada tiende a emplearse una mayor variedad de sustancias. El consumo de *crack*, además, es una realidad que parece afectar principalmente a la provincia de Limón, sin embargo su prevalencia, en comparación con la de mariguana, es baja. Obviamente, en el nivel nacional es considerablemente inferior si se la compara con el consumo de cocaína. Es interesante destacar que los motivos principales de consumo reportados por los pacientes (reducir la ansiedad y la tensión psicológica) guardan relación con algunos de los principales hallazgos efectuados con el Mini Mult-82. Así, el consumo de las drogas estaba asociado con la búsqueda de estados que suprimieran los malestares citados.

Un hecho de interés es que los pacientes asignaron un mayor grado de perniciosidad al alcohol y a la cocaína que a la mariguana, circunstancia observada también en el trabajo clínico con alcohólicos, en el cual una proporción considerable de ellos acusaba ejercer un control sobre el consumo de mariguana y apreciar un menor grado de lesividad que el que les provocaba la ingesta de etanol.

Aún sigue siendo necesaria la producción de conocimiento dentro de Costa Rica que ayude a determinar las implicaciones de s del consumo de mariguana y principalmente sus efectos a largo plazo. Desde los estudios de Page y Fletcher (1987) en la década de los setentas no se han realizado estudios que aporten datos relevantes en este sentido.

A diferencia de la tradicional adjudicación de trastornos sociopáticos y paranoideos a los abusadores de drogas, la aplicación del Mini Mult-82 permitió develar la existencia de fuertes componentes de ansiedad, además de comportamiento impulsivo e inmadurez.

Como dato de interés resalta que no se establecieron relaciones entre el hecho de consumir determinado tipo de sustancia y el presentar psicogramas con tendencia psicótica o neurótica, así Como tampoco entre la frecuencia de consumo y la presencia de tales tendencias.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento supracitado, permiten cuestionar la conveniencia de aplicar los procedimientos terapéuticos convencionales (terapia de grupo, individual, etc.) a los sujetos que abusan de drogas diferentes al alcohol, pues podría tratarse de condiciones disímiles que exigen replanteamientos y prueba de estrategias alternativas.

Conviene preguntarse también si los planteamientos de atención al paciente en crisis deben regirse por las pautas usuales de la terapia de desintoxicación aplicada a alcohólicos, consumidores de cocaína y de otras drogas, toda vez que desde hace casi dos décadas, Siguel (1977) había anunciado la necesidad de operar con procedimientos diferenciales. Actualmente, se reitera la conveniencia de que el tratamiento de las adicciones constituya, precisamente, una estrategia libre de drogas.

Este trabajo viene a confirmar la urgencia de desarrollar acciones preventivas en el nivel

nacional que permitan una cobertura desde la enseñanza preescolar, acompañadas de estudios longitudinales, o de cualquier otra naturaleza, tendientes a dilucidar los factores de riesgo y los factores protectores para las poblaciones no afectadas.

Las relaciones entre la sexualidad y las adicciones constituye un tema que debería ser objeto de estudio, No existe ningún trabajo nacional, salvo el de Mah y Ramírez (1988), aunque restringido a un grupo en particular, que explore tales relaciones, las cuales, según se pudo de manifiesto en la presente investigación, representan un área de análisis prioritario.

6. BIBLIOGRAFIA

- Adis, G. y Araya, M. Minimult: una forma abreviada del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. San José, C.R.: Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR. 1978.
- Alfaro, A., et.al. "An MMPI-based clinical typology for inpatient alcoholic males: derivation and interpretations. Journal of Clinical Psychology, 43,(4), 1987,(431-437).
- Alfaro, E. "Abuso de drogas en Costa Rica. Recopilación de varios estudios". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107, (6), 1989, (504-509).
- Alfaro, O., Garnier, L. y Leandro, M. El Mini Mult 82. Revisión y estandarización del Mini-Mult de Kincannon. (Tesis). San José, C.R.: Universidad de Costa Rica. Escuela de Psicología. 1990.
- Bachini, D. Farmacodependencia en Uruguay. Montevideo, Uru.: Instituto Interamericano del Niño. 1982.
- Botvin, G., et.al. "A cognitive behavioral approach to substance abuse prevention". Addictive Behaviors. 9, 1984, (137-147).
- Calsyn, D.; Roszell, D. and Chaney, E. "Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment". Journal of Clinical Psychology. 45, (6), 1989, (991-998)
- Campillo, C.; Medina, M.; Castro, M. "La epidemiología del uso de drogas en México". Salud Mental. 2, (1),1979, (10-18).
- Clopton, J. "Alcoholism and the MMPI". Journal of Studies on Alcohol. 39, (9),1978, (1540-1558).
- Cochran, W.C. Técnicas de muestreo. Mexico, Mex.: Editorial CECSA. 1986.
- Dahlstrom, W., et.al. An MMPI Handbook. Vol.2. Research Application Minneapolis; University of Minnesota Press. 1975.
- DuPont, R. Stopping alcohol and other drug use before it starts: the future of prevention. USA: OSAP. Prevention Monograph-1. 1989.
- Faulstich, M., et.al. "Age differences in alcoholic MMPI scales: a discriminant analysis approach". Journal of Clinical Psychology, 41,(3),1985, (433-439).
- Filstead, W., et.al. "The relationship of MMPI subtype membership to demographic variables and treatment outcome among substance misusers". Journal of Studies on Alcohol. 44, (5), 1983, (917-922).
- Gaines, L., et.al. "Comparison of the MMPI and the Mini-Mult with alcoholics". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 42,(4), 1974, (619).
- Golden, Ch. Clinical interpretation of objective psychological tests. Toronto, Can.: Grune & Stratton. 1979.
- Graham, J. MMPE. Guía práctica. Mexico, Mex.: El Manual Moderno --1ª reimpr-- 1990.
- Hamblin, D. et. al. "Older alcoholics: profile of decline". Journal of Clinical Psychology. 40, (6), 1984, (1510-1516).
- Hughes, P., et.al. Metodología para evaluar el tratamiento y la rehabilitación, Ginebra, Sui: OMS Publ. Offset N°98. 1988.
- Jiménez, E. y Bejarano, J. Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas. San José, C.R.: IFAA. 1991
- Kincannon, J. "Prediction of the standard MMPI scales scores from 71 items: The Mini-Mult". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 32, (3), 1968, (237).
- Kish, L. Muestreo de encuestas. Mexico, Mex.: TRILLAS. 1972.

- Libb, J. and Taulbee, E. "Psychotic-appearing MMPI profiles among alcoholics". Journal of Clinical Psychology. (27), 1971, (101-102).
- McAlister, A. et.al. "Pilot Study of Smoking, Alcohol and Drug Abuse Prevention". American Journal of Public Health. 70, 1980, (719-721).
- Mata, L. y Ramirez, C. "Consumo de drogas ilícitas por hombres homosexuales y bisexuales de Costa Rica, 1985-1986" Revista de Costarricense de Ciencias Médicas, 9, (3), 1988, (37-45).
- Miguez, H. Alcohol y drogas en el área marginal de San José. San José, C.R.: INSA. 1983.
- Míguez, H. y Grimson, W. "Estudio de la consulta por drogas en la emergencia hospitalaria". Revista de Prevención, Salud y Sociedad. Año 1, 1, 1988, (13-19).
- Neuman, E. Droga y criminología. Mexico, Mex.: Ed. Siglo XXI. 1984.
- Overall, J. "MMPI personality patterns of alcoholics and narcotics Addicts". Q.J. Stud. Alc., 34, 1973, (104-111).
- Page, B. y Fletcher, J. Some psychosocial aspects of chronic cannabis uso. USA: NIDA. 1987.
- Patrick, J. "Characteristics of DSM-III borderline MMPI profiles". Journal of Clinical Psychology. 40, (3), 1984, (655-658).
- Pettinati, H. et.al. "Four year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics". Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 4, (4), 1982 (487-494).
- Quirós, M. "Escala clínica del Minumult en personas de sesenta años y más en una Comunidad". Monografías de la OPS/OMS: Estudio de la Tercera Edad en Coronado. Ed. LLanos, G. San José. C.R: 1990.
- Sherer, M., et.al. "Stability of psychological test results in newly admitted alcoholics". Journal of Clinical Psychology. 40, (3), 1984, (855-857).
- Siguel, E. "Características de los clientes admitidos a tratamiento por abuso de cocaína" La Cocaína: 1977. USA: NIDA Research Monograph 13. 1977.
- Wallack, L. and Kitty, C. "Illicit drug, tobacco, and alcohol use among youth: trends and promising approaches in prevention". Youth and Drugs, Society's Mixed Messages. USA: OSAP Prevention Monograph-6. 1990.