

**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD PRESENTES EN ADOLESCENTES  
POLICONSUMIDORES INTERNOS EN EL INSTITUTO DE FORMACIÓN  
TORIBIO MAYA- NIVEL DE AFIANZAMIENTO-CAE**

**CLAUDIA LORENA CAJIAO BALLESTEROS.**

**JOSÉ FERNANDO COLLAZOS ZUÑIGA.**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUÍS AMIGÓ**

**ESPECIALIZACIÓN EN ADICCIONES**

**SANTIAGO DE CALI**

**2012**

**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD PRESENTES EN ADOLESCENTES  
POLICONSUMIDORES INTERNOS EN EL INSTITUTO DE FORMACIÓN  
TORIBIO MAYA- NIVEL DE AFIANZAMIENTO-CAE**

**CLAUDIA LORENA CAJIAO BALLESTEROS.**

**JOSÉ FERNANDO COLLAZOS ZUÑIGA**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
**ESPECIALISTA EN ADICCIONES**

Asesora

**Dra. MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ RUIZ**

Psicóloga

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUÍS AMIGÓ**

**ESPECIALIZACIÓN EN ADICCIONES**

**SANTIAGO DE CALI**

**2012**

## DEDICATORIA

A nuestras familias por brindarnos su apoyo y acompañamiento durante toda esta etapa de estudios, ayudándonos a sortear dificultades con su afecto y comprensión.

A los seres amados que ya no están entre nosotros, porque sabemos que desde donde estén, se encuentran orgullosos de este logro.

A nuestros compañeros del Instituto de Formación Toribio Maya, compañeros también de aulas, porque dimos este paso juntos en medio de risas y alegrías, sin dejar nunca de acompañarnos y apoyarnos, afianzando, no sólo conocimientos, sino también, lazos eternos de amistad, y recuerdos invaluable de una maravillosa etapa de nuestra existencia.

A la vida, por permitirnos ser pasajeros de su viaje, y en medio de él, ampliar nuestro repertorio de aprendizajes.

Y a nosotros mismos, por el compromiso, por las largas horas de compartir e intercambiar nuestras experiencias y esfuerzos, transformados hoy, en radiantes frutos de éxito.

## AGRADECIMIENTOS

Al culminar esta nueva etapa de preparación y formación enfocada a incrementar nuestras fortalezas y conocimientos para el mejor ejercicio de nuestra profesión, sea lo primero hacer llegar nuestros sinceros agradecimientos a la comunidad de Religiosos Terciarios Capuchinos, quienes a través de la Fundación Universitaria Fray Luís Amigó nos abrieron las puertas para recorrer el camino hacía el logro de nuestras metas profesionales.

Al Instituto de Formación Toribio Maya por la forma tan generosa y oportuna de facilitarnos tanto el tiempo, como todas las oportunidades para el logro ideal del trabajo investigativo, desarrollado en sus instalaciones.

## CONTENIDO

Introducción, 10

1. Planteamiento del problema, 12

2. Objetivos, 14

2.1. Objetivo general, 14

2.2. Objetivos específicos, 14

3. Justificación, 15

4. Marco referencial, 17

4.1 Estado del arte, 17

4.2. Marco contextual, 19

4.2.1 Instituto de Formación Toribio Maya, 19

4.2.1.1 Ubicación geográfica, 19

4.2.1.2 Reseña histórica, 20

4.2.1.3 Misión, 21

4.2.1.4 Visión, 21

4.2.1.5 Principios, 21

4.2.1.6 Objetivos, 22

4.2.1.7 Plan amigoniano de atención por modalidad (PAAM), 23

4.3. Marco teórico, 24

4.3.1 Adolescencia, 24

4.3.2 Personalidad, 26

4.3.3. Trastornos de personalidad relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, 28

4.3.4. Drogas, 29

4.3.4.1 Droga de abuso, 29

4.3.4.2 Adicción a sustancias psicoactivas (SPA) o drogodependencia, 30

4.3.4.3 Conceptos básicos de las drogas, 31

4.3.4.4 La politoxicomanía o policonsumo, 32

4.3.4.5 Características de la drogodependencia, 33

4.3.4.6 Proceso de drogodependencia, 33

4.4 Marco conceptual, 34

4.4.1 Personalidad, 34

4.4.2 Rasgo, 34

4.4.3 Actitud, 35

4.4.4 Adolescencia, 36

4.4.5 Individuo, 36

4.4.6 Droga, 36

4.4.7 Adicción, 37

4.4.8 Droga alucinógena, 37

4.4.9 Droga depresora, 38

4.4.10 Droga estimulante, 39

4.4.11 Barbitúrico, 39

4.4.12 Test, 40

4.4.13 Escalas, 40

4.4.14. Droga de impacto, 41

4.5 Marco legal, 41

4.5.1 Constitución política de Colombia, 41

4.5.2 Código de la infancia y la adolescencia, 41

4.5.3 Política nacional de reducción de la demanda de drogas, 43

4.5.4 Decreto número 1943 del 30 de septiembre de 1999, 44

5. Metodología, 45

5.1. Tipo de investigación, 45

5.2. Fuentes de información, 45

5.3 Procedimiento, 46

5.4. Universo, 46

5.5. Población, 46

5.6. Muestra, 46

6. Instrumentos, 47

6.1. MMPI, 47

6.1.1 Pasos para la interpretación del MMPI, 49

6.1.2 Escalas de validación, 50

6.1.3 Escalas clínicas, 51

6.2. Versión reducida o Minimult, 54

7. Presentación y análisis de resultados, 55

7.1 Interpretación cualitativa de los resultados, 60

7.1.1 Combinaciones más frecuentes presentadas en la aplicación, 60

7.1.1.1 L F K, 60

7.1.1.2 8 4, 61

7.1.2 Escalas clínicas relevantes, 62

7.1.2.1 Hipocondriasis (HS), 62

7.1.2.2 Depresión (D), 62

7.1.2.3 Esquizofrenia (ES), 63

7.1.2.4 Desviación psicopática (DP), 63

7.2 Interpretación cuantitativa de los resultados, 64

8. Discusión, 65

9. Recomendaciones, 70

Referencias bibliográfica, 71

Anexos, 75

## INDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Datos de la población, 55

## INDICE DE GRÁFICAS

- Gráfica 1. Edad, 57
- Gráfica 2. Drogas consumidas., 58
- Gráfica 3. Tiempo de consumo, 59
- Grafica 4. Droga de impacto, 60
- Gráfica 5. Perfil general de los jóvenes policonsumidores, 64

## INDICE DE ANEXOS.

1. Perfil psicológico de los jóvenes, 75
2. Cuestionario MMPI Reducido, 124
3. Hoja de respuesta del MMPI Minimult, 125
4. Formato de consentimiento informado, 126

## INTRODUCCIÓN.

La personalidad, entendida según Eysenk como “una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.”, genera inquietudes respecto a la posible existencia de rasgos similares entre personas que comparten conductas similares, en este caso, el policonsumo de sustancias psicoactivas, problemática existente dentro del contexto del presente estudio, lo que implica la administración por parte de un sujeto de variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. (Belloch, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación intenta responder a la pregunta ¿Cuales son las características de personalidad presentes en adolescentes policonsumidores internos en el Instituto de Formación Toribio Maya- nivel de afianzamiento-CAE?, esto con el fin de establecer las escalas de interés clínico presentes en cada uno de los adolescentes policonsumidores internos, para luego pasar a determinar las escalas clínicas de mayor predominancia en el grupo de adolescentes consumidores de sustancias sintéticas y naturales. Realizando como cierre de la actividad un grupo para socializar los resultados y su relación con la conducta de consumo.

El modelo teórico sobre el que subyace esta investigación fue establecido por G. Allport, con su teoría de los rasgos, que son constructos teóricos que Según Feldman Robert (2009) ofrecen una explicación clara y sencilla de las consistencias conductuales de las personas y permiten comparar fácilmente a una persona con otra. Los rasgos son característicos de la personalidad y comportamientos consistentes que se manifiestan en diferentes situaciones. La teoría de los rasgos busca explicar, en forma sencilla, las consistencias en el comportamiento de los individuos, describiendo dimensiones básicas de la personalidad, las cuales pueden ser medidas por medio de inventarios de auto-reporte.

De acuerdo a lo planteado, se escogió como instrumento el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), versión reducida, un cuestionario auto-descriptivo enmarcado al interior de dicha estrategia (Liebert, 2000), el cual arroja un perfil clínico de personalidad con firmes bases empíricas, orientado a cuantificar y evaluar diferentes rasgos de personalidad.

Las razones para el desarrollo de este estudio obedecen a que poco se ha encontrado sobre este tipo de investigaciones con adolescentes enmarcados en el contexto de este estudio. Además que, según Avendaño (2002) para cualquier tipo de tratamiento es necesario tener en cuenta las características de personalidad antes de utilizar una u otra estrategia terapéutica. De esta manera, se contribuye con la misión del instituto de formación Toribio Maya que es brindar una atención de calidad a los adolescentes internos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Instituto de Formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán atiende población vulnerable, que en su mayoría se compone por adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, lo cual lleva a reflexionar sobre los criterios clínicos necesarios para fortalecer los procesos de tratamiento implementados por los profesionales del área de psicología; entre estos criterios se encuentran las características personales que representan un punto de análisis para comprender las diferencias individuales que generan otros rumbos de acción en la intervención para cada sujeto, ya que como lo plantea Allport (1966), “la personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.”<sup>1</sup>, lo que permite analizar la manera de percibir, sentir y comportarse de un adolescente, respecto a las diferentes situaciones de su entorno, y que en el caso de esta investigación, involucra específicamente, el consumo de droga.

Es importante tener en cuenta que la adolescencia es una etapa de cambios, que influyen en la forma como se va estructurando la personalidad, lo que hace vulnerables a los adolescentes de involucrarse en dinámicas de consumo, asociadas a conductas ilegales, siendo estas las características de los jóvenes internos en el instituto, lugar, en donde se desarrollan programas de tratamiento a través de diferentes etapas y niveles de su propuesta reeducativa, siendo el nivel de afianzamiento un espacio avanzado donde los internos profundizan sobre su experiencia con las drogas, observándose que en la mayoría de ellos se presenta policonsumo.

---

<sup>1</sup> Allport, G (1966). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós. Tomo 4. Pg 153.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante reflexionar respecto a ¿Cuales son las características de personalidad presentes en adolescentes policonsumidores internos en el Instituto de Formación Toribio Maya- nivel de afianzamiento-CAE?

## 2. OBJETIVOS

### *2.1 Objetivo general*

Describir el perfil clínico de la personalidad de los adolescentes policonsumidores internos en el instituto de formación Toribio Maya, que se encuentran en el nivel de afianzamiento- CAE.

### *2.2 Objetivos específicos*

Establecer las escalas de interés clínico presentes en cada uno de los adolescentes policonsumidores internos.

Determinar las escalas clínicas de mayor predominancia en el grupo de adolescente consumidores de sustancias sintéticas y naturales.

Sensibilizar a los adolescentes sobre los resultados alcanzados y su relación con el consumo de SPA.

### 3. JUSTIFICACIÓN.

El consumo de SPA en Colombia se ha convertido en una de las problemáticas más relevantes de la juventud actual, según datos de las Naciones Unidas, Colombia está consumiendo 130% más de cocaína que el promedio normal, y en éxtasis o drogas de diseño está consumiendo el 50% más que el promedio normal, esto añadido a la última encuesta nacional donde se sostiene que más de 1.014.000 colombianos consumieron algún tipo de droga alucinógena, entre las que se encuentra LSD, éxtasis o MDMA y marihuana . Además, el estudio indica que el ingreso al consumo de drogas gira alrededor de los 12 años y que precisamente es este grupo el que mayor uso hace. <sup>2</sup> Lo anterior hace que esta situación sea preocupante, y más teniendo en cuenta que la población que se encuentra en el Instituto de Formación Toribio Maya, no sólo consume una droga si no que presenta policonsumo de drogas ilícitas, generando nuevas reflexiones respecto a los tratamientos de SPA.

Atendiendo a la creciente demanda del departamento del Cauca, el Instituto de Formación Toribio Maya, cuya misión incluye brindar programas terapéuticos, adelanta procesos de tratamiento enfocados a trabajar sobre esta problemática, basados en un modelo de Pedagogía Amigoniana, que incorpora los diferentes enfoques de intervención, con lo cual se pretende aportar a los procesos, generando información que sea útil para los profesionales que trabajan con adolescentes policonsumidores de SPA, logrando de esta manera afianzar el propósito del instituto.

---

<sup>2</sup> ONU y gobierno presentan datos de consumo de drogas en Colombia. (2009). Consultado el 24 de mayo de 2012 de la world wide web [www.caracol.com.co/noticias/actualidad](http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad).

El presente estudio está destinado también a adquirir destrezas a nivel individual en la prevención y tratamiento de las adicciones, generando conocimiento científico, conforme a lo estipulado en la misión de La Fundación Universitaria Luís Amigó, además del desarrollo de competencias profesionales en las estrategias de abordaje de la problemática.

Esta investigación pretende generar unos datos confiables que permitan al personal de la institución construir a futuro propuestas de intervención con el objetivo de aportar al proceso de los adolescentes, lo cual repercutirá no sólo a nivel personal, si no grupal, e institucional.

## 4. MARCO REFERENCIAL.

### *4.1 Estado del arte*

El estudio psicométrico de la personalidad siempre a despertado interés en el ámbito de la psicología, sus estudios se remontan al siglo XX y la aparición de nuevas pruebas (1935) entre las que figura el inventario multifasico de personalidad MMP, desde entonces ha mejorado y se han creado diferentes formas de evaluarla. <sup>3</sup>En Colombia el estudio de la personalidad se remonta a En 1932 cuando Eduardo Vasco en la Universidad de Antioquia inicia la aplicación de las pruebas Stanford-Binet y el perfil psicológico de Vermeyleylen para los escolares del Liceo de la Universidad. <sup>4</sup>La evaluación a través de test de carácter clínico de la personalidad la podemos encontrar en la actualidad sobre el estudio de la personalidad con adolescentes con abuso de drogas, donde cabe mencionar la investigación sobre Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. Cuyo objetivo es poder caracterizar la personalidad de los adolescentes abusadores de drogas a través del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y sus normas chilenas. Encontrándose en los adictos a las drogas, hombres y mujeres, los adolescentes tenían un tipo de transgresor de la personalidad. Los varones tenían un alto grado de sociabilidad y la sexualidad desenfrenada mientras que las mujeres presentan signos de abuso sexual, riesgo de suicidio, y más de un trastorno de la personalidad grave.

---

<sup>3</sup> Peña, M. (sf) . Aparición de nuevas pruebas. Consultado el 05 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://www.xtimeline.com/evt/view.aspx?id=314056>

<sup>4</sup> Peña, T. (1993). La psicología en Colombia: historia de una disciplina y una profesión. Consultado el 05 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://www.xtimeline.com/evt/view.aspx?id=314056>

Concluyendo que los rasgos de la personalidad detectados en este grupo de adolescentes abusadores de drogas con las normas chilenas es similar a los detectados en el exterior y debe ayudar a proponer un plan de rehabilitación (Rev Méd Chile 2009; 137: 466-74). Otra investigación que da luces sobre esta temática es la realizada en hogares CREAD de Bucaramanga donde se evalúa el *perfil clínico de personalidad del Farmacodependiente reeducado en hogar CREA el puente*. Cuyo objetivo es describir la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno mediante la aplicación en dos etapas del MMPI, con el fin de proporcionar información para fortalecer el proceso de intervención y mejorar los índices de adherencia y recuperación arrojando como resultado determinar una evolución positiva del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno.

Otros estudios respecto a la población adolescente en estado de vulnerabilidad lo encontramos en la investigación *Perfil psicológico del menor infractor perteneciente al centro Juvenil Oasis- Instituto de Formación Toribio Maya Popayán, periodo Marzo- Noviembre de 2004*, en el cual se propone describir el perfil psicológico presentado al momento de ingreso de los 26 adolescentes integrados por medida judicial al Centro Juvenil Oasis durante el mes de marzo de 2004, como también en la etapa inmediatamente anterior a su egreso hacía noviembre del mismo año, analizar los cambios encontrados en el perfil e identificar la relación de estos con variables socio-demográficas de la población. Logrando a partir del uso del test MMPI analizar las tendencias como invariables en el periodo de tiempo transcurrido desde el ingreso de los adolescentes al programa hasta la etapa inmediatamente anterior a su egreso. Por ultimo encontramos una investigación sobre los *Rasgos de personalidad de un grupo*

*de estudiantes del Colegio Cristo Rey que han presentado intento de suicidio en la Ciudad de Popayán, 2009-2010, Caracterizando los rasgos de personalidad de un grupo de estudiantes del Colegio Cristo Rey que han presentado intento de suicidio en la ciudad de Popayán, 2009-2010 refiriendo con la muestra que las adolescentes se caracterizan posiblemente por ser adolescentes emocionalmente afectadas e inestables, dominantes, agresivas, entusiastas y confiadas a la buena aventura, difícilmente siguen y atienden reglas, actúan por conveniencia propia, emprendedoras, socialmente atrevidas y espontaneas, de poca o baja sensibilidad, son individuos que reconocen con dificultad sus deseos, anhelos e ilusiones, temen depositar su confianza en los demás; algunas de las adolescentes son reservadas, suelen comportarse de manera individualista debido a su poca participación en grupos y/o equipos; se caracterizan por ser autosuficientes y valerse de sus propias decisiones.*

#### *4.2 Marco contextual.*

##### *4.2.1. Instituto de Formación Toribio Maya*

###### *4.2.1.1 Ubicación geográfica.*

El Instituto de Formación Toribio Maya se encuentra ubicado en el Municipio de Popayán, del Departamento del Cauca, con una altura de 1.737 m.s.n.m. (metros sobre el nivel del mar), su temperatura promedio está entre 17 y 20°C; tiene 300.653 habitantes, según el censo general realizado por el DANE en el 2005; Mujeres: 53.0%, Hombres: 47.0%.

El Instituto de Formación Toribio Maya, se localiza sobre la carrera 8 # 74N-0 barrio Villa del norte. Su espacio geográfico está comprendido por linderos naturales y artificiales. En este espacio se albergan paisajes y grupos humanos que lo habitan, redes de relaciones sociales que los comunican y culturas que se han creado a lo largo de la historia. Sus linderos demarcados

son: Al sur con el barrio La Paz; Al norte con la vía panamericana. De acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial (POT), pertenece a la comuna 2 del municipio de Popayán, departamento del Cauca, y de estrato socioeconómico 2.

Actualmente en el Instituto residen 185 adolescentes y adolescentes internos pertenecientes a diferentes estratos de la ciudad y de diferentes partes del departamento.

#### *4.2.1.2 Reseña histórica*

El Instituto de Formación Toribio Maya, antes “Casa de Menores”, fue creada por la Asamblea Departamental, el 28 de abril de 1927. La Asamblea Departamental, honrando la memoria de don Toribio Maya, hombre que vivió para servir a los adolescentes. Coloco a la casa, el nombre de “Casa de Menores Toribio Maya”, la cual tenía su sede en el barrio Ciudad Jardín. Posteriormente la misma Asamblea Departamental el 28 de diciembre de 1971, la denomino a partir del 1º de enero de 1972, “Instituto de Formación Toribio Maya”.

El 27 de abril de 1988, la Administración Departamental entra en conversaciones con la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, con el fin de confiarle la dirección y administración del Instituto de Formación Toribio Maya, ubicado en el barrio Villa del Norte (La Paz). Dicha Congregación llega a la Ciudad de Popayán en el mes de junio de 1988, quien contrata desde el 1 de Julio del mismo año con el Gobierno Departamental.

La Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, inician sus labores en Popayán y con la experiencia del Carisma Amigoniano han transformado el Institución de Formación Toribio Maya en un verdadero espacio pedagógico, dando cumplimiento al contrato de prestación de servicios modificado más tarde en el Decreto 2737 de 1989. La institución ha extendido sus servicios a través de dos sedes más: “Comunidad Terapéutica Éxodo” Noviembre de 1995, en la cual se atiende en forma especializada Internado para niños, adolescentes y adolescentes con consumo de estupefacientes. Y “Casa Juvenil Fray Luis Amigó” Junio de 2004, en la cual se atiende a otros grupos de población a través de programas en medio social comunitario.

El Instituto de Formación Toribio Maya cuenta con Personería Jurídica ICBF Licencia de Funcionamiento Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Resolución de aprobación No. 2049 de 2009 (26 de agosto) Entidad aportante Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

#### *4.2.1.3 Misión*

El instituto de Formación Toribio Maya ubicado en la ciudad de Popayán, Cauca, administrado por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores, Provincia de San José, ofrece atención y formación integral especializada para niños, niñas, adolescentes y adolescentes en medio institucional y social comunitario, a través de programas pedagógicos, reeducativos y terapéuticos, basados en los principios amigonianos, los derechos de la niñez y la adolescencia y las normas vigentes, con el fin de restituirles la dignidad.

#### *4.2.1.4 Visión*

Para el año 2016 el instituto de Formación Toribio Maya será reconocido en el departamento del Cauca, como líder certificado en calidad, en los procesos de atención y formación integral para niños, niñas, adolescentes y adolescentes, con perspectiva garantista del respeto por sus derechos a través de la aplicación de los principios del Carisma Amigoniano, Colaboradores formados en competencias, disposición y optimización de los recursos y la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

#### *4.2.1.5 Principios*

- El instituto de Formación Toribio Maya cree, vive y asume la praxis del carisma amigoniano.
- El hombre (niño, niña, adolescente, joven) valor incuestionable de la persona, es el sujeto del acto educativo.
- El hombre (niño, niña, adolescente, joven caído) es digno de ser restaurado en todas las dimensiones de las personas.

- El hombre (niño, niña, adolescente, joven) protagonista de su propia historia, en orden a la transformación de sus experiencias vividas, la construcción de sí mismo y sus potencialidades, reconoce a los otros y es reconocido por ellos.
- La vida del hombre (niño, niña, adolescente, joven) es un quehacer y un qué hacerse permanente.
- El educador amigoniano es posibilitador- mediador en el universo relacional de las personas en conflicto que asume a través, incluso de su mismo quehacer cotidiano, el talante característico de la identidad amigoniano.

#### *4.2.1.6 Objetivos*

Gestión directiva: Dirigir el conjunto de procesos y la prestación de servicios de Institución mediante la planeación estratégica, la gestión de calidad y mejora continua conforme a las leyes, los lineamiento de ICBF, las expectativas de los clientes, la misión y visión institucionales.

Gestión formativa: Atender de forma integral y con perspectiva garantista de derechos a los niños, niñas, adolescentes y adolescentes remitidos por el Juzgados Penales para Adolescentes y/o Defensores de Familia a través de programas pedagógicos, reeducativos y terapéuticos en medio institución y social comunitario, cuyos contenidos de carácter amigoniano les dignifiquen en su condición.

Gestión humana: Proporcionar competitividad al Instituto de Formación Toribio Maya por medio de la implementación de procedimientos organizacionales orientados a identificar el personal idóneo, fortalecer sus competencias y mantener su calidad de vida laboral, evidenciándose en el logro de objetivos tanto individuales como institucionales.

Gestión Financiera: Optimizar la inversión de los recursos económicos captados para atención integral de los niños, niñas, adolescentes y adolescentes; bienestar de los colaboradores e institución en general; requerimientos legales y fortalecimiento de las buenas relaciones e iniciativas financieras.

La actividad económica de las familias es diversa está basada en el trabajo de los padres y madres que se dedican a la construcción de obras, la conducción de taxis o camiones, y profesionales en diferentes carreras.

#### 4.2.1.7 *Plan Amigoniano de atención por modalidad (PAAM)- sistema de responsabilidad penal.*<sup>5</sup>

*-Definición:* El centro de atención especializada (CAE) es el lugar donde son ubicados por orden judicial los adolescentes cuando han sido hallados responsables de la comisión de un delito en el cual permanece el adolescente hasta que la sanción cese o se modifique.

La sanción se aplica en mayores de 16 y menores de 18

*-Finalidad:* Tiene por objeto que el adolescente cumpla la medida judicial impuesta por la autoridad competente, ofreciendo un programa de atención protectorio, educativo y restaurativo con la participación de la red de apoyo y especialistas durante todas las etapas del proceso. Esta propuesta establece un método progresivo y secuencial por periodos que se desarrolla paulatinamente, sustentada por un sistema de autocorrección y de acompañamiento.

*-Etapas:*

Acogida: Es un espacio de bienvenida y motivación que permite la inserción del adolescente y su familia dentro de un proceso reeducativo y/o protectorio preventivo a través del medio institucional.

---

<sup>5</sup> Calderon, J (2011). Plan Amigoniano para la Atención e Intervención de adolescentes en vulnerabilidad y conflicto con la ley. ICBN: 978-958-99405-6-3. Bogotá.

Tratamiento: Esta es la segunda etapa del proceso de gestión y formación integral, comprende 3 niveles: encauzamiento, AFIANZAMIENTO y robustecimiento. La presente investigación, se centrará en afianzamiento, nivel donde el objetivo es ejecutar el plan de atención individual y familiar, ofreciendo al adolescente y su familia las condiciones necesarias de soporte y acompañamiento en el afrontamiento de la intervención pedagógica terapéutica.

Post institucional: etapa que funciona como instancia de seguimiento y acompañamiento, que permite evaluar y medir el impacto del proceso pedagógico terapéutico en el adolescente, joven y su familia, brindándole el apoyo y asesoría necesarias para enfrentar proactivamente el medio al que pertenece (después del egreso).

### *4.3 Marco teórico.*

#### *4.3.1 Adolescencia*

La adolescencia es una etapa que despierta mucho interés en los investigadores, debido al gran impacto que se le atribuye históricamente en la formación o el paso a la etapa de la adultez, siendo definida como un tránsito entre la niñez y la adultez. De acuerdo a Dominguez, Laura (2008) La adolescencia, en particular, ha sido llamada el período de la “pubertad”, término que proviene de la palabra en latín “pubertas” y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación.

No obstante en el momento es concebida por consenso como un elemento clave en el proceso de socialización del individuo. Comenzado asumir papeles que lo introducirán mas tarde a la vida de adulto, donde debe ir adaptándose a las reglas de su contexto social.

Adentrarse en el tema de adolescencia, es entrar en un mundo que despierta curiosidad, dudas, e incertidumbre. Se la intenta delimitar en una cantidad determinada de años, como forma de darle una explicación; ya que el ser humano transita a través de este período, introduciéndose como niño al comienzo de este conjunto de procesos biológicos, psicológicos, culturales y sociales, y se va moldeando hasta convertirse, al final de los mismos, en un "adulto" frente a la sociedad (Paramo, M, 2008).

Definición y duración de la adolescencia:

Definir la adolescencia no es un proceso fácil, ya que existen múltiples definiciones, entre las que se puede citar las de Griffa y Moreno (2005) quienes afirman que la concepción de esta etapa ha sufrido cambios, producto del desarrollo de la sociedad, lo que ha hecho que el período adolescente se ha ido prolongando, en algunos casos, hasta más allá de los 25 años. O sea, que para determinar actualmente el final de la etapa, se deben considerar no sólo aspectos biológicos, sino también sociales, psíquicos y espirituales. De igual manera, Nicolson y Ayers (2004) ubican la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la adultez; a través de un desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo, donde pueden surgir problemas emocionales y comportamentales en la vida adulta si no se logra una transición adecuada. Ubican su comienzo entre los 10 y 13 años y su finalización entre los 18 y 22 años de edad.

Se encuentran también posiciones de carácter biológico como:

Florenzano Urzúa (1998) considera que la adolescencia constituye el período de la vida en que el niño deviene adulto. Justamente, el término “adolescere” significa crecer hacia la adultez. Su comienzo para este autor es biológico, ya que se produce por cambios endocrinos y sus consecuencias en el cuerpo, y su fin es psicosocial, terminando cuando el joven es capaz de definir elecciones de pareja y vocacional.

Es importante, entonces, señalar cambios que se habrían producido en las últimas décadas: la adolescencia tiende a prolongarse en el tiempo y no es vivida como una etapa incómoda o de paso. Como dice el matrimonio Obiols (2001), en su obra "Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria", a fines de los años 60, Stone y Church, investigadores de la psicología de la conducta, llamaban la atención sobre la prolongación de la adolescencia, afirmando que había sido institucionalizada y glorificada en los medios masivos de comunicación. (Paramo, M. 2008, pag 30)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la temprana 12 a 14 años y la tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

A través del recorrido por las diferentes definiciones sobre esta etapa podemos evidenciar como se interrelacionan lo biológico, lo psicológico y lo social a lo largo del proceso de desarrollo, donde la personalidad del adolescente se estructura.

#### 4.3.2 Personalidad

El concepto de personalidad siempre ha traído discusiones en el área de la psicología, son numerosos los autores que han hablado al respecto, según Alcazar, M (2007) Eysenck, definen la personalidad como: “una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. El *carácter* denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (*voluntad*); el *temperamento*, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (*emoción*); el *intelecto*, el sistema más o menos estable y duradero del comportamiento cognitivo (*inteligencia*); y el *físico*, el sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina (Eysenck, 1970a, pág.2)”.

Otro teórico que habla al respecto es Gordon Allport afirmando que la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio". De lo anterior podemos afirmar que la organización representa el orden en que se halla estructurada las partes de la personalidad de cada sujeto. Lo dinámico se refiere a que cada persona se encuentra en un constante intercambio con el medio que sólo se interrumpe con la muerte. Los sistemas psicofísicos hacen referencia a las actividades que provienen del principio inmaterial (fenómeno psíquico) y el principio material (fenómeno físico). La forma de pensar hace referencia a la vertiente interna de la personalidad. La forma de actuar hace referencia a la vertiente externa de la personalidad que se manifiesta en la conducta de la persona. Siendo todo este sistema único en cada sujeto.

Aparte de esto Gordon Allport presenta de los rasgos cardinales, los rasgos centrales y los rasgos secundarios. Según Feldman Robert (2009) los rasgos ofrecen una explicación clara y sencilla de las consistencias conductuales de las personas permiten comparar fácilmente a una persona con otra. Los rasgos son característicos de la personalidad y comportamientos consistentes que se manifiestan en diferentes situaciones. La teoría de los rasgos busca explicar, en forma sencilla, las consistencias en el comportamiento de los individuos. La teoría de los rasgos se refieren a las características particulares de cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular (Engler, 1996).

No obstante alrededor de la personalidad se tejen varias teorías como la de Cattell y Eysenck que para efectos de la investigación interesa situarse en la definición de los rasgos y tipos que ambos manejan, ya que esta aproximación, permite la utilización de pruebas destinadas a evaluar los aspectos de la personalidad, entre las cuales el MMPI sobresale por su trayectoria en el campo clínico.

#### *4.3.3 Trastornos de personalidad relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.*

Los trastornos de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias ocupan un lugar en las investigaciones sobre los efectos e impacto sobre la forma como se estructura la misma en cada individuo.

Belloch (2004) refiere que los trastornos por uso de SPA son alteraciones del estado del ánimo y la conducta producidos por la ingesta de una sustancia que producen repercusiones a nivel personal, laboral y familiar y con síntomas característicos como intoxicación, tolerancia,

dependencia y abstinencia. Diversos estudios estiman que entre el 65 y 90% tratados por abuso o dependencia presentan al menos un trastorno de personalidad concomitante.<sup>6</sup>

El DSM-IV TR describe 11 clases de trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, entre los que se encuentran: el alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos, alucinógenos y fenciclidina.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastorno por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirio inducido por sustancias, demencia inducida por sustancia, trastorno amnésico inducido por sustancia, trastorno psicótico inducido por sustancia, trastorno del estado del ánimo inducido por sustancia, disfunción sexual inducida por sustancia y trastorno del sueño inducida por sustancias) (APA, 2003)

#### *4.3.4 Drogas*

Por droga se utilizará la definición clásica de la OMS: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (Kramer y Cameron, 1975, p. 13)

##### *4.3.4.1 Droga de abuso*

Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 1989, 1995, p. 3). Dado lo anterior, Becoña (2001) afirma: “Por ello consideramos, según esta definición de drogas, tanto las que son de uso legal, el tabaco y el alcohol, como las de uso ilegal, como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.” (p.10,11).

---

<sup>6</sup> Halikas, JA. (1994) Psychiatric comorbidity in treatment- seeking cocaine abusers. Pg. 25-35

4.3.4.2 *Adicción a sustancias psicoactivas (SPA) o drogodependencia*: Dependencia de una persona hacía aquellas sustancias que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central (SNC), y que por lo tanto modifican el campo de conciencia del sujeto. (Pérez, A, 1987, p. 189).<sup>7</sup>

Al respecto, Lewkowicz (1999) afirma:

La drogodependencia se tiene que concebir como forma específica de una modalidad adictiva general.

La existencia de sustancias alucinógenas, barbitúricas, estimulantes o afrodisíacas en diversas sociedades no podía dar lugar por la pura potencia de la sustancia a la adicción instituida como tal. Esas mismas sustancias sin la subjetividad capaz de entrar en relación adictiva con la cosa cualquiera, no podían dar lugar a la adicción instituida a las drogas; las drogas podían circular sin drogadictos. Por el contrario, sólo la subjetividad adictiva en general, constituida por las instancias de delimitación de las patologías, sobre el envés de sombra de la figura instituida del consumidor, podía permitir el paso del usuario tenaz de cualquier tipo de objeto al adicto. (p.69)

---

<sup>7</sup>Luna, J A (1998). ¿Qué hacer con un hijo adicto?. Bogotá DC: San Pablo. Tercera edición.

#### 4.3.4.3. Conceptos básicos de las drogas:

La *dependencia psíquica* es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar.<sup>8</sup>

La *dependencia física* es un estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos físicos, más o menos intensos cuando se interrumpe la administración de la misma.

El *abuso de drogas* se produce cuando hay un consumo en grandes cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas aceptadas en la cultura determinada.

El *síndrome de abstinencia* es lo que se produce tras haber una dependencia física y psíquica, en el momento en que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

El *síndrome de querencia* son los síntomas psicológicos que aparecen antes de que el síndrome de abstinencia y después de que desaparezcan los efectos de la última toma de droga, consisten en la vivencia de angustia generalizada, intensa necesidad de la toma de la droga con el consecuente desarrollo de una conducta de búsqueda.

---

<sup>8</sup> Las drogas (sf). Recuperado el 11 de abril de 2012, de <http://www.p psicoactiva.com/drogas.htm>

La *tolerancia* es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto.

La *tolerancia cruzada* es el fenómeno por el que al tomar una droga aparece tolerancia no solamente a otra del mismo tipo, sino incluso a drogas totalmente diferentes. El uso previo de una droga puede potenciar los efectos sobre el organismo de otros tipos de droga.

La *intoxicación aguda* se produce cuando se toma una cantidad de droga que el cuerpo no es capaz de eliminar o transformar la sustancia.

La *sobredosis* es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo. Va en función de la dosis de droga tomada, su composición (si es más o menos pura), si está adulterada y las variables corporales individuales como el peso, metabolismo y tolerancia.

#### 4.3.4.4 *La politoxicomanía o policonsumo*

Se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. En muchos casos existe una droga principal que sustenta la dependencia, y unas drogas secundarias que la complementan o la sustituyen en situaciones de no disponibilidad. Actualmente es raro encontrar un consumidor de una sola droga. El Policonsumo o Politoxicomanía está definido por la Organización Mundial de la Salud como: “Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la

intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga”<sup>9</sup>. En la actualidad este fenómeno es normal cuando el consumo principal es una droga ilegal estando presentes consumos de otras sustancias, bien por escasear la sustancia o para contrarrestar o incrementar sus efectos (Belloch, 2004)

Por *patrones de conducta* se entiende a las sustancias que toma el drogodependiente y además su vía de administración, frecuencia, contexto relacional en que se produce el consumo, soporte social y cultural, etc.

#### 4.3.4.5 Características de la drogodependencia

Un deseo incontenible de consumir la droga y obtenerla por cualquier medio.

Una tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia del organismo hacia la misma. Se necesitan dosis más altas para obtener la misma sensación.

La aparición de un síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita en el consumo.

#### 4.3.4.6. Proceso de drogodependencia

*Consumo experimental*: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.

---

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Tomado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

*Consumo ocasional:* la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.

*Consumo regular:* consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

*Dependencia:* necesidad del consumo, es algo prioritario e imperioso en su vida.

#### 4.4. Marco conceptual

##### 4.4.1 Personalidad

Es un constructo psicológico, que refiere a un conjunto dinámico de características de una persona, pero nunca al conjunto de características físicas o genéticas que determinan a un individuo. Es su organización interior que hace actuar de manera diferente ante una o varias circunstancias.

La personalidad ha sido representada a veces con el símbolo de una máscara.

La personalidad es un conjunto de características que tiene una persona o alguna manera de comportarse de ese individuo.<sup>10</sup>

##### 4.4.2 Rasgo

En el estudio psicológico de la personalidad se refiere a una característica relativamente constante y estable del carácter propio de una persona. Se opone al término estado que define

---

<sup>10</sup> Personalidad. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Personalidad>.

una cualidad personal que no perdura en el tiempo y se debe generalmente a la acción de un acontecimiento externo.<sup>11</sup>

#### *4.4.3 Actitud*

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra Fish, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Allport, G (1966). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós. Tomo 4. Pg 169.

<sup>12</sup> Actitud. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>

#### 4.4.4 Adolescencia

Es una transición del desarrollo entre la infancia y la edad adulta.<sup>13</sup>

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años.<sup>14</sup>

#### 4.4.5 Individuo

Una unidad elemental de un sistema mayor o más complejo. (Respecto de una sociedad humana no tiene sentido algo menor que una persona.)

Algunas veces significa ser, ente o entidad viva (animada), y también individuo humano o persona, aunque se trata de conceptos jurídicos distintos.<sup>15</sup>

#### 4.4.6 Droga

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por droga toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de esta. Se habla de **drogas blandas**, menos peligrosas y nocivas, y **drogas duras**, las más dañinas. Entre

---

<sup>13</sup> Papalia, D y WendKos, S. (1993). Psicología del desarrollo. México: McGraw- Hill. Pg. 508.

<sup>14</sup> Adolescencia. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

<sup>15</sup> Individuo y persona. (sf) Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:  
[http://www.sabersinfin.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=260&Itemid=50](http://www.sabersinfin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=50)

las primeras se encontrarían el hachís y la marihuana, y entre las segundas, la heroína y la cocaína.<sup>16</sup>

La diferencia entre una droga dura y una droga blanda es que la dura causa adicción y/o una dependencia tanto física como psíquica, mientras que una droga blanda solamente causa una sola adicción y/o dependencia, la cual puede ser a nivel solo psíquico, o solo físico.<sup>17</sup>

#### 4.4.7 Adicción

Tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación al consumo de drogas, al uso de objetos (computador, televisión) o a la repetición de actividades (juego compulsivo), hasta el punto de dañarse así misma o a la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adicción a las drogas se caracteriza por la compulsión a seguir tomándolas, la tendencia a obtenerlas por cualquier medio y aumentar la dosis, y por la dependencia psíquica, en ocasiones también física, a sus efectos.<sup>18</sup>

#### 4.4.8 Droga alucinógena

Sustancias psicoactivas capaces de producir pseudoalucinaciones y estados alterados de conciencia. Desde un punto de vista neuroquímico, existe una cierta similitud entre los alucinógenos y las sustancias que intervienen en la transmisión nerviosa del sistema nervioso.

Durante el consumo de estas sustancias el sujeto puede experimentar una intensificación subjetiva de las percepciones, acompañada de despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones y sinestesias. La intoxicación por alucinógenos provoca cambios psicológicos y

---

<sup>16</sup> Canda, F (2004). Diccionario de pedagogía y psicología. Madrid: CULTURAL, S.A. Pg. 92.

<sup>17</sup> Droga. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Droga#Drogas\\_duras\\_y\\_blandas](http://es.wikipedia.org/wiki/Droga#Drogas_duras_y_blandas)

<sup>18</sup> Canda, F (2004). Diccionario de pedagogía y psicología. Madrid: CULTURAL, S.A. Pg. 11.

comportamentales desadaptativos importantes (DSM-IV): ansiedad, depresión, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio de la actividad social o laboral, etc. Desde el punto de vista físico se pueden apreciar los siguientes signos: dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación.<sup>19</sup>

#### 4.4.9 Droga depresora

Disminuye el funcionamiento del cerebro, por eso quienes las consumen no logran sostenerse, les da sueño y no pueden hablar coherentemente. El alcohol, el opio, la morfina, la heroína, los tranquilizantes y los inhalables son las sustancias depresoras más conocidas.

Las consecuencias psicológicas se relacionan con depresión, ansiedad, inestabilidad emocional y afectiva, disminución en el interés por otro tipo de actividades, comportamientos de alto riesgo, sensación de ser perseguido, reacciones de violencia y agresión.

Las consecuencias físicas pueden ser temblores incontrolables, dificultad para respirar, para respiratorio y muerte por sobredosis y repentina.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Canda, F (2004). Diccionario de pedagogía y psicología. Madrid: CULTURAL, S.A. Pg. 19.

<sup>20</sup> ¿Qué son las drogas las drogas depresoras?. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://www.informacion-es.com/drogas-depresoras/>

#### *4.4.10 Droga estimulante*

Un estimulante (del verbo latino *stimulāre*) o psicoestimulante o psicotónico es, en general, una droga que aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención.

Los receptores de neurotransmisores como noradrenalina (NA) y dopamina (DA), ambas catecolaminas se vinculan funcionalmente con efectos promotores de la alerta, la vigilia, la atención. Las anfetaminas, por ejemplo, logran aumentar los niveles extracelulares de dopamina en la corteza prefrontal del cerebro, lo que explica buena parte de sus efectos favorables sobre la concentración. La cafeína por su parte bloquea los receptores de adenosina, encargados de procesos de neuromodulación inhibitoria.<sup>21</sup>

#### *4.4.11 Barbitúrico*

Los barbitúricos son una familia de fármacos derivados del ácido barbitúrico que actúan como sedantes del sistema nervioso central y producen un amplio esquema de efectos, desde sedación suave hasta anestesia total.

También son efectivos como ansiolíticos, como hipnóticos y como anticonvulsivos. Los barbitúricos también tienen efectos analgésicos, sin embargo, estos efectos son algo débiles, impidiendo que los barbitúricos sean utilizados en cirugía en ausencia de otros analgésicos.

Tienen un alto potencial de adicción, tanto física como psicológica. Los barbitúricos han sido reemplazados por las benzodiazepinas en la práctica médica de rutina, por ejemplo, en el

---

<sup>21</sup> Estimulante. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulante>

tratamiento de la ansiedad y el insomnio, principalmente porque las benzodiazepinas son mucho menos peligrosas en sobredosis. Sin embargo, todavía se utilizan barbitúricos en la anestesia general, para la epilepsia y el suicidio asistido.<sup>22</sup>

#### 4.4.12 Test

Prueba a la que se somete a un individuo o a un grupo para medir sus aptitudes físicas o mentales y clasificarlo de acuerdo con ellas. Existe un número muy elevado de tests que evalúan diferentes facetas de la persona como la personalidad, la inteligencia, la depresión, ansiedad, etc.

La cuantificación de un test objetivo es mecánica y hay una objetividad en la puntuación. En otros tests de carácter subjetivo la cuantificación no es mecanizada y la interpretación depende del psicólogo.<sup>23</sup>

#### 4.4.13 Escalas

En psicología expresa una sucesión que ordena una cualidad de un rasgo. Son series de valoraciones ordenadas en intensidad que se usan en distintos instrumentos de medición.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Barbitúrico. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Barbit%C3%BArico>

<sup>23</sup> Allport, G (1966). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós. Tomo 4. Pg. 192.

<sup>24</sup> Allport, G (1966). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós. Tomo 4. Pg. 77

#### 4.4.14. Droga de impacto

Se entiende como droga de impacto con la capacidad para producirnos efectos negativos como son problemas, ya sea en el área de: Salud Familiar, Legal y laboral. <sup>25</sup>

### 4.5 Marco legal.

#### 4.5.1 Constitución política de Colombia

La constitución nacional política de Colombia de 1991 consagra los derechos del niño y del adolescente en marco de un interés superior para la protección integral, enmarcado en la corresponsabilidad del estado, la sociedad y la familia, el *Artículo 44*. (“Constitución política de Colombia”, 1991) consagra:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

#### 4.5.2 Código de la Infancia y la Adolescencia

El Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, tiene por finalidad

---

<sup>25</sup> Intervención en problemas de adicciones 6206. Consultado el 10 de noviembre de 2012, de la world wide web: <http://adicciones6206.blogspot.com/2011/03/definicion-droga-de-impacto.html>

en su Artículo 1°:

Garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

En su artículo 7° (“Código de la infancia y la adolescencia”, 2006), habla de la protección integral donde reconoce a los adolescentes como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

Sus principios fundacionales son el de la protección integral, el interés superior del niño, la corresponsabilidad y la perspectiva de género y étnica. Tres libros constituyen el Código de la Infancia y la Adolescencia, estos son:

I. Protección Integral.

II. Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes y procedimientos especiales cuando los niños, las niñas o los adolescentes son víctimas de delitos.

III. Sistema de Bienestar Familiar, políticas públicas de infancia e inspección, vigilancia y control.

Lo anterior hace parte de una legislación integral y no tutelar. Correspondiendo con la Convención sobre los Derechos del Niño, en la medida que alberga “tanto regulaciones de protección y garantía de derechos como normas sobre responsabilidad penal” [Simon, 2009, p.3].

En el artículo 16 (“Código de la infancia y la adolescencia”, 2006) nombra como vigilantes del estado en la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a todas las personas naturales o jurídicas, con personería jurídica expedida por el Instituto Colombiano de

Bienestar Familiar o sin ella, que aun con autorización de los padres o representantes legales alberguen o cuiden a los niños, las niñas o los adolescentes,

En el artículo 51 (“Código de la infancia y la adolescencia”, 2006) se habla de la obligación en el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. Involucrando al conjunto de instituciones que lo conforman. En el Artículo 40. Sobre las obligaciones de la sociedad moviliza a las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones, las empresas, el comercio organizado, los gremios económicos y demás personas jurídicas, así como las personas naturales, para que tomen parte activa en el logro de la vigencia efectiva de los derechos y garantías de los niños, las niñas y los adolescentes.

#### *4.5.3 Política Nacional de reducción de la demanda de Drogas*

La política Nacional para la reducción del consumo de SPA se construyo por el Ministerio de la Protección Social y la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, el año 2006. En marzo de 2007 la propuesta de Política fue presentada ante la instancia rectora de la política de drogas en el país, el Consejo Nacional de Estupefacientes, siendo aprobada y avalada por unanimidad.

Las entidades territoriales por lo tanto tenían que comenzar desde entonces en el ajuste de sus planes territoriales a sus líneas de acción, incorporando la planeación estratégica y procesos para la gestión efectiva de sus planes. Lo que ha contribuido en la apropiación de la Política y sus lineamientos en cerca de una tercera parte de los departamentos del país. La Resolución No. 014 de agosto 21 de 2008 crea comisiones técnicas interinstitucionales para cada una de las manifestaciones del problema de las drogas y se les encomienda emitir recomendaciones concretas para la construcción de un plan de acción integral, siendo esta la oportunidad para formular el plan de acción nacional e inter-sectorial para la operativización

de la PNRCSA. La finalidad última del Plan que aquí se presenta, es construir y dejar capacidad para asegurar acciones de mediano y largo plazo y el desarrollo y consolidación de procesos que permitan avanzar en la co-construcción de una respuesta integral ante el consumo de alcohol y otras SPA y sus consecuencias, todo ello en medio del dinamismo político e institucional que con frecuencia amenazan la continuidad y consolidación de procesos y con ello sus resultados e impactos.

Este ejercicio responde también al convencimiento del Ministerio de la Protección Social y de todas las instancias que son miembro de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas de la necesidad de transformar la cultura de la gestión de la política pública en este campo, planeando por resultados y con marcos estratégicos definidos.

#### *4.5.4 Decreto número 1943 del 30 de septiembre de 1999*

El cual modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes y del Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas y dicta otras disposiciones. Entre las que se habla sobre la prevención en su artículo 5° como:

La Prevención Integral del consumo de sustancias psicoactivas es el proceso mediante el cual se busca lograr desarrollo humano a través de la formulación y ejecución de un conjunto de políticas y estrategias tendientes a promover el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades para comprender e intervenir globalmente en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (S.P.A.) y problemas asociados, ofreciendo, entre otras alternativas, las de tipo preventivo, terapéutico y de reinserción social.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo no experimental, descriptivo, ya que se pretende describir las características de la personalidad presente en el grupo de adolescentes del nivel de afianzamiento –CAE, con el fin de generar un perfil de personalidad.

Es un estudio cuantitativo, ya que consiste en la aplicación del test MMPI- versión reducida o Minimult, lo que arrojará unos datos que se agruparan según porcentajes de predominancia y el análisis de resultados, que se realizará después de la socialización de los mismos con el grupo de adolescentes, en relación a la conducta de policonsumo.

Según la estrategia de recolección de datos, la presente investigación es de *medición*, debido a que se pretende cuantificar y cualificar variables de personalidad incluidas en el test MMPI- versión reducida.

### 5.2 Fuentes de información

Las fuentes de información corresponden a *muestra de sujetos*, representada en los adolescentes poli consumidores internos en el nivel de afianzamiento.

### *5.3 Procedimiento*

- Reunión dirigida a adolescentes para explicar el propósito de la investigación.
- Diligenciamiento de consentimiento escrito para adolescentes y familias.
- Aplicación de MMI-versión reducida en una sesión.
- Análisis de resultaos.
- Socialización de los resultados en relación a la conducta de policonsumo.

### *5.4 Universo*

Está determinado por los adolescentes internos en el instituto de formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán

### *5.5 Población*

Se tomó como base, los adolescentes internos en el nivel de afianzamiento del instituto de formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán, el cual consta de 33 adolescentes.

### *5.6 Muestra*

Para obtener la muestra correspondiente se realiza un muestreo no probabilístico intencional, ya que los adolescentes serán seleccionados siguiendo criterios determinados,

siempre procurando la representatividad de la muestra, para lo cual se toma que sean adolescentes policonsumidores y que oscilan entre los 18 y 19 años.

Se va a tomar una muestra de 10 adolescentes, lo que da una confiabilidad del 82%, según la aplicación de una fórmula de muestreo no probabilístico.

## 6. INSTRUMENTOS

### 6.1.MMPI.

El Inventario multifasico de personalidad de Minnessota (MMPI) actualmente ha ganado muy buena reputación en el ámbito clínico, su creación fue en el año de 1943 por Hathaway y McKinley en su búsqueda por contar con un único instrumento de evaluación que sirviera para obtener datos de la personalidad de los sujetos, en un único test, por ello, para su realización, los autores recogieron gran cantidad de ítems obtenidos de textos psiquiátricos, fichas clínicas, informes psicológicos, escalas actitudinales y también se valieron de su propia experiencia profesional.

El test obtenido fue puesto en práctica en un grupo muy numeroso y diverso de personas sin ninguna patología y que no estaban en tratamiento psiquiátrico pero que se podía diferenciar claramente por edad, ocupación, estado civil y otros parámetros importantes. También fue probado en pacientes psiquiátricos con preocupaciones exacerbadas sobre funciones de su cuerpo, delincuentes en tratamiento psiquiátrico, pacientes con dilemas de autoreferencia, persecución o grandeza, pacientes obsesivos, compulsivos, culposos, con sentimientos de apatía, delirio, alucinación e hiperactividad, entre otros.

Con los datos recogidos lograron desarrollar ocho escalas clínicas: Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (Pd), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) e Hipomanía (Ma).

Más adelante se construyeron la escala de Introversión Social (Si), desarrollada por Drake en 1946, seleccionando ítems del conjunto original que diferenciaban entre estudiantes universitarios que puntuaban por sobre el Percentil 65 y por debajo del Percentil 35 en la escala de Introversión Social del Inventario T-S-E de Minnesota; La escala Masculino – Femenino (Mf), desarrollada en 1956 por Hathaway y McKinley con el propósito inicial de diferenciar entre hombres heterosexuales y homosexuales.

Una característica esencial del MMPI , es que no está basado en una teoría psicológica particular, sino que está orientado, desde sus comienzos, a evaluar los trastornos de personalidad desde el espectro de *rasgos* sin apelar a hipótesis causales.

En este sentido, diferenciar la noción de rasgo de la noción de estado, es fundamental. Se entiende por rasgo aquellas características más estables de la personalidad, en oposición al estado, que es de carácter transitorio y está influido por el estado de ánimo de la persona. En esta línea conocer los rasgos de personalidad de los evaluados, nos aporta valiosa información para realizar inferencias acerca de cómo es el funcionamiento de la personalidad total del evaluado. En este último sentido, “La noción de rasgo es una modalidad artificial pero útil para acceder a la complejidad del concepto de personalidad. La esencia consiste en tomar en cuenta aspectos parciales más sencillos que luego deben integrarse para comprender la

totalidad que significan” (Brenlla, 1999). Es a partir del conocimiento de estos patrones duraderos como podemos hacer comparaciones entre sujetos, imposible de otros modos.<sup>26</sup>

### *6.1.1 Pasos para la interpretación del MMPI*

La formación de hipótesis interpretativas mediante el perfil obtenido por el MMPI depende de tres factores relacionados entre sí: la aceptabilidad de los puntajes del perfil; la elevación absoluta de las escalas componentes en comparación con los puntajes T estándar indicados en el manual; y las configuraciones relativas de aquellos puntajes en el perfil de un mismo individuo.

Estas últimas reflejan la confiabilidad y los patrones de interrelación entre las escalas componentes.

Una aproximación ordenada para analizar el perfil que entrega el MMPI incluiría los siguientes pasos a seguir:

-Evaluar la aceptabilidad del protocolo para la interpretación individual, mediante las escalas de validez del inventario. También se puede evaluar la aceptabilidad mediante algunas observaciones acerca de la situación de examen, así como también comparando hasta que punto la información obtenida por el test es consistente con datos anteriores relativos al individuo examinado.

-Examinar los puntajes de las escalas clínicas, para poder generar líneas de interpretación acerca de la personalidad y funcionamiento emocional del individuo.

---

<sup>26</sup> MMPI para perfiles de personalidad. (sf). Consultado el 7 de septiembre de 2012, de la world wide web: <http://www.eliceo.com/consejos/mmpi-para-perfiles-de-personalidad.html>

-Consultar varias guías interpretativas del MMPI, para buscar correlatos comunes con los patrones generados por el perfil clínico, incluyendo además posibles diagnósticos alternativos.

-Determinar, al menos en las escalas que están elevadas a un nivel promedio superior, los componentes subescalares principales que influyen en aquellas elevaciones, destacando los resultados más interesantes del test del individuo.

-Destacar cualquier ítem significativo que pudiera estar asociado con problemas especiales, o con cualquier síntoma previamente insospechado o de interés.

### *6.1.2 Escalas de Validación*

El propósito de las escalas de validación es señalar el grado de confiabilidad con que se pueden hacer inferencias acerca de la personalidad, con base en el perfil de la prueba. En realidad, estas escalas se refieren principalmente a la actitud que el sujeto toma al contestar la prueba. Esta actitud está basada en el grado de conformidad con el grupo dentro del cual funciona el examinando, en el proceso de socialización y en el estado de salud mental con que se encuentre. Por eso, es importante recordar que las escalas de validación de la prueba, en tanto muestra de la conducta del sujeto, ofrecen información útil para evaluar la personalidad del mismo.

-*La escala de mentira (L)*, contiene ítems que apuntan a situaciones de faltas menores, en las que la mayoría de las personas ha incurrido. En este sentido, se puede decir que la escala expresa opiniones y conductas que al ser evaluadas, solamente se encuentran en personas muy conscientes, demasiado conscientes. Por tanto, lo que se persigue es verificar si el sujeto pretende mostrar una personalidad “perfecta”, con ajuste a lo ideal, cubriendo sus faltas personales, socialmente inaceptables.

La escala L se refiere a la franqueza del sujeto al contestar la prueba, y no puede ser usada como indicadora de tendencia general hacia la mentira.

-*La escala de infrecuencia (F, o de simulación)*, mide si el sujeto está simulando las respuestas, también considerada para verificar consistencia en las respuestas del sujeto. Sin embargo, el sujeto también puede tener un puntaje alto en esta escala por otros factores, como alteración de conciencia, deficiencia intelectual, poca escolaridad, etc.

-*La escala de corrección (K, o de deseabilidad social)*, contiene una serie de ítems que desde un punto de vista social serían conductas poco deseables. Lo que se busca es si el sujeto está mostrando una postura de aceptación social.

Luego, los puntajes se asocian a algunas escalas clínicas como las de hipocondría, trastorno psicopático, etc. Constituiría un puntaje de corrección que permitiría hacer ajustes a otras escalas.

### 6.1.3 Escalas clínicas.

-*Escala 1 (Hs) de Hipocondría*: Esta medida fue desarrollada con un grupo de pacientes neuróticos que mostraban una excesiva preocupación por su salud, presentaban una variedad de síntomas somáticos con pequeña o nula base orgánica, y comprobaciones repetidas de que no tienen nada malo físicamente.

Algunos de los ítems de esta escala se refieren a síntomas particulares o quejas específicas, pero muchos otros reflejan una preocupación más general por lo corporal, o un autocentramiento en la vida de aquellos individuos.

-*Escala 2 (D) de Depresión:* Esta escala fue desarrollada con pacientes psiquiátricos con varias formas de síntomas depresivos, principalmente en personas con reacciones depresivas o en fase depresiva de un trastorno manícodepresivo.

Los ítems de la escala incluyen no sólo los sentimientos de minusvalía, pesimismo y desesperanza que caracterizan a este cuadro clínico, sino que además algunas características básicas de personalidad como hiperresponsabilidad, altas expectativas personales y reprocharse a sí mismo.

-*Escala 3 (Hy) de Histeria:* Esta escala fue construida con pacientes que exhibían algunas formas de desorden sensorial o motor para el cual no se había encontrado base orgánica. Algunos de los ítems miden síntomas de conversión o somatización, mientras que otros involucran problemas de negación o falta de ansiedad social, que se ve a menudo en individuos con estas defensas.

- *Escala 4 (Pd) de Desviación Psicopática:* Esta escala de medición fue desarrollada con individuos que eran derivados a servicios psiquiátricos para clarificar por qué tenían problemas con la ley a pesar de no haber sufrido deprivación cultural, de tener una inteligencia normal y no presentar trastornos neuróticos o psicóticos asociados. (A pesar de su nombre, más bien mide trastorno de personalidad antisocial, tal como es especificado en el DSM-IV).

- *Escala 5 (Mf) de Masculinidad-Femineidad:* Esta escala trata de medir conductas y/o intereses que en la década de los '30 o '40 correspondían al estereotipo de lo masculino (se construyó con pacientes masculinos con sentimientos homoeróticos egodistónicos); esperándose puntajes altos para hombres y puntajes bajos para mujeres. Sin embargo, en la

actualidad es frecuente que las mujeres tengan más intereses en cosas masculinas. No se relaciona con una determinada identidad sexual, sino con intereses e ideas cognitivas relacionadas con el género.

- *Escala 6 (Pa) de Paranoia:* Fue desarrollada con pacientes que mostraban principalmente alguna condición o estado paranoide, aunque en la muestra se incluyó algunos pacientes con paranoia. Los ítems de la escala reflejan marcada sensibilidad interpersonal, tendencias a la malinterpretación de los motivos de los otros, e ideas persecutorias. También involucran pensamiento autoreferente e inseguridad.

-*Escala 7 (Pt) de Psicastenia:* Esta escala fue desarrollada con pacientes que mostraban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores excesivos del grupo neurótico descritas en aquel tiempo como psicastenia (debilidad en el control sobre las propias conductas y pensamientos, o falta de fuerza psíquica), pero que corresponden a la actual denominación de trastorno obsesivo-compulsivo. Mientras algunos de los contenidos de los ítems se refieren a esta sintomatología, la escala en su conjunto se orienta hacia la ansiedad generalizada y el estrés (o emocionalidad negativa), así como a la de altos estándares morales, responsabilización interna por cosas que resultan mal, y esquemas rígidos para el control de impulsos.

- *Escala 8 (Sc) de Esquizofrenia:* Esta escala fue desarrollada con pacientes que manifestaban diversas formas de trastorno esquizofrénico. Los ítems miden un amplio espectro de creencias extrañas y experiencias inusuales, así como también el funcionamiento psicológico característico de estos individuos.

*-Escala 9 (Ma) de Hipomanía:* Esta escala fue construida con pacientes en etapas tempranas de trastorno maníaco-depresivo. Los ítems están asociados a sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones; pero más que todo la escala está asociada a conductas arriesgadas.<sup>27</sup>

### *6.2 Versión reducida o Minimult.*

Prueba desarrollada por J C Kincannon en 1968 ha sido una herramienta muy utilizada en la evaluación y pronóstico de la personalidad, en distintas áreas de la psicología. Dicha prueba es una versión abreviada del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) y consta de 71 reactivos, tomados de la fórmula original. Tales reactivos son representativos de 11 escalas, 3 de validez y 8 clínicas. Las escalas consideradas en la prueba son: L, F, K, Hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía.

El procedimiento seguido por Kincannon fue la derivación de una versión con los reactivos que mejor funcionaban como un predictor de los puntajes del MMPI. La escala de frases omitidas, la de masculinidad-feminidad y la de introversión social no se incluyen en dicha versión abreviada aunque forman parte de la original.

---

<sup>27</sup> Universidad de Concepción Departamento de psicología. (2002). Inventario multifásico de personalidad de Minnesota, MMPI. (Características generales, guía para la interpretación. Escalas clínicas y escalas adicionales). Consultado el 07 de septiembre de 2012, de la world wide web: <http://es.scribd.com/doc/7162368/Apunte-Mmpi-2>

Es auto-administrada a personas de entre 18 años a 89 años de edad.<sup>28</sup>

## 7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

*Tabla 1*

*Datos de la población*

<b>Participante</b>	<b>Edad</b>	<b>Drogas consumidas</b>	<b>Tiempo de consumo</b>	<b>Droga de impacto</b>	<b>Tiempo de internamiento hasta el momento</b>
1	18	Basuco, Marihuana, Rivotril Alcohol	4 años	Basuco	1 año
2	18	Marihuana Cocaína Alcohol	2 años	Marihuana	1 año
3	18	Heroína Marihuana	4 años	Heroína	1 año
4	19	Marihuana Rivotril	4 años	Rivotril	2 años

---

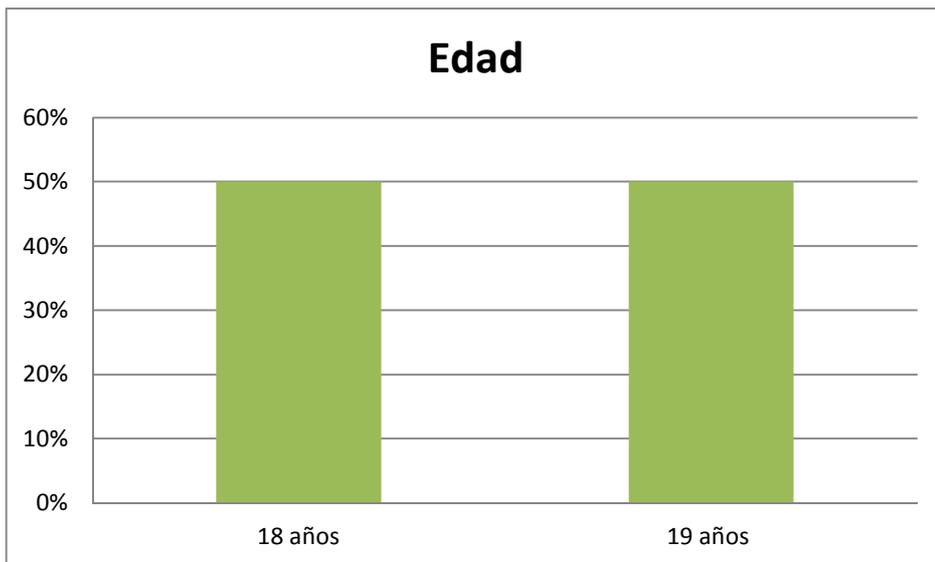
<sup>28</sup> Garnier, L y Leandro, M. (1995). Abreviación de la escala MF del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI). Rev. De psicol. Gral y Aplic, 48 (3), pg 329-337.

		Cocaína Alcohol Inhalantes			
5	18	Marihuana Cocaína Alcohol	3 años	Marihuana	1 año
6	18	Marihuana Alcohol Rivotril	4 años	Marihuana	2 años
7	19	Basuco Inhalantes Marihuana Rivotril Cocaína	4 años	Basuco	3 años
8	19	Basuco Marihuana Alcohol Rivotril Cocaína	4 años	Basuco	3 años
9	19	Alcohol Marihuana Basuco Rivotril	3 años	Basuco	2 años

10	19	Marihuana	5 años	Marihuana	4 años
		Alcohol			
		Rivotril			
		Cocaína			
		Inhalantes			

*Gráfica 1.*

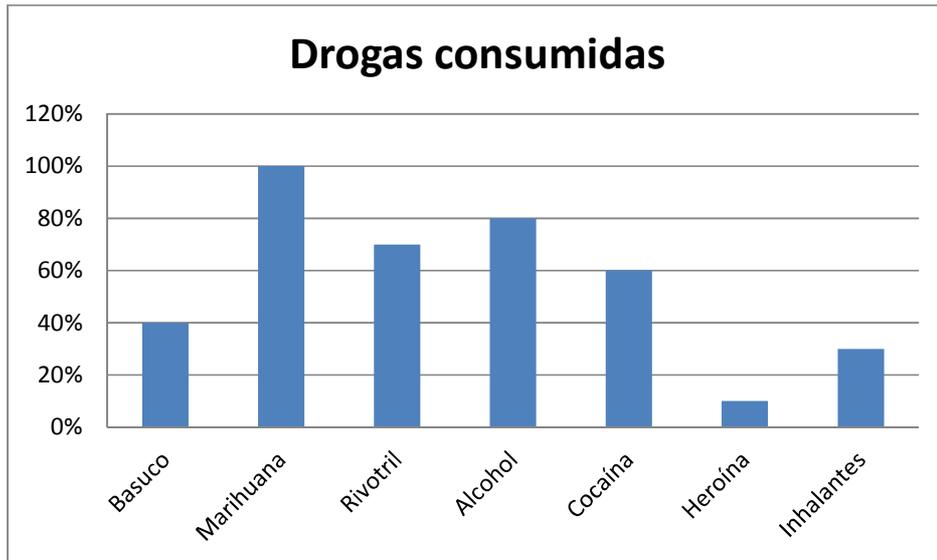
*Edad.*



El 50% de la muestra corresponde a adolescentes de 18 años y el otro 50% a adolescentes de 19 años.

Gráfica 2

*Drogas consumidas.*



La grafica muestra que la droga de mayor consumo es la marihuana, estado presente en el 100% de la muestra, seguida del alcohol con un 80%, el Rivotril con 70%, la cocaína con un 60%, el Basuco con un 40%, inhalantes con un 30% y por último la heroína con un 10%.

*Gráfica 3*

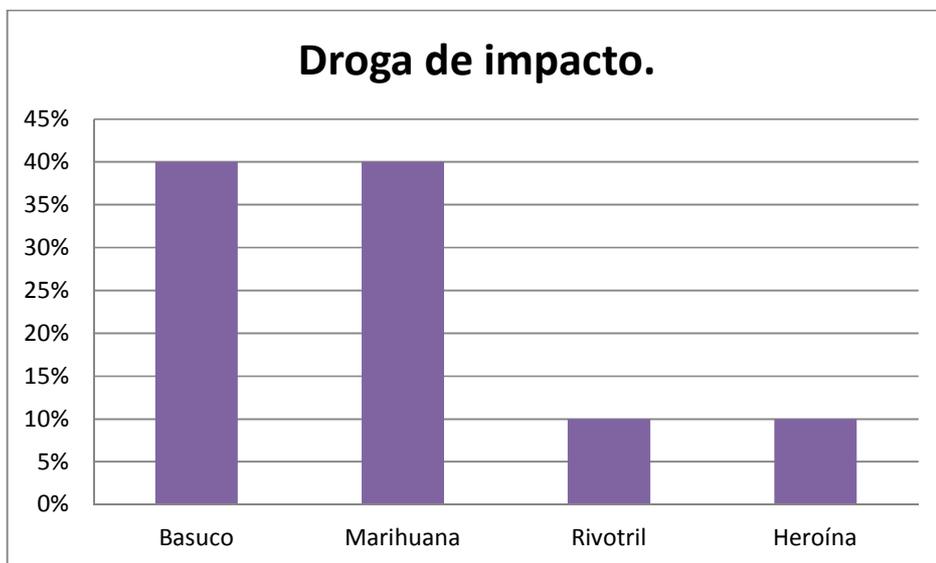
*Tiempo de consumo.*



El tiempo de consumo en la muestra es variable entre 2 y 5 años, estando el de 4 años en un 60%, seguido de 3 años y por ultimo en porcentajes iguales 2 y 5 años.

*Grafica 4.*

*Droga de impacto.*



La droga de mas impacto está entre el Basuco y la marihuana con un porcentaje igual en la muestra seguido en un mismo porcentaje del Rivotril y la Heroína.

### *7.1 Interpretación cualitativa de los resultados*

#### *7.1.1 Combinaciones más frecuentes presentadas en la aplicación.*

- + -

##### *7.1.1.1 L F K*

Pone de manifiesto una actitud muy espontanea para contestar el inventario, donde el sujeto al parecer vive intensamente sus conflictos con mucha tensión interna y gran necesidad de recibir ayuda. Éstos resultados son bastante comunes en adolescentes que sienten en

ocasiones muy crítica la situación por la que atraviesan y tienen la sensación de resolverla por si mismos, siendo posible que demanden ayuda para enfrentar sus conflictos.

#### 7.1.1.2 84

Refleja características que ponen de manifiesto una exagerada tendencia a la fantasía, por la que, ocasionalmente, se pueden confundir los límites entre esta y la realidad. La fantasía del sujeto se nutre de impulsos destructivos y agresivos que casi siempre están dirigidos contra lo socialmente establecido. Con frecuencia, es posible que la persona fantasee con llevar a cabo algunas manifestaciones destructivas sin que pueda hacerlo de forma inmediata. En general, cuando se encuentra esta combinación, puede describirse al individuo como egocéntrico, individualista, resentido y con fuertes tendencias al aislamiento, observándose hosco y hostil.

En la medida que se elevan los puntajes en ambas escalas, la estructura de la personalidad se puede ver seriamente amenazada, ya que la capacidad para establecer límites entre la fantasía y la realidad disminuye y el sujeto corre el riesgo de llevar a la acción, sin ningún control, sus descargas destructivas contra el ambiente.

En este grupo de combinaciones la capacidad de control sobre los impulsos es muy débil y la capacidad de insight se encuentra también bastante reducida. Las relaciones interpersonales se caracterizan por una actitud de aislamiento que se intenta compensar con fantasías narcisistas, en las que el sujeto se siente fuerte y omnipotente para llevar a cabo sus ideas.

### *7.1.2 Escalas clínicas relevantes.*

#### *7.1.2. 1 Hipocondriasis (HS)*

Psicodinamicamente la elevación de esta escala indica la necesidad que tiene el sujeto de elaborar una defensa contra sus fallas, intentando justificarlas mediante sus molestias físicas, buscando dar una explicación sobre sus fracasos así mismo y los que le rodean, de quienes busca la tolerancia y aceptación incondicional que convencionalmente se proporciona a los enfermos. Es por lo anterior, que la molestia física funciona como un mecanismo de autolimitación, intento de explicación, racionalización, justificación y búsqueda de tolerancia. Por otro lado, indica la tendencia a posponer el enfrentamiento de situaciones conflictivas, utilizando sintomatología física. En los adolescentes, se eleva esta escala por la preocupación, acerca de su imagen corporal.

#### *7.1.2. 2 Depresión (D)*

El término depresión describe el conjunto de características relacionadas con los sentimientos de: inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos.

Al elevarse la escala a la inseguridad se suman pensamientos de pesimismo hacía las propias actividades, capacidades y metas, la autocrítica se convierte entonces en el fundamento de una actitud derrotista y aprensiva, especialmente frente a las situaciones críticas que se enfrenten (T 70, T 80). La tendencia T80 a T90 además de las características mencionadas indica la aparición de sentimientos de culpa. En este caso es

notable la reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general de interés, al igual que la consecuente lentificación, tanto de la conducta motriz como del pensamiento.

#### *7.1.2. 3 Esquizofrenia. (ES)*

La elevación de los puntajes se puede interpretar como una tendencia importante hacia el aislamiento y la fantasía. Los sujetos que tienen puntajes elevados, quizá presenten problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales empleando con exageración el mecanismo de la fuga a la fantasía, con forma de compensación ante dicha incapacidad. En los adolescentes, suceden con frecuencia los puntajes elevados porque el enfrentamiento de situaciones muy frustrantes en la realidad los lleva a fantasear de manera exagerada.

#### *7.1.2. 4 Desviación Psicopática (Dp)*

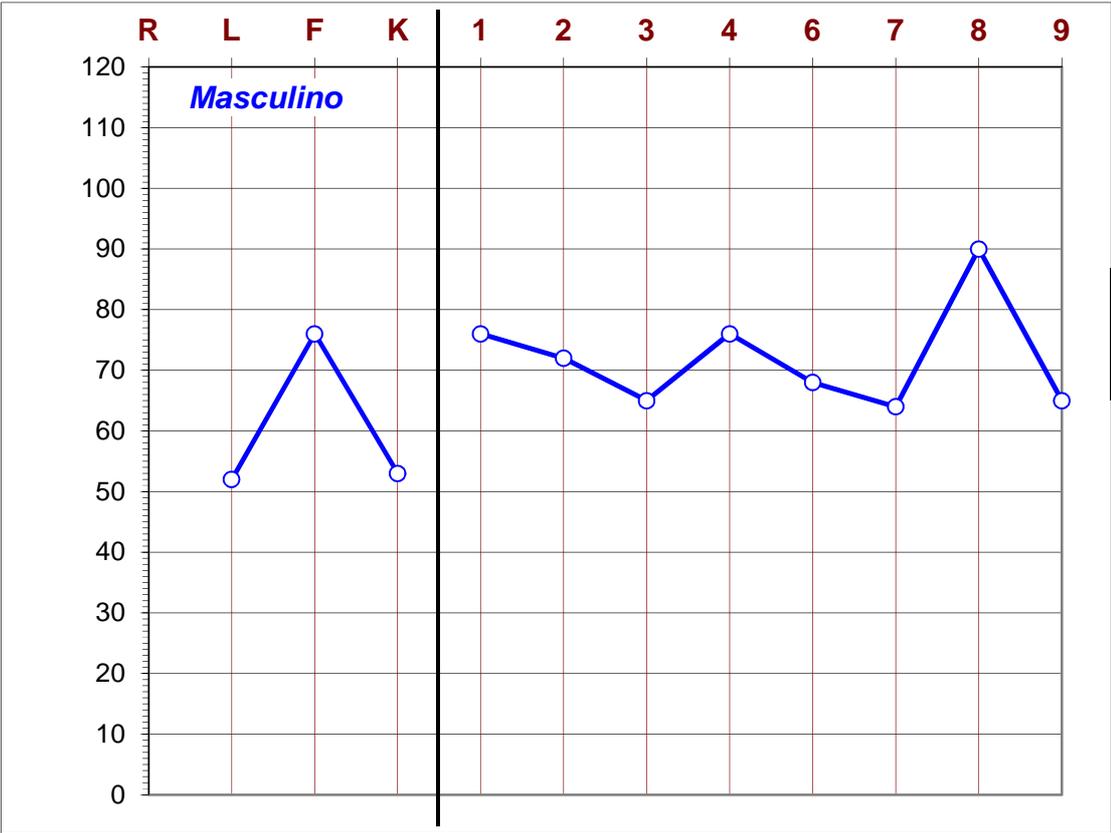
Los elementos de esta escala se interpretan como una medida muy general de la posibilidad de que el individuo manifiesta sus descargas impulsivas en forma abierta y sin control. Un puntaje muy elevado sugiere que el individuo es egocéntrico, narcisista, con dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas, y tiene a evitar compromisos y responsabilidades. Puede ser que el individuo trate de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones, sin reflexionar lo suficiente sobre las consecuencias de sus actos y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. En la medida que este puntaje se eleva estas características se relacionan con problemas para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, con dificultades para someterse a las imposiciones y con manifestaciones de conducta que van desde la inconformidad encubierta hasta la rebelión más franca. Si se tiene en cuenta la dificultad de enfrentar compromisos, se verá con frecuencia que los adolescentes puntúan elevado debido a problemas de tipo vocacional, siendo típico que

el joven que tiene estos problemas, abandone con facilidad cualquier tarea. También en sujetos jóvenes, el puntaje elevado señala necesidad de autoafirmación. Si esta escala está elevada pero no es la más alta, se puede interpretar como una medida de la energía que posee el sujeto para alcanzar lo que se propone.

7.2 Interpretación cuantitativa de los resultados

Gráfica 5

Perfil general de los jóvenes policonsumidores



La grafica muestra su relación con el análisis cualitativo viéndose la escala 8 correspondiente a la Esquizofrenia como la más elevada, seguida de la escala 4 correspondiente a desviación psicopática, luego la escala 1 que es la depresión y por último la hipocondriasis. Tomándose como indicativo las 4 escalas más elevadas del perfil grupal. Las escalas más bajas no se toman por estar en un perfil de normalidad estadística, la cual toma como relevante las que están por debajo de 40.

## 8. DISCUSIÓN

La evaluación del perfil de personalidad en joven policonsumidores arrojó estadísticamente la elevación de 4 escalas clínicas que se tomaron como significativas por su alto rango (depresión, esquizofrenia, desviación psicopática, hipocondriasis) unidas a una combinación de las escalas de contenido LFK, siendo la mayor F y L, K en un porcentaje menor y similar, respectivamente. Lo que se traduce en una actitud espontanea para contestar el cuestionario. Estos resultados, tomando en cuenta el análisis con jóvenes policonsumidores y en medio cerrado, y a la luz de una mirada no patológica si no esclarecedora, donde el ciclo vital enmarca también unas características personales particulares, hace que se entienda en el caso de la escala clínica de la esquizofrenia no en su etimología como un desorden del pensamiento, si no como la tendencia a la fantasía como medio de escapar a la realidad que agobia y que se enmarca en una característica propia de un pensamiento mágico del niño y adolescente. La mentira es un recurso mágico que en ocasiones puede significar un encierro en sí mismo y una protección contra el exterior. Un adolescente todavía no ha desarrollado las funciones del yo de un adulto, y por tanto, la tolerancia a la frustración y el principio de

realidad les supone un duro reto, y en un medio cerrado como el Instituto, donde se encuentran reclusos, se genera que se dispare este recurso como un medio para lidiar con su realidad. De acuerdo a Cordoba, R en su artículo “ Mentira y fantasía en la adolescencia” la fantasía es la puerta a otro mundo, distinto del que vivimos y que sirve para vivir mágicamente unas experiencias distintas con el mundo externo. El dolor será el motivo que impulsará a construir este mecanismo de defensa.

En el caso de la hipocondriasis Se dice que la hipocondría es un trastorno somatomorfo porque es una enfermedad psicológica que consiste en la preocupación y el miedo que siente una persona frente a su salud y la información inadecuada que recibe acerca de ésta. Se clasifica según el tiempo de permanencia del dolor físico; son crónicas cuando el dolor se vuelve permanente y causa deterioro laboral y temporal, cuando la duración del síntoma es de solo días u horas. En el caso de los adolescentes internos en el Instituto hay que tener en cuenta que la adolescencia es una etapa de la vida por la cual todas las personas tienen que pasar, es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta que presenta diferentes cambios, tanto físicos como emocionales, en donde siempre se crean problemas de rebeldía, una búsqueda por la propia identidad, donde el aspecto físico cobra una relevancia especial en la búsqueda de la aceptación del grupo de pares, esto aunado a la dinámica de la Institución donde el cuidado corporal es marcado en exceso, debido a que en la mayoría de jóvenes que tiene problemas de consumo, su autocuidado no es el adecuado y al haber tanta comorbilidad entre los jóvenes que consumen drogas y su accionar delincuencia, la dinámica de la Institución refuerza acciones dirigidas a modificar esta conducta, siendo esto un factor que puede disparar situaciones de estrés en los jóvenes, lo que está condicionado por su grupo de pares internos y la presión de los educadores. Según Melvin D. Oatis, Las molestias físicas sin

ningún fundamento visible pueden ser un reflejo del estrés, como el nerviosismo provocado por una situación social, un entorno escolar muy exigente, la separación de los padres u otra situación estresante, lo que podría explicar los altos puntajes en esta escala, claro sin obviar que también puede haber rasgos patológicos que apunten a elevar los contenidos de la escala.

Respecto a la desviación psicopática, la cual está muy ligada a las conductas de internamiento de los jóvenes, donde su historia de vida en la mayoría, se encuentra marcada por la rebeldía típica de su ciclo vital, pero también por las condiciones socioeconómicas y de crianza que se evidencia en la mayoría de los jóvenes, se acentúa por el uso de las drogas. La poca conformidad con la autoridad y la poca valoración de las normas marcadas por imaginarios sociales, hacen que en su proceso de aprendizaje desarrollen una baja tolerancia a la frustración, siendo pocos reflexivos en su pensar.

En relación a la escala de la depresión, la cual está ligada a los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa, pensamientos de pesimismo hacía las propias actividades, capacidades y metas, podría explicarse en la medida que los adolescentes son confinados en un mundo de sueños y metas que no corresponde a su realidad, y que pueden desatar los sentimientos mencionados, asociados a su ciclo vital de constantes cambios y a las condiciones de encierro que les cohíbe mantener su estilo de vida.

Enmarcando el consumo de drogas, según diferentes investigaciones (Mulvey et al.,2010; Muñoz et al., 2002; San Juan et al., 2009) se presenta un mayor porcentaje de menores infractores que consumen algún tipo de sustancia (tendiendo al policonsumo) frente a aquellos que no son consumidores.

Teniendo en cuenta lo anterior, muchas conductas asociadas a la desviación psicopática, se encuentran estrechamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, lo que es corroborado por estudios como el de Llinares y Benedito, 2007; Muñoz, 2004; San Juan et al., 2009; Sobral et al., 2000, el que concluye que el grupo de iguales actúa como reforzador de este tipo de conductas y que por tanto, droga, delincuencia y grupo de pares negativos parecen estar de alguna manera vinculados, conectándose este último aspecto (pares), con la elevación de la escala clínica de la hipocondriasis, la que de alguna manera, engloba la preocupación por el aspecto personal como medio de aceptación frente al grupo, sea cual sea el estándar que éste haya creado respecto a una imagen incluyente, que en el mundo de la droga, podría contener las características físicas del consumo (rostro demacrado, ojos rojos, etc)

Los estudios han encontrado también que existen determinadas características psicológicas relacionadas tanto con la conducta delictiva, (Contreras et al., 2011; Monahan et al., 2009; Mulvey et al., 2010) motivo de ingreso de los jóvenes al instituto, aspecto asociado a su vez, a la escala de desviación psicopática, como con el consumo de drogas (Fantín, 2006; López-Torrecillas et al., 2000).<sup>29</sup> Dichas características se enfocan en déficits tanto a nivel de tolerancia a la frustración y autocontrol, así como un locus de control externo, último aspecto que permite evidenciar la presencia de la escala de Esquizofrenia, a partir de la que los adolescentes emplean la mentira y las fantasías, incluso relacionadas con la proyección de toda responsabilidad, como formas de escape y respuesta satisfactoria ante eventos estresantes o que podrían generar culpa, inseguridad y minusvalía, componentes típicos de la Escala de Depresión.

---

<sup>29</sup> Contreras, L; Molina, V y Cano, C (2011). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Consultado el 16 de noviembre de 2012, de la world wide web: <http://psicoletra.blogspot.com/2011/03/mentira-y-fantasia-en-la-adolescencia.html>.

Una vez planteados los resultados los adolescentes evidencian una relación directa entre la tendencia a la fantasía que aparece en la escala de la esquizofrenia y el fenómeno de salirse de la realidad que se da en el consumo de drogas, que según los adolescentes les lleva a imaginarse como si nunca les fuera a pasar nada y a crear una imagen grandiosa y omnipotente, lo cual puede estar acompañada por lo que:

Elkind señala como el egocentrismo que aparece acompañado por la idea de que existe algo único y excepcional en sus vidas (se habla, en este sentido, de una “fábula personal” y de un “sentimiento de invulnerabilidad”). Así pues, existe la tendencia a sentir una suerte de “inmunidad” frente a los riesgos que puede acarrear la conducta desviada. (Luengo Maria, 2008)

Esto se puede evidenciar en la dificultad de imaginarse que el consumo de drogas podrá conducirle a patrones destructivos y problemáticos, por otra parte esta evasión de la realidad que muchas veces se da por los sentimientos de inutilidad y frustración que están presentes en la escala de la depresión y que de acuerdo a los adolescentes en cuestión, la droga les permite en muchas ocasiones resolver sus problemas y mitigar sus angustias. Otro aspecto que se identifico fue el autoengaño en el que cae el joven consumidor, lo cual se traslada a lo físico y que se relaciona con la escala de la hipocondriasis como esa preocupación exagerada por el físico y que los jóvenes asumen cuando están bajo los efectos del consumo de drogas, donde exponen que se ven muy bien físicamente, a pesar del deterioro causado por la droga. Esto influenciado también por la necesidad de asentar la identidad que da lugar a que el adolescente se sienta especialmente atraído por el grupo de amigos (Clasen y Brown, 1985). Por último la desviación psicopática, la cual está relacionada a la conflictividad y el manejo de las

relaciones con el otro, viéndose que los jóvenes con una historia de dificultades de interacción desde la infancia (en concreto, timidez acompañada de actitudes agresivas) tienen una alta vulnerabilidad al consumo durante la adolescencia (Kellam, Ensminger y Simon, 1980). Los resultados expuestos fueron discutidos con los jóvenes, hallando las anteriores relaciones y generando un diálogo que les permitió identificar aspectos claves de su personalidad y su relación con el consumo de drogas.

## 9. RECOMENDACIONES

Incluir población de los diferentes niveles del proceso con el fin que los resultados obtenidos sean más confiables.

Plantear estudios de tipo correlacional y longitudinal con el fin de buscar datos estadísticos que permitan identificar con mayor certeza la relación existente entre el perfil del joven y la conducta de policonsumo.

Aplicar la prueba del MMPI en su versión extensa, de tal manera que la confiabilidad de los datos obtenidos sea mayor y alcance a evaluar otros aspectos de la personalidad que en la versión 1 o la reducida no están presentes tales como: 3 escalas de validez, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 escalas suplementarias y 31 sub-escalas.

El estudio permite hacer aproximaciones al perfil de los jóvenes policonsumidores, brindando herramientas de intervención que pueden ser complementadas con otros estudios, con el fin de poder promover programas que reduzcan la posibilidad de recaída de los jóvenes, a través del fortalecimiento de los factores personales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Actitud. Consultado el 03 de junio de 2012, de la world wide web:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>

Adolescencia. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

Allport, G (1966). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidos. 77, 153, 169, 192

Avendano, M. (2000). *Los programas de tratamiento para la dependencia a las drogas.* (Abstract). Direccion Nacional de estupefacientes. Recuperado el 12 de septiembre de 2005, de <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>

Barbitúrico. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Barbit%C3%BArico>

Calderon, J (2011). Plan Amigoniano para la Atención e Intervención de adolescentes en vulnerabilidad y conflicto con la ley. ICBN: 978-958-99405-6-3. Bogotá.

Canda, F (2004). Diccionario de pedagogía y psicología. Madrid: CULTURAL, S.A. Pg. 11, 19, 92.

Cifuentes, M y Saldaña, N (2009-2010). Rasgos de personalidad de un grupo de estudiantes del Colegio Cristo Rey que han presentado intento de homicidio en la ciudad de Popayán. Universidad Cooperativa de Colombia. Colombia.

Clasen, D. y Brown, B. (1985) The multidimensionality of peer pressure in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, **14**, 451-468.

Código de la infancia y la adolescencia. Ley 1098 noviembre 8 de 2006. Nuevo sistema de responsabilidad penal. República de Colombia. Editorial unión ltda, 2010.

Constitución Política de Colombia 1991. Consultado el 31 de mayo de 2012 , de la world wide web: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

Contreras, L; Molina, V y Cano, C (2011). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Consultado el 16 de noviembre de 2012, de la world wide web: <http://psicoletra.blogspot.com/2011/03/mentira-y-fantasia-en-la-adolescencia.html>.

Córdoba, R. (2011). Mentira y Fantasía en la Adolescencia. Consultado el 10 de octubre de 2012, de la world wide web: <http://psicoletra.blogspot.com/2011/03/mentira-y-fantasia-en-la-adolescencia.html>

Droga. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web: [http://es.wikipedia.org/wiki/Droga#Drogas\\_duras\\_y\\_blandas](http://es.wikipedia.org/wiki/Droga#Drogas_duras_y_blandas)

El Derecho del Bienestar Familiar.2011, avance jurídico Casa editorial. ISBN 978-958-98873-3-2. Consultado el 31 de mayo de 2012 , de la world wide web: [https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/decreto/decreto\\_1943\\_1999.html](https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/decreto/decreto_1943_1999.html)

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child Development, 38, 1025-1034.

Estimulante. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulante>

Faúndez X, Vinet, E. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias; una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

Flores, A. (sf) Evaluación de la personalidad. Consultado el 24 de julio de 2012 a través de la Word Wide Web: <http://es.scribd.com/doc/30941560/Ficha-Tecnica-Mmpi-A>

Garcés, N y Tintinago, I. (2004). Perfil psicológico del menor infractor perteneciente al centro juvenil Oasis- Instituto de Formación Toribio Maya Popayán. Universidad Cooperativa de Colombia. Colombia.

Garnier, L y Leandro, M. (1995). Abreviación de la escala MF del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI). Rev. De psicol. Gral y Aplic, 48 (3), pg 329-337.

Halikas, JA. (1994) Psychiatric comorbidity in treatment- seeking cocaine abusers. Pg. 25-35

Individuo y persona. (sf) Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web:  
[http://www.sabersinfin.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=260&Itemid=50](http://www.sabersinfin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=50)

Intervención en problemas de adicciones 6206. (sf) Consultado el 10 de noviembre de 2012, de la world wide web: <http://adicciones6206.blogspot.com/2011/03/definicion-droga-de-impacto.html>

Kellam, S.G., Ensminger, M.E. y Simon, M.B. (1980). Mental health in first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. **Drug and Alcohol Dependence**, 5, 273-304.

La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. (sf)  
Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología  
Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76. Consultado el 25 de mayo de 2012, de la world wide web: [http://www.conductitlan.net/50\\_adolescencia\\_y\\_juventud.pdf](http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf)

Las drogas (sf). Consultado el 11 de abril de 2012, de la world wide web:  
<http://www.psicoadictiva.com/drogas.htm>

Lewkowicz, Ignacio. (1999). Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad en Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (compiladores) (1999) Las drogas en el siglo...¿que viene?..., Ediciones FAC, Buenos Aires. pp 69

MMPI para perfiles de personalidad. (sf) Consultado el 7 de septiembre de 2012, de la world wide web: <http://www.eliceo.com/consejos/mmpi-para-perfiles-de-personalidad.html>

Organización Mundial de la Salud. (2008) Glosario de términos de alcohol y drogas. Consultado el 25 de mayo de 2012 de la world wide web:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

ONU y gobierno presentan datos de consumo de drogas en Colombia. (2009). Consultado el 24 de mayo de 2012 de la world wide web [www.caracol.com.co/noticias/actualidad](http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad).

Papalia, D y WendKos, S. (1993). Psicología del desarrollo. México: McGraw- Hill. Pg. 508.

Peña, M. (sf) Aparición de nuevas pruebas. Consultado el 05 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://www.xtimeline.com/evt/view.aspx?id=314056>

Peña, T. (1993). La psicología en Colombia: historia de una disciplina y una profesión. Consultado el 05 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://www.xtimeline.com/evt/view.aspx?id=314056>

Pérez, G.(1987). Cocaína, surgimiento y evolución de un mito, Bogotá: catalogo científico. pp 189 en Luna, J A (1998). ¿Qué hacer con un hijo adicto? . Bogotá DC: San Pablo. Tercera edición. pp 10.

Personalidad. Consultado el 03 de junio de 2012 , de la world wide web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Personalidad>.

Plan nacional de reducción del consumo de drogas 2009-2010 Bogotá D.C., Noviembre de 2008. Consultado el 31 de mayo de 2012 de la world wide web : <http://www.descentralizadrogas.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=SJEDM9g2OWU%3D&tabid=160>

¿Qué son las drogas las drogas depresoras?. (sf) Consultado el 03 de junio de 2012, de la world wide web: <http://www.informacion-es.com/drogas-depresoras/>

Robledo, E. (2007) Evolución del perfil clínico de personalidad del Farmacodependiente reeducado en hogar CREA el puente. Universidad de Santander. Bucaramanga Colombia

Universidad de concepción Departamento de psicología. (2002). Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota, MMPI. (Características generales, guía para la interpretación. Escalas clínicas y escalas adicionales). Consultado el 07 de septiembre de 2012, de la world wide web: <http://es.scribd.com/doc/7162368/Apunte-Mmpi-2>

## ANEXOS

### 1. Perfil psicológico de los jóvenes.

#### 1. ANÁLISIS "MINIMULT"

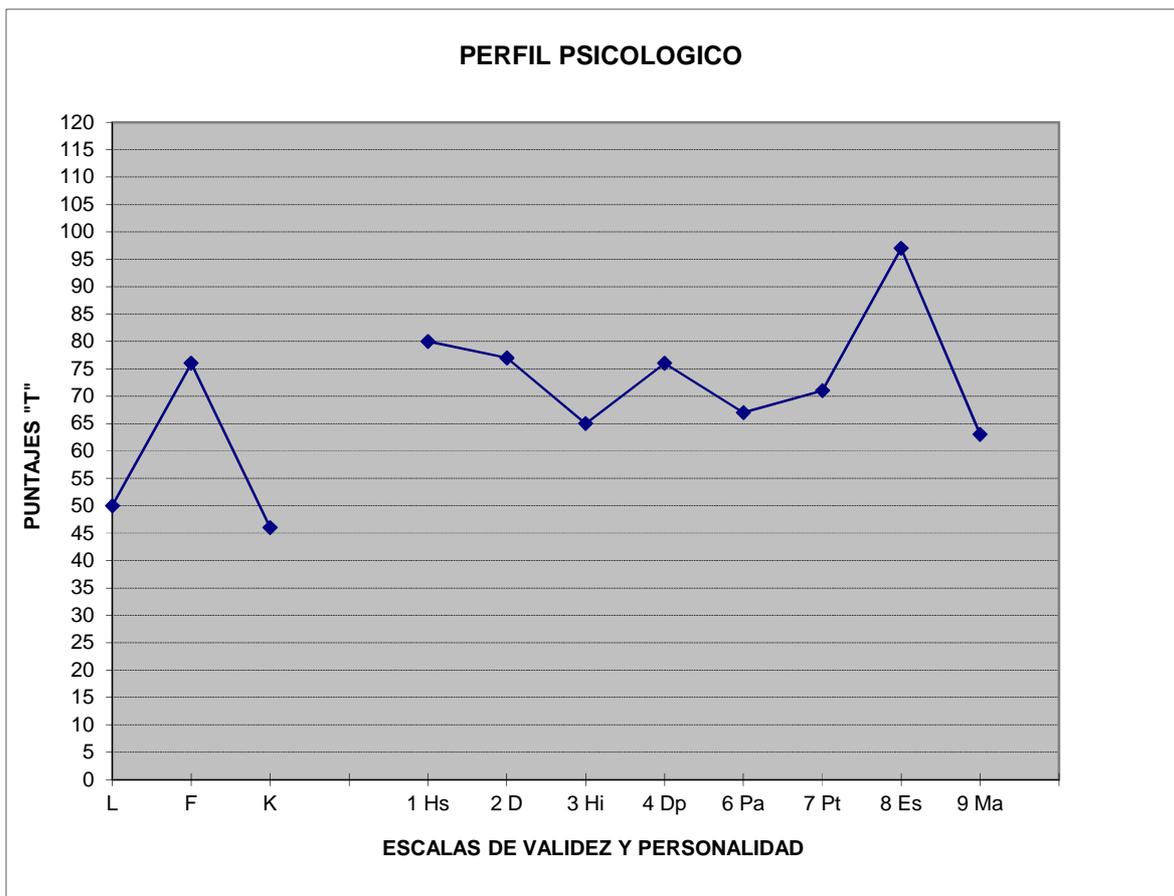
- Nombre: H G.

- Género: M

- Edad: 18 años

- Escolaridad: Octavo.

- Fecha de aplicación: 18 de septiembre de 2012.



### *Mentiras (L)*

- Responde francamente a los reactivos.
- Es capaz de admitir defectos y desventajas menores

### *Comprensión de Frases (F)*

- Tiene convicciones sociales, políticas o religiosas muy desviadas

### *Defensividad (K)*

- Trata de fingir un perfil malo
- Equilibrio entre la autoprotección y la autorevelación

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### *1. Hipocondriasis (Hs)*

- Egoísta, egocéntrico, narcisista.
- Tiene un punto de vista pesimista, derrotista, cínico.
- Insatisfecho, infeliz .
- No responde muy bien a la psicoterapia debido a su falta de <<insight>> y su punto de vista clínico.
- Características esquizoides..

### *2. Depresión (D)*

- Retirado, agobiado con problemas, desesperanza, sentimientos de desvalorización e inadecuación.
- Pensamiento y acciones enlentecido.

### 3. *Histeria (Hi)*

- Inmaduro y manipulador.

### 4. *Desviación Psicopática (Dp)*

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Se involucra en conductas asociales o antisociales (a.Miente,estafa,roba. b. <<Acting out>> sexual. c. Uso excesivo de alcohol, drogas o ambos

-Rebelde hacia las figuras de autoridad

-Tiene relaciones familiares tempestuosas

-Culpa a sus padres por sus problemas

-Tiene una historia de bajo desempeño en la escuela

-Impulsivo; procura la satisfacción inmediata de sus impulsos

-No planifica bien

-Actúa sin considerar las consecuencias de sus actos

-Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada

-Tiene relaciones superficiales

-Incapaz de formar vínculos cercanos.

-Hostil, agresivo

-Puede acceder al tratamiento para evitar la cárcel o alguna otra experiencia desagradable pero es probable que lo dé por terminado en forma prematura

#### 6. *Paranoia (Pa)*

-Tiene una predisposición paranoide

-Suspicaz, reservado

-Tiene un pronóstico malo para la psicoterapia

-No le gusta hablar sobre sus problemas emocionales

-Tiene dificultad en establecer el <<rapport>> con el terapeuta

-Expresa hostilidad y resentimiento hacia los miembros de su familia

#### 7. *Psicastenia (Pt)*

-Ansioso, tenso, agitado

-Preocupado, aprensivo

-Obsesivo en su pensamiento

-Tiene conductas compulsivas

-Carece de seguridad en sí mismo

-Se siente culpable, deprimido

-Distorsiona la importancia de los problemas; reacciona exageradamente

-Poco emotivo

-No responde a la psicoterapia breve

#### 8. *Esquizofrenia (Es)*

-Tiene un estilo de vida esquizoide

-No se siente parte del ambiente social

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Retraído, solitario, reservado, inaccesible

-Evita enfrentarse con personas y situaciones nuevas

-Incapaz de expresar sus sentimientos

-Está plagado de dudas sobre sí mismo

-Tiene un mal pronóstico en la psicoterapia

#### 9. *Manía (Ma)*

-Poca tolerancia al tedio.

## 2. ANÁLISIS "MINIMULT"

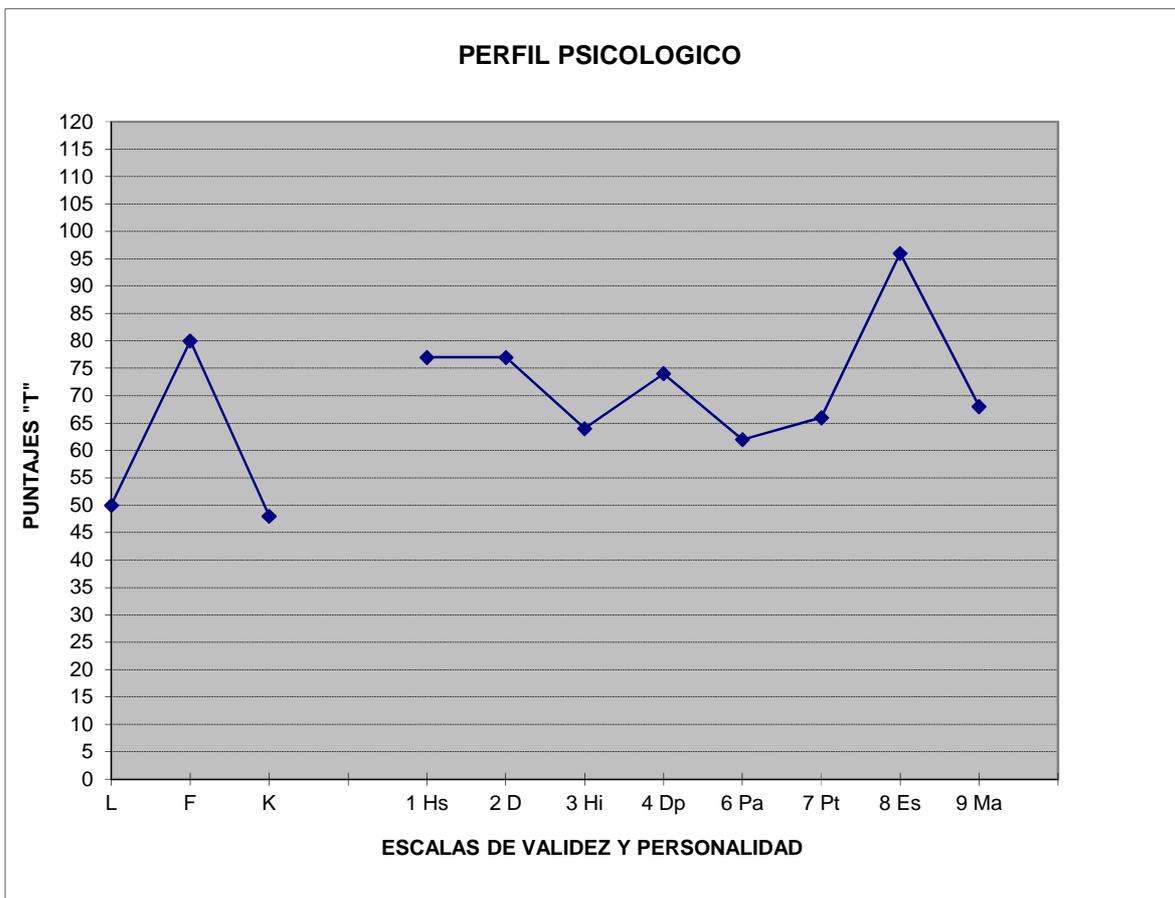
-Nombre: J F.

-Género: M

-Edad: 18 años

-Escolaridad: Primero de primaria.

-Fecha de aplicación: 18 de septiembre de 2012.



### ESCALAS DE VALIDEZ

*Mentiras (L)*

- Responde francamente a los reactivos.
- Es capaz de admitir defectos y desventajas menores

*Comprensión de Frases (F)*

- Exagera sus síntomas como una súplica de ayuda

Defensividad (K)

- Ineficaz para enfrentarse con los problemas de la vida diaria.
- Muestra poco conocimiento de sus propias manifestaciones y conducta.
- Franco y violento en las situaciones sociales.

ESCALAS DE PERSONALIDAD.

*1. Hipocondriasis (Hs)*

- Tiene una preocupación corporal excesiva.
- Se queja de fatiga crónica, dolor y debilidad
- Se queja
- Ineficaz en la expresión oral

-En su adaptación conductual fuera de la prueba no presenta indicios de incapacidad mayor sino que más bien parece funcionar a un nivel de eficiencia reducida.

-No responde muy bien a la psicoterapia debido a su falta de <<insight>> y su punto de vista clínico.

## 2. Depresión (D)

-Pesimista respecto al futuro

-Tiene sentimientos de culpa

-Irritable, nervioso

-Propenso a la preocupación

-Le falta seguridad en si mismo

-Se siente un fracaso en la escuela o el trabajo

## 3. Histeria (Hi)

-Necesidad de aprobación, inmaduro y manipulador.

## 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Se involucra en conductas asociales o antisociales (a.Miente, estafa, roba. b. <<Acting out>> sexual. c. Uso excesivo de alcohol, drogas o ambos

-Rebelde hacia las figuras de autoridad

-Tiene relaciones familiares tempestuosas

-Tiene una historia de bajo desempeño en la escuela

-Impulsivo; procura la satisfacción inmediata de sus impulsos

-Actúa sin considerar las consecuencias de sus actos

-Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada

-Muestra poco juicio, se arriesga innecesariamente

-Inmaduro, infantil

-Puede fingir culpa y remordimiento cuando esta en problemas

#### *6. Paranoia (Pa)*

-Sensible al desprecio y al rechazo.

-Defensivo en situaciones sociales iniciales.

#### *7. Psicatenia (Pt)*

-Ansiedad e inseguridad.

-Sentimientos de equivocación.

-Indeciso.

#### 8. Esquizofrenia (Es)

-Tiene pensamientos o actitudes poco usuales; delirios

-Muestra un juicio escaso

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Experimenta ansiedad generalizada

-Incapaz de expresar sus sentimientos

-Quejas físicas permanentes, vagas

-Inmaduro, impulsivo

#### 9. Manía (Ma)

-Actividad excesiva, eufórico, conversador.

-Lábil.

-Compromisos superficiales e impaciente.

### 3. ANÁLISIS “MINIMULT”

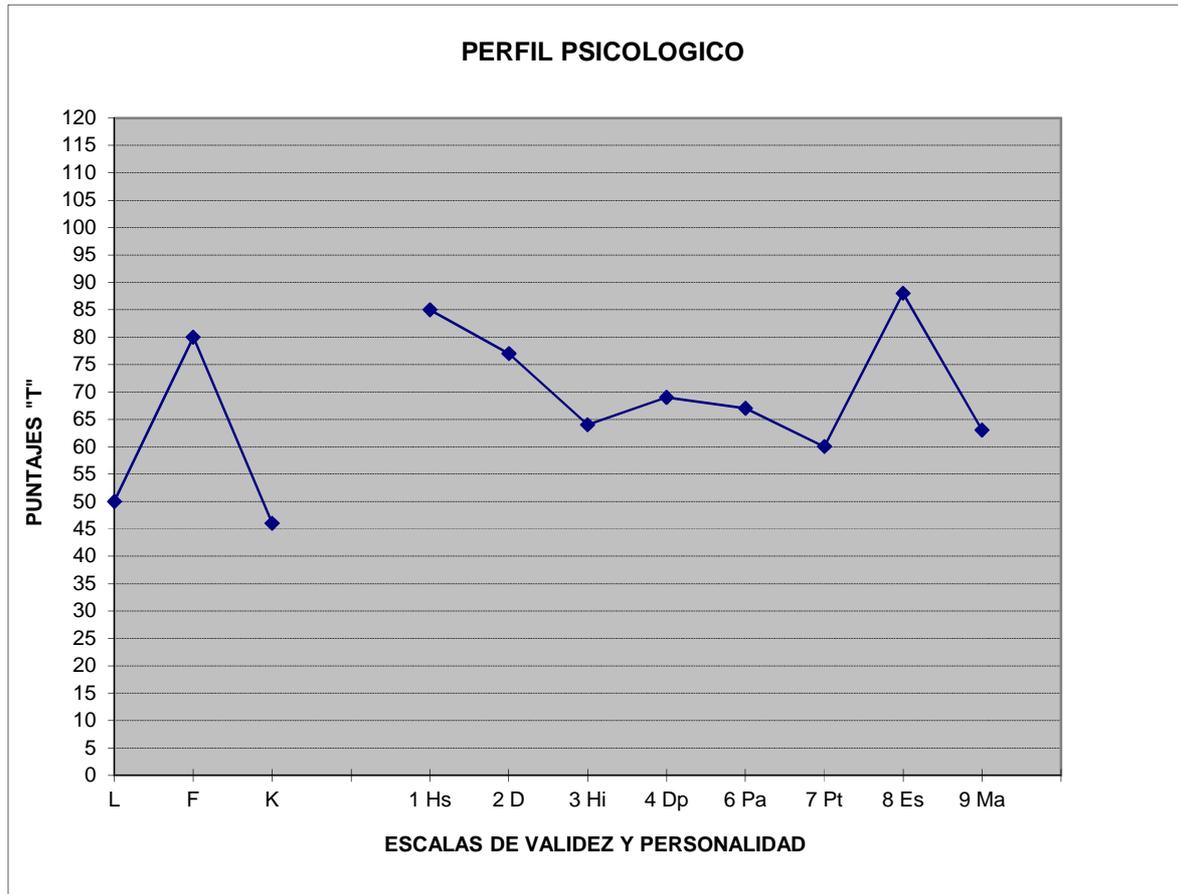
-Nombre: A B.

-Género: M

-Edad: 18 años

-Escolaridad: sexto de bachillerato.

-Fecha de aplicación: 18 de septiembre de 2012.



ESCALAS DE VALIDEZ

### *Mentiras (L)*

- Responde francamente a los reactivos.
- Es capaz de admitir defectos y desventajas menores.

### *Comprensión de Frases (F)*

- Exagera sus síntomas como una súplica de ayuda

### *Defensividad (K)*

- Trata de fingir un perfil malo
- Puede estar exagerando los problemas como súplica de ayuda
- Ineficaz para enfrentarse con los problemas de la vida diaria
- Suspica sobre las motivaciones de los demás

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### *1. Hipocondriasis (Hs)*

-Tiene un punto de vista pesimista, derrotista, cínico .

-Insatisfecho, infeliz.

## 2. *Depresión (D)*

-Pesimista respecto al futuro

-Tiene sentimientos de culpa

-Irritable, nervioso

-Propenso a la preocupación

-Le falta seguridad en si mismo

## 3. Histeria (Hi)

-Inmaduro, manipulador.

-Necesidad de aprobación.

## 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Pobre tolerancia al aburrimiento.

-Rebelde, hostil.

-Bajo nivel de logros.

-Reacciones emocionales superficiales.

6. *Paranoia (Pa)*

-Sensible

-Suspicaz, reservado

-Hostil, resentido, tiende a discutir

-Expresa hostilidad y resentimiento hacia los miembros de su familia

7. *Psicatenia (Pt)*

8. *Esquizofrenia (Es)*

-Tiene pensamientos o actitudes poco usuales; delirios

-No se siente parte del ambiente social

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Incapaz de expresar sus sentimientos

-Inmaduro, impulsivo.

9. *Manía (Ma)*

-Baja tolerancia al aburrimiento.

4. ANÁLISIS “MINIMULT”

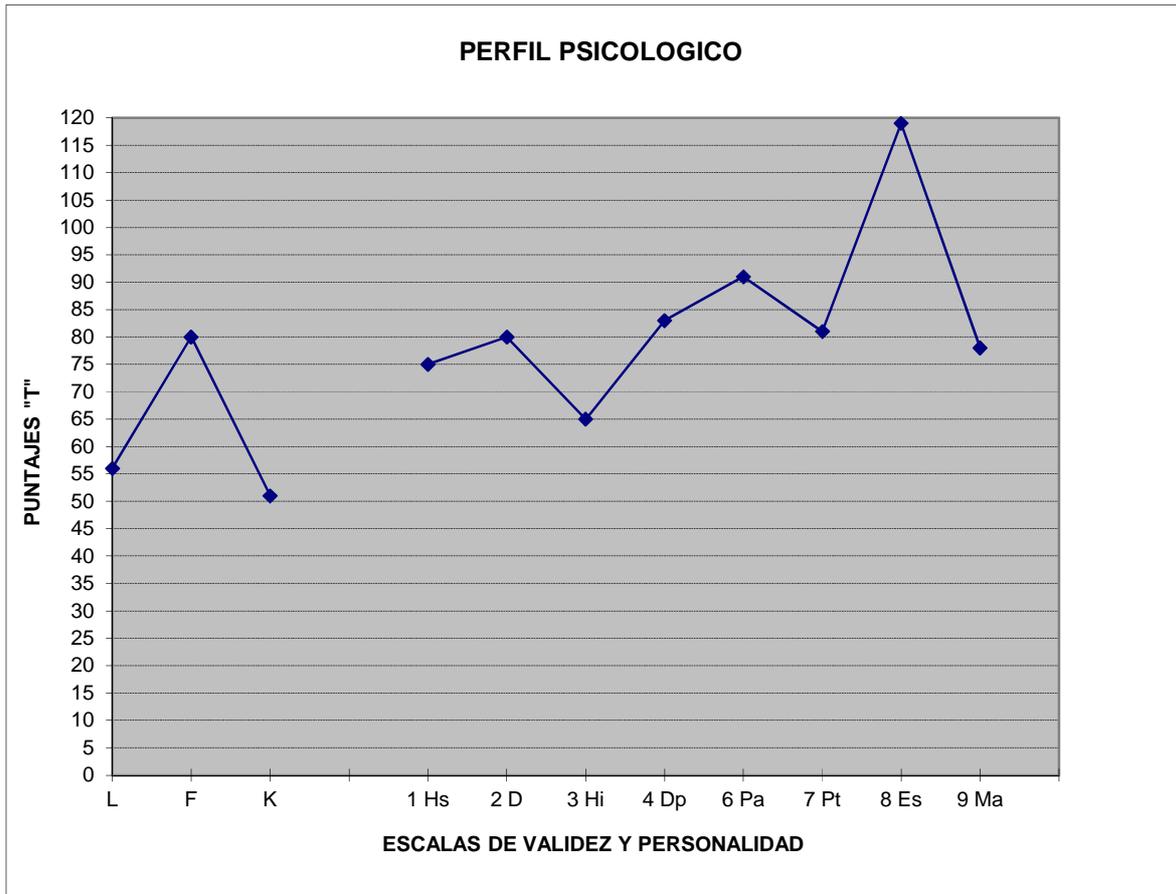
-Nombre: B V.

-Género: M

-Edad: 19 años

-Escolaridad: Bachiller.

-Fecha de aplicación: 19 de septiembre de 2012.



### ESCALAS DE VALIDEZ

Mentiras (L)

-Muestra poca conciencia de las consecuencias de su conducta en los demás.

-Acercamiento típico al test.

Comprensión de Frases (F)

-Exagera sus síntomas como una súplica de ayuda.

-Crisis de identidad en la adolescencia.

-Defensividad (K)

-Mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica al responder los reactivos del MINI-MULT.

-Es sociable

-Entusiasta, Con fluidez verbal

-Toma un papel ascendente

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### 1. Hipocondriasis (Hs)

-Egoísta, egocéntrico, narcisista

-Tiene un punto de vista pesimista, derrotista, cínico

-Tiende a terminar la terapia cuando percibe que el terapeuta no le da suficiente atención y apoyo

## 2. Depresión (D)

-Pesimista respecto al futuro

-Tiene sentimientos de culpa

-Propenso a la preocupación

## 3. Histeria (Hi)

## 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Se involucra en conductas asociales o antisociales (a.Miente, estafa, roba. b. <<Acting out>> sexual. c. Uso excesivo de alcohol, drogas o ambos

-Rebelde hacia las figuras de autoridad

-Tiene relaciones familiares tempestuosas

-Tiene una historia de bajo desempeño en la escuela

-Impulsivo; procura la satisfacción inmediata de sus impulsos

-No planifica bien

-Actúa sin considerar las consecuencias de sus actos

- Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada
- Muestra poco juicio, se arriesga innecesariamente
- No se beneficia de la experiencia
- Inmaduro, infantil
- Narcisista, egocéntrico, egoísta, interesado
- Extrovertido, sociable
- Tiene arrebatos agresivos, conducta violenta
- Puede fingir culpa y remordimiento cuando esta en problemas

#### 6. Paranoia (Pa)

- Tiene pensamientos perturbadores
- Tiene delirios de persecución y/o grandeza
- Tiene ideas de referencia
- Colérico, rencoroso; guarda resentimiento
- Utiliza la proyección como mecanismo de defensa

#### 7. Psicatenia (Pt)

-Ansioso, tenso, agitado

-Preocupado, aprensivo

-Introspectivo, rumia las ideas

-Obsesivo en su pensamiento

-Se preocupa por su popularidad y aceptación

## 8. Esquizofrenia (Es)

-Tiene pensamientos o actitudes poco usuales; delirios

-Se siente resentido, hostil, agresivo

-Incapaz de expresar sus sentimientos

-Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías

## 9. Manía (Ma)

-Enérgico, parlanchín

-Prefiere la acción al pensamiento

-No utiliza su energía prudente, no concluye sus proyectos

-Tiene dificultad para inhibir la expresión de sus impulsos

- Tiene episodios de irratibilidad, hostilidad, explosiones de agresividad
- Tiene un optimismo irreal, sin fundamento
- Incapaz de ver sus propias limitaciones
- Le agrada estar rodeado de personas
- Tiene relaciones superficiales
- Manipulador, engañoso, no confiable
- Encubre sentimientos de insatisfacción
- Se siente alterado, tenso, nervioso, ansioso
- Agitado, propenso a la preocupación
- Tiene sentimientos negativos hacia los padres dominantes

## 5. ANÁLISIS “MINIMULT”

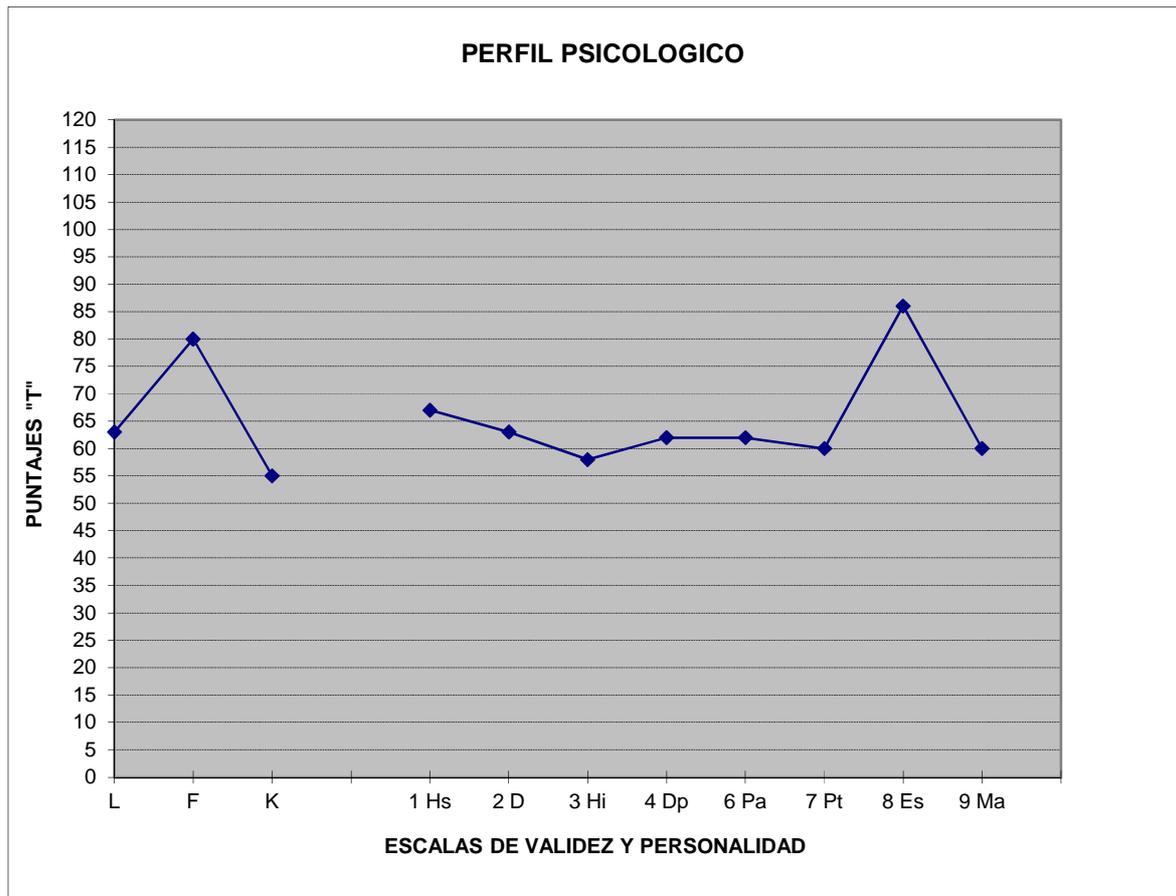
-Nombre: V L

-Género: M

-Edad: 19 años

-Escolaridad: Bachiller.

-Fecha de aplicación: 19 de septiembre de 2012.



### ESCALAS DE VALIDEZ

Mentiras (L)

-Convencional; Socialmente conformista

-De pensamiento no original; Inflexible en la solución de problemas.

### Comprensión de Frases (F)

- Puede estar simulando
- Puede ser muy resistente al procedimiento de prueba

### Defensividad (K)

- Mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica al responder los reactivos del MINI-MULT
- Psicológicamente bien adaptado
- Muestra pocos síntomas abiertos de trastorno emocional

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### 5. Hipocondriasis (Hs)

- Autocentramiento y egoísmo.
- Cambiante.
- Quejas múltiples.

### 6. Depresión (D)

- Desanimado.
- Melancólico.
- Malhumorado.

### 7. Histeria (Hi)

- Autocentrado y superficial.

- Inmaduro y manipulador.

#### 8. Desviación Psicopática (Dp)

-Hedonista.

-Desconfiado e impaciente.

#### 6. Paranoia (Pa)

- Se hace la víctima.

- Marcadamente sensible al desprecio y al rechazo.

#### 7. Psicatenia (Pt)

-Ordenado.

-Perfeccionista.

-Autocritico.

-Introspectivo.

#### 8. Esquizofrenia (Es)

-Tiene pensamientos o actitudes poco usuales; delirios

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Experimenta ansiedad generalizada

-Incapaz de expresar sus sentimientos

-Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías

#### 9. Manía (Ma)

-Pobre tolerancia al tedio.

-Sociable.

## 6. ANÁLISIS “MINIMULT”

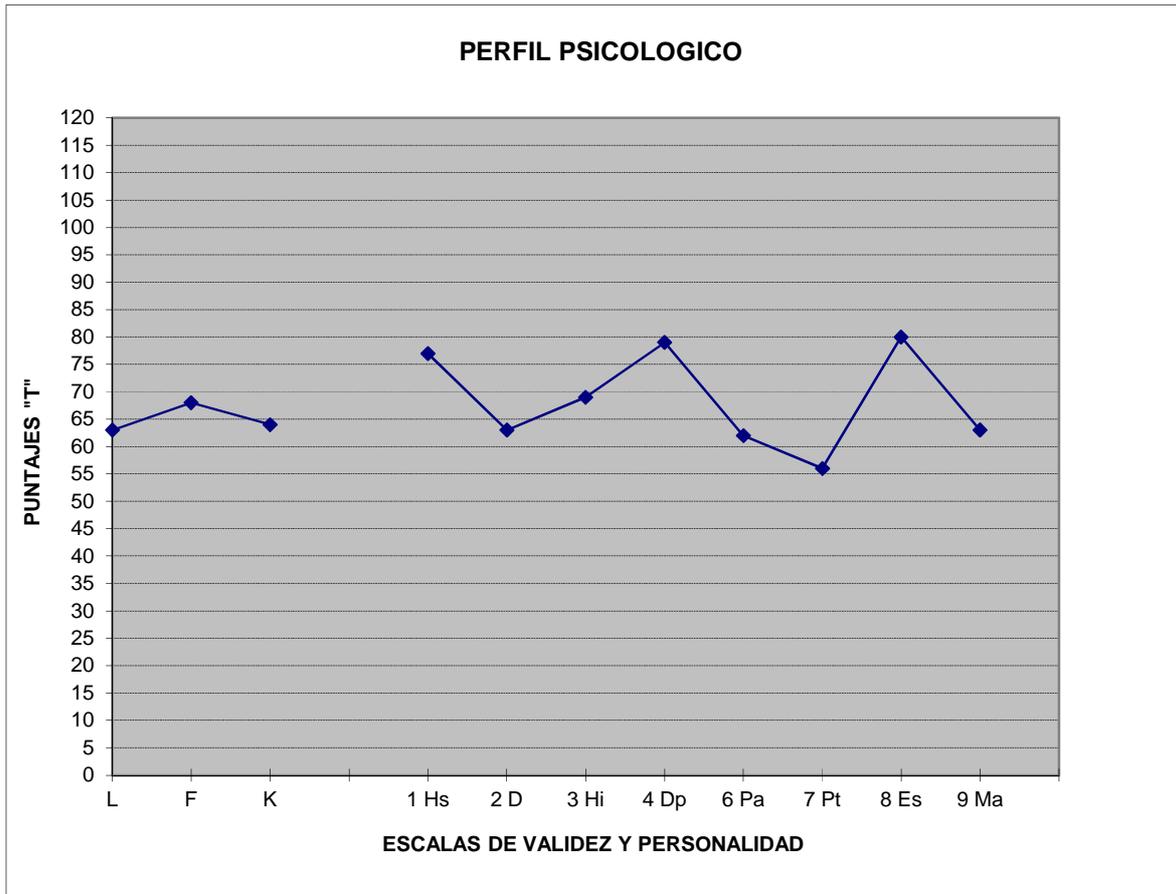
-Nombre: C M

-Género: M

-Edad: 19 años

-Escaridad: Bachiller.

-Fecha de aplicación: 21 de septiembre de 2012.



ESCALAS DE VALIDEZ

### Mentiras (L)

- Trata de crear una impresión favorable no siendo honesto al responder los reactivos
- Convencional; socialmente conformista.
- De pensamiento no original; Inflexible en la solución de problemas,
- Tiene poca tolerancia a la tensión y la presión, Rígido, moralista

### Comprensión de Frases (F)

- Si está relativamente libre de psicopatología grave, Se describe como: Impaciente e Insatisfecho, cambiante, Inestable.

### Defensividad (K)

- Mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica al responder los reactivos del MINI-MULT
- Muestra pocos síntomas abiertos de trastorno emocional
- Seguro de sí mismo
- Capaz de enfrentar los problemas de la vida diaria
- Pensamiento claro, Enfoca los problemas en una forma razonable y sistemática
- Es sociable

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### 1. Hipocondriasis (Hs)

-No presenta ansiedad manifiesta

-Expresa indirectamente su hostilidad.

### 2. Depresión (D)

-Irritable, tímido, modesto.

-Responsable.

-Insatisfecho.

### 3. Histeria (Hi)

- Uso de negaciones.

-Disociaciones.

### 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Impulsivo; procura la satisfacción inmediata de sus impulsos

-No planifica bien

-Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada

-Tiene arrebatos agresivos, conducta violenta

-Experimenta poco sentimiento de culpa por su conducta

-Puede fingir culpa y remordimiento cuando esta en problemas

-Utiliza la intelectualización

#### 6. Paranoia (Pa)

-Sensible

-Cooperador

-Muestra iniciativa, se involucra en el trabajo y otras actividades

#### 7. Psicatenia (Pt)

-Poco interés por la gente.

-No practico.

-Preocupación religiosa.

#### 8. Esquizofrenia (Es)

-No se siente parte del ambiente social

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Se siente rechazado por sus compañeros

-Retraído, solitario, reservado, inaccesible

-Incapaz de expresar sus sentimientos

-Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías

-Está plagado de dudas sobre sí mismo

-Inmaduro, impulsivo

#### 9. Manía (Ma)

-Poca tolerancia al tedio.

-Trabajo intenso y efectivo.

### 7. ANÁLISIS “MINIMULT”

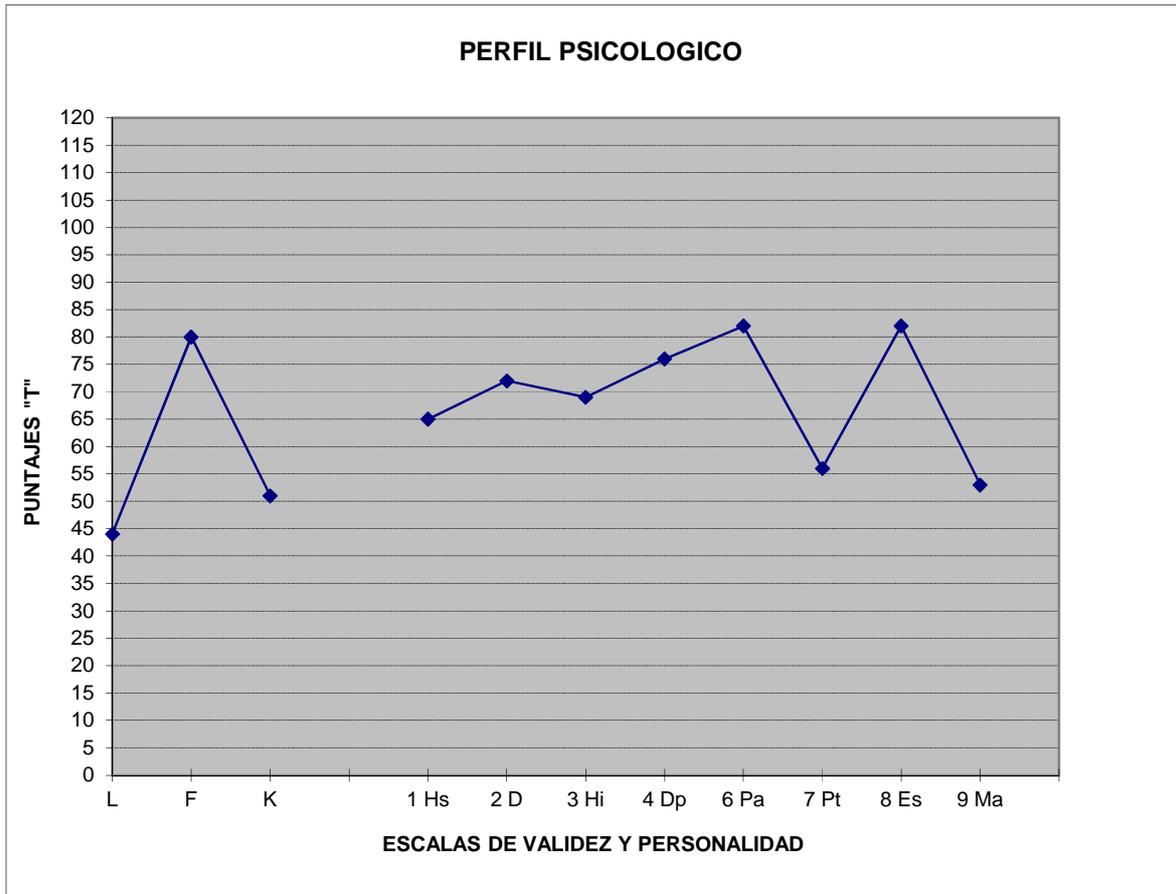
-Nombre: L C

-Género: M

-Edad: 19 años

-Escolaridad: Noveno

-Fecha de aplicación: 21 de septiembre de 2012.



### ESCALAS DE VALIDEZ

Mentiras (L)

-Perceptivo, socialmente responsivo, Seguro de sí mismo, Independiente, fuerte,

Comprensión de Frases (F)

-Crisis de identidad.

Defensividad (K)

-Timidez, inhibición.

-Confianza en la negación.

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

1. Hipocondriasis (Hs)

-Irritable.

-Quejumbroso.

2. Depresión (D)

-Se siente triste, deprimido, infeliz, disfórico

-Pesimista respecto al futuro

-Se autodesprecia

-Tiene sentimientos de culpa

-Irritable, nervioso

-Propenso a la preocupación

-Le falta seguridad en si mismo

-Se mantiene apartado

-Se controla exageradamente, rechaza sus impulsos

### 3. Histeria (Hi)

-Berrinches infantiles.

-Sugestionable.

### 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Rebelde hacia las figuras de autoridad

-Tiene relaciones familiares tempestuosas

-Culpa a sus padres por sus problemas

-Tiene una historia de bajo desempeño en la escuela

-Impulsivo; procura la satisfacción inmediata de sus impulsos

-No planifica bien

Actúa sin considerar las consecuencias de sus actos

-Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada

-Inmaduro, infantil

-Rencoroso, rebelde

-Puede fingir culpa y remordimiento cuando esta en problemas

#### 6. Paranoia (Pa)

-Tiene pensamientos perturbadores

-Tiene delirios de persecución y/o grandeza

-Se siente maltratado y criticado

-Colérico, rencoroso; guarda resentimiento

-Utiliza la proyección como mecanismo de defensa

#### 7. Psicatenia (Pt)

#### 8. Esquizofrenia (Es)

-Tiene pensamientos o actitudes poco usuales; delirios

- No se siente parte del ambiente social
- Se siente aislado, apartado, incomprendido
- Se siente rechazado por sus compañeros
- Retraído, solitario, reservado, inaccesible
- Se siente resentido, hostil, agresivo
- Incapaz de expresar sus sentimientos
- Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías
- Está plagado de dudas sobre sí mismo
- Tiene preocupaciones y confusión del papel sexual
- Inmaduro, impulsivo

#### 9. Manía (Ma)

- Amigable.

### 8. ANÁLISIS “MINIMULT”

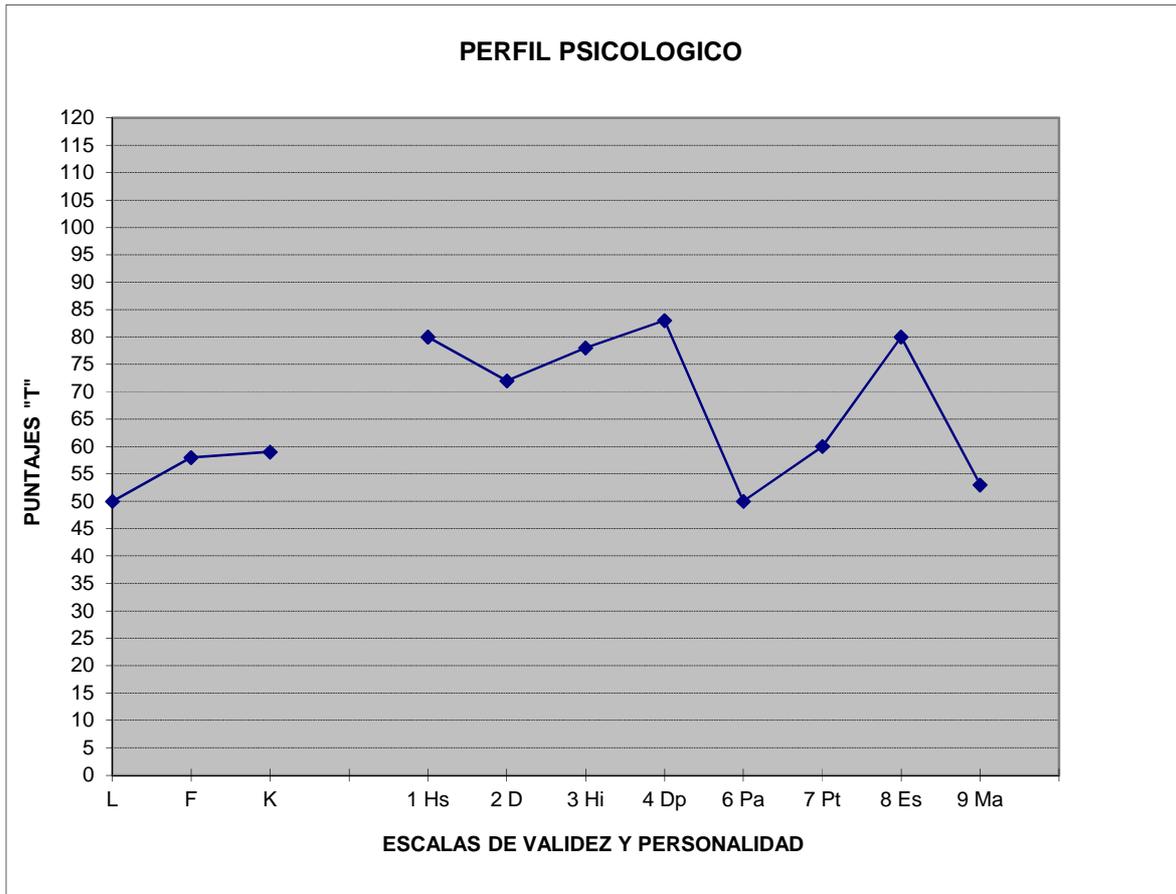
- Nombre: M C

-Género: M

-Edad: 19 años

-Escolaridad: Décimo.

-Fecha de aplicación: 27 de septiembre de 2012.



### ESCALAS DE VALIDEZ

Mentiras (L)

-Responde francamente a los reactivos.

-Es capaz de admitir defectos y desventajas menores.

#### Comprensión de Frases (F)

-Deseo de ser no convencional.

-Irritabilidad.

-Inquietud.

-Inestabilidad.

#### Defensividad (K)

-Mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica al responder los reactivos del MINI-MULT

-Psicológicamente bien adaptado

-Muestra pocos síntomas abiertos de trastorno emocional

-Independiente, Seguro de sí mismo

-Es sociable

-Entusiasta, Con fluidez verbal

-Toma un papel ascendente

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### 1. Hipocondriasis (Hs)

- Tiene una preocupación corporal excesiva
- Egoísta, egocéntrico, narcisista
- Tiene un punto de vista pesimista, derrotista, cínico
- Demandante y crítico de los demás

## 2. Depresión (D)

- Pesimista respecto al futuro
- Tiene sentimientos de culpa
- Tiene quejas somáticas
- Irritable, nervioso
- Se controla exageradamente, rechaza sus impulsos

## 3. Histeria (Hi)

- Reacciona ante la tensión y evita la responsabilidad desarrollando síntomas físicos
- Espera la atención y el afecto de los demás
- Utiliza medios indirectos para obtener atención y afecto
- No expresa en forma abierta su hostilidad y resentimiento
- Amigable, parlanchín, entusiasta, alerta
- Tiene relaciones interpersonales superficiales e inmaduras

## 4. Desviación Psicopática (Dp)

- Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad
- Se involucra en conductas asociales o antisociales (a.Miente,estafa,roba. b. <<Acting out>> sexual. c. Uso excesivo de alcohol, drogas o ambo

- Rebelde hacia las figuras de autoridad
- Tiene una historia de bajo desempeño en la escuela .
- Impulsivo; procura la satisfacción inmediata de sus impulsos
- No planifica bien
- Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada
- Rencoroso, rebelde
- Puede fingir culpa y remordimiento cuando esta en problemas

#### 6. Paranoia (Pa)

- Cauteloso, convencional, autocontrolado
- Egocéntrico
- Muestra poco interés en las cosas que no le afectan de manera directa

#### 7. Psicatenia (Pt)

- Autocritico.

#### 8. Esquizofrenia (Es)

- Se siente resentido, hostil, agresivo
- Incapaz de expresar sus sentimientos
- Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías
- Inmaduro, impulsivo
- Aventurado

-Suspicaz

9. Manía (Ma)

-Sociable y amigable.

## 9. ANÁLISIS “MINIMULT”

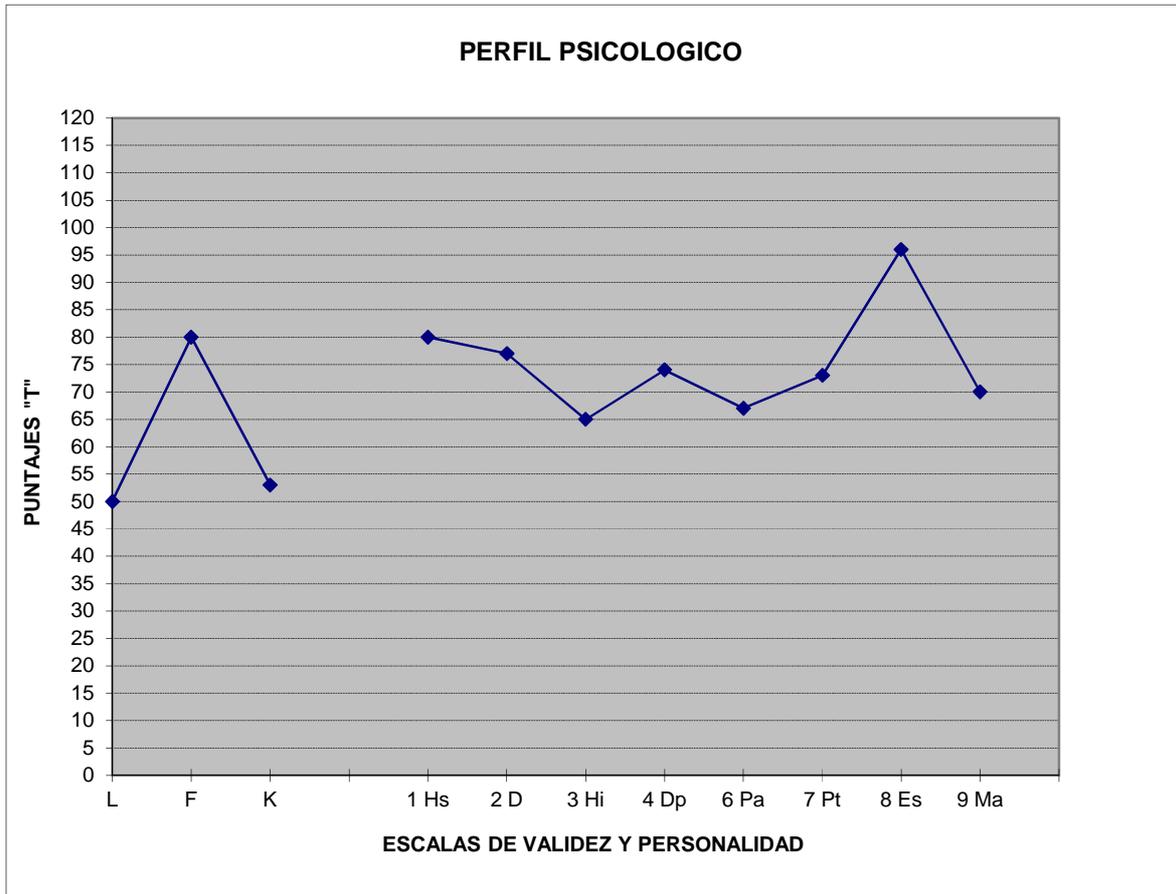
-Nombre: D CH

-Género: M

-Edad:18 años

-Escolaridad: 9°.

-Fecha de aplicación: 27 de septiembre de 2012



ESCALAS DE VALIDEZ

### Mentiras (L)

-Responde francamente a los reactivos, confía lo suficiente en sí mismo.

-Es capaz de admitir defectos y desventajas menores

### Comprensión de Frases (F)

-Estado confusional

-Crisis de identidad en la adolescencia.

### Defensividad (K)

-Mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica al responder los reactivos del MINI-MULT

-Muestra pocos síntomas abiertos de trastorno emocional

-Es sociable

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### 1. Hipocondriasis (Hs)

-Tiene una preocupación corporal excesiva

-Tiene un punto de vista pesimista, derrotista, cínico

-Insatisfecho, infeliz

## 2. Depresión (D)

-Se siente triste, deprimido, infeliz, disfórico

-Pesimista respecto al futuro

-Tiene sentimientos de culpa

-Irritable, nervioso

-Propenso a la preocupación

-Le falta seguridad en si mismo

-Introvertido, tímido, retraído, asustadizo, solitario y reservado

-Se mantiene apartado

## 3. Histeria (Hi)

-Necesidad de aprobación, conforme.

## 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Tiene una historia de bajo desempeño en la escuela

-Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada

-Pobre tolerancia al aburrimiento o tedio.

-Rebelde.

-Reacciones emocionales superficiales.

-Abuso de sustancias psicoactivas.

-Historia de bajo nivel de logros.

## 6. Paranoia (Pa)

-Tiene una predisposición paranoide

-Siente que la vida es injusta

-Racionaliza; culpa a los demás de sus dificultades

-Suspicaaz, reservado

-Creencias erradas.

-Vengativo, rencoroso.

## 7. Psicatenia (Pt)

-Experimenta trastorno e inconformidad

-Ansioso, tenso, agitado

-Preocupado, aprensivo

-Nervioso, asustadizo

-Tiene dificultades para concentrarse

-Introspectivo, rumia las ideas

-Obsesivo en su pensamiento

-Se siente inseguro e inferior

-Indeciso.

#### 8. Esquizofrenia (Es)

-Muestra un juicio escaso

-No se siente parte del ambiente social

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías

-Está plagado de dudas sobre sí mismo

-Se siente inferior, incompetente, insatisfecho

#### 9. Manía (Ma)

-Labil.

#### 10. ANÁLISIS “MINIMULT”

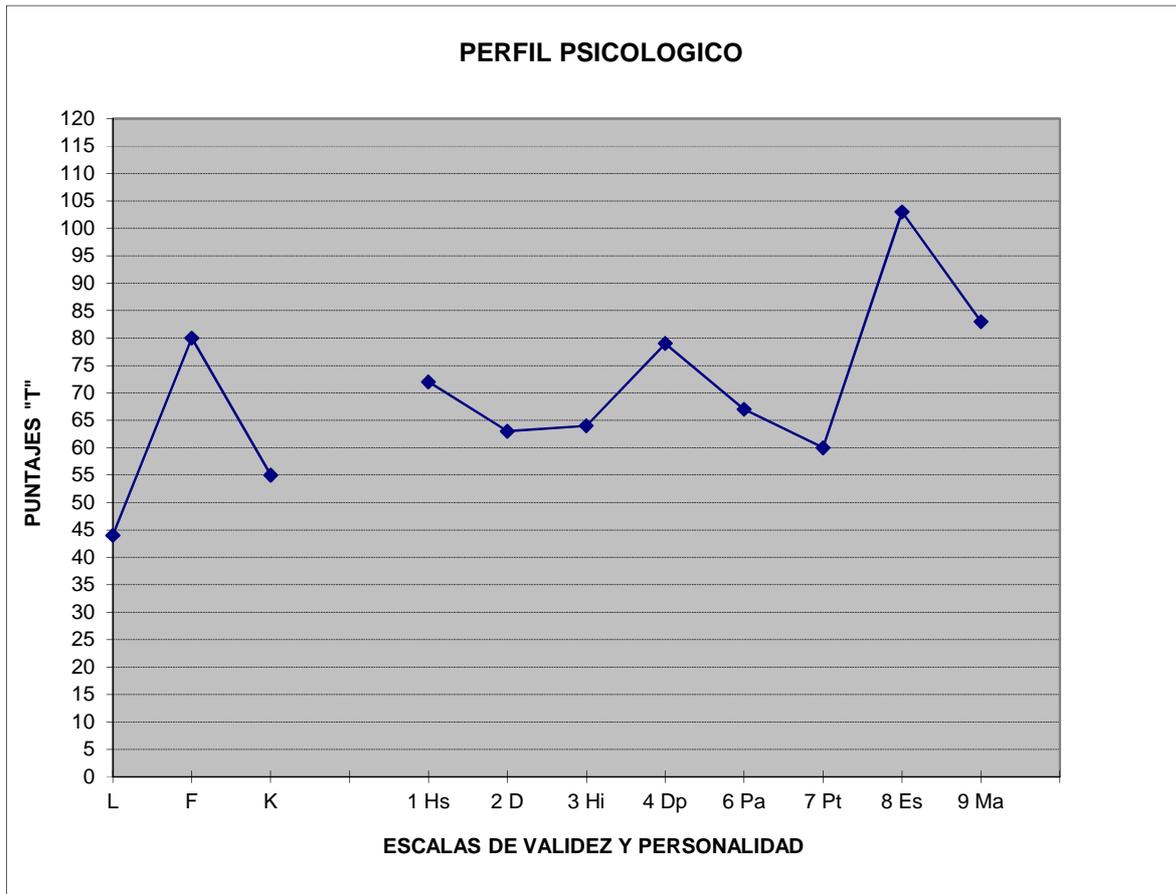
-Nombre: Y C

-Género: M

-Edad: 19 años

-Escolaridad: Bachiller.

-Fecha de aplicación: 05 de octubre de 2012.



ESCALAS DE VALIDEZ

## Mentiras (L)

- Responde francamente a los reactivos.
- Es capaz de admitir defectos y desventajas menores
- Perceptivo, socialmente responsivo, Seguro de sí mismo, Independiente, fuerte,
- Natural, relajado, funciona con eficacia como líder.
- Comunica sus ideas eficazmente, Descrito por los demás como cínico, Sarcástico

## Comprensión de Frases (F)

- Exagera sus síntomas como una súplica de ayuda

## Defensividad (K)

- Mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica al responder los reactivos del MINI-MULT
- Psicológicamente bien adaptado
- Muestra pocos síntomas abiertos de trastorno emocional
- Independiente, Seguro de sí mismo
- Capaz de enfrentar los problemas de la vida diaria

-Muestra intereses amplios

-Es sociable

-Entusiasta, Con fluidez verbal

## ESCALAS DE PERSONALIDAD

### 1. Hipocondriasis (Hs)

-Tiene una preocupación corporal excesiva

-Expresa indirectamente su hostilidad

### 2. Depresión (D)

-Irritable, insatisfecho consigo mismo y con el mundo, preocupado.

-Introvertido, moralista, responsable, modesto.

### 3. Histeria (Hi)

-Autocentrado y superficial,

-Inmaduro y manipulador.

Necesidad de aprobación, inseguro.

-Demostrativo y extrovertido.

#### 4. Desviación Psicopática (Dp)

-Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad

-Se involucra en conductas asociales o antisociales (a.Miente,estafa,roba. b. <<Acting out>> sexual. c.Uso excesivo de alcohol,drogas o ambos

-Rebelde hacia las figuras de autoridad

-Tiene relaciones familiares tempestuosas

-Culpa a sus padres por sus problemas

-Impaciente, tiene una tolerancia a la frustración limitada

-Ostentoso, exhibicionista

-Tiene relaciones superficiales

-Parlanchín, activo, aventurado, enérgico, espontáneo

#### 6. Paranoia (Pa)

-Sensible, demasiado impresionable con las reacciones de los demás

#### 7. Psicatenia (Pt)

-Responsable y consciente. Intelectualización. Trabajo duro.

-Ordenado y perfeccionista. Autocrítico. Introspectivo.

## 8. Esquizofrenia (Es)

-No se siente parte del ambiente social

-Se siente aislado, apartado, incomprendido

-Reacciona a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías

-Creativo e imaginativo

-Tiene objetivos vagos, abstractos

## 9. Manía (Ma)

-Habla aceleradamente

-Enérgico, parlanchín

-Prefiere la acción al pensamiento

-Tiene un amplio rango de intereses; se involucra en muchas actividades

-Creativo, emprendedor, ingenioso.

-Se aburre fácilmente, impaciente; tiene poca tolerancia a la frustración

-Tiene episodios de irritabilidad, hostilidad, explosiones de agresividad

-Amistoso, agradable, entusiasta

## 2. Cuestionario MMPI Reducido.

### CUESTIONARIO MMPI

Responda a las siguientes frases con verdadero V o Falso F marcando en la hoja de respuestas con una X. Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna frase.

1. Tengo buen apetito
2. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas
3. Mi vida diaria esta llena de cosas que me mantienen interesado
4. Trabajo bajo una tensión muy grande
5. De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas
6. Muy raras veces sufro de estreñimiento
7. A veces he sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar
8. A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar
9. Sufro ataques de nauseas y de vómitos
10. Nadie parece comprenderme
11. A veces siento deseos de maldecir
12. Me dan pesadillas con mucha frecuencia
13. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo
14. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas
15. Si la gente no se la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho mas éxito
16. Por un tiempo, cuando era mas joven, participe en pequeños robos
17. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenia voluntad para hacerlo
18. Mi sueño es irregular e intranquilo
19. Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas
20. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce
21. Con frecuencia he tenido que recibir ordenes de alguien que no sabia tanto como yo
22. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo
23. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden
24. Algunas veces me enojo
25. Decididamente no tengo confianza en mi mismo
26. Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares
27. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo
28. Casi siempre soy feliz
29. Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón
30. Creo que están conspirando contra mi
31. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos
32. Sufro mucho de trastornos estomacales
33. A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado
34. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras
35. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco
36. Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada
37. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo

3. Hoja de respuesta del MMPI Minimult.

**INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD “MINIMULT”**

**HOJA DE RESPUESTA**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>

**SEXO:**                      **FECHA DE NACIMIENTO:**                      **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

<input type="checkbox"/>					
M	F	DIA	MES	AÑO	

**FECHA DE APLICACIÓN:**

**Marque con un aspa (X) LA LETRA V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:**

01 V F	16 V F	31 V F	46 V F	61 V F
02 V F	17 V F	32 V F	47 V F	62 V F
03 V F	18 V F	33 V F	48 V F	63 V F
04 V F	19 V F	34 V F	49 V F	64 V F
05 V F	20 V F	35 V F	50 V F	65 V F
06 V F	21 V F	36 V F	51 V F	66 V F
07 V F	22 V F	37 V F	52 V F	67 V F
08 V F	23 V F	38 V F	53 V F	68 V F
09 V F	24 V F	39 V F	54 V F	69 V F
10 V F	25 V F	40 V F	55 V F	70 V F
11 V F	26 V F	41 V F	56 V F	71 V F
12 V F	27 V F	42 V F	57 V F	
13 V F	28 V F	43 V F	58 V F	
14 V F	29 V F	44 V F	59 V F	
15 V F	30 V F	45 V F	60 V F	

	L	F	K	Hs 1+5K	D 2	Hi 3	Dp 4+4K	Pa 6	Pt 7+1K	Sc 8+1K	Ma 9+2K
Puntuación Directa											
Puntuación MM											
Añadir K											
Puntaje D Corregido											
Puntaje T											

.....  
 .....  
 .....

#### 4. Formato de consentimiento informado.



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION:

Yo, ----- Identificado con C.C ( ) CE ( ) No.----- con residencia en \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad manifiesto que he sido informado del estudio que la Especialización en Adicciones ( sede Cali) de la Fundación Universitaria Luis Amigo va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.

Fui informado y comprendo las molestias y riesgos de la realización de estos procedimientos. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Se me explico que no existe procedimiento alternativo y estoy informado que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria y puedo desistir de ella en cualquier momento, al igual que solicitar información adicional de los avances de la Investigación.

Conozco los objetivos generales y específicos del Proyecto descritos a continuación:

#### Objetivo general

#### Objetivos específicos

#### Que los Procedimientos a realizarse serán

- Se aplicará previo consentimiento informado).
- Entrevista semiestructurada para
- Aplicación del cuestionario
- Análisis c de los resultados.
- Publicación de resultados

A si mismo entiendo que los datos aquí consignados son confidenciales y que en caso de daño producto específico de estos procedimientos que me afecten, causados por la investigación me acogeré al tratamiento médico que brinde el Plan Obligatorio de Salud ( ) a la cual estoy afiliado.

- Manifiesto que No padezco de reacciones alérgicas conocidas a medicamentos
- Acepto participar libre y voluntariamente en el estudio mencionado.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre(s),Apellido(s) del Participante  
C.C o CE  
Huella

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre(s),Apellido(s) del  
Investigador Principal  
C.C  
TP

#### Testigo 1

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre (s), Apellido(s) Testigo  
CC

#### Testigo 2

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre (s), Apellido(s) Testigo  
CC

