

318525

4
2ej.



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

Escuela de Psicología

Con estudios incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma
de México.

1979-1984

**"DESARROLLO DE LA CONFIANZA BASICA EN UN GRUPO
DE MUJERES ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES"**

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener el Titulo de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

BLANCA ESTELA LOPEZ SALGADO

Asesor de Tesis:

DR. JAVIER ROMERO AGUIRRE

México, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PAG.

Resumen

| | |
|---------------------|-----|
| Introducción | 1-2 |
| Justificación | 3 |

Capítulo I: Inhalantes y Marihuana

| | | |
|---------|--|-------|
| 1.1 | Antecedentes Históricos del Uso de Sustancias Inhalantes y Marihuana | |
| 1.1.1 | Introducción | 5-6 |
| 1.1.2 | Antecedentes historicos del uso de sustancias inhalantes | 7-9 |
| 1.1.3 | Origen de las sustancias inhalantes..... | 10-15 |
| 1.1.4 | Empleo de las sustancias inhalantes en la práctica médica | 16-18 |
| 1.1.5 | Uso contemporáneo de las sustancias inhalantes | 18-19 |
| 1.1.6 | Antecedentes históricos del uso de la marihuana..... | 19-25 |
| 1.2 | Descripción y Clasificación de las Sustancias Inhalantes y Marihuana | |
| 1.2.1 | Introducción | 26-27 |
| 1.2.2 | Sustancias inhalantes | 27-37 |
| 1.2.3 | Marihuana | 38-41 |
| 1.3 | Efectos en el Organismo Producidos por el Consumo Crónico o a Largo Plazo de Sustancias Inhalantes y Marihuana | |
| 1.3.1 | Introducción | 42 |
| 1.3.2 | Alteraciones neuropsicológicas y psicopatológicas de las sustancias inhalantes | 42-43 |
| 1.3.2.1 | Efectos neuropsicológicos | 44-51 |
| 1.3.2.2 | Efectos psicopatológicos | 52 |
| 1.3.3 | Alteraciones neuropsicológicas y psicopatológicas de la marihuana | 53-55 |
| 1.3.3.1 | Efectos neuropsicológicos | 56-60 |
| 1.3.3.2 | Efectos psicopatológicos | 60-61 |

Capítulo 2: Aspectos Sociales de la Marginación y la Farmacodependencia.

| | | |
|------------|---|-----------|
| 2.1 | Grupos Marginados | 63 |
| 2.1.1 | Introducción | 63 |
| 2.1.2 | Características | 64-65 |
| 2.1.3 | El hacinamiento y sus efectos | 65-67 |
| 2.1.4 | Comunicación | 67-74 |
| 2.1.5 | Aspectos familiares | 74-84 |
| 2.1.6 | Aspectos del desarrollo | 84-86 |
| 2.1.7 | Identidad del marginado | 87 |
| | | |
| 2.1 | La Farmacodependencia Desde una Perspectiva Social | |
| 2.2.1 | Introducción | 91 |
| 2.2.2 | Características que presentan los usuarios de drogas en general | 92-98 |
| 2.2.3 | Características del usuario de marihuana | 98 |
| 2.2.3.1 | Tendencias de consumo | 98 |
| 2.2.3.2 | Interacción social | 99-100 |
| 2.2.4 | Características del usuario de inhalantes | 101 |
| 2.2.4.1 | Tendencias de consumo | 101-102 |
| 2.2.4.2 | Interacción social | 102-103 |

Capítulo 3: Aspectos Psicológicos: La Farmacodependencia y la Confianza Básica según Erik H. Erikson.

| | | |
|------------|---|------------|
| 3.1 | Aspectos psicológicos de la farmacodependencia | 105 |
| 3.1.1 | Aspectos psicodinámicos | 105-109 |
| 3.1.2 | Características de personalidad | 110-119 |
| 3.1.3 | Motivaciones hacia el uso de drogas | 119-129 |
| 3.1.4 | Aspectos familiares | 130 |
| 3.1.4.1 | Características de los padres | 130-131 |
| 3.1.4.2 | Comunicación | 132-146 |
| | | |
| 3.2 | Etapas del Desarrollo Infantil Según Erik H. Erikson | |
| 3.2.1 | Introducción | 147-148 |
| 3.2.2 | Las ocho edades del hombre | 149-185 |

Capítulo 4: Metodología

| | | |
|-----|------------------------------|-----|
| 4.1 | Introducción | 187 |
| 4.2 | Objetivo de la investigación | 188 |
| | Objetivo general | 188 |
| | Objetivos específicos | 189 |

| | | |
|-------|--|---------|
| 4.3 | Planteamiento del problema | 189 |
| 4.4 | Hipótesis | 189 |
| | Hipótesis conceptual | 189 |
| | Hipótesis del trabajo | 190 |
| | Hipótesis alternas | 190 |
| 4.5 | Definición conceptual de las variables ... | 191-195 |
| 4.6 | Definición operacional de las variables .. | 195-201 |
| 4.7 | Población de estudio | 202 |
| 4.7.1 | Muestra de investigación | 203-205 |
| 4.7.2 | Criterios de inclusión | 206 |
| 4.7.3 | Criterios de exclusión | 206 |
| 4.7.4 | Tipo de muestreo | 207 |
| 4.8 | Diseño de la investigación | 207 |
| 4.9 | Tipo de estudio | 207 |
| 4.10 | Instrumentos de medición | 207-211 |
| 4.11 | Procedimiento | 211-213 |
| 4.12 | Análisis estadístico | 213 |

Capítulo 5: Resultados

| | | |
|-----|--------------------|---------|
| 5.1 | Resultados | 215 |
| 5.2 | Conclusiones | 246 |
| 5.3 | Limitaciones | 265-266 |
| 5.4 | Sugerencias | 268 |

Bibliografía

| | |
|----------------------------------|---------|
| Referencias Bibliográficas | 270 |
| Bibliografía | 271-281 |
| ANEXOS: 1 | 283-286 |
| 2 | 288-292 |

RESUMEN

En la presente investigación se tomó la Teoría del Desarrollo de Erikson (1950, 1963 y 1968) para el estudio de la confianza básica en dos grupos de adolescentes, uno de usuarias de drogas ($n= 25$) y otro de no usuarias de drogas ($n= 24$). La muestra fue obtenida de una Unidad de Atención y Tratamiento para jóvenes con conducta delictiva.

Se utilizó el Test de Apercepción Temática (Murray, 1938), realizando un análisis de contenido de las láminas 1, 2, 3 NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 tomando en cuenta las siguientes áreas de la confianza básica: preocupación por el autocontrol, percepción, autoestima, empatía social, éxito con las cosas, optimismo y confianza en los demás. Se obtuvieron puntajes de cada una de las respuestas obtenidas y se aplicó la prueba de t de Student para establecer diferencias entre ambos grupos de estudio.

Como resultado se encontró que aun cuando existen alteraciones en la confianza básica en ambos grupos, el grupo que no consume drogas demostró tener menores alteraciones en la confianza básica en términos de una mejor empatía con los demás, un mayor sentimiento de éxito con las cosas y un mayor sentimiento de confianza en los demás.

INTRODUCCION

Por lo general, los estudios concernientes al fenómeno de la farmacodependencia se limitan a brindar una serie de características generales en relación con la personalidad del adicto. Son como la "Estela de un cometa", que nos deja confundidos ante una serie de huellas que dan indicios acerca de su personalidad, pero que no penetran en la esencia del problema.

Es por esto, que surge en la autora de la tesis la necesidad de adentrarse un poco más en la comprensión del fenómeno de la farmacodependencia y de utilizar dentro de todas las teorías a la teoría psicoanalítica, la cual se considera como una "Blanca aureola", que ilumina las vicisitudes de la complejidad humana en términos de la psicodinamia del individuo a través del estudio del significado inconsciente de la conducta.

Al estudiar el fenómeno de la farmacodependencia, se encuentra que dicha teoría considera a la farmacodependencia en términos de una fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual, la cual se establece como resultado de la falla en la capacidad materna para nutrir (Fenichel, 1982).

Además de esto se encuentra, la existencia de un vínculo frustrante con la madre. en el que el adicto percibe en su madre actitudes de rechazo hacia él, las cuales pueden ser reales o

imaginarias, ocasionando sentimientos de abandono y el establecimiento de una laguna de desarrollo que más tarde hace que utilice la droga en un intento de unión fantaseada con su madre (Rosenfeld, 1976).

Por lo que, es de interés para la autora de la tesis, estudiar el fenómeno de la farmacodependencia en términos de la relación establecida del adicto a las drogas con el primer objeto de amor que es la madre.

Con el fin de realizar dicho estudio, se basará en la Teoría del Desarrollo de Eriksen (1950, 1963 y 1968), para investigar, si las alteraciones en el establecimiento de un sentimiento de confianza básica influyen de alguna manera en el posterior consumo de drogas y conducta delictiva.

Se considera por otra parte, que para dar una visión general del fenómeno, se debe exponer en los aspectos médico, social y psicológico que éste encierra.

JUSTIFICACION

Se considera que en nuestro país existe la necesidad de abordar el fenómeno de la farmacodependencia en términos de prevención y tratamiento, es decir, existe la necesidad de buscar opciones de tratamiento y de ver las causas que promueven la farmacodependencia con el fin de brindar estrategias de prevención.

Para la autora de la tesis, la Psicología constituye una de las herramientas con las que se cuenta para abordar este fenómeno y es por esto que surge en ella, la necesidad de contribuir al estudio del fenómeno de la farmacodependencia desde una perspectiva psicológica.

Se pretende estudiar este fenómeno en mujeres adolescentes farmacodependientes, ya que se considera que existe una escasez de investigaciones en torno a la mujer farmacodependiente. Con el fin de conocer lo anterior, se ha tomado la Teoría del Desarrollo de Erikson (1950, 1963 y 1968), para saber si las alteraciones en el establecimiento de un sentimiento de confianza básica tienen que ver con el posterior consumo de drogas.

Por último, cabe aclarar que el fenómeno de la farmacodependencia se puede abordar a través de diversas perspectivas, pero por el momento el interés de la autora de la tesis se centra exclusivamente en estudiar este fenómeno en mujeres y en su relación con el desarrollo de un sentimiento de confianza o desconfianza básica.

CAPITULO I
INHALANTES Y MARIGUANA

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL USO DE SUSTANCIAS INHALANTES Y MARIJUANA

1.1.1 INTRODUCCION

"Rama solía meditar en un bosquecillo, buscando la panacea que hiciera feliz a su pueblo. Un día en que estaba adormecido vió aparecer en sueños un ser vestido de blanco, que tenía en la mano una varita en torno de la cual estaba enroscada una serpiente. La extraña aparición cortó una rama de un arbusto con un hoz de oro y se la ofreció a Rama, diciéndole: -¡Oh Rama: he aquí el remedio que buscas!; dicho ser enigmático fue llamado en la tradición de la iniciación Aesc-Heyl-Hopa (la esperanza de salvación está en el bosque) y fue convertido por los griegos en Esculapio, Dios de la Medicina"⁽¹⁾.

En la mitología hindú, se encuentra que "Vienú, metamorfoseado en tortuga que llevaba en el dorso una montaña cilíndrica, se hundió un día en el mar de leche. Enseguida los devas (Dioses) y los asuras (demonios) reunieron sus esfuerzos, se afianzaron para hacer que la montaña se moviese circularmente, y batiendo la leche, produjese el amrita. Los pelos arrancados de la concha de Vienú, por efecto del frotamiento, fueron a caer en la ribera de las tierras habitadas, donde al llegar la primavera dieron origen a las hermosas plantas de cáñamo que los indios denominaron vijohia (manantial de felicidad) o ananda (manantial de vida)"⁽²⁾.

En la Biblia se encuentra dentro de los proverbios, 27:9 aquél que alude al hecho de que: "el aceite y los perfumes alegrarán el corazón". (Sagrada Biblia, 1963) (3).

El segundo párrafo, producto de la mitología hindú alude al uso de la mariguana (grifa, cáñamo, kif entre varios de sus nombres) y el tercero, proverbio citado en la Biblia hace referencia al uso de sustancias volátiles.

Como se puede observar, existen leyendas que hacen pensar en la necesidad inherente al ser humano de plasmar sus pensamientos, fantasías y vivencias. Asimismo se puede observar, una búsqueda constante inherente al hombre por obtener sensaciones agradables, aliviar su dolor, etc. En esta búsqueda, el consumo de drogas ha jugado un papel importante, en el sentido de que ha ayudado al hombre a proporcionarse a sí mismo algo que le sirve para aliviar su dolor.

Por último, cabe decir, que debido a la preocupación de las personas por relatar el uso de la mariguana y de las sustancias inhalantes, en el presente capítulo se hablará en forma más específica de los antecedentes históricos del uso de sustancias inhalantes y mariguana.

1.1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL USO DE SUSTANCIAS INHALANTES

Epoca Antigua:

Aunque no es posible precisar fechas, se puede observar que desde la antigüedad el ser humano se ha servido de las sustancias inhalantes para producirse a sí mismo estados alterados de conciencia.

Smith en 1976 (citado en Barnes, 1979) observó que a través de la historia, la inhalación de una variedad de vapores ha sido un método popular de alterar la conciencia entre grupos tales como los antiguos griegos, hebreos y los indios sudamericanos.

Entre los griegos, se puede observar la utilización de sustancias inhalantes con fines proféticos. Su método, eminentemente sofisticado puede resumirse de la siguiente manera (Cohen, 1977). "Para invocar el regalo de la profecía, una vieja mujer conocida como la 'Pitonisa', acostumbraba sentarse en un trípode colocada sobre un resolladero en una roca de la cual emanaba dióxido de carbono, hojas de laurel sagrado eran quemadas e inhaladas por la Pitonisa; es entonces cuando una concentración suficiente de dióxido de carbono se lograba y la Pitonisa entre balbuceos, gruñidos, murmullos, risas y ruidos animales caía en un estado de trance y emitía la experiencia profética"⁽⁴⁾.

Como ya se mencionó, en la Biblia se puede encontrar otro

ejemplo del uso de dichas sustancias que hacen remontar a la antigüedad. Los disolventes volátiles eran usados con el fin de obtener estados alterados de consciencia... "El aceite y los perfumes alegrarán el corazón" (Sagrada Biblia, 1963) (1).

Épocas Media y Moderna:

Antes de comenzar a hablar en forma específica sobre los antecedentes históricos de las sustancias inhalantes en la época media y moderna, se comenzará por ofrecer una visión general de las características distintivas que ha tomado la práctica del consumo de sustancias inhalantes.

Dentro de las épocas media y moderna la práctica de la inhalación ha tenido las siguientes características:

-Un uso recreacional de las sustancias inhalantes, es decir, demostraciones en público de los efectos de dichas sustancias. Como ejemplo de esto se tienen diversas demostraciones en público sobre el óxido nitroso o gas de la risa, de las cuales se hablará más adelante.

-La utilización de las sustancias inhalantes con el fin de obtener estados alterados de consciencia.

-Su utilización con fines comerciales, en la industria, para la elaboración de diversos materiales tales como removedores de manchas, pinturas, refrigerantes, etc. y

también con fines de intoxicación resultantes de la búsqueda del individuo por la obtención de sensaciones placenteras.

-Como anestésicos, es decir, drogas que aplicadas al individuo en forma externa y mediante su inhalación aliviaban el dolor, dándose con este alivio el surgimiento de la Historia de la Anestesia General.

Como se verá más adelante, el abuso de sustancias inhalantes ha traído al hombre consecuencias desagradables, mientras que su utilización adecuada, ha sido útil a la industria en la elaboración de diversos materiales que son necesarios al hombre y a la medicina en el alivio del dolor.

Con fines de presentación, en un primer apartado se dará un breve esbozo de cómo fueron surgiendo y de cómo eran utilizadas posterior a este surgimiento las sustancias inhalantes. Para esto se hablará desde el surgimiento de la primera sustancia inhalante (éter dietílico, en el siglo XV), hasta la última de estas sustancias (halotano en 1951). Posteriormente en un segundo apartado, se hablará un poco del surgimiento de la Anestesia General y de la inserción de las sustancias inhalantes con propiedades anestésicas en esta práctica médica. Por último, en un tercer apartado se hablará de las características que ha tomado la práctica de la inhalación en la época moderna.

1.1.3 ORIGEN DE LAS SUSTANCIAS INHALANTES

En el presente apartado, se hablará del surgimiento y utilización de las siguientes sustancias inhalantes: éter dietílico (siglo XV), óxido nitroso (1776), cloroformo (1831), tricloroetileno (1864), cloruro de etilo (1893) éter divinílico (1931) y halotano (1951).

Eter Dietílico:

La historia del éter dietílico, se remonta al siglo XV cuando Paracelso logró su destilación mediante la interacción de una mezcla de ácido sulfúrico y alcohol, en aquel entonces, observó la capacidad que tenía esta sustancia para producir sueño en los "polluelos". Valerius Cordus en 1540, redescubrió su preparación y le llamó "vitriolo dulce". Froberius, en 1730, fue el primero en dar a éste compuesto el nombre de "éter" (Di Palma, 1978).

Morton (citado en Gary, 1975), estudiante de Odontología, hacía demostraciones en 1846 en el Hospital General de Massachusetts en Boston acerca de las cualidades del éter como agente anestésico. Cuatro meses después de la demostración de Morton, una firma de manufactura de vidrios en Nueva York diseñó el primer vaporizador de éter.

A finales del siglo XVIII, Hoffman (citado en Schmidh, 1975) volvió a destilar esta mezcla de ácido sulfúrico y alcohol

para formar "Anodyne" (literalmente, medicina que alivia el dolor) siendo éste, el primer nombre comercial del éter. Fue en aquel entonces cuando el éter dietílico se constituyó el primer anestésico general aceptado como agente de utilidad en la clínica.

A principios del siglo XIX el éter junto con el óxido nítrico, gozó de popularidad en reuniones que comenzaron con el propósito científico de demostrar sus efectos anestésicos y que culminaron con demostraciones en la vía pública (plazas y circos) en las que en los denominados "juegos de éter" se ensalzaban sus efectos estimulantes y soporíferos. (Griffenhagen, 1969; Chenoweth, 1977).

Oxido Nitroso:

En cuanto a su historia, el óxido nítrico fue sintetizado por primera vez, en 1776 por Sir Humphrey Davy. Posterior a su síntesis, Davy observó que dicha sustancia tenía la cualidad de ser un intoxicante muy barato y no poseía los inconvenientes del alcohol y en 1779 anunció sus propiedades anestésicas (Schmidt, 1975). Davy en sus fiestas, hizo uso de esta sustancia y hombres famosos tales como los poetas Coleridge, Southey y Robert (autor del Thesaurus) se hicieron conocidos como invitados a sus reuniones. La popularidad del óxido nítrico se incrementó y debido a su bajo costo en relación con el alcohol, muchos hombres incluyendo a Davy pensaron en la puesta al mercado de esta sustancia.

Garner Quincy Colton, (Chaudron, 1977) estudiante de medicina se interesó en la venta de esta droga y se convirtió en un hombre de negocios dando demostraciones de los efectos estimulantes o soporíferos del óxido nitroso o "gas de la risa". Su poster colocado en Hartford, Connecticut en 1844 es ahora famoso:

- "Una gran exhibición de los efectos producidos por la inhalación del óxido nitroso, exhilarativo o gas de la risa", será dada en la Unión Hall esta tarde del martes 10 de Diciembre de 1844.

40 galones de gas serán preparados y administrados a todos aquellos de la audiencia que deseen inhalarlos.

12 hombres jóvenes se han hecho voluntarios para inhalar el gas, todo ello con el fin de comenzar el entretenimiento.

8 hombres jóvenes se han comprometido a ocupár los asientos delanteros con el fin de proteger a aquellos que estén bajo la influencia del gas de herirse a ellos mismos o a otros. En este curso se adopta que el hecho de no estar aprehensivo con respecto al peligro puede ser entretenido. Probablemente nadie intentará pelear. El efecto del gas es hacer de aquellos que lo inhalen reír, cantar, bailar, hablar, pelear, etc. de acuerdo con rasgos de su carácter. Todos ellos parecen estar conscientes lo bastante como para no decir o hacer algo que después pudiera avergonzarlos... (*).

La exhibición dada por Quincy Colton en 1844, dió como resultados una mayor difusión del uso recreacional del óxido nitroso y la adopción de esta sustancia en su profesión por Horace Wells; un joven dentista que durante el espectáculo se ofreció como voluntario y que en su excitación se cayó y se cortó una pierna, encontrando que el óxido nitroso había entumecido su dolor.

Pocos años después William James, (Schmidt, 1975; Chaudron, 1977) un psicólogo de Harvard hizo alusión a las virtudes del óxido nitroso.

Cloroformo:

La historia del cloroformo surge posterior a la síntesis del éter dietílico y del óxido nitroso, como una forma de recreación la cual es el preámbulo del uso de esta sustancia en la práctica médica (Cohen, 1977; Chenoweth, 1977). En cuanto a su síntesis, el cloroformo fue preparado en 1831 por Justus Von Lieberg en Alemania, por Soubeiran en Lyonís y por Guthrie en Nueva York y fue introducido a la práctica médica por Fluorens y por James Sympson (Di Palma, 1978).

Fluorens (Cohen, 1977) después de varios experimentos en los que utilizaba el cloroformo en animales, sugirió su empleo como anestésico y James y Sympson introdujo el uso de esta sustancia en cirugía como una droga anestésica.

El empleo del cloroformo en la práctica médica resultó

ineficaz, ya que en aquella época, se reportaron numerosas defunciones debido a su toxicidad post-anestésica así como envenenamientos ajenos a dicha práctica resultantes de su abuso. Una reevaluación del uso clínico del cloroformo con administración cuidadosa en ausencia de anoxia e hipercapnia, reveló que la toxicidad renal y hepática podía ser evitada aunque se observó paro cardíaco cuando era utilizado de manera inadecuada. Debido a estos inconvenientes y al incremento en la popularidad de otros anestésicos el uso de esta sustancia gradualmente fue disminuyendo.

Tricloroetileno:

La síntesis del tricloroetileno fue efectuada por Fischer en 1864 (Di Palma, 1978). Dentro de los primeros usos que se le dió a esta sustancia, se encuentra su utilización a nivel comercial como solvente para grasas. En aquel entonces, se observó que la sobreexposición de los obreros a los vapores emanados por esta sustancia producía síntomas agudos de náusea, vómito y analgesia en la distribución del nervio trigémino (Schmidt, 1975).

Su introducción a la práctica médica en 1935, se dió después de la observación de los efectos que producía esta sustancia en animales, siendo su primer uso en operaciones menores (Di Palma, 1978). La popularidad del tricloroetileno llegó al máximo cuando se usó como anestésico, en los lesionados de los ataques aéreos a Londres durante la Segunda Guerra Mundial (Di Palma, 1978).

Cloruro de Etilo:

En cuanto al cloruro de etilo como anestésico, Carlson en 1893 (Di Palma, 1978) reconoció sus propiedades anestésicas, al observar la pérdida de conciencia de uno de sus pacientes, el cual, inhaló esta sustancia en el momento en que Carlson le roció las encías para producirle anestesia por enfriamiento antes de la extracción de un diente.

Eter Divinílico:

Atendiendo a la sugerencia hecha por Leake de las posibles ventajas de combinar el etileno y el éter dietílico en una sola molécula, Reugh y Major lograron la síntesis del éter divinílico en 1931 (Di Palma, 1978).

Halotano:

En 1951 Suckling logró la síntesis del halotano. Años más tarde, Raverentos describió la farmacología de esta sustancia en animales y en 1956 Johnstone informó los resultados del primer empleo clínico del halotano en el hombre. El halotano probó tener cualidades de ser anestésico potente y no explosivo (Di Palma, 1978).

1.1.4 EMPLEO DE LAS SUSTANCIAS INHALANTES EN LA PRACTICA MEDICA

El descubrimiento de la Anestesia General, forma parte de los adelantos médicos más grandes de todos los tiempos. Su historia, se remonta a principios del siglo XIX (Di Palma, 1978), con la introducción de los anestésicos por inhalación y continúa hasta nuestras fechas en donde los agentes intravenosos, así como los auxiliares han comenzado a sustituir a los anestésicos por inhalación.

Cabe aclarar, que el presente capítulo hace alusión a los antecedentes históricos de sustancias inhalantes y marihuana, es por esto, que en el presente apartado se hablará solamente de los anestésicos por inhalación ya que solo estos forman parte de las sustancias inhalantes.

Di Palma (1978) menciona que anterior al surgimiento de la Anestesiología, el dolor en las intervenciones quirúrgicas era tratado mediante la aplicación de frío, por compresión nerviosa, o por medio de la administración al paciente de opiáceos y bebidas alcohólicas. Dentro de los primeros anestésicos generales aceptados en la práctica clínica se encontraban el éter dietílico y el óxido nitroso, los cuales eran ampliamente conocidos a nivel "recreacional" en exhibiciones donde se daban a conocer sus efectos estimulantes y soporíferos en los llamados "juegos de éter" y demostraciones de "gases de la risa" (Di Palma, 1978).

Este mismo autor menciona que la inserción del éter dietílico y del óxido nitroso a la práctica médica, comenzó con la utilización de dichas sustancias en la Cirugía Dental y en ex-

perimentos con animales. Menciona asimismo que posteriormente Crawford Long en 1842, extirpó un pequeño tumor del cuello de un tal James M. Venable utilizando al éter dietílico como anestésico. Y que años más tarde J.M. Venable publicaría sus experiencias, las cuales aunadas a la publicación de los eminentes cirujanos, Henry J. Bigelow y John C. Warren sobre las cualidades del éter dietílico en el "Boston Medical" y en el "Surgical Journal" dieron a luz el término "anestesia".

Oí Palma (1978) también menciona que en aquella época, John Snow, conocido médico, junto con Plomley describió los signos y periodos de la anestesia e idearon un tipo semicuantitativo de vaporizador para el éter, publicando sus experiencias en el "London Journal" en 1847. Como resultado de estas publicaciones, Crawford Long en Estados Unidos y James & Simpson en Inglaterra adoptaron el uso del éter en la Anestesia Obetétrica. James Y Simpson, dándose cuenta de los efectos indeseables del éter dietílico, lo sustituyó por el cloroformo. El empleo del cloroformo para el parto del octavo hijo de la reina Victoria, el principe Leopoldo, en 1853, propició la aceptación de esta sustancia como útil agente anestésico en Inglaterra y condujo a la aceptación de la Anestesia General en Obetetricia.

Por último este autor menciona que posterior a la utilización del cloroformo, surgirían otras sustancias inhalantes que también serían utilizadas como drogas anestésicas, siendo su interés científico en una primera instancia, muy relacionado con las teorías acerca del fenómeno de narcosis prevalecientes en

aquella época. Menciona que dicho interés gradualmente se centraría en el estudio del fenómeno de la anestesia como tal, y pasaría de un intento por la obtención del anestésico ideal por inhalación (con el consecuente surgimiento de dichos anestésicos), hasta nuestros días, en que los agentes intravenosos, así como los auxiliares han comenzado a sustituir a los anestésicos por inhalación.

1.1.5 USO CONTEMPORANEO DE LAS SUSTANCIAS INHALANTES

El uso contemporáneo de las sustancias inhalantes ha dado el surgimiento en la industria de una gran diversidad de productos como ejemplo de estos se encuentran: solventes para aceites y grasas, pinturas, barnices, agentes de secado, refrigerantes, diversos limpiadores, etc. Su uso con fines ajenos a la industria, ha dado lugar a numerosas historias en las que el abuso de dichas sustancias juega un papel principal.

A finales de 1950, el fenómeno de la inhalación fue reportado en el Occidente de los Estados Unidos en el periódico Denver Post. Por aquella época en Irlanda el éter era utilizado como un sustituto para el consumo de alcohol. Durante 1960, una amplia variedad de sustancias volátiles comenzaron a ser utilizadas con fines de intoxicación por jóvenes de 13 a 19 años. En aquella época, se dieron a luz numerosas historias en periódicos y revistas en donde el fenómeno de inhalación estaba presente; se repor-

taron casos de jóvenes inhalando entre diversas sustancias gasolina de coches estacionados, propelantes inertes en aerosol, etc. (Schmidt, 1975; Chaudron, 1977).

En la actualidad el uso de sustancias volátiles con fines de intoxicación afecta a diversos países. Dicho fenómeno en su expresión actual, puede ser ubicado mayormente en jóvenes adolescentes del sexo masculino, provenientes de grupos socioeconómicamente bajos y medios y con historias de hogares desintegrados (Cohen, 1977; Puente-Silva, Gómez-Mont, Souza, & Spel, 1979; Castro, Maya & Aguilar, 1982).

1.1.6 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL USO DE LA MARIGUANA

Epoca Antigua:

A través de la historia, se puede ubicar a la cannabis o marihuana, dentro de los primeros enervantes conocidos por el hombre. Nombres tales como: Quonoubou Gunnapu (dado por los asirios), Qanneb (en hebreo), Qannab (en árabe), Quonnab (en persa), Quannab (en celta) y Kannabas (en griego), eran ampliamente conocidos en el siglo VIII antes de nuestra era, como denominaciones de esta droga (Grinspoon, 1973).

Asimismo en la antigüedad, era ya bien conocida la diferenciación entre la cannabis (planta de cáñamo) y sus productos (marihuana y hashish). Su origen aunque hipotético, parece remontarse a la India, y está ampliamente relacionado con el mis-

terio de la "planta soma", la cual llevada al norte de esta población hace unos 3 500 años por los invasores arios, era utilizada como un enervante divino, en ceremonias en donde dicha planta fue cantada en más de un millar de himnos del Rig-Veda, uno de los más antiguos escritos del hinduismo (Griffenhagen, 1969; Grinapoon, 1973).

A la ambrosía de los Dioses del Olimpo, corresponde en la mitología hundú, el amrita, brebaje de inmortalidad, el cual no sería más que una decocción de hashish. Dentro de esta mitología, se encuentra que la planta de cáñamo era transformada en néctar por los dioses y era la bebida favorita de Indra, rey de los dioses de los antiguos pobladores de la India.

En cuanto al uso de la cannabis en las culturas musulmanas, de Marco Polo proviene el siguiente relato que trata de la historia del líder religioso Haeen-Ibn-Sabbah (quien vivió en el siglo XI) y de sus seguidores: Hasan-Ibn-Sabbah, mejor conocido como el "anciano de la montaña", provenía de una eminente familia de Arabia. Recibió una buena educación en Egipto, dedicándose en un principio a ser misionero religioso. Trae de algunos años, cambió su orientación y reunió a una serie de hombre jóvenes a su servicio, los adiestró como un ejército y tuvo éxito en la captura de numerosas fortalezas, utilizando la religión y la filosofía como herramientas políticas y militares. Fue ampliamente conocido por haber refinado el asesinato hasta transformarlo en un arte. Haeen-Ibn-Sabbah, después de hacer dormir a los jóvenes a su servicio mediante la ingestión de grandes cantidades

de hashish, los recluía en una fortaleza con bellos jardines que el mandó a construir especialmente para ello, son múltiples los relatos de las diversas sensaciones que dichos jóvenes tenían al despertar en los jardines de Hasan. Tomando como punto de partida el relato anterior, muchos filólogos, parecen estar de acuerdo en que el concepto de asesinato deriva de Hasan-Ibn-Sabbah. Otros sin embargo, discuten entre ellos si la palabra asesinato deriva de Hasan o de hashie. Otros, sostienen que la palabra hashish deriva de Hasan (Griffenhagen, 1969; Snyder, 1975).

Las propiedades medicinales de la cannabis eran ya bien conocidas en la antigüedad. Sus propiedades analgésicas eran nombradas hace miles de años por el médico chino Hoa-Gho, quien mezclaba la resina con el vino. Este preparado denominado ma-yo, era utilizado como anestésico para controlar el dolor durante las operaciones quirúrgicas (Snyder, 1975).

La cannabis era ampliamente conocida por los escitas, por sus propiedades narcóticas, quienes según Herodoto, gritaban de gusto en el baño de vapor, lo cual era provocado por el cáñamo que se echaba sobre las piedras calientes. Dicha planta se utilizó en China hace unos seis mil años, durante el periodo neolítico (como lo constata la prueba del carbono 14). La evidencia lingüística indica que los caracteres chinos, más: cannabis, datan de hace unos tres mil años y que años después se utilizaron para significar la insensibilidad o aletargamiento, lo cual indica, que las propiedades sedantes de la planta eran ampliamente conocidas por los chinos (Knab, 1979).

En el año 500 d. de J.C., el uso medicinal de la cannabis estaba ampliamente difundido en Europa, y médicos islámicos la recetaban para combatir diversas enfermedades.

La cannabis además de sus propiedades intoxicantes y sus usos medicinales, era ampliamente conocida en la antigüedad por sus propiedades afrodisiacas y por sus usos en la fabricación de vestimenta (Griffenhagen, 1969).

Los herboristas, antiguos conocedores de estas propiedades, establecieron bajo qué influencias astrales debía prepararse la cannabis para producir el efecto óptimo. Ellos sugirieron, que la cannabis debe recogerse bajo los signos de Escorpión, Sagitario y Capricornio o sea del 24 de octubre al 21 de enero (Brau, 1973).

Epocas Media y Moderna:

Durante la Edad Media, se pueden encontrar múltiples referencias que aluden a la cannabis o mariguana en "Las mil y Una Noches", también conocido como "Los Cuentos de Scherezade", una colección de cuentos folklóricos recopilados entre los años 1000 y 1 700 aproximadamente (Snyder, 1975).

En cuanto a su nombre; este fue dado en 1753 por Línneo, quien nombró cannabis sativa al cáñamo indio y dió un paso fundamental a la introducción de esta droga, en la literatura botánica moderna (Grinspoon, 1973).

En 1940 fueron aislados los elementos psicoactivos que posee la cannabis y en 1966 fue sintetizado el tetra-hidro-cannabinol (THC). (Griffenhagen, 1969).

Su introducción en Europa fue llevada a cabo probablemente por los soldados de Napoleón a su retorno de Egipto (Snyder, 1975). En cuanto a su introducción en América existen versiones de que fue traída por los negros en el siglo XVIII o que fue introducida alrededor de la mitad del último siglo por los barcos que vinieron de las Filipinas (Belsasso, 1974).

En el siglo XIX la cannabis era objeto de múltiples usos de carácter medicinal: El médico irlandés W.S. O'Shaughnessy, conocido por la extensa revisión que hizo de los usos de la cannabis en la medicina hindú a lo largo de los 900 años precedentes y por la publicación de un artículo de 49 páginas sobre la droga en Transaction of the Medical Society of Bengal (Memorias de la Asociación Médica de Bengala), recomendaba su uso como analgésico, relajante muscular y anticonvulsivo. Otros usos importantes dados por la cannabis en el siglo XIX comprenden: el alivio del dolor en especial el de carácter neurálgico, su indicación en los espasmos menstruales, el asma, la angina, el insomnio, la jaqueca, el retiro de opiáceos, el alivio del dolor de carácter funcional o sea aquél que se ve agrabado por elementos psicósomáticos o emocionales y el control de hemorragias (Snyder, 1975).

El uso médico de la cannabis cayó en desuso por varios motivos, dentro de éstos se encuentran el rendimiento variable de las diversas cosechas de la droga debido a la distinta cantidad de -THC- contenida en diferentes plantas, su insolubilidad que no permitía que fuese inyectada, su tardanza en actuar posterior a

su ingestión y el surgimiento de nuevos analgésicos sintéticos como la aspirina y nuevos tranquilizantes y somníferos como los barbitúricos y el hidrato de cloral.

En cuanto a su uso medicinal, las propiedades sedantes de esta droga eran conocidas por los primeros conquistadores españoles. Es probable, que la introducción de la cannabis como intoxicante haya precedido a su cultivo con fines de extraer su fibra (Snyder, 1975).

En México la cannabis fue bautizada con el nombre de marihuana. En cuanto al consumo de esta droga con fines recreativos, se puede observar que dicho consumo probablemente se remonta a finales del siglo XVI y a principios del siglo XVII. Por otra parte, se puede observar que el consumo de la cannabis en México está integrado a un contexto cultural, siendo empleada a nivel ritual por tres grupos indígenas: los tepehuas, los tepecanos y los otomíes. En múltiples ceremonias rituales, los tepehuas denominan a la cannabis, "Santa Rosa" y practican su cuidado, los tepecanos la utilizan como sustituto del peyote y los otomíes la denominan al igual que los tepehuas y la integran a una serie de ceremonias rituales en donde el brujo otomí, acude a esta planta en ceremonias de carácter curativo para definir la causa de una enfermedad (Knab, 1979).

Por último, en relación a los países americanos, se encuentra que el uso de la marihuana es reciente; por el año de 1900, la marihuana fue introducida a los Estados Unidos de Norteamérica por trabajadores mexicanos y su consumo se proliferó

primero en Nueva Orleans, para pasar rápidamente a todos los Estados de Norteamérica (Griffenhagen, 1969; Puente-Silva et al. 1979).

1.2 DESCRIPCION Y CLASIFICACION DE LAS SUSTANCIAS INHALANTES Y MARIGUANA.

1.2.1 INTRODUCCION

Dentro de las drogas de abuso se encuentran dos grandes grupos (los estimulantes y los depresores), los cuales difieren por el efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976; Uriarte, 1983).

Los estimulantes son un grupo de sustancias que aumentan el estado de alerta, disminuyen la sensación de fatiga, aceleran el estado de ánimo, incrementan la iniciativa, la confianza, la capacidad de atención y concentración y las actividades motora y verbal. A su vez los depresores se caracterizan fundamentalmente por retardar la actividad mental.

Dentro de los estimulantes que pueden producir farmacodependencia se encuentran a las anfetaminas, a la cocaína y a los alucinógenos. Dentro de estos últimos, se encuentran la marihuana, al LSD, la mezcalina y la psilocibina.

A su vez dentro de los depresores que pueden producir farmacodependencia se encuentran el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, la morfina y sus derivados; heroína y codeína, y por último las sustancias inhalantes.

En el presente apartado, se efectuará una breve descripción de cómo son las sustancias inhalantes y la marihuana, con el fin de conocer mejor estas sustancias en términos de su definición, clasificación, utilización y métodos de administración.

A su vez, a nivel expositivo, se describirá en el presente capítulo a las sustancias inhalantes y marihuana, dejando en forma de anexo al final de este trabajo (ver anexo 1), una breve descripción de cada una de las drogas que ejercen un efecto estimulante sobre el Sistema Nervioso Central y de aquellas que ejercen un efecto depresor sobre este Sistema.

1.2.2. SUSTANCIAS INHALANTES

Definición

Bajo el rubro de sustancias inhalantes y solventes industriales, se incluye una gran diversidad de productos utilizados en la industria, en la práctica médica, en el hogar y con propósitos de intoxicación. Dichos productos en sí mismos poseen una composición química muy variada dentro de la cual se encuentran una serie de compuestos volátiles. La naturaleza eminentemente volátil de estas sustancias, es lo que hace que se puedan consumir como drogas de abuso mediante su inhalación.

Al hablar de estas sustancias se consideran una serie de solventes orgánicos eminentemente tóxicos que producen un efecto psicotrópico en el organismo. Estos forman un grupo especial de

depresores del Sistema Nervioso Central; debido a ello actúan como verdaderos anestésicos y/o narcóticos (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976; Uriarte, 1983; Ortiz, Caudillo, 1984).

Por otra parte, las sustancias consideradas como sustancias inhalantes dentro del territorio nacional de acuerdo al Diario Oficial (15-I-1981; pp. 22-24) son las siguientes:

1. "Materias primas que se utilizan en la industria, ya sea en forma aislada o en combinación, cuya inhalación produce o puede producir efectos psicotrópicos:

a). Hidrocarburos: benceno, tolueno, hexano, heptano.

b). Hidrocarburos clorados: percloroetileno, tetracloruro de carbono, tricloroetano, cloruro de metilo, cloruro de amilo, dicloro propileno, 1, 2- dicloroetano, tetracloroetano, monoclorobenceno.

c). Esteres: formiato de butilo, acetato de metilo, acetato de etilo, acetato de amilo.

d). Cetonas; acetona, metil-etil-cetona, isoforona.

e). Alcoholes: metanol

f). Esteres de uso industrial: dicloro-etil-éter, celosolve, metil celosolve, di-metil celosolve, butil celosolve, carbitol, metil carbitol, di-etil carbitol, butil carbitol.

2. Productos terminales, que contengan disolventes orgánicos, cuya inhalación produce o puede producir efectos psicotrópicos:

a). Adalgazadores de todo tipo (incluyendo thinneres).

b). Adhesivos: pegamentos (cementos) para la industria del calzado, pegamentos (cementos) para modelismo, pegamentos (cementos) para el parchado de cámaras de llantas, pegamentos (cementos) de contacto.

c). Aerosoles ("sprays") para el pelo

d). Removedores y barnices que contienen cetonas.

e). Tintas para el calzado

f). Desmanchadores para textiles, cueros y plásticos.

Utilización:

La multiplicidad de usos que tienen las sustancias inhalantes hace que sean ampliamente utilizadas en la industria, en el hogar y en medicina (industria farmacéutica).

Su utilización ajena a dichos fines, resulta en el consumo de éstas, con fines de intoxicación. Sin embargo, cabe señalar que dicha intoxicación además de ser de carácter voluntario (utilización de las sustancias inhalantes como droga de abuso), lo es también de carácter involuntario (al tener contacto con ellas cuando se realiza una actividad profesional, tal es el caso del pintor que trabaja con thinner).

Dentro de los diversos usos dados a las sustancias inhalantes en la industria y en el hogar se encuentran los siguientes (Cohen, 1976):

- a). "Tolueno y Xileno: cemento plástico, pegamento de aviones y thinner para barnizar.
- b). Acetona: removedor de esmalte para uñas y cemento para modelismo.
- c). Gasolina: combustible para motores.
- d). Benceno: cemento de caucho, líquido limpiador y equipo de reparación de caños.

- e). Nafta: combustible para encendedores
- f). Hexano: cemento plástico
- g). Tetracloruro de carbón: quita manchas, lavado en seco
- h). Tricloroetileno: removedor de grasa, lavado en seco y refrigerante.
- i). Tricloroiofluorometano y diclorodifluorometano: aerosoles y refrigerantes".(e).

En cuanto a sus usos en medicina (industria farmacéutica), se encuentran los siguientes:

- a). Halotano, éter dietílico, tricloroetileno, éter divinílico, óxido nítrico, ciclopropano y etileno entre otros: como anestésico.
- b). Cloroformo y cloruro de etilo: como anestésico en menor grado debido a su alta toxicidad y gran inflamabilidad.
- c). Freones: en propulsores de ciertos líquidos y polvos medicinales, por ejemplo, broncodilatadores (nitrilo de amilo para el tratamiento de la angina de pecho entre

otros) y preparaciones contra quemaduras (Di Palma, (1978).

Clasificación:

Como se observó anteriormente, las sustancias inhalantes forman parte del grupo de depresores del Sistema Nervioso Central. Dichas sustancias pueden clasificarse a su vez de la siguiente manera (Cohen, 1977):

1. Hidrocarburos alifáticos y aromáticos:

Hexano

Nafta

Destilados del petróleo

Gasolina

Benceno

Xileno

Tolueno

2. Hidrocarburos halogenados:

Tricloroetileno

1,1,1, tricloroetano (metil cloroformo)

Tetracloruro de carbono

Dicloruro de etileno---Ethylene dichloride

Cloruro de metileno--methylene chloride

Cloroformo

Halotano

Freones:

Triclorofluorometano (FC 11)

Diclorofluorometano (FC 14)

Crio fluorano

Diclorotetrafluorometano (FC 12)--dichlorotetrafluoromethane.

3. Nitratos alifáticos:

Nitrato de amilo

Nitrato de isobutilo

4. Cetonas:

Acetona

Ciclohexanona

Metil etil cetona

Metil butil cetona

Metil amil cetona

5. Esteres:

Etil acetato de etilo--ethyl acetate

Acetato de amilo--amyl acetate

Acetato de isobutilo--butyl acetate

6. Alcoholes:

Alcohol metílico

Alcohol isopropilo

7. Glicoles:

Methyl cellulose acetate
Etilenglicol--ethyleneglycol

8. Eteres

9. Gases:

Oxido nitroso

Métodos de Administración:

Como drogas de abuso, las sustancias inhalantes son consumidas por el usuario fundamentalmente por medio de la inhalación y solo en raras ocasiones por vía oral. Dentro de la práctica de la inhalación dichas sustancias son consumidas empleando diversos métodos. Los métodos de administración utilizados en dicha práctica, tienen como fin primordial lograr la máxima concentración del inhalante y dentro de lo posible ocultar el hábito de la inhalación (Torres-Ruiz, 1976).

Por otra parte, dentro de los métodos ideados con este fin se encuentran como más usuales los siguientes (Wilde, 1974; Schmidt, 1975; Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976; Barnes, 1979):

- a). La sustancia de uso se vierte en un trapo; este se comprime. Posteriormente a ello, el usuario coloca el trapo sobre la nariz y/o la boca e inhala la sustancia nasal y

oralmente. El realizar un movimiento parecido al de inflar tienen un efecto más rápido, debido a que el volumen de vapor inhalado es mayor.

- b). Se coloca la sustancia en una bolsa de plástico y se inhala la emanación o vapor que despiden esta sustancia.
- c). Se inhala la sustancia directamente de su envase.
- d). El usuario vierte la sustancia en diversos objetos que disimulen dicha práctica, tales como la mitad de una naranja (se inhala la sustancia mientras se simula tomar el jugo), tubos inhaladores para las molestias de la gripe (tales como el inhalador "Vic"), etc.

A su vez, dentro de la práctica de la inhalación se pueden encontrar métodos eminentemente sofisticados los cuales incluyen:

- a). Calentar la sustancia antes de ser inhalada, con el fin de obtener concentraciones más altas de vapor.
- b). Usar el principio de dispersión para distribuir la sustancia de uso sobre un tazón amplio.
- c). Utilizar rociadores de perfume para verter la sustancia en una bolsa de plástico o directamente sobre la boca.

- d). Llenar una tina con thinner u otra de las sustancias inhalantes y cerrar la puerta del baño, para así proceder a su inhalación, etc.

Razones de uso:

Las sustancias inhalantes, poseen determinadas características que hacen que el usuario las prefiera en relación con otros intoxicantes. Dentro de dichas características cabe enumerar las siguientes:

- a). Su bajo costo: factor que es un elemento muy importante en el proceso de selección de una sustancia. Las sustancias inhalantes son muy baratas, lo que las hace accesibles a todo tipo de personas incluyendo aquellas pertenecientes a niveles socioeconómicamente bajos (Cohen, 1977).
- b). Accesibilidad: debido a su multiplicidad de usos, las sustancias inhalantes pueden ser encontradas en diversos lugares. En cuanto a su venta, existe un cierto tipo de control hacia la compra de ciertos productos por menores de edad, pero en lo general dichas sustancias son fáciles de adquirir por la gente joven (Medina-Mora, & Castro, 1984).

- c). Empaque conveniente: el tipo de empaque en el que son puestas al público las sustancias inhalantes tiene la ventaja de poderlas guardar en el lugar que se prefiera y de poder disimular su consumo.
- d). Estimulación del estado de ánimo: las sustancias inhalantes producen en los usuarios una sensación de euforia y un bloqueo de los elementos no placenteros de la vida cotidiana.
- e). La naturaleza de la intoxicación: la vía de acceso (mediante inhalación) de estas sustancias al organismo, da como resultado una aparición más rápida de los efectos. La sustancia se absorbe directamente por la boca y/o nariz, pasa por la vía gastrointestinal y por el hígado y es transportada directamente al cerebro.
- f). El aspecto legal: el poseer estas sustancias es un hecho aceptado legalmente. Aunque este factor no se considera importante dado que muchos de los usuarios de sustancias inhalantes también lo son de otras sustancias no aceptadas legalmente, este factor, incrementa la accesibilidad de los usuarios a este tipo de sustancias (Cohen, 1976; Cohen, 1977; Cohen, 1977).

1.2.3 MARIGUANA

Definición y Descripción:

La marihuana, droga con propiedades psicoactivas es obtenida de la planta del cáñamo. En cuanto a su clasificación, existen controversias con respecto al hecho de su pertenencia o no a un grupo especial -los alucinógenos-.

"Los alucinógenos, también llamados drogas psicotrópicas o psicodislépticas, son drogas que desencadenan las alteraciones que caracterizan a las psicosis (principalmente la esquizofrenia), tales como ideas y percepción delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento, del afecto y del yo (despersonalización, desrealización, etc.)" (Uriarte, 1993) (9).

Las controversias existentes con respecto a su clasificación, son debidas a que solo con grandes dosis de esta droga, se pueden alcanzar efectos de tipo alucinógeno (productores de alucinaciones). Su ingrediente activo es el Delta-9-tetrahidrocannabinol (también llamado Delta-9-THC) y es al que se le atribuyen los principales efectos psicoactivos de esta droga (O'Brien, Josseau, Kalant, Y Single, 1980).

Grinspoon (1973) menciona que la planta del cáñamo fue bautizada por Linneo en 1753 con el nombre de cannabis sativa.

Este mismo autor menciona que en cuanto a su descripción botánica, esta planta de la que proviene la marihuana, es una planta de tipo herbácea, dióica, perteneciente a la familia de las cannabáceas. El género cannabis comprende una sola especie,

la cannabis sativa (L), en la que se incluyen muchas variedades o razas. También menciona que la planta está compuesta por un tallo el cual es erguido y hueco, y que de él salen ramas que son cortas, frágiles y muy ásperas. Las hojas son lanceoladas, cerradas, desiguales y se despliegan radialmente en forma de abanico rodeando el tallo. Son de color verde obscuro y en cierta forma se asemejan a las hojas de la flor de pascua. La planta posee un pie masculino y uno femenino, siendo el primero el que se marchita después de florecer y fecundar al segundo. Los compuestos químicos a los que se atribuyen los efectos enervantes de la cannabis provienen de una resina pegajosa de color oro que exudan las flores del pie femenino durante los periodos más calurosos de su temporada de crecimiento, y que también se encuentran en las hojas y tallos adyacentes. Una vez que la planta alcanza su plena madurez se convierte en una planta muy frondosa. Sus flores masculinas son de color verde amarillento o púrpura, mientras que las femeninas se dan en forma de racimo. Las semillas se dan en la parte más alta de la planta así como el fruto el cual es el cáñamón. Por último, este autor menciona que la potencia o fuerza de la cannabis o planta del cáñamo, se encuentra en íntima conexión con cierto número de factores a saber: el clima y el suelo en los que la planta crece (los terrenos secos de tierra suelta son los mejores si se desea la obtención del enervante), el tiempo de su cosecha así como el método utilizado, y la parte

de la planta de la cual se obtiene (un preparado proveniente de la resina de la planta denominado hashish, es varias veces más potente que la marihuana en sí).

Oriunda de la zona templada del Asia Central, la marihuana puede desarrollarse en todos los sitios del mundo en donde exista un clima templado, pero se le encuentra sobre todo en Africa, la India, Medio Oriente, Estados Unidos y muy especialmente en México (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

A su vez, la planta de cáñamo es apreciada por sus diversos productos dentro de los cuales se encuentran: la marihuana (en cuya preparación se utilizan las hojas de la planta), el hashish (extraído de la resina y de las flores secas y prensadas) y el aceite de marihuana (Zax, y Cowen, 1979).

Clasificación

Como se observó anteriormente, la marihuana pertenece al grupo de depresores encontrándose a su vez ubicada dentro de las drogas de tipo alucinógeno (debido a que en dosis fuertes es productora de alucinaciones).

Por otra parte, dentro de los componentes principales de esa droga se encuentran los siguientes: ácido cannabidiólico, cannabidiol, Delta-trans-tetrahidrocannabinol, Delta 6-trans-tetrahidrocannabinol, cannabinol, cannabigerol, cannabicromeno (Grinapoon, 1973).

Métodos de Administración

La marihuana se consume fundamentalmente en forma de cigarrillos, ya sea sola o combinada con tabaco (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

El usuario al preparar sus propios cigarrillos, estira los extremos del papel al que previamente llenó de marihuana, lo enrolla y entonces dobla los extremos de éste para evitar que la marihuana se salga. En otras ocasiones, extrae el tabaco de un cigarrillo y lo rellena con marihuana. Con el fin de aumentar el efecto de la droga, el usuario humedece el cigarrillo preparado por él con un aceite denominado aceite de marihuana.

La marihuana también se consume, masticando sus hojas, fumada mediante pipas y dentro de diversas preparaciones alimenticias en las que se encuentran pastillas y dulces.

1.3 EFECTOS EN EL ORGANISMO PRODUCIDOS POR EL CONSUMO CRONICO O A LARGO PLAZO DE SUSTANCIAS INHALANTES Y MARIGUANA.

1.3.1 INTRODUCCION

En el presente apartado, se pretende presentar una breve descripción de las alteraciones producidas en el organismo por el consumo crónico, es decir, a largo plazo de las sustancias inhalantes y marihuana.

Para lograr dicho objetivo, se hablará en este capítulo de aquellas alteraciones de índole neuropsicológica y psicopatológica. En el anexo 2, el lector podrá encontrar una descripción de los otros tipos de alteraciones.

1.3.2 ALTERACIONES NEUROPSICOLOGICAS Y PSICOPATOLOGICAS DE LAS SUSTANCIAS INHALANTES.

INTRODUCCION

Por lo general, es común encontrar dentro de la práctica de la inhalación, que el usuario humedece una estopa o un pedazo de tela con la sustancia inhalante escogida con el fin de aspirar sus vapores (Medina-Mora, 1984).

Las sustancias inhalantes producen un efecto de tipo depresor sobre el Sistema Nervioso Central, que se caracteriza por la presencia de conductas desinhibidas, sueño, estupor o coma, excitación, sentimientos de grandeza, temblores, sensación

de flotar en el aire, distorsiones perceptuales y algunas veces efectos alucinatorios, náusea y vómito, discurso incoherente y verborrea, taquicardia y depresión respiratoria (Prockop, 1977).

Los efectos alcanzados a través de estas sustancias desaparecen aproximadamente en 15 minutos, y ocasionan generalmente, que el usuario repita la intoxicación con el fin de alcanzar los efectos producidos por la sustancia durante horas (Medina-Mora, 1984).

Las sustancias inhalantes producen por otra parte, el desarrollo de una tolerancia, la cual hace que el usuario vaya incrementando la dosis inicial con el fin de alcanzar el efecto obtenido durante las primera experiencias (Torres-Ruiz, 1976).

Asimismo, se ha observado que estas sustancias producen el desarrollo de una dependencia sobre todo de tipo psicológico. En relación con el desarrollo de una dependencia física a la droga, cabe aclarar que los síntomas de abstinencia (excitabilidad, inquietud, ansiedad, cefalea, dolores abdominales y musculares entre otros), es decir, aquellos que aparecen cuando el usuario suspende abruptamente el consumo de la sustancia inhalante de preferencia, solo se han observado en algunos casos (Torres-Ruiz, 1976; Ortiz, 1986).

1.3.2.1 EFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS

Sistema Nervioso:

Las sustancias inhalantes producen una depresión generalizada del Sistema Nervioso Central, que depende de la cantidad de droga consumida. Sus efectos depresores a nivel de la sinapsis tanto en el encéfalo como en médula espinal ocasionan la relajación muscular que experimenta el usuario de estas sustancias (Berry, Heaton, & Kerbin, 1977).

Cohen, (1975) (citado en Ortiz et al. 1984) considera que la solubilidad lipídica que poseen estas sustancias es la causante de esta depresión ejercida sobre el Sistema Nervioso Central por daños en la transmisión neuronal debido a los cambios producidos en la permeabilidad de la membrana.

Por otra parte, la inhalación deliberada o accidental de sustancias que contengan hidrocarburos volátiles por un periodo prolongado de tiempo puede ocasionar daños periféricos y otro tipo de daños en el Sistema Nervioso Central. Dentro de estas afecciones las neuropatías periféricas pueden llegar a ocasionar en el individuo tanto paraplejas como la muerte (Prockop, 1977).

Alteraciones a Nivel Cerebral:

Diversos estudios señalan la existencia de algún tipo de daño cerebral resultante del consumo a largo plazo de sustancias inhalantes (Couri, Abdel-Rahman, 1977; Gary, Brian, 1984; Ortiz et al. 1984). En relación con la sustancia tolueno, diversos estudios hablan de la existencia de daño cerebral.

Knox., & Nelson en 1966, (citado en Couri et al. 1977), realizaron un estudio en el cual observaron a un paciente que había utilizado como única sustancia de consumo al tolueno, por un periodo de 14 años y encontraron la existencia de daño cerebral difuso permanente con atrofia cerebral. Asimismo Grabski en 1961 (citado en Couri et al. 1977), observó a otro paciente consumidor exclusivo de esta sustancia durante años. En él encontró, una lesión degenerativa en los lóbulos laterales del cerebro.

Por otra parte Korman en 1980 (citado en Ortiz et al. 1984), considera que existe una relación entre el consumo de inhalantes (especialmente gasolina) y daño cerebral. Valpeyey et al., (1984) (citado en Gary et al. 1984), consideran que el consumo a largo plazo de gasolina es el causante de una encefalopatía irreversible caracterizada por la presencia de demencia y ataxia cerebral. Considera que el plomo que contiene la gasolina es el causante de los deterioros intelectuales de tipo irreversible.

Arlier-Soborg, et al. en 1979, (citado en Arlier-Soborg, Henriksen, Gade, Gyldensted, Paulsen, 1982) encuentran asimismo la presencia de una encefalopatía tóxica crónica en trabajadores

expuestos por largo tiempo a diversos tipos de sustancias inhalantes. Los síntomas descritos en esta enfermedad son: empeoramiento de la memoria, fatiga, cambios en la personalidad, dolor de cabeza, mareo e impotencia sexual. La mayoría de las veces dichos síntomas son precedidos por episodios recurrentes de síntomas agudos de intoxicación pre-narcótica.

Por otra parte, existen diversos estudios cuya finalidad consiste en medir el fluido cerebral de los usuarios de sustancias inhalantes. Uno de estos estudios emprendido por Risberg J.L., y Hagstadius (1983), en el cual utilizaron dentro de su muestra a 50 trabajadores de una fábrica que habían estado expuestos a una mezcla de solventes orgánicos durante 18 años. Igualándolos con sus controles encontrando mayores diferencias en las áreas frontotemporales en el grupo expuesto a estas sustancias. Sus resultados sugieren evidencias de disturbios en el fluido sanguíneo cerebral y en la función cerebral relacionadas con la influencia de solventes orgánicos.

Estudios Efectuados a Través de la Aplicación de un Electroencefalograma:

Los estudios que relacionan el consumo de sustancias inhalantes con alteraciones en el electroencefalograma permanecen inconclusos. Además de esto, dichos métodos no han demostrado evidencias concluyentes de alteraciones en el Sistema Nervioso Central (Alcaraz, Díaz de León, Martínez, 1983).

Dentro de los estudios en los que no se han encontrado cambios electroencefalográficos significativos relacionados con el consumo de estas sustancias, se encuentran aquellos efectuados por Andersen., y Kaada 1953 (citado en Alcaraz, 1983), en sujetos usuarios de butil acetato, en los que no encontraron cambios significativos en el EEG y aquellos efectuados por Alcaraz., Díaz de León, y Martínez Valladares, en 1983, en usuarios de thinner de 14 a 19 años los que en su mayoría registraron la presencia de un electroencefalograma normal.

Sin embargo, existen estudios que hablan de ciertas alteraciones en los electroencefalogramas de usuarios de sustancias inhalantes. Seppalainen, Harkenen., y Rosén et al. en 1976 y 1978 (citados Risberg et al. 1983 y Johanson, Ben-Menachem, Ekberg, Wikkelson, Fahrenkrug, 1984) obtuvieron resultados que varían de un incremento en la actividad de ondas alfa a un incremento en la ocurrencia de la actividad beta. A su vez Brozovadki., y Winkler en 1965 (citado en Berry y cols. 1977), encontraron evidencias de signos paroxísticos tras la supresión de inhalantes los cuales

permanecieron un tiempo en el trazado de los usuarios antes de normalizarse este trazado. Por otra parte, Alcaraz., Díaz de León, y Martínez Valladares, (1983), encontraron alteraciones electroencefalográficas en niños de 7 a 12 años de edad usuarios de thinner, entre las que figuran un incremento de ondas tetha en las áreas temporales y frontales y presencia de ondas lentas y de un trazado disrítmico.

Estudios Efectuados a través de la Aplicación de Pruebas Psicológicas:

Se hace importante mencionar que el tejido cerebral debido a la sensibilidad extrema que lo caracteriza, ocasiona que el cerebro sea más vulnerable al daño que cualquier otro elemento histológico orgánico. Por ser el cerebro la base de las funciones mentales existe la suposición de que cualquier lesión cerebral dá como resultado un déficit psicológico (Ortiz et al. 1984).

Durante los últimos 40 años diversos investigadores han comprobado la utilidad de las pruebas psicológicas para investigar los efectos del daño cerebral producidos por las sustancias de abuso.

Luria (1969) (citado en Ortiz et al. 1984), considera que el problema del diagnóstico del daño cerebral puede ser resuelto a través de una Teoría Neuropsicológica en la que se utilicen una serie de métodos psicológicos especiales. Dicho autor, considera la existencia de una interrelación entre cada función psicológica

con un complejo sistema funcional el cual es el resultado de una constelación de procesos sucesivos y simultáneos de varias zonas corticales. Por lo tanto, el paradigma que suponía que a cada área del cerebro correspondía una función determinada no es exacto lo cual explicaría fenómenos tales como la reversibilidad del daño.

Diversos estudios en los cuales se han aplicado baterías de pruebas psicológicas a sujetos inhaladores, hablan de la presencia de déficits cognitivos.

Korman, en 1977 y 1980 (citado en Ortiz et al. 1984; Castro, Ortiz, Caudillo, Chávez, 1985), aplicando la batería de Halstead-Reitan a sujetos inhaladores encontró la presencia de deterioros en la memoria y en la concentración así como dificultades perceptuales y motoras. En México, Ortiz y Caudillo, en 1982 y 1984 (citados en Medina-Mora y Castro, 1984), han aplicado esta batería a diversas poblaciones tanto abiertas como cerradas (reclusorios) de usuarios de sustancias inhalantes y han encontrado la presencia de problemas de tipo afásico tales como dispraxia de delecteo, discalculia, dificultades de orientación espacial sin el apoyo visual, alteraciones en la abstracción y en la formación de conceptos, así como menores rendimientos en las habilidades que implican control motor fino y atención, confusión y trastornos en la memoria.

Berry en 1977 (citado en Ortiz et al. 1984), aplicando una batería de tests que incluyen medidas de personalidad, inteligencia, atención, ejecución táctil y funciones sensoriales en-

contró la presencia, en los usuarios de sustancias inhalantes, de alteraciones en la conceptualización, incapacidad para retener el material aprendido recientemente y perturbaciones visuales y motoras transitorias del sentido del tiempo. Asimismo encontró que los usuarios de estas sustancias presentan mayores dificultades en el pensamiento, así como un juicio relativamente más pobre y sentimientos de enajenación social que se manifiestan en la desconfianza hacia los demás.

Por último, Grandjean., et al. en 1950 (citado en Lidstrom, 1982), mediante la aplicación de pruebas psicológicas a una muestra de 50 trabajadores que habían sido expuestos al tricloroetileno por un periodo de un mes a 15 años, encontraron que 15 de ellos desarrollaron un psicosisíndrome orgánico caracterizado por alteraciones en la memoria, dificultades para entender y cambios en el estado de ánimo. Cabe aclarar que en solo 9 de los casos, los investigadores consideraron a esta sustancia como la única causa del desarrollo de este síndrome.

Se puede concluir que las sustancias inhalantes producen diversas alteraciones neuropsicológicas. Dichas sustancias sobre todo las que contienen hidrocarburos volátiles, producen una depresión generalizada en el Sistema Nervioso Central, con daños periféricos en este Sistema que pueden llegar a ocasionar tanto paraplejas como la muerte del usuario (Berry, et al. 1977; Ortiz et al. 1984). Los estudios relacionados con las alteraciones a

nivel cerebral que producen estas sustancias, señalan la existencia de diversas alteraciones entre las que se encuentran: daño cerebral difuso permanente con atrofia cerebral, lesiones degenerativas de los lóbulos laterales del cerebro, encefalopatías de tipo irreversible con la presencia de demencia y ataxia cerebral así como encefalopatías de tipo tóxico crónica (Coury 1977; Arlier-Soborg et al. 1982; Gary et al. 1984).

Por otra parte, dentro de los estudios en donde se han aplicado pruebas psicológicas a los usuarios de sustancias inhalantes se ha encontrado la presencia de: diversos deterioros en la memoria y en la concentración, en donde existen alteraciones en la abstracción y en la formación de conceptos e incapacidad para retener el material aprendido recientemente, entre otros, dificultades perceptuales y motoras, problemas de tipo afásico (dispraxia del deletreo, discalculia, dificultades en la orientación espacial sin el apoyo visual), menores rendimientos en las habilidades que implican control motor fino y atención, perturbaciones visuales y motoras transitorias del sentido del tiempo, confusión y cambios en el estado de ánimo (Ortiz et al., 1984; Medina-Mora, et al. 1984; Castro et al. 1985).

1.3.2.2 EFECTOS PSICOPATOLOGICOS

Se ha formulado la hipótesis de que el consumo crónico de sustancias inhalantes hace que el usuario presente un retraimiento social progresivo. Por otra parte, se considera que este retraimiento perdura mientras el usuario utiliza estas sustancias por largos periodos de tiempo, sin embargo los autores no mencionan que se haya comprobado esta hipótesis (Korman, Trim-boli, Semler, 1977).

En relación al daño psicológico que producen estas sustancias se ha observado que los usuarios presentan problemas de personalidad significativos. Asimismo se ha observado que los usuarios presentan como rasgos comunes de personalidad: apatía, variaciones en el estado de ánimo, depresión y pensamientos paranoides (Ortiz, 1986).

Press., & Done (1967) (citado en Korman et al. 1977), consideran que en el usuario de estas sustancias existe una grave alteración del juicio y de la percepción de la realidad. Por otro lado, algunos investigadores han reportado una psicosis modelo tóxica, asociada con la inhalación de estas sustancias (Berry et al. 1977).

1.3.3 ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS DE LA MARIJUANA.

INTRODUCCION

Los efectos producidos sobre el organismo por el consumo de marihuana, varían según la dosis y el tipo de administración. Cuando la marihuana es fumada, se produce una rápida absorción de la sustancia en los pulmones y un rápido transporte al cerebro con la probabilidad de que su ingrediente activo THC (o tetrahidrocannabinol) alcance al cerebro en aproximadamente 14 segundos de inhalación, por lo que sus efectos son fugaces. Su intensidad puede regularse según la frecuencia con que se hagan las aspiraciones. Por otra parte, cuando la marihuana es consumida por vía bucal, su deglución da origen a una absorción más lenta de mayores cantidades de sustancia, dando como resultado que el inicio de los efectos sea más lento, pero que dichos efectos sean más intensos y de una mayor duración (Di Palma, 1978; Jones, 1980).

Por lo general, los efectos producidos por la marihuana desaparecen completamente entre 4 y 6 horas después de su administración (Pérez-Reyes, Brine, Kenneth, Wall, 1979). Sin embargo, el tiempo que toma la droga para ser eliminada completamente de la sangre y del organismo es diferente y depende de su cronicidad de uso. Para los usuarios experimentales, el tiempo de

eliminación es aproximadamente de 56 horas mientras que para los usuarios crónicos es aproximadamente de 28 horas (KalmaKlan, 1979).

Por otra parte, en relación con la tolerancia y la dependencia cabe decir que la idea que prevaleció durante muchos años de que la marihuana no produce ni tolerancia ni dependencia, ha sido descartada en la actualidad por numerosos estudios experimentales que hablan de un desarrollo de dependencia y tolerancia como resultado del consumo de esta droga (Kaymaklan, 1979).

El desarrollo de una tolerancia a la droga, ha sido observada en humanos y en animales mediante diversos experimentos en los cuales debe administrarse la droga en dosis constantemente aumentadas para obtener una intensidad de los efectos subjetivos y un aumento de la frecuencia cardiaca, iguales a los observados inicialmente al administrar dosis bajas (O'Brien et al. 1980).

En relación con el desarrollo de una dependencia física a la droga, diversos experimentos tales como los emprendidos por Jones., Benowitz., Jones, et al. (citados en Kaymaklan, 1979), consideran que se desarrolla una dependencia física a la droga cuando se administra a intervalos cortos y en dosis altas. Dichos investigadores administraron la droga a un grupo de sujetos por vía oral cada 4 horas en dosis aumentadas siendo la dosis máxima de 180-210 miligramos al día, por un periodo de 21 días seguido por un cambio brusco a un placebo. Como resultado de sus experimentos encontraron que los pacientes mostraron los siguientes

signos y síntomas de abstinencia: cambios en el estado de ánimo, sueño inquieto, pérdida de apetito, intranquilidad, perspiración, escalofríos, sensación febril, náusea, molestias abdominales, ansiedad, hiperactividad, en algunos casos presencia de hipo y congestión nasal, pérdida de peso, hiperconcentración, salivación, temblores, evacuaciones diarreicas, aumento de la temperatura del cuerpo, rebote del movimiento del electroencefalograma en el sueño, cambios del EEG en la vigilia y aumento de la presión intraocular. Es importante mencionar que aunque dichas reacciones forman parte de un síndrome de abstinencia real, la intensidad de los síntomas no es tan fuerte como la que se observa cuando se suspende la ingestión de dosis crónicas moderadas de otro tipo de drogas.

Por último, en relación con el desarrollo de una dependencia de tipo psicológica, se ha observado (O'Brien et al. 1980) una correlación entre el consumo excesivo de marihuana y la dependencia de tipo psicológico que trae consigo una búsqueda insistente de la droga. Sin embargo, estos resultados permanecen inconclusos debido a que se desconoce el porcentaje de consumidores que llegan al uso compulsivo de marihuana.

1.3.3.1 EFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS

Diversos estudios consideran que el consumo de marihuana produce alteraciones en la función cerebral (Jones, 1980).

Por otra parte, se hace necesario observar que una gran variedad de los efectos psicoactivos que se observan durante el estado de intoxicación por marihuana son llamados también efectos neurológicos. Dichos efectos, en su mayoría pueden ser el resultado de diversos cambios efectuados en el Sistema Nervioso. Estos efectos incluyen: cambios perceptuales, cognitivos y del estado de ánimo y otros efectos propios de un estado de intoxicación aguda dentro de los cuales se encuentran: un estado placentero de relajamiento, euforia, alteraciones sensoriales, deterioros en los juicios de distancia y tiempo, deterioros en la memoria para eventos recientes y en la habilidad para aprender nueva información, deterioros en la coordinación, rigidez muscular, temblores y cambios en la actividad electroencefalográfica, es decir, incrementos y decrementos en la actividad alfa y pérdida del movimiento rápido de los ojos durante el sueño.

Diversos estudios han tratado de responder a la pregunta de si estas alteraciones neurológicas duran unas cuantas horas durante el periodo de intoxicación aguda o si éstas persisten durante periodos más largos de tiempo. Sus resultados permanecen inconclusos, lo cual constituye un problema de salud importante en relación a las alteraciones producidas por el consumo de marihuana en la función cerebral.

Memoria, Concentración, Atención y Coordinación

Se ha observado que el consumo de marihuana produce alteraciones en la memoria y funciones cognitivas tales como: atención, lenguaje, pensamiento, resolución de problemas y formación de conceptos, los cuales dependen en forma importante de la cantidad de dosis administrada (Ferraro, 1980).

Wikler en 1974 (citado en Ferraro, 1980), encontró que los usuarios bajo estados de intoxicación presentan, un lenguaje fragmentado en donde existe una dificultad del observador para entender lo que le están diciendo, desarticulación de los procesos de pensamiento y alteraciones en la memoria reciente en donde el usuario olvida en forma frecuente lo que había pensado o dicho anteriormente.

En diversos experimentos que estudian el libre recuerdo en estado de intoxicación o de no intoxicación por marihuana, se les presenta a los sujetos material verbal o ilustrado con el fin de que lo aprendan y subsecuentemente se les pide que recuerden el material previamente presentado en ausencia de tal material, se concluye que los usuarios de marihuana que aprenden en un estado de no droga, el consumo posterior de marihuana no tendrá efectos o solo tendrá un efecto de detrimento mínimo sobre el recuerdo del material aprendido. También concuerdan con que los usuarios de marihuana que aprenden bajo la influencia de marihuana y continúan con el uso de esta droga, el recuerdo de los eventos previos aprendidos se verá seriamente reducido. Por otra parte, los experimentos que estudian la memoria de reconocimiento en es-

tados de intoxicación por marihuana, en donde se les presenta a los sujetos material verbal o ilustrado con el fin de que lo aprendan y subsecuentemente se les pide que identifiquen el material previamente presentado de un conjunto de material viejo (o conocido) y nuevo, concuerdan con la existencia de pequeños decrementos en la memoria de reconocimiento, los cuales son menores a los primeros (o del libre recuerdo) (Ferraro, 1980).

En relación a la atención y coordinación, se encuentra que diversos investigadores consideran la existencia de alteraciones sobre estas áreas, resultantes del consumo de marihuana.

Melges., Tinklenberg., y Rossi (citados en Fanjul-Moles, Fernández-Guardiola, Salgado, Ayala, 1979), consideran que el consumo de marihuana produce alteraciones en la ejecución motora resultantes de los cambios producidos por la droga sobre las funciones perceptuales y sobre los mecanismos involucrados en la atención, tales como los procesos de memoria a corto plazo.

Por otra parte, Fernández-Guardiola., et al. en 1975 (citados en Fanjul-Moles et al. 1979) en estudios electroencefalográficos de usuarios de marihuana, encontraron decrementos en los porcentajes del ritmo alfa con un aumento de la cantidad de ritmo theta, los cuales se relacionan con el nivel de vigilia o atención del ser humano.

Por último, se ha observado que la marihuana en dosis bajas afecta en forma importante el rendimiento al conducir un vehículo. Dicha alteración es producto de una compleja interac-

ción de cambios en el tiempo de reacción, en el juicio, en la percepción de los estímulos sensoriales y en la manera de contar el tiempo los cuales tienen que ver con el consumo de marihuana (O'Brien et al. 1980; Peterson, 1980).

Alteraciones Psicológicas:

Los efectos psicológicos resultantes del consumo de marihuana, alcanzan su punto culminante en un periodo de media hora posterior al consumo de la droga, para desaparecer aproximadamente en 3 horas (Jones, 1980).

Dichos efectos incluyen: euforia (la cual puede expresarse con una sensación de bienestar y relajamiento), intensificación subjetiva de las percepciones, sensaciones de enlentecimiento del tiempo (en donde 5 minutos pueden parecer para el usuario una hora), preocupación por los estímulos visuales, auditivos y apatía, es decir, una falta de interés por el futuro y una pérdida de la motivación (Jones, 1980; American Psychiatric Association, 1983).

Por otra parte, los efectos conductuales desadaptativos incluyen: ideas paranoides, crisis de angustia y disforia, debilidad en la capacidad de juicio e interferencia en la actividad social y laboral. En algunas ocasiones se presentan, sensaciones de despersonalización o desrealización y alucinaciones las cuales se presentan cuando los niveles plasmáticos de la droga son muy elevados que es cuando la droga actúa como un alucinógeno. Cabe aclarar que las reacciones adversas a la droga

tales como la sensación de volverse loco, sensaciones paranoides intensificadas, etc., tienen más probabilidad de presentarse en los individuos con una personalidad rígida con una historia clínica de trastornos psicóticos o en aquellos que se encuentran en circunstancias consideradas amenazantes para ellos (American Psychiatric Association, 1983).

1.3.3.2 EFECTOS PSICOPATOLÓGICOS

La ansiedad aguda constituye la reacción psicológica adversa más común resultante del consumo de marihuana. Esta reacción tiende a desaparecer en pocas horas posterior al consumo. Los usuarios de marihuana pierden la perspectiva de que lo que están experimentando es el resultado de una distorsión transitoria de la realidad inducida por la marihuana y se vuelven agudamente ansiosos. Dicha ansiedad, puede fluctuar desde una ansiedad media e inquietud al pánico con delirios paranoides, a una psicosis tóxica aguda muy desarrollada con pérdida del contacto de la realidad, delirios, alucinaciones y conducta agitada e inapropiada (Peterson, 1980).

Sin embargo, no todos los usuarios de marihuana son propensos a experimentar estas reacciones ya que su presencia está directamente relacionada con aquellos usuarios experimentales, con aquellos que han presentado dificultades psicológicas, con

aquellos que se encuentran deprimidos, bajo situaciones de stress o con aquellos que han presentado reacciones esquizofrénicas anteriormente (Jones, 1980).

Diversos estudios consideran (Peterson, 1980) que la intoxicación por marihuana, se encuentra asociada con el establecimiento de un síndrome cerebral agudo el cual incluye; un enturbamiento de los procesos mentales, desorientación, confusión y un marcado deterioro de la memoria. Sus resultados concuerdan con el hecho de que dicho síndrome se encuentra más determinado por altas dosis de marihuana que con el tipo de personalidad preexistente.

Por otra parte, existe poca información relacionada con el consumo de marihuana y reacciones de violencia en humanos. Sin embargo, en una revisión efectuada por Abell en 1977 (citado en Jones, 1980) se encontro que los animales sujetos a situaciones de stress, desarrollan conductas agresivas posteriores al consumo de marihuana.

CAPITULO II

ASPECTOS SOCIALES DE LA MARGINACION Y LA FARMACODEPENDENCIA

2.1 GRUPOS MARGINADOS

2.1.1 INTRODUCCION

En el presente apartado, surge el interés de presentar una breve descripción de cómo son los grupos marginados, en base al enfoque teórico de Cuélli, (1978; 1980; 1985 y 1989). Por lo que se hablará del fenómeno de la marginación social y se presentarán las características que presentan los grupos marginados, el fenómeno del hacinamiento y sus efectos en el marginado, el tipo de comunicación establecida en los marginados, los aspectos familiares propios del marginado y los diversos aspectos de su desarrollo, así como el tipo de identidad que presenta el marginado. Cabe aclarar que el interés de presentar el fenómeno de la marginación social, surge del hecho de que la población de estudio se compone de mujeres adolescentes pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos, es decir, por mujeres que pertenecen a los grupos marginados de nuestra sociedad.

Se puede definir a los marginados, de acuerdo con Cuélli, 1980 como aquellos subgrupos que se encuentran separados y cuyos miembros tienen poco contacto emocional significativo con los miembros de la sociedad que los rodea así como entre ellos mismos. Los marginados constituyen la parte más débil de la sociedad urbana: delincuentes, analfabetas, enfermos mentales y orgánicos, ancianos, drogadictos, etc. y presentan grados variables en su desorganización, lo que les impide ser partícipes de la experiencia simbólica de la sociedad a la que pertenecen.

2.1.2 CARACTERISTICAS

En los marginados, existe la incapacidad de poder integrarse en forma colectiva. Su mundo es anárquico e individual sin ninguna posibilidad de agrupamiento (Cueli, 1989). Estos grupos se caracterizan por estar excluidos de la sociedad a la que pertenecen. Como grupo social, se encuentran aislados de la experiencia de desarrollo de la sociedad, de tener relaciones con instituciones de la comunidad, de compartir símbolos y experiencias del sistema dominante y de obtener las recompensas inherentes a las diversas clases de colaboración emprendidas por el sistema. El grado de exclusión que padecen estos grupos, los afecta en diversos sentidos: a nivel laboral, no participan activamente en las diversas actividades de la sociedad y por lo general los trabajos que desempeñan son de tipo eventual, en cuanto a su lenguaje; esta no participación activa, limita sus capacidades de comunicación, el marginado establece una comunicación de tipo vertical en donde él es el que recibe y no tiene la posibilidad de regresar el mensaje. La exclusión que padecen los marginados, también influye en las relaciones con su grupo normativo de referencia el cual se compone de gente de su misma clase.

La importancia que tiene para una persona un grupo de referencia, varía con la posibilidad de ser miembro de ese grupo. Como las instituciones de la sociedad están controladas por miembros del sistema dominante, los valores sociales que se mantienen, simbolizan el estado inferior del marginado, si a esto se

añade una serie de símbolos verbales y culturales muy limitados y una actitud social forzada a desconfiar de individuos de apariencia o modales diferentes, se puede esperar un fracaso en la mutua confianza y en la capacidad para formar conceptos sobre todo en lo que concierne a las relaciones interpersonales.

En los grupos marginados predomina el pesimismo, la poca tolerancia a la frustración, el dejar que el futuro se resuelva solo y la sensación de que el individuo está siendo controlado por los hechos que lo rodean. Los valores que se alientan dentro de estos grupos son la rudeza y la auto suficiencia, los cuales no le permiten adaptarse a otras condiciones como pueden ser situaciones de trabajo o condiciones de clase media.

Los grupos marginados, pertenecen al nivel socioeconómico bajo y están compuestos por personas trabajadoras que van desde obreros calificados hasta los miembros de la clase que no trabaja o que lo hace esporádicamente (Cueli, 1989).

2.1.3 EL HACINAMIENTO Y SUS EFECTOS

Los grupos marginados, se caracterizan por vivir en situaciones de hacinamiento. En estos grupos, es común encontrar que muchas personas viven en poco espacio y en situaciones habitacionales pobres (Cueli, 1980 y 1989). El vivir en situaciones de hacinamiento, produce diversos efectos en la vida social, sexual y familiar del marginado, promueve su fantasía y frena su desarrollo cognitivo.

Dentro de los efectos que produce el hacinamiento se encuentran los siguientes:

- a). En la conducta sexual, el hacinamiento promueve que desde niño el marginado tenga frecuentes experiencias sexuales. Es común que en situaciones de hacinamiento no se haga ningún intento por ocultar los hechos y que la gente sonría ante cualquier manifestación de sexo en los niños pequeños. La vida sexual del marginado, tiende a expresarse como aspecto físico más que como elemento de relación.

- b). Otro de los efectos del hacinamiento, lo constituyen la fatiga y el dormir poco. El hacinamiento produce irritaciones e interrupciones que ocasionan que el sujeto presente un desgaste de energía que le produce fatiga.

- c). A nivel familiar, el hacinamiento trae como consecuencia que los miembros de la familia pasen la mayor parte del tiempo fuera de su casa, además de esto no estudian y no están al alcance del control paterno. Las relaciones familiares del marginado resultan afectadas ya que por lo general se comparte el espacio con otros parientes lejanos y conocidos.

- d). El hacinamiento también produce mayor dilapidación en el ambiente que rodea al mismo. Por lo general, en el hogar del marginado, existe más aglutinación y una mayor dilapidación en el vecindario que lo rodea que en uno de la clase media o alta.
- e). Por último, dentro de los efectos del hacinamiento se encuentra que influye en la personalidad del marginado. Un adulto producto del hacinamiento es un ser gregario, buscador de estimulación externa, interesado en pocos logros solitarios, con una actitud cínica frente a la gente, las organizaciones y el gobierno y con una incapacidad de comprender claramente los hechos que lo mueven y de manipular los que él mismo produce.

2.1.4 COMUNICACION

Los grupos marginados, constituyen grupos que se encuentran excluidos, ya que no comparten símbolos ni experiencias importantes del sistema dominante, lo cual afecta su nivel cultural decreméntándolo y sus niveles de comunicación, los cuales se vuelven deficientes por la privación cultural que padecen (Cueli, 1978).

Su lenguaje es eminentemente corporal y varía desde todas las formas de tocarse, las convulsiones hasta las de negarse a hablar por completo. La represión y la negación constantes,

mecanismos de defensa que utilizan los marginados, contribuyen al empobrecimiento semántico ya que reducen la cantidad y la complejidad de los símbolos connotativos a los cuales pueden tener acceso el marginado. En este sentido, todas las tendencias paranoicas se vuelven importantes y todo lo que es negación, manía, e idealización del yo se encuentran por lo general en todos los grupos marginados, representando para ellos, la única manera de poder vincularse con otros miembros de su grupo.

Los patrones de comunicación sostenidos dentro de la familia del marginado también afectan sus niveles de comunicación. En las familias marginadas, no se acostumbra que los niños intercambien información con sus padres, estos crecen sin aprender a comunicar sus observaciones, pensamientos y sentimientos los cuales se dirigen hacia ellos mismos provocando una desorganización que posteriormente les hará percibir al mundo de acuerdo con sus necesidades. Paulatinamente crecerán en el niño el número de necesidades no satisfechas y su incapacidad de resolverlas por la confusión en sus pensamientos y sentimientos así como por su incapacidad de acercamiento a través de la comunicación verbal, anticipación de la conducta y el posponer respuestas. El desarrollo anormal del niño marginado, le impide aprender los aspectos formales de la comunicación que le ayudan en los procesos de diferenciación lo cual determina que siempre sea dependiente de su exterior. El niño marginado cuando entra en contacto con el exterior se comunica en forma preverbal con niveles de sensación muy primitivos.

Una de las características de las familias marginadas es que están compuestas por un gran número de hijos. En estas familias, la madre pone muy poca atención a las peticiones individuales de cada uno de sus hijos, lo que ocasiona que estos crezcan aceptando el hecho de que no van a ser escuchados y más tarde presentan serias deficiencias en el conocimiento de las reglas implícitas que controlan el flujo de la comunicación. En estas familias por lo general, solo un progenitor es el que está presente, la tendencia general es que el padre aparezca y desaparezca. Cuando el padre aparece, es por periodos breves, lo cual confunde al niño y le impide tener al alcance un modelo de adultos comunicándose entre sí. Lo anterior, ocasiona que el niño además de no desarrollar el papel de la negociación verbal en las situaciones interpersonales, no ejercite la capacidad de pensamiento abstracto relacional y en estas condiciones la violencia, el golpe y el grito desempeñan un papel definitivo.

Las transacciones verbales que se dan en el tugurio, son por medio del grito o la violencia. El niño aprende, que debe atender a la persona con la que está tratando más que al contenido del mensaje recibido, lo cual trae como consecuencia, que al anularse el contenido verbal del mensaje él pierda toda posibilidad de dirigirse a los aspectos más subjetivos de la comunicación.

El marginado, se caracteriza por no tener una idea clara acerca de su afectividad y la eficacia de la misma, ni de los efectos sobre otras personas. Su afectividad es masiva y nunca con conciencia de lo que representa para el interlocutor o la

persona con la que establece una relación. Cuando la familia se encuentra reunida, la madre constituye el camino central de la mayor parte de las transacciones entre sus miembros, ya que es ella, la que emite los contenidos al resto de la familia. Se observa en estas familias que la mayor parte de la plática sostenida por los niños es con la madre y que cuando el padre está presente rara vez platica con ella.

En estas familias, el afecto se comunica a nivel preverbal, no se acostumbra que los miembros de la familia hablen de sus sentimientos ni que comenten respecto a los sentimientos de los otros. Los padres no poseen una reactividad selectiva ante las reacciones de sus hijos, éstos reaccionan a sus propios impulsos internos más que a la conducta de los hijos lo que ocasiona que el niño perciba un mundo violento que no puede cambiar por medio de sus acciones. Los padres enseñan a sus hijos, a responder a los extremos del aspecto afectivo. Una de las formas del dar, la cual consiste en enseñar a alguien los diferentes grados del afecto es evitada en estas familias, lo cual ocasiona que desde un principio el niño responda con rabia y con violencia incontrolable.

El niño dentro de la familia, en su necesidad de contacto con el adulto reacciona primero con una modalidad agresiva, la modalidad más conocida y familiar para él, porque le reditúa mayor atención y respuesta por parte de la madre. Al intercambiar

esta modalidad agresiva por una afectiva, el niño no logra tener un contacto continuado con sus padres lo cual producirá que este retorne a la violencia como una manera de conseguir respuestas.

Por otra parte, dentro de estas familias, se observa que las variaciones sobre el tema de los peligros del mundo externo y la violencia que existe en la calle son centrales en la comunicación.

Símbolos

El ser excluidos de la sociedad, niega a los grupos marginados todo derecho de tener una participación completa en la experiencia simbólica de la sociedad (Cueli, 1978).

Para los marginados, todo lo externo es perecedero y susceptible de pérdida, para ellos la seguridad de su espacio físico porque es lo que nunca pierden. Proviene del interior de la República o de las afueras de la ciudad buscando constantemente tener un contacto con el espacio, por lo que los intentos gubernamentales de solución externa: obras, agua, electrificación, etc., los harán movilizarse hacia donde estén en contacto con dichos espacios.

Por otro lado, el marginado a diferencia de los demás miembros de la sociedad cuenta con menos oportunidades para consumir sus esfuerzos productivos debido a que tiene a su alcance menos recompensas tanto simbólicas como reales. Algunos de los

valores del sistema dominante tales como la libertad, el poder y la propiedad serán rechazados por él, aunque sean adquisiciones a las que siempre aspire.

El marginado posee un superyó débil que le impide frenar sus impulsos apetitivos, ésto hace que no desarrolle la capacidad de internalizar la simbolización de la cultura y que no pueda integrar los mensajes que ésta le manda. Todas las experiencias caóticas que lo inundan lo llevarán a tratar de volcarlas en acciones que él mismo frena. En este sentido, el sistema se encarga con los medios a su alcance, de controlar esta impulsividad expresada a través de la droga, el alcohol o la cárcel. Por otra parte, su incapacidad para poder usar los símbolos culturales y la restricción que hace la sociedad, propician que no se planteen metas objetivas futuras.

Tanto la unión de valores propios y transplantados así como la falta de técnicas para su adquisición, ponen al niño en un estado permanente de conflicto el cual solo se podría resolver de dos maneras: rechazando a la madre y a los valores del sistema dominante que ésta representa o sustituyendo un objeto o meta a largo plazo por uno a corto plazo. Estas alternativas, no son viables para el niño marginado, ya que no puede desde el principio, internalizar la demora por las graves carencias de la madre y su incapacidad de internalizar que le impide transmitirla al hijo.

Es característico de las familias marginadas, que los padres hayan sido derrotados y aprisionados por el sistema dominante y que sean personas amargadas y desilucionadas. Por lo general, comunican estas actitudes a sus hijos y estos crecen a su vez con la sensación de que no pueden hacer algo y de lo inútil que resulta hacer las cosas. La madre, es la encargada de brindar a sus hijos mensajes contradictorios, a nivel verbal les dice que tienen las mismas oportunidades que los miembros del sistema dominante pero a nivel no verbal, les da a entender que todo esfuerzo en este sentido es inútil ya que su posición social está definida. Este tipo de mensajes, hacen que el niño entre en conflicto, que su mundo de perplejidad se vuelva crónico y que aumente su ansiedad paranoide, la cual se manifiesta como una incapacidad para internalizar todo tipo de autoestima y seguridad.

Lenguaje

El lenguaje del marginado, se caracteriza por manejar un código verbal muy restringido de tipo concreto.

En la familia del niño marginado, los padres se encuentran muy limitados en su educación verbal. El niño, no recibe la retroalimentación ni la estimulación externa necesaria para desarrollar su lenguaje. El marginado desde muy pequeño, descubre que la intensidad del sonido es más efectiva que el poder de los temas y que la aseveración por poder es más importante que el conocimiento, de ahí que los gritos y los golpes adquieran preponderancia sobre la reflexión y la palabra.

El niño marginado, se caracteriza por alcanzar un mayor desarrollo de sus habilidades motoras, en donde predomina el movimiento y la acción, y por presentar un decremento de su coeficiente intelectual y de su vocabulario.

En los marginados, su bajo nivel de verbalización y de abstracción, condicionan un desarrollo cognoscitivo deficiente y un escaso aprendizaje de la simbolización de una cultura dada (Cueli, 1980).

2.1.5 ASPECTOS FAMILIARES

Dentro de los hogares marginados, se encuentra la presencia de determinadas características comunes, entre éstas, se pueden citar las siguientes:

- a). En los hogares marginados, las actividades están distribuidas por imposición: los padres establecen pocas diferencias entre el papel de padres y el de hijos, para ellos este papel está marcado por la estatura y la edad. Además, no discriminan entre cada uno de sus hijos y no delimitan patrones de conducta específicos, las órdenes o las indicaciones que los padres dan a sus hijos no son definidas; en estos hogares predomina la incongruencia. Además de esto, los padres no tienden por lo general a comunicarse con sus hijos de manera verbal; la comunicación en estos hogares se realiza a través de los gritos,

la violencia física o las dramatizaciones en la gesticulación y en la actuación. En estos hogares, las necesidades de los padres son más apremiantes o superiores a las de sus hijos. Por lo general, los hijos compiten entre sí para ganar la atención de los adultos.

- b). Los hogares de los marginados, se caracterizan a su vez por su falta de permanencia e impredecibilidad: no existe una consistencia interna entre los miembros de la familia y existe un tal desarreglo de la geografía del hogar que impide el desarrollo del sentido de "yo tengo mi lugar en el mundo". Los contactos interpersonales que se dan entre los miembros de la familia, se caracterizan por ser erráticos y de no permanencia. A su vez, las experiencias vitales que se dan, se caracterizan por su no permanencia, aleatoriedad, cambios bruscos en el estado de ánimo, un tiempo acelerado en las transacciones interpersonales y una falta de contacto y de control de límites que cambian con el estado de ánimo de los padres. En estas familias por lo general el cuidado de los hijos es dividido entre muchas figuras.

- c). Otra característica de los hogares marginados, es la constante definición de relaciones entre dos o más miembros de la misma y que dicha definición de relaciones rebasa el significado de sus mensajes. La aglutina-

ción en que viven las familias marginadas produce por lo general, una interacción de tipo incestuosa entre sus miembros que por lo general, dura poco tiempo pero bloquea toda posibilidad de socialización. Dentro de las interacciones que se producen entre los miembros de las familias marginadas, se encuentra que las relaciones que se dan entre los hermanos son formas operativas de definir su poder y status dentro de la familia, en éstas imperan los golpes. A su vez, dentro de la relación madre-hijo se encuentra que los mensajes que envía la madre al hijo son siempre a nivel prohibitivo. La madre ante el comportamiento inadecuado de alguno de sus hijos no solo lo regaña a él, sino que extiende el regaño a todos sus hijos. En estas familias las madres no acostumbran reforzar los logros positivos de sus hijos. Por lo general, las transacciones que se dan entre los miembros de la familia siguen un patrón de todo o nada, esto hace, que dichas transacciones fluctúen en una relación caracterizada por una intensa intimidad o en una relación caracterizada por un desinvolucramiento o desapego afectivo entre los miembros de la familia. La involucración intensa que se da entre los miembros de estas familias gira alrededor de la violencia y el miedo.

Las familias muy involucradas afectivamente presentan un tipo de transacciones caracterizadas por un tiempo rápido de intercambio personal, todo esto debido a que los

múltiples problemas que presentan y a sus escasos mediadores entre el impulso y la acción que hacen que resuelvan sus tensiones por medio de la acción.

Dicho estilo de relación, se caracteriza por ir desde el miedo a la agresión y puede estar representado (en el tono agresivo) por situaciones de tipo erótico que cubren problemas depresivos, cuando no aparece en el miedo franco. Si el problema depresivo aparece en alguna de sus formas, éste se reprime adoptando de nuevo las relaciones de tocamiento, un sesgo erótico totalmente desprovisto de ternura que pasan inmediatamente a la violencia. Por otra parte cuando los miembros de la familia se encuentran en el extremo total del desapego, permanecen sordos y ciegos a los efectos de las acciones de unos sobre los otros. A su vez, los miembros de la familia que se encuentran aislados, no tienen consciencia de que su separación ejerce una influencia sobre los otros miembros de ésta, para ellos será simplemente como no existir.

- d). Por último, dentro de las características que presentan los hogares marginados, se encuentra la presencia de una estructura familiar de tipo matriarcal. En las familias marginadas, existe poca interacción entre padres e hijos. Por lo común, el padre está ausente y la madre que es la figura de más permanencia, se encuentra sobrecargada por

muchos hijos a los que no les brinda los cuidados necesarios debido a la necesidad que tiene de trabajar.

En estos hogares, es común, que la madre que trabaja delegue su responsabilidad en otras figuras. Asimismo es común, que la madre proporcione continuidad a través de una sucesión de figuras parentales inestables.

La disciplina que se ejerce en estos hogares, es inconsistente y la naturaleza del poder de los padres es confusa, éstos no transmiten a sus hijos una definición precisa del papel de padre, del papel de madre, ni del concepto de autoridad. Los padres esperan de sus hijos altos niveles de conducta y cuando éstos no los alcanzan son severamente castigados. El acento siempre radica en la obediencia lo cual ocasiona en los hijos, la aparición de una independencia precoz.

Los padres del marginado a su vez, han tenido pocas experiencias con estabilidad y adecuación familiar dentro de sus familias, por lo que se les hace difícil poder proporcionar estas experiencias a sus hijos. Sus propios sentimientos de duda y odio hacia sí mismos, los hacen incapaces de brindar a sus hijos la atención y el afecto que necesitan.

A continuación se hará una descripción de las características que presentan la madre, el padre y los hermanos; y el tipo de relación existente entre los padres de las familias marginadas.

La Madre

Por lo general, las madres pertenecientes a las familias marginadas, provienen de hogares pobres y han pasado por una serie de privaciones y carencias. Se caracterizan, por presentar una autoestima muy baja y por depender de anclajes externos para definir su propio yo o su personalidad (Cueli, 1985).

Se perciben desamparadas, incompetentes, desesperanzadas y siempre explotadas por los hombres. En situaciones de conflicto, tienden a deprimirse o a enfermarse y buscan solución a sus problemas a través de la bebida o en el amor transitorio de un hombre solitario o incompetente de su mismo tugurio.

La autoestima de las madres de estas familias, depende del cumplimiento de su rol maternal el cual pese a que sea deficiente les proporciona un sentimiento de valía al sentirse necesitadas por sus hijos. Por lo general, la relación que sostienen estas madres con sus hijos fluctúa del total desapego a la fusión total con ellos. Una fuerte relación con la madre puede traer como consecuencia conductas delictivas y conductas de rebelión abierta hacia la autoridad paterna.

Por otra parte, dentro de las funciones que desempeña la madre, se encuentra la de su papel regulador, el cual es muy importante para la familia. La exclusión o salida de la madre del grupo familiar, produce un aumento del nivel de ruido y de contacto físico entre los miembros de la familia, que solo con su presencia puede ser regulado.

Es común en las familias marginadas que la madre tiende a delegar su responsabilidad en una niña-madre o en un niño-madre o a abandonar a su familia tanto psicológicamente como físicamente. Las niñas-madre producto de estas familias, son aquellas en quienes los padres, particularmente la madre delegan todo tipo de autoridad. La delegación de este papel, va dirigida desde el principio a las mujeres. Por lo general, estas niñas-madre no se encuentran preparadas emocionalmente para cumplir con el rol asignado y se muestran incapaces para llevar a cabo las funciones de guía, control y decisión, sólo pueden llevar a cabo dentro de este tipo de funciones aquellas que tienen implicación externa tales como barrer o hacer la comida. En el desempeño de su rol, a la niña-madre le corresponde brindar a sus hermanos situaciones de contacto y de apoyo pero el ejercicio temprano de su rol materno produce el recrudescimiento de sus propias necesidades infantiles, el choque permanente con sus hermanos y el desempeño de su rol en el que existe una gran violencia contra sus hermanos menores a los que golpea y maltrata.

En las familias marginadas, la autoridad se estructura de manera lineal y jerárquica. En estas familias, la hermana mayor acepta su papel autoritario y toma actitudes de poder, las cuales son de gran importancia para el equilibrio de la familia. Por otra parte, las relaciones sostenidas con esta niña-madre, son mejores que las sostenidas con la madre, debido a que el incesto tiene características diferentes. Los hijos frustrados por el rechazo del padre, el cual es idealizado por ellos, vuelven a generar una y otra vez un ciclo incestuoso con esta niña-madre. Sin embargo la situación de la niña-madre en estas familias es difícil, ya que por un lado sus hermanos la desplazan el enojo y el coraje que sienten contra la madre y por otro lado, ella se siente recompensada por su posición de poder y de alianza con la madre.

Por lo general, estas niñas-madre, viven situaciones de gran tensión dentro de la familia que las llevan a buscar una salida en la sexualidad precoz, para conseguirse su propia casa o para reintegrarse a la familia dejando su papel de niña-madre a otro miembro de la familia que por lo común, es otra hermana mayor que toma este papel por un corto periodo de tiempo y que a su vez lo pasa a otro miembro de la familia y así sucesivamente, condicionando de nuevo lo descrito como imposibilidad de permanencia de un objeto.

El Padre

En las familias marginadas, el padre desempeña un papel secundario y se caracteriza por su ausencia real o funcional. Nunca acepta su papel y funciona como una figura depredadora de las fuentes valiosas de la madre apareciendo como proveedor impredecible, en contadas ocasiones (Cueli, 1985).

Cuando el padre aparece genera una situación de tensión en la familia, llega y grita sin ser obedecido generando reacciones de miedo que desaparecen cuando se va.

Por otra parte, en un intento de autonomía, se involucra en conquistas sexuales extramaritales y en actividades de tipo adolescente, tales como beber en exceso, inhalar cemento, fumar marihuana, juegos de azar con los amigos, etc. En sus relaciones con las mujeres su papel es ambiguo, de hijo o de esposo, se caracteriza por ser dependiente y demandante, dejando a la mujer en el papel central de la familia. Considera que su deber se cumple siendo el proveedor material de la familia, sin embargo, fracasa en éste, lo cual le resulta o en una pérdida de su autoestima, o en una actitud de rechazo por parte de los miembros femeninos de la comunidad. Se siente desplazado por los hijos y tiene dificultades para integrarse en su núcleo familiar. Esto propicia que evite quedarse en la casa o encontrar y mantener un trabajo.

Por lo general, los hijos que crecen en las familias en donde el padre esta ausente, se sienten víctimas, con menor control del ambiente y con una mayor desconfianza que los individuos

que tienen padre. A su vez los hijos que crecen en familias en donde la ausencia del padre es de tipo funcional, presentan rasgos de inmadurez, dependencia, dificultades en la diferenciación de los papeles masculino y femenino, afeminamiento y obtención de logros muy inferiores a aquellos alcanzados por los niños de la clase media.

Relación entre los Padres

En las familias marginadas la relación padre-madre se caracteriza por la presencia de constantes agresiones mutuas. Por lo general, el tipo de transacciones que se dan entre ellos, denotan una gran cantidad de demandas por tareas terminadas, como por ejemplo, eres un irresponsable, desordenada, mira como tienes tirada la casa, etc.

El padre deja a la madre el desempeño del papel central en la familia, la cual abandona por el intenso sentimiento de culpa y por la imposibilidad de establecer una relación permanente, produciéndole una intensa depresión que trata de aplacar con el alcohol. El origen del intenso sentimiento de culpa que padece, está determinado por la depresión de su madre desde su infancia y en la familia, es acentuado por las muertes y los abortos provocados y espontáneos de sus propios hijos.

La madre es la que determina los límites de su relación con el padre y con la familia. Esta relación es reducida en tiempo y es definida por la cohesión de los hermanos y la relación hija-madre quien empuja o no a a que salga con el padrastro, al ser

seducida. Con el siguiente embarazo de la madre, culmina la relación padre-madre que dependiendo del tipo de relación sostenida puede acabar o no en un aborto provocado en presencia de los hijos.

Los Hermanos y la Socialización

Dentro de las familias marginadas los hermanos tienen una importancia significativa ya que funcionan como agentes de socialización. Como se mencionó, en estas familias, las madres sostienen una escasa comunicación con sus hijos y por lo general delegan sus responsabilidades en una hija mayor. En estas circunstancias, los hermanos tienden a alentar la expresión de la oposición frente al control materno y a formar un grupo cohesivo y defensivo sobre todo si la violencia de la madre-hermana o de la madre real resulta exagerada o si alguno de ellos tiene una necesidad importante. Por lo común, se dan situaciones de incesto entre los hermanos las cuales interfieren en el proceso de socialización (Cueli, 1980 y 1985).

2.1.6 ASPECTOS DEL DESARROLLO.

En el presente apartado se hablará del desarrollo que presentan los niños marginados en relación con su percepción y motivación.

Percepción

En el ambiente familiar de los niños marginados, existen pocos estímulos que ayudan al niño a tener oportunidades para manipular, organizar y discriminar las propiedades visuales de su ambiente (Cueli, 1980).

Es característica de los marginados, su incapacidad para aprender de la experiencia debido a que no experimentan como propias muchas de las situaciones que viven, razón por la cual no las puedan integrar. Por lo general, se caracterizan por buscar una estimulación externa de tipo dramático, la cual debe ser lo bastante intensa para que les permita percibir en el sentido de "esto no me está sucediendo a mí, sino alrededor de mí" (19).

Debido a que los padres de estas familias presentan bajos niveles de educación, existe poca interacción verbal con el niño y pocas posibilidades de etiquetamiento de los objetos y de las propiedades distintivas de los estímulos. Por lo común, no alientan en el niño, la producción de etiquetas verbales y no le enseñan las diferencias más sutiles entre los estímulos. De esta manera, el niño marginado, tiene dentro de su campo de estimulación menor redundancia de información y menor adiestramiento de la atención dirigida hacia las propiedades de los estímulos.

Debido a la escasez de estímulos y a la falta de experiencias, el niño no desarrolla las capacidades verbales, conceptuales, de atención y de aprendizaje que se requieren en situaciones escolares. Su fracaso en la escuela, lo hace experimentar sentimientos de inferioridad que le harán alejarse de

ésta, para encontrar gratificaciones fuera de ella. Esto último dará como resultado una disminución de sus logros escolares y de sus actividades intelectuales.

Motivación

En las familias marginadas, los padres no recompensan a los niños cuando terminan una tarea correctamente, reduciendo así el grado de motivación para iniciar una nueva tarea (Cueli, 1980). Todo esto, hace que no sea posible el autorreforzamiento de la actividad por medio del triunfo o la situación de competencia, excluyéndose de esta manera la motivación y la posibilidad de captar los símbolos del sistema dominante que de una manera muy importante maneja expectativas y recompensas por la ejecución de tareas terminadas adecuadamente. Asimismo las serias privaciones que sufren los padres y sus propios sentimientos de soledad, enojo, resentimiento y desesperanza, producen en el niño el desarrollo de sentimientos negativos acerca de sí mismo y de sus oportunidades en el mundo.

Por otra lado, el hecho de pertenecer a un grupo minoritario, tiene como efecto el producir un decremento en la autoestima. Los individuos marginados por lo general, no desarrollan una captación objetiva de la realidad ni un sentimiento de eficacia que les permita interactuar adecuadamente con su ambiente.

2.1.7 IDENTIDAD DEL MARGINADO.

Identidad en General:

En los marginados, el autorrechazo tiene consecuencias psicológicas adversas en términos de la conducta, los sentimientos y el sentido de bienestar individual.

La discriminación tiende a crear en sus víctimas esos mismos rasgos de inferioridad que racionalizan la táctica misma de la discriminación. Por lo general, la identidad negativa de sí mismo que desarrollan los marginados, está arraigada en una identificación negativa con el grupo.

Sin embargo, como cualquier persona, el marginado se identifica y se valora a sí mismo y, pese a la gran variedad de patologías, muchos de ellos generan un nivel de cercanía que les permite tener posibilidades de adaptarse socialmente y de tener una posibilidad de identidad, en donde el marginado desde niño aprende quién es respecto a dimensiones tales como apariencia, el ser miembro de un grupo, logros y aspiraciones. Por otro lado, al individuo se le dificulta tener una visión evaluativa más general de sí mismo, lo que comúnmente se conoce como autoestima o autoaceptación (Cueli, 1980).

Identidad Masculina:

Dentro de las familias marginadas, la madre le proporciona al niño dos tipos de orientación con respecto a su imagen masculina (Cueli, 1980). La primera, con sus propias ideas y ac-

titudes acerca de los hombres que producen en el niño la imagen de un hombre irresponsable, explotador y en algunas ocasiones violento. La segunda, es la actitud indulgente hacia el alcoholismo que determina que los niños tiendan a recurrir al consumo del alcohol o de otro tipo de drogas.

El aprendizaje de la masculinidad, se deriva del papel que tiene el hijo en su relación con la madre, esto es, obediencia, limitación y un papel de rebeldía hacia la mujer que está expresado en el grito, en la pasividad y la aceptación del papel de la mujer. Debido a la ausencia real o funcional del padre y al rol pasivo que juega dentro de la familia, las oportunidades para los niños marginados de escoger modelos masculinos se reduce con frecuencia a los hermanos mayores.

Por otro lado, estos niños, tienen pocas oportunidades de proximidad sostenida y multidimensional con figuras masculinas, por lo que desarrollan una imagen masculina equivalente a la irresponsabilidad e identificada con la violencia.

En los grupos marginados el machismo está determinado por el reconocimiento de la autoridad supuestamente jerarquizada desde el padre hasta la madre, en donde se espera que el padre demuestre fuerza y autoridad y en donde la forma agresiva física evidencia la ausencia del temor y la conquista sexual de la mujer, evidencia la virilidad.

Las consecuencias de este complejo cuadro, atrapan al niño en alguna de estas percepciones. Sus padres o figuras sustitutas demandan un tipo de alianza en la que tiene que escoger entre uno

de ellos. Al padre lo percibe como inadecuado e irresponsable pero al mismo tiempo importante, poderoso y dictatorial; a la madre la percibe como amorosa hacia él, pero al mismo tiempo agresiva en relación con su padre que tiende a traicionarla.

En relación con el desempeño de su rol masculino, a los niños se les alienta a ser independientes y autosuficientes. Sin embargo, las figuras masculinas son vistas como un grupo poco valioso y no confiable, no se espera mucho de ellos, cosa que los niños aprenden desde pequeños y cuando llegan a adultos repiten este papel.

Por otro lado, las madres que a su vez forman parte de un grupo marginado transmiten a sus hijos sus sentimientos y actitudes de inadecuación y discriminación lo cual afecta el desarrollo del concepto de sí mismos.

Identidad Femenina:

A diferencia de los hombres, las mujeres tienen una mejor posibilidad de identificación femenina y de sostener un hogar por medio del trabajo eventual (Cueli, 1980).

De la mujer se esperan actitudes de sumisión y lealtad frente al marido. Por otro lado, a diferencia del padre que tiene un papel pasivo en la familia, la madre tiene autoridad sobre su hogar y el bienestar de sus hijos.

La autoimagen de la mujer, es la de ser explotada por el marido sin ser capaz de defenderse, se muestra indecisa ante las alternativas de resignarse o autoafirmarse ya que esto último,

implica la separación de su marido y la destrucción de su familia. Ante este dilema, sus reacciones más comunes son la resignación y la depresión, el ataque a sus hijos y a su feminidad y el establecimiento a la larga de una nueva relación que reinicia este ciclo, debido al abandono del hombre.

2.2 LA FARMACODEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

2.2.1 INTRODUCCION

En este capítulo se efectuará una breve descripción de los aspectos sociales del fenómeno de la farmacodependencia en términos de las tendencias de consumo y de la relación establecida del usuario de drogas con su medio ambiente social. Se describirán primero las características sociales que presentan los usuarios de drogas en general y posteriormente las características que presentan los usuarios de marihuana y sustancias inhalantes.

En relación con el fenómeno de la farmacodependencia, se ha visto que la amplia difusión en el consumo de drogas, da lugar a diversas manifestaciones del fenómeno de la farmacodependencia. El consumo de cada una de las drogas posee sus propias características mismas que son determinadas por las variables socioculturales que a su vez determinan un tipo peculiar de adicción. Por lo que la imagen del farmacodependiente difiere en función con el contexto social en el cual se presenta la farmacodependencia (Chavéz de Sánchez, Solís de Fuentes, Pacheco y Salinas de Valle, 1986).

2.2.2 CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN LOS USUARIOS DE DROGAS EN GENERAL.

Tendencias de Consumo:

La farmacodependencia en México, es un fenómeno que se ha extendido en forma paulatina, siendo la adolescencia, la edad de inicio más frecuente en el consumo de drogas tanto para los usuarios experimentales como para aquellos que evolucionan en adicciones más severas. Por otra parte, se ha visto que en el consumo de drogas existe una mayor participación del hombre que de la mujer (Chavéz de Sánchez et al. 1986; De la Gerza, Mendiola, Rábago, 1988) y un mayor consumo de jóvenes que no asisten a la escuela (Mass, Ramírez, 1985).

Castro, Rojas, García Zavala y De la Serna en 1986, al estudiar poblaciones de estudiantes de niveles de enseñanza media y media superior encontraron que la droga de mayor consumo son los inhalantes seguidos por las anfetaminas y la marihuana. Asimismo encontraron, que la mayor parte de los usuarios pertenecen al sexo masculino, con edades de más de 18 años, con excepción de los usuarios de inhalantes quienes en su mayoría reportaron tener 14 años y los de los sedantes quienes reportaron tener 16 y 17 años.

En la población general, los resultados obtenidos en México en la Encuesta Nacional de Adicciones en poblaciones de 12 a 65 años, llevada a cabo por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1988, señalan que el 4.8%

de la población ha consumido una o más drogas, lo cual significa, que existen 1'713 000 usuarios que han consumido drogas cuando menos una sola vez en su vida. Estos resultados señalan a la marihuana como la droga de mayor consumo, seguida por los tranquilizantes y las sustancias inhalantes.

Por otra parte, en relación con el sexo de los usuarios, los resultados reportan un mayor consumo en los hombres sobretudo en lo que se refiere a la marihuana y a las sustancias inhalantes. Las mujeres por otro lado, muestran un menor consumo de drogas y dentro de las drogas que más son consumidas por éstas, se encuentran aquellas de tipo médico.

Por último, en relación con la edad de inicio en el consumo de drogas, las sustancias inhalantes son las que se empiezan a consumir a una edad más temprana (12 a 17 años), seguidas por la marihuana y los alucinógenos entre 18 y 25 años y la cocaína entre los 26 y 34 años (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Larcano, Mariño, López, De la Serna, Rojas, 1989; Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).

Interacción Social:

El medio ambiente que rodea al usuario constituye un factor significativo para el consumo de drogas. Diversos estudios sobre la interacción y consumo de drogas ilustran este fenómeno y hacen énfasis en el papel que juega la presión del grupo de pares en el inicio y uso continuado de drogas. Se ha visto que los adoles-

centes poliusuarios interactúan regularmente con su grupo de pares, el cual le funciona como agente proveedor de diversas drogas (Prather, Fidell, 1978; Huba, Wingard, Bentler, 1979). Los amigos y conocidos constituyen una fuente importante de provisión de drogas sobretodo a lo referente al consumo por primera vez especialmente en el caso de la marihuana (84%), heroína (75%), cocaína (71%), heroína (75%), alucinógenos (68%), sedantes (56%), estimulantes (50%) y sustancias inhalantes (46%) (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).

Actividades Delictivas:

Se ha encontrado una relación entre consumo de drogas y actividades delictivas (Hernández-Serrano et al. 1975; Castro, García Zavala, Rojas, De la Serna, 1988).

González Carrero (1973), (citado en Hernández-Serrano, et al. 1975) señala dos teorías que explican este fenómeno. La primera se refiere a la necesidad que presenta el usuario de proveerse de drogas como causa fundamental de la delincuencia y la segunda sostiene que la toxicomanía es consecuencia de la propia delincuencia.

Según este autor, el consumo de drogas constituye una de las causas que inducen al usuario a delinquir en los siguientes casos: a). Actividades criminales que se encuentran asociadas en forma directa con la necesidad de obtener droga para mantener el hábito de consumo; b). Violaciones a la ley en estados de

intoxicación asociados por sustancias que por su carácter desinhibitorio contribuyen a la aparición de un determinado rasgo de personalidad; c). Ofensas relacionadas a los efectos de determinadas drogas entre las que se pueden citar: accidentes de tránsito producto de la disminución de capacidades tales como ataxia, disminución de la actividad neuromuscular, hiporeflexia, etc.; d). Ofensas relacionadas con el proselitismo a favor de las drogas que tienen un especial significado, si se realiza entre menores de edad o enfermos crónicos.

En una revisión realizada por Hernández-Serrano, et al. (1975) se menciona que diversos investigadores han señalado que existe una relación directa entre el consumo de drogas y actividades delictivas, entre ellos se pueden citar los siguientes:

- Etoe, Kato y Utens, en estudios efectuados en poblaciones juveniles del Japón, encontraron que existe una correlación positiva entre el asesinato y consumo de anfetaminas. Asimismo Kennedy y Fich en poblaciones juveniles encontraron resultados similares.
- Noble (1965-1967) mediante estudios longitudinales en poblaciones recluidas, encontró que los adictos a las drogas presentaban mayores trastornos de personalidad, frecuencia de historia familiar de enfermedad mental y dificultad en su interrelación familiar. También encontró que a diferencia de los no usuarios, los delitos cometidos por

los usuarios de diferentes tipos de drogas eran más graves y violentos.

- Gordon en 1973, utilizando un grupo de 60 pacientes que se habían iniciado en el consumo de drogas antes de los 21 años y que asistían a una clínica de tratamiento para la adicción encontró, que existe una asociación importante entre el consumo de drogas y la delincuencia. Encontró asimismo, que las actividades delictivas asociadas al consumo, que tuvieron porcentajes más elevados fueron: robo (32%), automovilísticas (17%), violencia (12%) y fraude (5%). Dentro de estas actividades delictivas la incidencia de delitos por violencia aumentó significativamente de un 17% anterior al consumo de drogas a un 40% posterior al consumo de éstas.

- Contrario a lo antes mencionado Scott y Wilcock, en estudios longitudinales en poblaciones recluidas no encontraron diferencias significativas entre los delitos cometidos por los usuarios y los no usuarios, hecho que deja abierta la investigación.

Kandel, Fagan, Davis (1986) (citados en Castro, García Zevala, Rojas, De la Serna, 1988) también consideran que existe una asociación entre consumo de drogas y actividades delictivas. Estos autores proponen considerar al uso de drogas y a las ac-

tividades delictivas como parte de un solo síndrome que refleja desórdenes de conducta, procesos comunes de desarrollo social o estilo de vida particulares.

Se ha visto que los adolescentes que consumen drogas, presentan una tendencia significativamente mayor que los adolescentes no usuarios a realizar conductas antisociales, a la vagancia y a la inconformidad social y que estas conductas son muy comunes en las "bandas" que son grupos grandes (de más de 50 miembros) conformados por adolescentes (Castro et al., 1988).

En México Castro, García Zavala, Rojas, De la Serna en 1988, utilizando una muestra nacional representativa de la población estudiantil de enseñanza media y media superior a los que les aplicaron un cuestionario que incluye una sección cuyo objetivo consiste en investigar la realización de los siguientes actos antisociales: golpear o dañar cosas, vender marihuana, tomar menos de \$10,000.00, tomar más de \$10,000.00, vender otras drogas, forzar cerraduras, golpear o herir a personas y participar en riñas, también encontraron una relación existente entre el consumo de drogas y actos antisociales.

Dentro de los resultados de su estudio se encuentran los siguientes: el 25.4% de los estudiantes investigados reportó haber cometido al menos en una ocasión uno de los nueve actos antisociales investigados y el 12.5% reportó haber realizado en más de tres ocasiones cada uno de estos actos. En relación con los diversos tipos de usuarios de drogas encontraron que los usuarios de alcohol, marihuana, inhalantes, anfetaminas y cocaína ob-

tuvieron correlaciones significativas en la Escala de Delincuencia. De estos grupos de usuarios encontraron que los usuarios de marihuana presentaron un mayor número de actos antisociales que los usuarios de alcohol y otras drogas. Asimismo encontraron que los usuarios altos de drogas (hombres entre 16 y 18 años de edad) cometen un número significativamente mayor de actos antisociales (aproximadamente 7 actos antisociales durante el año anterior a la encuesta) en contraste con los estudiantes que son usuarios leves y moderados y con aquellos que no consumen drogas (Castro et al., 1988).

2.2.3 CARACTERISTICAS DEL USUARIO DE MARIGUANA

2.2.3.1 TENDENCIAS DE CONSUMO

Dentro de las drogas de mayor consumo se encuentra a la marihuana, la cual es consumida por una gran variedad de adolescentes y personas jóvenes no por fuerza pertenecientes a grupos seriamente afectados (Chávez de Sánchez et al. 1986).

Se ha observado que existe un mayor consumo de marihuana en hombre que en mujeres, sobretodo en lo referente al consumo de cuando menos una vez. Asimismo se ha observado, que la edad de inicio en el consumo de esta droga, se ubica entre los 16 y 25 años de edad (Medina-Mora et al. 1989; Secretaría de Salud et al. 1990).

2.2.3.2 INTERACCION SOCIAL

Para estudiar los efectos del consumo de drogas en los patrones de interacción social de los usuarios, diversos investigadores han utilizado estudios de campo y la creación de ambientes de grupo artificiales. Dentro de los estudios en los que se han investigado los efectos que causa el consumo de marihuana en la interacción social de los usuarios se encuentran los siguientes:

Fisher y Steckler., y Orcutt y Biggs (1974 y 1975) (citados en Babor, Mendelson, Uhly, Kuehnle, 1978) mediante la aplicación de cuestionarios a usuarios de marihuana, encontraron que los efectos típicos de la intoxicación por marihuana tienen que ver con las características de introspección e introversión que presentan los usuarios de este tipo de drogas.

Galenter et al. (1974) (citado en Babor et al. 1978) en estudios sobre la interacción social utilizando grupos de sensibilización conformados por usuarios de diferentes tipos de drogas, encontraron que en los usuarios de marihuana a diferencia de los otros tipos de usuarios existe una mayor sensación de separación de grupo.

Babor et al. (1978) al estudiar los patrones de interacción social de los usuarios de marihuana encontraron que los sujetos intoxicados por marihuana presentan un decremento de la interacción verbal y que las dificultades verbales que presentan estos usuarios cuando interactúan con otros, son debidas a los

deterioros cognitivos causados por el consumo de esta droga. Estos autores en un estudio en el que utilizaron a un grupo de 37 usuarios de marihuana y alcohol en situaciones de interacción de grupo artificiales, mediante la observación participante y la aplicación de The Behavior Inventory, encontraron que aunque el contexto social en que se da el consumo de marihuana tiende a mantener a los usuarios reunidos, el efecto de la intoxicación por marihuana al menos en el caso de los usuarios moderados consiste en suprimir la interacción social. También encontraron, que esta reacción en la interacción social de los usuarios se caracteriza por ser de carácter transitorio.

Freeland, Campbell, Milman y Anker (1974) (citados en Prather, Fidell, 1978) consideran que el grupo de pares introduce al usuario de marihuana a consumir esta droga. En los usuarios hombres, este grupo de pares está constituido por hombres, mientras que en las usuarias, este grupo de pares está constituido por hombres y mujeres. Por último, en relación a los patrones de interacción social e inicio en el consumo de marihuana se considera que son los amigos o conocidos los que proporcionan al usuario la marihuana por primera vez y que la escuela constituye la principal fuente de obtención para el usuario de esta droga (Medina-Mora et al. 1989; Secretaría de Salud et al. 1990).

2.2.4 CARACTERISTICAS DEL USUARIO DE INHALANTES

2.2.4.1 TENDENCIAS DE CONSUMO

Medina-Mora et al (1977) (citados en Chevalli, Arroyo, Tubert-Oklender, Chapión, Castro, 1988) encontraron que en México, el principal problema de farmacodependencia lo constituyen los inhalantes, seguidos de la marihuana en poblaciones jóvenes de 14 a 24 años.

Natera & Berriel, González et al en 1977 (citados en De la Garza, Mendiola, Rábago 1988; De la garza et al. 1988) a través de estudios epidemiológicos encontraron que la edad de inicio en el consumo de sustancias inhalantes es muy temprana (antes de los 14 años) y que los adictos son generalmente sujetos marginados que no desempeñan ninguna actividad. Asimismo encontraron que la práctica de la inhalación se presenta principalmente en hombres.

Otros estudios han encontrado que la práctica de la inhalación, que antes era privativa de grupos socioeconómicos bajos, en la actualidad ha alcanzado una amplia difusión en los estratos medios (Ortiz et al. 1984; Chávez de Sánchez et al. 1986).

En relación con la escolaridad, diversos estudios reportan que los usuarios de sustancias inhalantes se caracterizan por presentar una mala adaptación escolar, abandono de la escuela a edades tempranas y un pobre rendimiento escolar (Medina-Mora, Castro, 1984; Medina-Mora, Ortiz, Caudillo, López, 1988).

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo en poblaciones de 12 a 65 años, representativas de la población mexicana, señalan que el consumo de sustancias inhalantes se da preferentemente en usuarios del sexo masculino, sobretodo el relacionado al consumo de cuando menos una vez. Asimismo señalan que la edad de inicio en el consumo de esta droga se ubica en el periodo de 12 a 17 años de edad. (Secretaría de Salud et al. 1990).

2.2.4.2 INTERACCION SOCIAL

Dentro de la dinámica social de los usuarios de sustancias inhalantes, se considera que éstos son sujetos que se marginan de su entorno social, rechazando a éste, de la misma manera en que ellos son rechazados por la sociedad. La inhalación es una práctica de status bajos tal vez, el más bajo de todos los abusos de sustancias. En este tipo de adicción se observa con frecuencia que los usuarios de otros tipos de drogas tienden a discriminar al inhalador (Ortíz, 1986).

Leal (1977), Medina-Mora et al. (1982), Ortiz y Caudillo (1982), y Ortiz (1984), (citados en Ortiz et al. 1984) consideran que los usuarios crónicos de sustancias inhalantes, hacen de la inhalación una actividad sobre la cual gira su estilo de vida, se desarrollan y pertenecen a un tipo de subcultura en donde la actividad de inhalar se acepta y se perpetúa en grupo. Es común que en el grupo de pares del usuario de sustancias inhalantes exista

una dinámica que sigue las normas y valores establecidos por un líder que dirige al grupo. Dentro de los valores que propicia este grupo se encuentran los siguientes: la actividad de inhalar, el no regresar a sus hogares, el ser amigo de todos los sujetos del grupo, el escapar de la policía en instituciones donde son captados y el consumir el tipo o tipos de sustancias que consume el grupo (Ortíz et al. 1984).

Por último, cabe considerar que los usuarios de sustancias inhalantes abandonan el hogar a edades tempranas para unirse a un grupo de pares. Para ellos este grupo funciona como una gran familia que se encuentra en las mismas condiciones y que le satisface gran parte de sus necesidades. El usuario realiza la mayor parte de sus actividades en grupo desde las de supervivencia hasta las propias de la inhalación. Por lo general, en este grupo el usuario realiza actividades de tipo antisocial tales como robar e inhalar (Ortíz, 1986).

CAPITULO III

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS: LA FARMACODEPENDENCIA Y LA CONFIANZA
BÁSICA SEGUN ERIK H. ERIKSON**

3.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FARMACODEPENDENCIA

3.1.1 ASPECTOS PSICODINÁMICOS

La literatura en relación con la farmacodependencia, considera que el fenómeno de la adicción a las drogas, obedece a un conflicto de tipo narcisista el cual se establece en la primera etapa del desarrollo del niño que es la etapa oral. En esta etapa, la relación madre-hijo, juega un papel determinante en el posterior desarrollo del niño, por ser en donde la madre constituye para el niño su primer objeto de amor (Fenichel, 1982).

Los usuarios de drogas, se caracterizan por presentar una fijación en la etapa oral del desarrollo. La presencia de esta fijación oral es debida a las fallas existentes en la capacidad de este primer objeto de amor que es la madre para nutrir. Por lo tanto, el usuario de drogas en su psicodinamia, acuea una fuerte necesidad de mamar, esto es, de llenar un hueco de afecto que hacia el pecho materno, la calidez, la ternura, la cercanía que solamente puede colmarse con la presencia afectuosa y cercana de la madre. Una vez establecida esta laguna de desarrollo, el usuario perpetúa características de dependencia de tipo narcisista y conductas demandantes, es decir, el usuario demanda que los demás le tengan siempre reconocido, se siente el centro del universo y trata de buscar la satisfacción inmediata de sus deseos (Ortiz, 1986).

Rosenfeld (1976), considera que en la historia personal del adicto existe un vínculo muy frustrante con la madre en periodos muy tempranos del desarrollo. Esta carencia de madre real, aparece para el niño como un refuerzo de las fantasías inconscientes acerca de una madre que no tolera los cambios de humor del hijo. El niño aprende entonces, a arreglarse con pechos sustitutos pero sin elaborar el duelo melancólico por el pecho perdido. La adicción a las drogas, surge como un intento de encontrar el pecho materno fantaseado que le permita controlar sus estados cambiantes de ánimo, a lo que se agrega un ataque al pecho real al usar la droga o el pulgar que chupa, como un sustituto de un pecho degradado y envidiado. La droga aparece en forma simultánea, como la representación internalizada de una madre que no tolera los cambios de ánimo, con lo cual el usuario repite consigo mismo, las conductas que antes había recibido por parte de su madre interna.

El adicto consume drogas en un intento por recuperar las primitivas sensaciones de rubicundez y calor que da el contacto piel a piel con la madre.

Por otra parte, el adicto mediante el consumo de ciertas drogas excitantes, trata de lograr un aumento del ritmo respiratorio, lo cual se encuentra correlacionado con fantasías mágicas de introyección del pecho inacabable-aire y con una expulsión simultánea de sus aspectos negativos en la espiración. El adicto a través de la inhalación y expulsión del aire, obtiene una especie de placer e intenta reproducir un movimiento maniaco

de pérdida, hambre y recuperación del objeto, lo cual le da al usuario de drogas la sensación de estar vivos el yo y los objetos internos y no muertos. Intenta así, recobrar y revivir a través del aire, las primitivas relaciones objetales con pérdida y recuperación del objeto y los vínculos (Rosenfeld, 1976).

En el fenómeno de la adicción a las drogas, se puede observar asimismo, que mientras el adicto a las drogas anhela la unión con el objeto de amor, él también teme esta unión. Los usuarios de drogas, temen a la fusión con las representaciones del objeto de amor debido a que ellos experimentaron éstas en el periodo formativo de su vida. La relación con su madre no fue satisfactoria, resultando en un severo trauma físico en la infancia, con efectos de daño en el desarrollo de su personalidad. Los adictos hacen uso de la droga, en un anhelo de reunión con el objeto materno pero solo raras veces y por cortos periodos de tiempo cuando ellos se encuentran profundamente anestesiados logran esta reunión idealizada con la madre. En otros momentos, la droga, se convierte en un objeto muy perseguidor y es entonces cuando los adictos necesitan expulsar el objeto introyectado a través de una serie de conductas que para ellos consisten en la materialización de una fantasía de expulsión de una madre perseguidora (Krystal, 1977).

Chessick en 1960 (citado en Krystal, 1977), encontró que los adictos cuando se encuentran bajo un periodo de consumo de drogas observan una serie de conductas de libramiento tales como vomitar, cortarse las uñas, etc.

Simmel, Rado., y Szaaz (1948, 1926 y 1950) (citados en Krystal, 1977), encontraron, que los alcohólicos anhelan en su fantasía, la unión con la madre pero experimentan miedos persecutorios.

Rosenfeld (1976) considera, que los adictos, necesitan expulsar al objeto introyectado. Este autor observó, una conducta a la cual denominó "tic expulsivo nasal", que consiste en una expulsión brusca del aire a través de la nariz en ciertos momentos paranoides en los pacientes drogadictos.

Dentro de la psicodinamia de la adicción, Ortiz, (1986), al estudiar el fenómeno del consumo de sustancias inhalantes, encontró paralelos simbólicos, entre las conductas orales descritas por Erikson y las observadas en el sujeto inhalador. La inhalación corresponde a un conflicto de tipo oral, que se matiza por oscilar entre la confianza versus la desconfianza. Erikson señala, que los conflictos son del tipo oral-respiratorio, sensorial-cenestésico y que la relación significativa en esta etapa se da con el primer objeto de amor que es la madre.

En el manejo simbólico de la inhalación se encuentra, que el usuario de drogas, presenta coraje en contra de la madre que le separa del pecho, esto es, que lo abandona y el sujeto lo suplente mediante la inhalación. A través del uso de sustancias inhalantes, el usuario se vuelve a unir fantaseadamente con la madre por medio de la actividad motora de succionar, aspirar, retener el aliento y finalmente relajarse dejando escapar el aire. El coraje en contra del cuerpo extraño, lo suplente al in-

halar, es por esto, que le dá la sensación de que lo que tiene en la boca y nariz, es un objeto bueno y no malo como el objeto primitivo-dientes, que le despertaba coraje. De este modo, tanto la actividad de inhalar como las sustancias inhalantes, se convierten para el usuario en algo bueno, un objeto bueno que es por tanto un objeto deseable y buscado (Ortiz, 1986).

Por otra parte, los sentimientos de coraje e impotencia que tiene el usuario contra sí mismo, trata de superarlos a través de la inhalación. Mediante esta actividad, el usuario obtiene una sensación de omnipotencia, logra que por un momento desaparezcan sus sensaciones displacenteras, pierde la noción del espacio y del tiempo y logra la satisfacción fantaseada de las necesidades que en la realidad no puede colmar. Así, el objeto primitivo y malo, el usuario lo suplente buscando y procurándose el objeto bueno que es la inhalación. Por último dentro del periodo del consumo de sustancias inhalantes, pueden ser observables los patrones de conducta propuestos por Erikson (1983), en la etapa oral: incorporación, retención, eliminación e intrusión oral. Cuando el usuario consume sustancias inhalantes, se observan conductas de aspirar por la nariz y la boca, retener la aspiración y exhalar lentamente. El usuario, vuelve a repetir el ciclo que también presenta las características del funcionamiento temprano de la intrusión oral: presiona con la cabeza y el cuello al pecho materno; presiona compulsivamente con la cabeza y el cuello la bolsa impregnada con la sustancia que está inhalando.

3.1.2 CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

Diversos investigadores han tratado de esclarecer qué características de personalidad tiene el usuario de drogas y han realizado diversos estudios en los cuales enumeran algunas de estas características. El propósito del presente apartado, consiste en presentar algunas de las características de personalidad del adicto.

En las investigaciones que han utilizado al "Inventario Multifásico de la Personalidad" (MMPI) se encuentran las siguientes características:

Hill., Haertze., y Glaser en 1960 (citados en Collins, 1979) observaron, que la población de adictos a las drogas se diferencia de los no adictos por presentar más rasgos psicopáticos.

Gilbert., y Lombardi en 1967 (citados en Collins, 1979) encontraron a su vez, la existencia de rasgos psicopáticos con depresión y tensión en los usuarios de drogas. En su investigación encontraron, que los usuarios de drogas presentaban elevaciones más altas en la escala 2 (depresión), en la escala 4 (desviación psicopática), en la escala 7 (psicaestenia) y en la escala 8 (esquizofrenia).

Por otra parte Greaves en 1971 (citado en Collins, 1979), identificó los tipos más prevalentes de perfiles en una población de adolescentes usuarios crónicos de drogas y encontró que los tipos de perfiles más prevalentes eran 2-8 (depresión-esquizofre-

nia), 4-8 (desviación psicopática-esquizofrenia) y 2-4-8 (depresión desviación-psicopática esquizofrenia).

Sutker, Archer y Allain (1980), al utilizar una muestra de 428 usuarios de drogas a los que les aplicaron el MMPI y The Shipley Institute of Living Scale" encontraron que no existían diferencias entre los hombres y las mujeres usuarios de drogas en las dimensiones clínicas en relación a los tipos de psicopatología. La única diferencia que encontraron fue en términos de tratamiento, es decir, en una situación de tratamiento en cuanto al consumo de drogas, las mujeres a diferencia de los hombres mostraron una mayor tendencia a admitir sus faltas y a expresar sus problemas psicológicos.

En otro estudio realizado por Sutker, Archer y Allain (1980) al utilizar una muestra de 84 usuarios de drogas que se encontraban en tratamiento mediante la aplicación de The Sensation Seeking Scale, el MMPI y The Shipley Institute of Living Scale encontraron que, las mujeres y los hombres usuarios de drogas obtuvieron puntajes similares en las medidas de búsqueda de sensaciones y concluyeron que la búsqueda de sensaciones, es un factor que se relaciona con el consumo de drogas.

Por otra parte, Teasdale, Segraves y Zaccane en 1971 (citados en Gossop, y Roy, 1976) al utilizar The Eysenk Personality Questionnaire encontraron, que los usuarios de drogas a diferencia de los no usuarios, presentaron puntuaciones más altas en el factor de psicotismo.

En relación con ciertas características de personalidad tales como la autoestima, existen solo algunos investigadores que hablan de una asociación entre la autoestima y la dependencia a las drogas (Gossop, 1976).

Fort (1955) (citado en Gossop, 1976) considera que los niveles de autoestima son bajos en los adictos.

Allen en 1969 (citado en Gossop, 1976) al investigar la autoestima en los hombres usuarios de alcohol encontró, que los alcohólicos a diferencia de los no alcohólicos presentan bajos niveles de autoestima.

Brehm y Back (citados en Gossop, 1976) consideran a su vez, que los individuos con bajos niveles de autoestima presentan una mayor probabilidad de hacerse dependientes a las drogas.

Gossop (1976) al utilizar The Semantic Differential of Osgood en una muestra de 71 usuarios de drogas encontró, que los usuarios de drogas a diferencia de los no usuarios presentan una baja autoestima. También encontró diferencias entre los hombres y las mujeres usuarias de drogas en el sentido de que las mujeres adictas presentan una personalidad más alterada que los hombres y un nivel más bajo de autoestima, lo cual indica, que las mujeres adictas tienden a evaluarse menos favorablemente en relación a su "yo ideal" que los hombres adictos.

Braucht et al y Serednesky (1973 y 1974) (citados en Jurich, Polson, 1984) encontraron a su vez, que los usuarios de drogas especialmente los adolescentes, presentan bajos niveles de autoestima. Y por último, Brook et al. en 1974 (citados en Jurich

et al. 1984) encontraron en los usuarios de drogas, la presencia de sentimientos de insuficiencia o falta de adecuación e inseguridad.

Por lo que, de estos estudios se puede concluir, que una baja autoestima se asocia con la dependencia a las drogas y que es muy posible que los individuos que estén expuestos a las drogas y que tengan bajos niveles de autoestima conformen un grupo de alto riesgo en relación con la dependencia a las drogas.

Por otra parte, algunos investigadores consideran que los usuarios de drogas tienen un manejo particular de la realidad en el cual la droga les sirve como un auxiliar, viéndose así disminuidas las "funciones vitales" de organización y de síntesis (Castro, Maya, 1982). Estos autores utilizaron 3 escalas que miden la percepción de calidad de vida, la percepción del medio ambiente social y el manejo de la realidad, aplicándolas en una muestra de 3 408 estudiantes del Distrito Federal y Zona Metropolitana usuarios de marihuana, inhalantes y anfetaminas y encontraron que los usuarios de drogas a diferencia de los no usuarios tienden a percibir a su medio ambiente familiar, interpersonal y escolar en forma más lejana. Asimismo encontraron, que la proporción de estudiantes que percibe como insatisfactoria su calidad de vida y que presenta dificultades en el manejo de la realidad es significativamente mayor entre los usuarios de marihuana, inhalantes y anfetaminas.

et al. 1984) encontraron en los usuarios de drogas, la presencia de sentimientos de insuficiencia o falta de adecuación e inseguridad.

Por lo que, de estos estudios se puede concluir, que una baja autoestima se asocia con la dependencia a las drogas y que es muy posible que los individuos que estén expuestos a las drogas y que tengan bajos niveles de autoestima conformen un grupo de alto riesgo en relación con la dependencia a las drogas.

Por otra parte, algunos investigadores consideran que los usuarios de drogas tienen un manejo particular de la realidad en el cual la droga les sirve como un auxiliar, viéndose así disminuidas las "funciones yoicas" de organización y de síntesis (Castro, Maya, 1982). Estos autores utilizaron 3 escalas que miden la percepción de calidad de vida, la percepción del medio ambiente social y el manejo de la realidad, aplicándolas en una muestra de 3 408 estudiantes del Distrito Federal y Zona Metropolitana usuarios de marihuana, inhalantes y anfetaminas y encontraron que los usuarios de drogas a diferencia de los no usuarios tienden a percibir a su medio ambiente familiar, interpersonal y escolar en forma más lejana. Asimismo encontraron, que la proporción de estudiantes que percibe como insatisfactoria su calidad de vida y que presenta dificultades en el manejo de la realidad es significativamente mayor entre los usuarios de marihuana, inhalantes y anfetaminas.

Dentro de las características de personalidad que han sido poco estudiadas en los usuarios de drogas se encuentra a la hostilidad. Sin embargo, diversos estudios consideran que existe una relación entre la dependencia a las drogas y la hostilidad y la agresión.

Gossop, Cobb y Connel en 1975 (citados en Gossop et al. 1976) al estudiar la conducta autodestructiva en grupos de usuarios de drogas intravenosas y orales encontraron que existe una alta incidencia de autoenvenenamiento y heridas a sí mismos en ambos grupos. También encontraron, que dentro de estos dos grupos los usuarios de drogas orales, se caracterizaron, por presentar más historias de múltiples heridas a sí mismos.

Edwards, Bloom y Cohen (citados en Gossop et al. 1976) en un estudio donde compararon grupos de usuarios de alucinógenos con sus controles encontraron, que los usuarios de drogas a diferencia de los no usuarios presentaron puntuaciones más altas en las medidas de hostilidad. Dichos autores, sugieren la existencia de una asociación entre la expresión de hostilidad y la dependencia a las drogas.

A su vez Gossop y Roy (1976) realizaron otro estudio, en donde utilizaron una muestra de 53 usuarios de drogas que se encontraban en tratamiento. Aplicándoles The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HOHQ) encontraron que los usuarios que consumen drogas por vía intravenosa son más hostiles que los que consumen drogas por vía oral.

Saxon, Kuncel y Kaufman (1980) al utilizar una muestra de 114 usuarios de drogas que habían presentado ideas suicidas, intentos de suicidio o conductas potencialmente destructivas hacia sí mismos, a quienes aplicaron el Suicide History Information Form encontraron que los usuarios de drogas constituyen una población de alto riesgo en lo que se refiere a intentos de suicidio. Asimismo encontraron, que las mujeres y los hombres usuarios de drogas presentan diferencias significativas en lo que se refiere a conductas autodestructivas, es decir, las mujeres usuarias presentan más intentos de suicidio que los hombres adictos.

Ettlinger (citado en Gorenc, Hafner, Kleff, Welz, 1982) mediante un estudio prospectivo de 10 años de duración utilizando una muestra de 211 casos de intento suicida encontró, que el alcoholismo y el consumo de drogas constituyen motivos y factores precipitantes de este tipo de conducta autodestructiva.

Korman en 1980 (citado en Ortiz et al. 1984) al estudiar un grupo de usuarios de sustancias inhalantes con sus controles encontró, que los inhaladores muestran más destructividad con dificultades permanentes en comparación con sujetos de otros grupos.

Los resultados de estos estudios sugieren, que los usuarios dependientes a las drogas, presentan una dificultad considerable para luchar contra sus propios impulsos, mayor autodestructividad, y asimismo conforman un grupo de alto riesgo en lo que

se refiere a intentos de suicidio. Por otra parte, es probable que los altos niveles de hostilidad que son encontrados en muchos adictos, reflejen en parte un rasgo estable de su personalidad.

Dentro de los estudios en donde se utilizan grupos de usuarios de marihuana se encuentra la presencia de algunas características de personalidad que presentan estos usuarios.

Diversos estudios Prather y Fidell, (1978) describen a los usuarios de marihuana con características de ser más liberales y heterodoxos en su estilo de vida que los no usuarios.

Jessor, et al en 1973 (citado en Prather y Fidell, 1978) encontró en los usuarios de marihuana, una asociación entre el consumo de marihuana y bajas expectativas de logro.

Castro y Valencia (1979) encontraron, que las usuarias de marihuana a diferencia de los hombres, tienden a ser menos convencionales y consecuentemente con menos necesidad o preocupación de ser aprobadas socialmente.

Por último Castro en 1986 utilizó una muestra de 10 941 estudiantes mexicanos entre los 14 y 18 años de edad. Al aplicarles la Escala de Oseeabilidad Social (SDS) y la Escala de Responsabilidad Intelectual Académica (CRIA) encontró en los usuarios de marihuana, la tendencia a tener menos necesidad de aprobación social.

Los resultados de los estudios en relación con las características de personalidad de los usuarios de marihuana sugieren, que los usuarios de marihuana son más liberales y

heterodoxos en su estilo de vida, presentan menos necesidad de ser aprobados socialmente y presentan bajas expectativas de logro.

En relación con los estudios efectuados en mujeres usuarias de drogas en general se encuentra la presencia de las siguientes características de personalidad: apatía, deseo de satisfacción inmediata, incapacidad para planear el futuro y una incapacidad para aceptar la autoridad o para tener responsabilidad de sus propias acciones. Asimismo se encuentra que las mujeres adictas presentan mayores intentos de suicidio y problemas de conducta antisocial a una edad más temprana que las mujeres no adictas (Singer, 1974; Schuckit, Morrissey, 1979). Por otra parte se encuentra percepción de su imagen corporal y de su rol sexual en forma negativa y menos tendencia que las no adictas a utilizar la fantasía para sentirse con poder debido a que las adictas en relación con las no adictas dependen de medios externos tales como el sexo o la elevación obtenida a través del consumo de una droga (Wathers, Billingsley, 1982).

Por último, dentro de los estudios en donde utilizan usuarios de sustancias inhalantes (Ortiz et al. 1984) se encuentran la presencia de las siguientes características de personalidad:

- Comstock (1977) considera que las alteraciones en el estado de ánimo, la depresión, la agitación y ansiedad y la preocupación suicida y síntomas somáticos, son aspectos

que diferencian a los consumidores de inhalantes de los usuarios de otras drogas.

- Smart y Castro (1982) encontraron, que en comparación con los no usuarios, en los usuarios de inhalantes y en los usuarios de anfetaminas, existe una tendencia mayor a tomar riesgos.
- Ortíz (1984) considera al usuario de sustancias inhalantes, como un sujeto que oscila entre la vida de libertad y la de reclusión, entre la autoafirmación y el miedo interior, entre el abandono y la búsqueda, por lo que la actividad de inhalar le funciona como una solución paliativa de una solución que en la vida real no encuentra.
- D'Amguda encontró, que los usuarios de inhalantes se caracterizan por su inclinación a la muerte, con intentos e ideas suicidas y fantasías predominantes de muerte.

Por otra parte, algunos autores consideran que la inhalación de sustancias inhalantes es muy poco usual entre los adultos. Consideran asimismo, que cuando esto sucede estas personas están más perturbadas emocionalmente que los adolescentes habituados a estas drogas. Los usuarios de sustancias inhalantes son personas que se caracterizan por su incapacidad para hacer frente a la ansiedad provocada por ciertas situaciones. Son generalmente

pasivos, se apartan de los demás, son poco comunicativos y tienen opiniones muy pobres de sí mismos. Los resultados de tests proyectivos aplicados a estos sujetos muestran: ansiedad, pasividad, un apartamiento de las actividades sociales, una capacidad limitada de aprendizaje y una personalidad frágil o fragmentada que tiende a quebrarse bajo situaciones stressantes (Cohen, 1976; Medina-Mora y Castro, 1984; Remington y Hoffman, 1984).

3.1.3 MOTIVACIONES HACIA EL USO DE DROGAS

Diversos autores que han estudiado el fenómeno de la farmacodependencia han tratado de esclarecer el por qué el usuario consume drogas y cuáles son las motivaciones hacia el uso de drogas. La literatura en relación con el fenómeno de la farmacodependencia considera, que existen diversas motivaciones hacia el uso de las drogas (Jurich et al. 1984).

Este autor considera que una de las motivaciones hacia el uso de las drogas está relacionada con un locus de control externo. Los individuos que lo poseen en oposición a uno interno, se caracterizan porque creen que tienen muy poco poder para controlar su medio ambiente.

Los adictos a las drogas exhiben elementos de un locus de control externo mediante la pasividad, sentimientos de impotencia, sentimientos de desesperanza y un escaso control sobre sus impulsos.

En una revisión efectuada por Jurich et al. (1984) se menciona que diversos investigadores señalan que la utilización de mecanismos de escape para luchar con los problemas, constituye una de las manifestaciones de un locus de control externo. Entre estos se puede citar los siguientes:

- Torda (1968) encontró, que en los usuarios de drogas el escapismo puede tomar la forma de una excesiva ensoñación.
- Kelb., et al (1972) encontraron a su vez, que el escapismo en los usuarios de drogas, puede tomar formas más serias como ausencias en la escuela y fuga del hogar.
- Kelb et al., Brook et al., Blum y Flynn (1972, 1974, 1966 y 1970) encontraron, que los usuarios de drogas, buscan enfrentarse con problemas tales como, las dificultades en el hogar o problemas sexuales tratando de escapar lejos de sus problemas.
- Reilly., y Cannon (1975 y 1976) encontraron, que el escapismo constituye una de las principales características de los adictos.

En el consumo de drogas por otra parte, existe una relación entre un locus de control externo y un concepto negativo de sí mismo. Diversos autores también citados por este autor señalan que:

Los usuarios de drogas especialmente los adolescentes, se caracterizan por presentar bajos niveles de autoestima y sentimientos de insuficiencia e inseguridad y que en un esfuerzo para enfrentarse con estos sentimientos de baja autoestima, muchos usuarios entran en una decepción de sí mismos y hacen frente a esta decepción tomando drogas.

- Chein et al., Hartman., Seldin., y Amini, et al (1964, 1969, 1972 y 1976) han atribuido esta falta de autoestima a déficits en el funcionamiento del yo y a un pobre desarrollo de la estructura del yo.
- Kleber., y Blum, et al (1965 y 1966) consideran por otra parte, que para hacer frente a la difusión de la identidad que se presenta en la adolescencia, los usuarios de drogas tratan de buscar un sentido de definición del yo a través del uso de drogas.

- Brook et al. (1974) encontraron que los problemas asociados con un locus de control externo y conceptos negativos de sí mismos llevan a muchos adictos a sentirse desilucionados. Este sentimiento de desilusión, puede hacer sentir al adicto que no ha logrado ninguna de sus metas en la vida.
- Alexander., y Dibb (1977) consideran que el usuario de drogas se define a sí mismo, como un individuo desviado o marginado con respecto a las expectativas sociales y se siente desilucionado con la vida en general. Estos sentimientos generan en él, sentimientos de falta de esperanza y de desesperación. Por lo general los usuarios de drogas exhiben conductas de rebelión y desconfianza hacia las figuras de autoridad y se muestran incapaces de jugar algún rol consistente a sus expectativas sociales.

Otra de las motivaciones hacia el uso de drogas está relacionada con la depresión, problemas de tipo narcisístico y defensas contra los afectos que el usuario percibe como dolorosos (Khantzian; Khantzian et al. 1977 y 1977).

Savit., y Fenichel (1954 y 1945) (citados en Khantzian et al. 1977) consideran a la depresión y a la tensión, como motivos para consumir drogas.

Kohut., y Kernberg (1971 y 1975) (citados en Khantzian, 1977) han señalado, que una patología de tipo narcisística, predispone a ciertos individuos a la adicción.

Por otra parte, Wurmser (1977) ha puesto énfasis en la descompensación narcisística y en la parte que juegan las drogas en aliviar y contrarrestar los estados de afectos dolorosos y las perturbaciones o desórdenes de tipo narcisístico que resultan de una abrumadora crisis en la vida del individuo.

Krystal (1974) (citado en Wurmser, 1977) considera, que todos los usuarios compulsivos de drogas presentan en común las siguientes disposiciones de ánimo y afectos: desilusión, desengaño, coraje, vergüenza, soledad y una mezcla de terror y desesperación. Considera asimismo, que estos sentimientos son debidos a una frustración de tipo narcisística. En este sentido, el uso de drogas le sirve al usuario, como una defensa para evitar estos afectos.

Khantzian (1974) (citado en Wurmser, 1977) considera, que el usuario de drogas se encuentra abrumado por afectos que no puede manejar sobretodo los relacionados con deseos muy intensos de tipo destructivo. El usuario de drogas, se caracteriza, porque sus defensas son deficientes. La droga entonces le sirve al usuario, como un medio de solución, como una encontrada ayuda y protección y como un mecanismo de enfrentamiento ante los afectos que le abruma.

Glover (citado en Khantzian, 1979) considera, que los usuarios de drogas tienen problemas con su agresión. Considera asimismo, a los aspectos sexuales y del placer del uso de drogas como respuestas defensivas a problemas subyacentes con la agresión.

Por otra parte, Hartmann (citado en Khantzian et al. 1977) encontró en poblaciones de adolescentes farmacodependientes, que los adolescentes que consumían narcóticos lo hacían para proporcionarse una solución pasivo-regresiva a los conflictos intrapsíquicos asociados con la fase adolescente del desarrollo.

Wieder., y Kaplan (citados en Khantzian et al. 1977) consideran, que los conflictos del desarrollo preadolescente, llevan a los individuos vulnerables a los problemas de ansiedad, depresión y descontento físico al consumo de drogas, en tales casos, las drogas parecen proporcionar el medio para inducir una deseable regresión del yo. Consideran asimismo, que el consumo de opiáceos, produce un estado de reminiscencia de una dichosa cercanía y unión con la madre, la cual resulta de una evitación de las ansiedades de separación despertadas por la crisis de la dependencia adolescente.

Kriystal., y Raskin (citados en Khantzian et al. 1977) consideran, que los adictos presentan mayores dificultades en ser buenos para sí mismos y en tratar con sus sentimientos positivos y negativos hacia otros, debido a defensas rígidas y masivas tales como la escisión y la negación. Considera que los usuarios

consumen drogas, no solo para ayudarse a defenderse contra sus sentimientos sino también, para permitirse la experiencia de sentimientos de fusión con objetos amorosos.

Por último, dentro de las motivaciones hacia el uso de drogas se encuentran aquellas relacionadas con el sistema familiar del farmacodependiente.

Se ha visto que el sistema familiar en donde se desenvuelve el usuario de drogas, tiene un papel significativo en el mantenimiento del problema del abuso de sustancias. Existe una evidencia considerable que el uso de drogas por el adolescente está relacionado con el uso parental de sustancias, especialmente el alcohol. Esta asociación, ha sido demostrada en estudios efectuados en varios países utilizando hombres, mujeres y grupos tan diversos como delincuentes juveniles y estudiantes mujeres en donde se han estudiado diversas drogas. En estos estudios, se ha observado que aún donde la influencia del grupo de pares se encuentra claramente delineada y ejerce una poderosa influencia en el consumo de drogas la importancia de un modelo parental como causa del consumo persiste (Klagebrun, Davis, 1977).

Los miembros de la familia del usuario de drogas, generalmente experimentan, sentimientos crónicos de alineación mutua, soledad, vacío, exclusión, abandono, pérdida, deprivación, culpa, ansiedad, coraje, depresión e inutilidad. Ellos se defienden de estos sentimientos no placenteros de varias maneras pero por lo común, utilizan la automedicación. Es decir, tanto el adicto como su familia, utilizan esta defensa y se atienen muy fuertemente a

la ingestión compulsiva de diversas sustancias que alteran el estado de ánimo, desde las prescritas legalmente a los tranquilizantes menores y sedativos, al consumo excesivo de alcohol, tabaco, café y al consumo excesivo de comida. Es decir, el usuario de drogas se ajusta simplemente a la tradición familiar y social existente de tomar algo para lidiar con el dolor y aliviar el estrés. Diversas sustancias químicas se consumen dentro de estas familias para reforzar la autoestima y en un esfuerzo para lidiar con sentimientos de angustia psicológica resultantes del abandono emocional, separación y soledad. Los miembros de la familia consideran que solo pueden alejarse de la atmósfera de locura existente en la familia, a través de una elevación obtenida a través del consumo de drogas, cuando ellos no son ellos mismos, lo cual lo logran bajo la influencia de diversas sustancias químicas. Es decir, el uso de drogas es un intento frustrado para ser real, para sentirse humano, aunque sea momentáneamente a través de medios artificiales. El lograr una elevación a través de estas sustancias no solo significa el logro temporal de la disminución del dolor psíquico, sino que también significa, una reunión simbólica con el objeto de amor, calor, cuidado de "la madre buena", un sentimiento marcadamente ausente en el vacío de la vida cotidiana (Reilly, 1975).

Diversos estudios consideran, que en la historia del adicto existen pérdidas de uno o ambos padres, dichas pérdidas son para el adicto traumáticas y de naturaleza inesperada. Estos estudios consideran que existe una asociación entre el inicio del consumo de drogas y la muerte parental (Stanton et al. 1978).

Por otra parte, el adicto hace uso de las drogas motivado inconscientemente en una búsqueda de ayuda. Es decir, su consumo de drogas es un intento para provocar el interés y la atención de sus padres. Asimismo es un intento, para provocar la imposición de límites externos sobre sus impulsos y conductas. Así, el usuario de drogas, puede sin saberlo, arreglárselas de tal manera para ser atrapado por sus padres en situaciones de consumo de drogas. Si sus padres permanecen pasivos ante dicho consumo, el adicto puede escalar en su campaña hasta el punto de dejar la escuela, ser arrestado o ingerir una sobredosis (Reilly, 1975).

La mayoría de los padres son incapaces de poner límites de conducta sobre el consumo de drogas de su hijo, niegan la existencia de dicho consumo, se culpan el uno al otro sobre el consumo de su hijo y en algunos casos obtienen alguna gratificación de tipo inconsciente sobre dicho consumo, es decir, inconscientemente envidian las nuevas libertades (sexo, droga, etc.) que ellos atribuyen a la juventud y se encuentran mórbidamente fascinados e incluso obsesivos e identificados con la conducta desviada de su hijo.

En estas familias, (citado en Reilly, 1975) el síntoma del uso de drogas sirve como una función sintónica de la familia. Es frecuente que estas familias, necesitan del abuso de drogas del usuario de tal manera que él puede ajustarse mejor al asignado rol de la familia como el "malo", "quien reencarnará una de las malas introyecciones" o reproduce uno de los "yoes" de la niñez malos de sus padres⁽¹¹⁾. En otros casos, el síntoma del uso de drogas, le sirve a la familia, porque así asegura que la enfermedad de su hijo lo mantendrá indefinidamente dependiente de los padres. Es decir, el consumo de drogas les sirve tanto a los padres como al hijo para mitigar sus ansiedades internas de separación (Klagebrun et al, 1977; Schwartzman, Bokos, Lipscomb, 1982).

Por otra parte, el adicto se encuentra atrapado en un círculo vicioso en donde percibe su fracaso (Schwartzman et al. 1982). Es decir, cuando se encuentra en un periodo de abstinencia a las drogas, el padre sobreinvolucrado siente que el adicto debe estar protegido del stress por lo que no le demanda cualquier tipo de actividad que requiera autosuficiencia, tales como buscar un trabajo, ir a la escuela, etc. Así también cuando el adicto se encuentra en un periodo de consumo de drogas, el padre sobreinvolucrado trata de eliminar cualquier tipo de demanda sobre él mientras él está enfermo, particularmente si el adicto amenaza con dejar el hogar.

Los padres definen al adicto, como una persona débil, como un reflejo de su propio fracaso como padres y como la causa de sus problemas. El hecho de que los padres vean al adicto como la causa de sus problemas, incrementa su propia depresión y sentimiento de culpa. Por otro lado, si el adicto se va de la casa, ocasiona que el padre que está muy involucrado se sienta ansioso e incrementa su sentimiento de culpa.

En estas familias, la capacidad del adicto se limita a las habilidades relacionadas con el consumo de drogas y debido a sus problemas se le permite permanecer dentro de la familia. Al mismo tiempo, su consumo de drogas, paradójicamente, le permite ausentarse del hogar (para obtener drogas), por lo que él puede permanecer en el hogar o ausentarse como le place sin responsabilidades.

El uso continuado de drogas por el adicto, mantiene la discordia marital entre los padres, situación que hace que sean vulnerables a la manipulación por el adicto, de tal manera, que este no sea regañado y restringido por sus padres.

Por otra parte, el adicto se encuentra muy involucrado con su familia y solo puede separarse de ella a través de su deseo de consumo de drogas ocasionando un serio incremento de crisis de consumo de drogas, intentos de rescatamiento por sus padres y encarcelamiento, etc.

3.1.4 ASPECTOS FAMILIARES

3.1.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

La Madre:

Diversos estudios en relación con la familia del farmacodependiente consideran, que la madre en el núcleo familiar donde se desenvuelve el adicto presenta una serie de características:

Dentro de la familia del usuario de drogas, la madre, se caracteriza a diferencia del padre, por ser la figura de más presencia en el hogar, ya que el padre por lo general, permanece ausente. Sin embargo, la madre dentro de este núcleo familiar se caracteriza por ser distante, por no permitir la cercanía emocional y por abandonar al usuario ya sea para dedicarse a las tareas del hogar, al trabajo, o a una serie de parejas (padrastras), que lleva al hogar debido a la ausencia del padre (Harbin, Maziar, 1975; Stanton et al. 1978; Ortiz, 1986).

En cuanto al rol desempeñado en el hogar Seldin (1975) (citado en Harbin et al. 1975) considera, que aunque la madre es la figura dominante en el hogar, esta se encuentra ambivalente con respecto a su rol y es incapaz de poner límites de conducta a sus hijos.

Hirsch (1975) (citado en Harbin et al. 1975), considera que las madres de los adictos se caracterizan por ser narcisísticas, infantiles y masoquistas.

Por último, Schwartzman et al. (1982) consideran que las madres de los adictos se caracterizan por ser sobreprotectoras e intrusivas, e incapaces de permitir la separación del hijo, así como su funcionamiento autónomo (Schwartzman et al. 1982).

El Padre:

Diversos estudios en relación con la familia del farmacodependiente consideran, que el padre del adicto a las drogas se caracteriza por ser distante y hostil, por estar ausente del núcleo familiar en una mayor proporción que la madre ya sea debido a su muerte o separación del hogar y por ser dependiente y pasivo (Klagsbrun et al. 1977; Schwartzman et al. 1982; Jurich et al. 1984).

En cuanto a su rol, el rol del padre en la familia del adicto se encuentra poco definido. Se presenta como un expectador que asiste a la representación que es la familia sin comprometerse y en donde su papel es de "hombre títere" fácilmente controlado por la madre o "distante" (Castro, 1976; Klagsbrun et al. 1977). Por otra parte, es frecuente que el padre del usuario de drogas sea descrito por sus hijos como inepto, indulgente y sexualmente agresivo (Stanton et al. 1978).

3.1.4.2 COMUNICACION

Introducción

Diversos estudios en relación con la familia del farmacodependiente consideran, que el núcleo familiar donde se desenvuelve el usuario de sustancias inhalantes se caracteriza, por presentar una atmósfera familiar de tipo autoritario, agresiva, irracional, desintegrada e inconstante. Esta situación el usuario trata de evitarla abandonando el hogar (Ortiz, 1986).

Berriol (1977) (citado en Ortiz et al. 1984) considera a su vez, que los usuarios de sustancias inhalantes, provienen de hogares en donde las agresiones físicas o verbales son comunes entre los miembros de la familia y en donde los hijos ante estas agresiones reaccionan con violencia.

Por otra parte, diversos estudios consideran que el clima familiar que prevalece en estas familias, no promueve el desarrollo de un sentimiento de cercanía, ni de intimidad, ni de confianza. En estas familias es común observar, que el estilo de relación entre los miembros es de distancia (De la Garza et al. 1984).

Ortiz, et al. (1984) consideran que la familia del usuario de sustancias inhalantes se caracteriza, por presentar una secuela de sucesivos abandonos por parte de la madre y principalmente del padre. Por lo general, la atmósfera familiar presenta un tono de hostilidad el cual se va incrementando por la ausencia del padre (Ortiz et al. 1984). La ausencia del padre por lo

general, ocasiona graves crisis dentro de la familia, lo cual da lugar, a una depresión ambiental muy evidente. Es común observar, que los niños desde muy corta edad lo suplan en sus funciones de mantenimiento del hogar, que la madre lleve una serie de padrastrós al hogar los cuales a su vez abandonan y maltratan al niño y que la presencia de estos padrastrós vengán a agregar una serie de interacciones no libres de conflicto dentro del núcleo familiar tales como, la rivalidad con los hijos de su esposa, la procreación de nuevos hijos lo que provocará la presencia de hijos distintos, etc. (Ortiz, 1986).

Relación con la Madre:

Existen diversos estudios que hablan de la relación existente entre la madre y el usuario de drogas:

Rosenfeld (1976) considera que en la historia personal del adicto, existe un vínculo muy frustrante con la madre en periodos muy tempranos del desarrollo (Rosenfeld, 1976).

Otros estudios consideran, que en periodos muy tempranos del desarrollo del usuario de drogas, la madre del adicto no se daba cuenta de las necesidades infantiles de su hijo y que tendía a alimentarlo antes de que tuviera hambre (Harbin et al. 1975).

Hirsch (1975) (citado en Harbin et al. 1975), habla del rechazo del adicto por una madre narcisística cuando este no le recompensó o correspondió a su amor. Considera que la madre del adicto, es una persona neurótica, sobreprotectora, masoquista e infantil que genera un núcleo de masoquismo en el niño y que man-

tiene la enfermedad emocional del niño para su propia supervivencia emocional. A su vez, en sus relaciones con el adicto, por lo común la madre es sobreprotectora y tiende a reforzar la pasividad de su hijo. Es común encontrar en los niños de estas madres, una tendencia a la intelectualización, al soñar despiertos o fantasear, a la omnipotencia, al narcisismo y al pensamiento de tipo mágico.

Por otra parte, la madre al ser sobreprotectora e intrusiva en sus relaciones con el adicto, se muestra incapaz de permitir la separación del hijo así como su funcionamiento autónomo. Por lo general, se muestra demasiado indulgente y permisiva con su hijo, así como incapaz de poner límites conductuales a éste (Stanton et al. 1978; Schwartzman et al. 1982).

Dentro del núcleo familiar del adicto la madre se caracteriza por ser distante y no permitir la cercanía emocional del hijo.

Kerr (1974) (citado en Prather et al. 1978), considera, que las mujeres adictas, han tenido pobres relaciones con sus madres pero más fuertes relaciones con sus padres.

Quintela (1976) (citado en Castro, 1976) por otra parte, considera, que en las familias de los usuarios de drogas, la vivencia de las madres es la de suponer ser odiadas por sus hijos y que a pesar de sus esfuerzos los hijos continúan siendo rebeldes con ellas.

Las mujeres adictas por lo general, tienden a ser más sensibles a los problemas de su familia que los hombres. Perciben a sus madres demasiado sobreprotectoras y autoritarias, consideran la relación con su madre como una relación insatisfactoria y parecen sostener una relación competitiva con sus madres (Stanton et al. 1978; Beschner, Treasure, 1979).

Por último Ortiz (1986) considera que en las familias de usuarios de sustancias inhalantes, debido a que la madre es la figura de más presencia en el hogar y el padre por lo general tiende a permanecer ausente, la tendencia es a que el niño desarrolle una liga simbiótica con la madre, pero a la vez que hace esta liga, se va a encontrar con que la madre también puede abandonarle, dejarlo de lado para dedicarse a tareas del hogar, al trabajo, a los otros hijos o a los otros padrastros (Ortiz, 1986).

Relación con el Padre:

Existen diversos estudios que nos hablan de la relación existente entre el usuario de drogas con su padre.

En una revisión efectuada por Harbin et al. (1975) relacionada con la relación del adicto con su padre se encontró lo siguiente:

- Chein., et al (1964) en un estudio en el que utilizó una muestra de 30 usuarios de drogas hombres comparados con sus controles encontró, que en el 80% de los adictos exis-

tía una relación padre-hijo muy débil. Asimismo encontró, que en el 48% de los adictos la figura paterna estaba ausente y no era una parte significativa en la temprana niñez del adicto.

- Rosenberg (1969) por otra parte, en un estudio en el que utilizó una muestra de 50 neuróticos, 50 usuarios de drogas y 50 alcohólicos encontró que los padres de los alcohólicos y de los usuarios de drogas eran descritos por sus hijos, como no interesados en ellos, rechazantes o ejecutando castigos erráticos e injustos.
- Hirsch (1975) a su vez, en un estudio de tipo longitudinal en el que utilizó a tres madres y a un padre de usuarios de drogas adolescentes que se encontraban en un proceso de terapia de grupo encontró, que los padres se caracterizaban por ser débiles y por proporcionar a sus hijos pobres modelos de identificación.

Por otra parte, diversos estudios en relación con la familia del usuario de drogas consideran, que dentro de la relación padre-usuario de drogas, el padre es considerado como una persona dependiente y pasiva, frecuentemente sobreprotector con el adicto por lo que es común, que le dé al usuario de drogas la impresión de que él no puede hacer frente a sus problemas (Jurich et al. 1984).

Ortiz (1986) considera, que el padre se caracteriza asimismo por su ausencia y cuando eventualmente llega a estar presente dentro de la familia, su rol es más bien el de una imagen agresiva, castigadora, por esto el niño lo evita. Asimismo considera, que en ausencia del padre, el padre sustituto se caracteriza también por abandonar y maltratar al usuario de drogas.

Relación entre los Padres:

Castro (1976) considera que dentro de los problemas en la relación entre los padres de los usuarios de drogas, existen los siguientes indicadores de inestabilidad familiar: separación, divorcio y muerte de alguno de los cónyuges (Castro, 1976).

Por otra parte, Kirschbaum., et al (1977) (citado en Harbin et al. 1975) en un estudio en el que utilizaron una muestra de 10 familias de usuarios de drogas. Mediante la aplicación de "Structured Family Interview" encontraron, que la relación marital entre los padres de los usuarios estaba caracterizada por la presencia de dificultades sexuales y problemas con la intimidad.

Por lo general, los padres del adicto se encuentran en constante conflicto o distanciados uno del otro excepto en los periodos del uso de drogas del adicto (actual o sospechado por los padres). En estos periodos, se observa un incremento en la interacción entre los padres (Klagsbrun et al. 1977).

Por otra parte, es frecuente en la familia del usuario que uno de los padres eche la culpa al otro de los problemas del adicto. En estas familias cuando uno de los padres intenta poner

límites de conducta al adicto, el otro (por lo general la madre) debilita sus esfuerzos en cuanto a la puesta de límites conductuales, lo cual es indicativo, de la expresión del conflicto encubierto que existe en la relación entre los padres así como de su incapacidad para tolerar la frustración (Schwartzman et al. 1982).

Interacciones Negativas:

Es común, que los miembros de la familia del usuario de drogas, se comuniquen entre sí, a través de mensajes negativos (Reilly, 1975). Dentro de estas familias (citado en Reilly, 1975), se puede observar una atmósfera de apagamiento y soledad como si cada miembro estuviese encapsulado, separado de los otros, por algún tipo de abismo emocional. Dentro de estas familias, las expresiones tales como "si nosotros viviéramos en un hotel y no en una casa" o "cada uno de nosotros vivimos de diferentes modos" o "como si viviésemos en diferentes casas", son muy comunes⁽¹²⁾.

Por lo común, dentro de estas familias, los niños aprenden que el causar problemas, es el único camino para llamar la atención de los padres.

La atmósfera de apagamiento y soledad en donde se encuentran inmersas estas familias, ocasiona que cualquier despliegue afectivo, no importando que tan negativo sea, se convierta en un

reforzador poderoso para la conducta desviada. Los niños pronto se dan cuenta que ellos pueden hacer que la familia "venga a la vida", precipitando una crisis.

Sin embargo, la buena conducta de los niños raramente es reforzada con elogios ya que por lo común los padres tienden a ignorar la buena conducta de sus hijos ocasionando así un fracaso en su reforzamiento.

Límites de Conducta:

En las familias de los usuarios de drogas, por lo común, los padres se encuentran ambivalentes en relación con ciertos impulsos y restricciones sociales. Los padres transmiten su propia ambivalencia a sus hijos a través de la puesta de límites conductuales inconsistentes (Harbin et al. 1975).

La madre dentro de estas familias es la figura dominante en términos de poder, mientras que el padre es secundario y tanto la madre como el padre son incapaces de poner límites de conducta a su hijo. Es común en estas familias, que cuando el padre intenta poner límites de conducta a sus hijos sus esfuerzos sean obstaculizados por la madre.

Por lo general, los padres fracasan en castigar una conducta desviada del hijo ya que algunas veces la ignoran, otras la premian y otras la castigan. Por lo que la mayor parte de las veces, el niño recibe un mensaje mezclado y confuso en relación a los estándares morales de lo que está bien o mal. Lo anterior no solo lleva al niño a defectos en el superyó, sino también a in-

tentos desesperados por provocar que los padres o alguna otra figura sustituta le impongan límites firmes y consistentes y le proporcionen seguridad de estructura.

Expectativas Parentales Patógenas:

En la familia del usuario de drogas, es común encontrar que los padres esperan demasiado de sus hijos, esperan lo peor de ellos o fluctúan entre altas expectativas irreales y un extremo pesimismo. Sin embargo, en cualquiera de estas tres situaciones el adicto es puesto en una situación de "no ganador" (Reilly, 1975).

En el primero de los casos, es decir, en donde los padres esperan la perfección y en donde el amor está condicionado sobre el éxito, es común que el usuario de drogas, evite intentar una tarea porque implica el riesgo de fracasar. Por otra parte, en los casos en que los padres esperan lo peor de sus hijos, estos se encierran en una realización de la profecía. Los hijos claramente perciben el mensaje y siguen el rol negativo descrito por sus padres.

Expresión de los Sentimientos:

Por lo general, en la familia del farmacodependiente, cualquier tipo de expresión de los sentimientos ya sea positiva o negativa, es considerada como amenazante y cargada de conflicto y ansiedad (Reilly, 1975).

Es muy común, que los miembros de estas familias, se encuentren muy deprivados emocionalmente (de amor, cariño y afecto) y tan amenazados por la posibilidad siempre presente de rechazo, que su ira o coraje sea enorme.

Por otra parte, en estas familias (citado en Reilly, 1975), existen problemas en relación al control de impulsos. Es muy común encontrar que los miembros de estas familias experimenten "un miedo a volverse locos", "a perder el control", "culpas en relación a impulsos hostiles y deseos de muerte", etc⁽¹³⁾.

En relación con la expresión de sentimientos negativos tales como los de ira o coraje, es común encontrar en estas familias, que el niño reprime todo tipo de expresiones directas de ira o coraje hacia sus padres.

Por lo que dichos afectos, ganan expresión a través de otros medios: a). A través del desplazamiento en donde las figuras de autoridad, hermanos o pares son atacados en lugar de los padres, b). A través de una conducta pasivo-agresiva, c). A través de una conducta intropunitiva en donde el coraje original experimentado hacia los padres que lo han deprivado se vuelca contra el self. Este último mecanismo es muy común en el usuario de drogas y lo lleva a un estado de depresión crónica, a una disminución de la imagen del yo y a un estilo de vida intropunitivo y autofrustrante. Asimismo junto con esta tendencia intropunitiva, existen frecuentemente manifestaciones de propensiones al accidente,

ideaciones suicidas e intentos suicidas y enmascaramientos suicidas (en varias muertes por sobredosis y enfermedades psicósomáticas).

Contacto del Adicto con su Familia:

Diversos estudios en relación con la familia del farmacodependiente, que se han efectuado a través de cuestionarios anónimos y a través de las observaciones efectuadas sobre la conducta de los usuarios de drogas, dan alguna evidencia de la existencia de un contacto cercano del adicto con su familia. El usuario de drogas a pesar de sus actitudes de protesta e independencia, mantiene un vínculo cercano con su familia. Se ha encontrado que la mayoría de los adictos en relación con su familia, presentan las siguientes conductas: algunos viven con sus madres, otros mantienen un contacto de larga duración ya sea con sus padres o con algún pariente y otros, es decir, aquellos que viven en la calle o con sus amigos, mantienen un contacto de larga duración ya sea con sus padres o con algún pariente y otros, es decir, aquellos que viven en la calle o con sus amigos, mantienen un contacto periódico con su familia.

El único estudio que se ha encontrado que no está de acuerdo con este punto de vista, lo constituye el efectuado por Alexander et al. (1978) (citado en Stanton et al. 1978) los cuales encontraron que los adictos no mantienen algún tipo de contacto con su familia.

Conflictos Familiares Subyacentes:

Las familias de los usuarios de drogas se caracterizan, por ser familias en duelo malogrado. Por lo general, los padres de estas familias, han tenido profundas pérdidas emocionales dentro de sus propias familias de origen. Es común encontrar, que existe en los padres de estas familias un fuerte sentimiento de pérdida de la propia madre ya sea físicamente o psicológicamente (por rechazo, descuido, hostilidad). Por lo general, los conflictos y sentimientos asociados con estas pérdidas no son resueltos adecuadamente por los padres de los usuarios (Reilly, 1975).

Por lo común, los padres del adicto a las drogas parecen estar siempre sufriendo de intensos sentimientos de pérdidas parentales; en ellos existe un fuerte sentimiento de privación emocional.

Por otra parte, es difícil que los padres manifiesten abiertamente su propia depresión, en lugar de esto, proyectan sus propios conflictos sobre la pérdida y el duelo hacia la familia como un todo. El sistema familiar por lo tanto, se contamina y cada miembro de la familia es atrapado en un sentimiento de pérdida, duelo perjudicado, ansiedad de separación y maniobras defensivas para conservar el objeto. La familia como un todo, comienza a manifestar el síndrome característico de penosa aflicción, incapacidad relativa de amar, pérdida del interés en el mundo externo, inhibición y limitación de la actividad, pérdida de la autoestima y sobreinvolucramiento con los objetos de pérdida. Es precisamente este duelo perjudicado, con su asociada

incapacidad de adoptar nuevos objetos de amor, el que contribuye grandemente a la incapacidad mostrada por estas familias para expresar su afecto.

Las interacciones negativistas que existen dentro de estas familias, se originan de su incapacidad para renunciar a sus objetos perdidos y de su tendencia a desplazar antiguos odios en sus relaciones actuales.

Por otra parte, los padres de estas familias, intentan tratar con la pérdida de los objetos de amor ambivalentes a través de identificaciones proyectivas las cuales tienen por objetivo la conservación del objeto.

Framo (citado en Reilly, 1975) considera, que las familias de los usuarios de drogas intentan una resolución interpersonal del conflicto humano a través de estas identificaciones proyectivas. Los padres inconscientemente, intentan volver a dominar o externalizar sus conflictos intrapsíquicos que se originan de las experiencias que tuvieron de sus relaciones en su familia de origen.

Dicho autor, se refiere a este proceso como "un rol irracional asignado o una proyectiva distorsión en la transferencia". Cuando ocurre este proceso en la familia del farmacodependiente se puede observar que los miembros de la familia tienden más a relacionarse los unos a los otros como representantes de introyecciones más que como personas reales. Los esposos caen en los extremos de proyectar las imágenes de sus propios padres y hermanos sobre sus parejas e hijos. En estas familias existe, "un

retorno a lo reprimido", como si cada esposo activamente intentase a través de la proyección, moldear a su pareja y a sus hijos en reencarnaciones externas de imágenes parentales internas. En suma, para amoldar a la pareja a ajustarse o a repudiar a los objetos internos escindidos, los padres de los adictos en ocasiones atribuyen a su pareja aquellos malos sentimientos que ellos no ven como propios en ellos mismos.

En la familia del farmacodependiente, es común, que los hijos vengan a representar las expectativas valoradas o temidas de los padres basadas en introyecciones parentales. Los padres a través de una fantasía inconsciente frecuentemente asignan sus propios roles paternos a sus hijos. Esta clase de identificación inconsciente de los hijos con objetos amorosos perdidos, tipifican las familias de los usuarios de drogas.

Por otra parte, debido a las desviaciones en las identificaciones de estas familias, la fusión y la difusión del yo son muy altas mientras que la individuación es pobre. Los miembros de la familia continuamente confunden las identificaciones con las relaciones y la postergación de la terminación del duelo de las relaciones perdidas les pueden llevar a una desdiferenciación entre el sujeto y el objeto. Los miembros de estas familias, raramente están seguros en donde ellos empiezan y los otros salen, los límites del yo son muy débiles y propensos a colapsos repentinos.

Los padres de estas familias, debido a que nunca han terminado su duelo o aceptado la pérdida de sus propios padres, se muestran incapaces de tolerar la pérdida o separación de sus propios hijos. Su ansiedad con respecto a la separación es muy alta y esta ansiedad es transmitida a sus hijos desde la infancia. Por lo general, los padres desalientan la individuación e independencia de sus hijos debido a que ellos tienden a equiparar a la individuación con la separación, pérdida y muerte. Frecuentemente los conflictos en relación a la unión y separación, a la pérdida de objeto y reemplazo que se dan en estas familias operan en los padres a nivel inconsciente para mantener a sus hijos en un nivel de enfermedad, en algunos casos de un continuado abuso de drogas.

3.2 ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL SEGUN ERIK H. ERIKSON

3.2.1 Introducción

Erik Erikson estudió psicoanálisis con Sigmund Freud y con Anna Freud y se graduó como psicoanalista en el Círculo Psicoanalítico de Viena. Formuló una teoría psicosocial del desarrollo la cual abarca desde la infancia hasta la edad adulta. Su teoría se basó en gran medida en el trabajo de Sigmund Freud; sin embargo, Erikson no solo consideró el desarrollo de la infancia temprana y el desarrollo psicosexual sino que también consideró a los aspectos sociales como relevantes en su teoría.

La teoría de Erikson propone que existen 8 etapas en el desarrollo del yo, cada una de las cuales se caracteriza en términos de polaridades de las cualidades del yo, a saber: confianza básica versus desconfianza básica, autonomía versus vergüenza, iniciativa versus culpa, industria versus inferioridad, identidad versus confusión, intimidad versus aislamiento, generatividad versus estancamiento e integridad versus desesperación.

Estas cualidades del yo o actitudes básicas, se desarrollan como resultado de la interacción entre las capacidades desarrolladas del individuo y las presiones o sanciones existentes en su medio ambiente social. En cada una de estas etapas, el individuo debe de resolver una crisis particular que lo lleva a desarrollar tareas que deben ser ejecutadas. El éxito o la falta de éxito en la resolución de cada una de estas crisis, llevará al individuo

al establecimiento de una determinada actitud u orientación hacia sí mismo y hacia el mundo lo cual le ayudará a determinar el éxito o fracaso que tenga en el paso por las siguientes etapas.

Erikson considera que el paso exitoso por la etapa oral del desarrollo supone el establecimiento del sentimiento de confianza básica, mismo que se establece mediante una relación adecuada con la figura materna a través de la introyección de sentimientos positivos de amor, afecto y cuidado materno.

En este capítulo se hablará de la teoría de Eriekson (1979, 1980, 1983 y 1984) debido a que se está estudiando el desarrollo del sentimiento de la confianza básica en un grupo de mujeres adolescentes farmacodependientes.

3.2.2 LAS OCHO EDADES DEL HOMBRE

3.2.2.1 ETAPA 1:

ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA CONFIANZA BASICA AL MISMO TIEMPO QUE SE SUPERA UN SENTIDO DE LA DESCONFIANZA BASICA. REALIZACION DE LA ESPERANZA (APROXIMADAMENTE DE 0 MESES A LOS 18 MESES.

El primero de los encuentros madre-hijo, se produce cuando la madre pone el pecho en el recién nacido que está privado de su simbiosis con el cuerpo materno (Erikson, 1980, 1983). En este encuentro se ve que se unen tanto la capacidad congénita y más o menos coordinada del recién nacido para incorporar a través de la boca, como la intención del pecho, la madre y la sociedad de alimentarlo y darle la bienvenida. El recién nacido vive a través de la boca y ama con ella, la madre hace lo mismo con sus senos. Para la madre, esto depende en gran medida del amor que puede tener la seguridad de recibir de los otros, de la autoestimación que acompaña el acto de amamantar y de la respuesta del recién nacido. En esta etapa, la zona oral constituye para el niño un modo primario y general de acercamiento, a saber, la incorporación. Durante las primeras semanas de vida el niño solo reacciona cuando el material que da la madre es introducido en su cuerpo.

El recién nacido depende de la entrega de sustancias de todo tipo que se ponen en las puertas receptoras de su organismo. La modalidad de "incorporación" recientemente adquirida, hace que

quiera succionar los objetos adecuados para él y tragar todos los líquidos adecuados que aquellos producen. Asimismo, ocasiona que el niño quiera incorporar con sus ojos todo lo que aparece en su campo visual e incorporar con su sentido del tacto, todo aquello que siente como bueno.

Se encuentra que el niño es muy vulnerable, por lo que se hace necesario asegurarle que su primera experiencia pueda no sólo mantenerlo vivo, sino también contribuir a coordinar sus ritmos respiratorio, metabólico y circulatorio. Para esto, los aportes a sus sentidos deben tener la intensidad adecuada y producirse en el momento adecuado de otro modo su disposición a incorporar se transformaría abruptamente en una defensa difusa.

El niño para lograr sobrevivir, necesita que le aporten la mínima provisión necesaria, de lo contrario expuesto ante la máxima frustración tolerable puede morir o resultar severamente atrofiado.

Dentro de todo esto se encuentra que cada cultura hace amplio uso de su prerrogativa para decidir qué considera practicable o necesario para el niño y como ejemplo se tiene, que algunas personas consideran que se le debe permitir al niño el libre movimiento de sus miembros lo antes posible, pero que hay que obligarlo a esperar su comida hasta que se ponga cianótico. El manejo del niño sin embargo, depende en su mayor parte de la meta general y el sistema de una cultura.

Esta primera etapa postulada por Erikson es central en la adquisición de un sentimiento de confianza básica y está formada a su vez por 2 subetapas:

- a). Primera subetapa Incorporativa: En la primera de estas subetapas, es decir, la primera subetapa incorporativa, el modo incorporativo es el que domina y la modalidad social que se adquiere es la de obtener. En esta subetapa, se da una ejercitación de las mandíbulas y las encías en el niño (segundo modo incorporativo), una tendencia a escupir (modo eliminatorio), una tendencia a apretar los labios (modo retentivo) y en los niños más vigorosos existe una tendencia general intrusiva de toda la cabeza y el cuello, una tendencia a aferrarse a los pezones y por así decirlo a meterse dentro del pecho (oral-intrusivo). Cualquiera de los modos auxiliares puede ser particularmente pronunciado en algunos niños y casi imposible de observar en otros. Por lo general, el predominio de alguno de estos modos en el niño se dá a través de una falta o pérdida del control interior y de la regulación mutua con respecto a las fuentes de alimentación y placer oral. Por otro lado, se encuentra que el niño mediante el desarrollo de percepción, coordinación y sentido de responsabilidad poco a poco se va enfrentando a los patrones educativos de su cultura y va aprendiendo las modalidades básicas de la existencia humana. La modalidad de "obtener", que significa recibir

y aceptar lo que es dado es la primera modalidad social que debe aprender. El niño puede adquirir esta modalidad sólo cuando aprenda a regular sus sistemas de órganos de acuerdo con la forma en que el medio natural integra sus métodos de cuidado infantil. En forma óptima, se requiere que la disposición del recién nacido a obtener lo que se le brinda, se dé en una regulación mutua con la madre en la que se le permita a él desarrollar y coordinar sus medios para obtener al mismo tiempo en que la madre desarrolla y coordina sus medios de dar. En este tipo de regulación existe una alta recompensa en términos de placer libidinal como resultado de esta coordinación madre-hijo y tanto la madre como el hijo, disfrutan de lo que es dado y obtenido participando plenamente y respondiendo con una sensación de relajación. La mutualidad de esta relajación es central para la primera experiencia coordinada con "el otro" ya que el niño, al obtener así lo que se le da y al aprender a conseguir que alguien haga lo que él desea, desarrolla también el fundamento psico necesario para llegar a ser un dador. Cuando la regulación mutua madre-hijo fracasa, surgirán entonces una serie de intentos por controlar a través de la compulsión o la fantasía y no de la reciprocidad. El niño en su deseo de obtener lo que no puede conseguir a través de la succión central, hará uso de una actividad azarosa, se agotará o descubrirá su pulgar y rechazará

al mundo. Por otro lado, la madre en su deseo de forzar las cosas introducirá a la fuerza el pezón en el niño, modificará los horarios y las fórmulas o se mostrará tensa y ansiosa durante el proceso de lactancia. Para aliviar tal situación y mantener la reciprocidad madre-hijo, existen métodos que consisten en darle al niño a través de pezones artificiales lo que no puede obtener y en compensar su pérdida oral a través del saciamiento de los receptores no orales, esto es, brindarle placer por otras fuentes; sostenerlo, calentarlo, proporcionarle palabras, sonrisas, entre otras.

- b). Segunda subetapa: En la segunda de estas subetapa, el modo incorporar mordiendo es el que domina y la modalidad social que se adquiere es la de tomar y aferrarse a las cosas. En esta subetapa, la capacidad del niño para asumir una actitud más activa y dirigida y el placer derivado de ella, se desarrollan y maduran. Con la aparición de los dientes, el niño alcanza el modo correspondiente a morder que es el que domina en esta subetapa. El niño experimenta una sensación de placer al morder cosas duras que no ceden a la presión, al morder objetos blandos y al destruir objetos con los dientes. Sin embargo, el morder, incluye una variedad de otras actividades, es decir, el sistema visual del niño en el cual lo ojos jugaban un papel pasivo y en donde el niño

solo aceptaba las impresiones a medida que iban apareciendo, ahora tienen la función de enfocar, aislar, captar objetos y rescatarlos de un fondo más vago y seguirlos. Por otro lado, mediante los órganos de la audición el niño se encuentra capacitado a discernir los sonidos significativos, a localizarlos y a guiar un cambio adecuado de posición (levantar y girar la cabeza, levantar y girar el tronco). Asimismo el niño puede extender sus brazos y sus manos pueden asir en forma más intencional. Se encuentra por otra parte, que la modalidad social que aprende es la de "tomar y aferrarse a las cosas" que se ofrecen y se dan más o menos libremente y tomar las cosas que tienen una cierta tendencia a escaparse. El niño al aprender a cambiar de posición a rodar sobre sí mismo y a sentarse, puede entonces perfeccionar los mecanismos correspondientes a captar, investigar y apropiarse de todo lo que está a su alcance. En esta subetapa, el niño atraviesa situaciones traumáticas y toda una serie de dificultades dentro de las que se encuentran: el desarrollo general de los impulsos y mecanismos de la presión activa, la aparición de los dientes y la proximidad entre este proceso y el del destete y la creciente separación de la madre la cual puede volver a su empleo, quedar embarazada otra vez o ambas cosas. Es en esta segunda subetapa en donde "lo bueno" y "lo malo" irrumpen en el mundo del niño, a menos que su "confianza

básica" en sí mismo y en los demás se haya vieto socavada en la primera subetapa por paroxismos indebidamente provocados o prolongados de rabia y agotamiento. Sin embargo el proceso de lactancia continúa hasta el momento en que aparecen los dientes y el niño se enfrenta a tener que aprender a seguir succionando sin morder con el fin de que la madre no le retire el pezón movida por el dolor o la cólera. Este es el punto central en la temprana historia del individuo que puede ser el origen de una peligrosa división en la que la rabia contra los dientes que muerden, la rabia contra la madre que se aparta y la rabia frente a la propia rabia impotente del niño lo llevan a una intensa experiencia de confusión sádica y masoquista que le deja la impresión en general de que en algún momento él destruyó la propia unidad con la matriz materna.

Erikson considera que la pérdida drástica del amor y los cuidados de la madre sin una sustitución adecuada en ese momento puede llevar al niño (bajo circunstancias agravantes de otro tipo) a una aguda depresión infantil o a un estado de duelo leve, pero crónico que puede dejarle un matiz depresivo. Asimismo considera que aún bajo las condiciones más favorables la primera etapa deja como residuo un sentimiento primario de algo que se destruyó y una nostalgia univereal por el paraíso perdido.

En términos generales se puede decir que la primera etapa del desarrollo postulada por Erikson es central en la adquisición de un sentimiento de confianza básica al mismo tiempo que se supera un sentimiento de desconfianza básica.

Erikson considera, que la "confianza", implica el hecho de fiarse esencialmente de los demás, así como un fundamental sentimiento acerca de que uno mismo es digno de confianza. Mediante la confianza básica que el individuo obtiene en esta primera etapa del desarrollo, puede experimentar que el interior y el exterior son buenos y que se encuentran interrelacionados. Asimismo, este sentimiento de confianza básica adquirida, le ayudará a crecer psicológicamente y a sentirse dispuesto a aceptar de buena gana las experiencias nuevas; cada vez que su confianza le dé buenos resultados, se acentuará su tendencia a las expectativas favorables respecto a nuevas experiencias las cuales siempre ofrecerán ocasiones para sentir desconfianza.

Por otro lado, la desconfianza básica es la suma de todas las experiencias difusas que no son, de algún modo, equilibradas con éxito mediante la experiencia misma de la integración. En el niño el establecimiento de una desconfianza precoz, va acompañada por una experiencia de furia total con fantasías acerca de la total dominación o incluso destrucción de las fuentes de placer y nutricias, más tarde cuando el individuo se enfrenta a situaciones y estados extremos revivirá una vez más estas fantasías y sentimientos de furia total.

Sin embargo, es un hecho que todo conflicto infantil básico perviva de alguna manera en el adulto. Las primeras etapas se mantienen en los estratos más profundos y todo individuo que se encuentre fatigado puede regresar en forma temporal a una desconfianza parcial siempre y cuando el mundo de sus expectativas haya sido conmocionado hasta su núcleo. No obstante, las instituciones sociales parecen proporcionar al individuo continuos aseguramientos colectivos con respecto a aquellas ansiedades que se han ido acumulando a partir de su pasado infantil. La religión, por ejemplo, organiza, sistematiza y socializa los primeros y más profundos conflictos de la vida; combina las vagas imágenes de los primeros proveedores de todo individuo en imágenes colectivas primordiales protectoras sobrehumanas, hace comprensible el vago malestar de la desconfianza básica concediéndole una realidad metafísica en forma de mal definido y ofrece al hombre mediante rituales, una restitución colectiva periódica de confianza, que en los adultos llega a madurar para constituir una combinación de fé y realismo.

El establecimiento de un sentimiento de desconfianza básica en los adultos se expresa en diversas formas de apartamiento, en donde el individuo se retira al interior de sí mismo cuando está desavenido consigo mismo y con otros. En situaciones extremas, esta retirada al interior de sí mismo se manifiesta a través de una regresión a estados psicóticos que ocasiona que el individuo se encierre en sí mismo, rechazando los alimentos y el confort y olvidando la compañía de los demás.

En Psicopatología se puede observar directamente esta ausencia de confianza básica a través de la esquizofrenia infantil. Sin embargo, en éste y otros casos en donde predomina un sentimiento de desconfianza básica, el restablecimiento de un estado de confianza constituye el requisito básico para la terapia (Erikson, 1983). También se puede encontrar en la literatura psiquiátrica frecuentes referencias a un carácter oral, en donde el individuo presenta en forma acentuada los rasgos representativos de los conflictos no resueltos correspondientes a esta fase (Erikson, 1980).

Cuando predomina un carácter oral de tipo pesimista, el individuo experimenta una serie de miedos infantiles, tales como los de "ser dejado vacío" o simplemente "ser dejado" y también "estar muerto de hambre de estímulos" dentro de las formas depresivas de "estar vacío" y de "no ser bueno". La experimentación de tales miedos, puede proporcionar a la oralidad un tipo particular de ansia que es designada en psicoanálisis como sadismo oral y que se caracteriza por una cruel necesidad de obtener y de tomar de modos que son amenazadores para otros o para uno mismo.

A su vez cuando predomina un carácter oral de tipo optimista, se encuentra que el dar y el recibir constituyen para el individuo los aspectos más importantes de la vida. En este tipo de carácter, existe una oralidad como sustrato normal en todos los individuos, un residuo procedente de aquel primer periodo de dependencia con respecto a poderosos proveedores que se expresa

normalmente a través de nuestras dependencias y nostalgias y en estados en donde el individuo se encuentra demasiado esperanzado o demasiado desesperanzado.

Una combinación de fé y realismo es el resultado de la integración de esta primera etapa con las subiguientes en la edad adulta. Por otro lado, todas las placenteras confirmaciones pueden derivarse, especialmente en compañía de antiguas y nuevas sensaciones gustativas, de inhalar o sorber, mascar, deglutir y digerir, pueden derivarse hacia formas de adicción, autoengaño y apropiación codiciosa las cuales expresan una cierta debilidad en cuanto al restablecimiento oral de la confianza básica.

3.2.2.2 ETAPA 2:

ADQUISICION DE UN SENTIDO DE AUTONOMIA AL MISMO TIEMPO
QUE SE SUPERA UN SENTIDO DE VERGUENZA O DUDA.
(APROXIMADAMENTE DE 18 MESES A 3 AÑOS Y MEDIO)

La segunda etapa del desarrollo postulada por Erikson es central en la adquisición de un sentimiento de autonomía. En esta etapa, vemos que el niño al mismo tiempo que adquiere y afirma su propio sentido de autonomía, combate contra un sentimiento de duda y vergüenza y realiza su voluntad.

De una total dependencia con respecto a la madre, el niño pasa a una etapa en donde se hace más activo tanto motriz como cognitivamente y comienza a experimentar el hecho de ser cada día

más autónomo de la madre y de las cosas de su medio ambiente (Lolt, Morrinson, 1979). Se da una maduración tanto en el plano físico como en el mental.

En el plano físico, el niño pequeño experimenta un aceleramiento maduración que se traduce en movimientos mejor coordinados, mayor capacidad de discriminación y un mejor control muscular de sus esfínteres. Todas las actividades que realiza (caminar, dirigir la mirada, retener y soltar objetos etc.), ya no son como antes, actividades que se realizaban por sí mismas, sino más bien son medios que le sirven para emprender nuevos intentos. El niño se percibe "más capaz" y se lanza a explorar nuevos espacios que hasta ahora le son desconocidos con el fin de aprehender su mundo de una manera más eficaz. La maduración que se da en su sistema muscular, principalmente en sus esfínteres, permite a la experiencia misma de la "analidad" adquirir una nueva dimensión; aparecen "heces" mejor formadas y se propicia mediante una adecuada coordinación muscular el desarrollo de una evacuación y una retención voluntarias. En el plano mental, se observa una mayor capacidad de verbalización, una percepción más refinada, el mejoramiento de la memoria y una mayor capacidad de integración neurológica y social.

Por otra parte, la adquisición de nuevas capacidades físicas y mentales enfrenta al niño a la experiencia de un mayor sentido de autonomía, de confianza dentro de su sí mismo en expansión, de adquisición de un sentimiento de logro o a la experimentación de sensaciones de miedo de verse atrapado en situaciones que exceden

su capacidad de resolución y que lo llevan a fracasar en sus intentos por lograr algo. La disyuntiva es: "o se adquiere un sentimiento de autonomía o se adquiere un sentimiento de duda y vergüenza".

Para Eriksen, el primer campo de batalla de este conflicto gira en torno al "entrenamiento en el baño" que es en donde el niño ejercita sus esfínteres mediante el acto mismo de defecar. La zona anal que es la zona erógena de esta etapa se convierte en el centro de expresión de impulsos conflictivos debido a que es la zona modelo de dos modalidades contradictorias que han de convertirse en alternantes: la retención y la eliminación.

El niño aprende a delinear su mundo en términos de "yo" y "tú", de "mi" y "mío" y realiza todos sus contactos psicosociales con base en la modalidad recientemente adquirida de "retener y soltar". La mayoría de sus actividades giran en torno a la recolección, el atesoramiento y la acumulación versus la eliminación y el ordenamiento de las cosas en lugares apropiados.

Por otro lado se encuentra que el niño y el adulto atraviesan por el problema de lograr una adecuada regulación mutua, la cual no se dará cuando existe un control demasiado rígido por parte del adulto o un sentimiento de pérdida del autocontrol en el niño. La existencia de un control exterior mediante un entrenamiento esfinteriano demasiado rígido o demasiado precoz que prive al niño de sus intentos de controlar gradualmente sus intestinos y otras funciones de manera autónoma, es decir voluntariamente y por libre elección lo enfrentará a una

doble rebelión y a una doble derrota. Se sentirá impotente frente a su propia incontinencia anal; asustado por sus propios movimientos intestinales e impotente así mismo frente al exterior y se verá forzado a buscar la satisfacción y el control no logrados haciendo uso de la regresión o de un progreso ficticio. Es decir, retornará a un control oral previo; se chupará el dedo y se volverá más exigente o bien se volverá hostil y testarudo utilizando lo que tiene a su alcance -sus heces-, que para él son el equivalente de "municiones agresivas", o bien pretenderá tener una autonomía y una capacidad para hacer las cosas sin ayuda de nadie y que en realidad no posee.

El surgimiento de un sentimiento de libre voluntad estará dado por un sentimiento de autocontrol en el niño sin pérdida de autoestima, mientras que el surgimiento de una persistente propensión a la duda y a la vergüenza, estará dado a su vez por un sentimiento de pérdida de autocontrol en él y de un excesivo control parental. Existe un período en el que el niño aprende a extorsionar al adulto con la amenaza de su regresión. Al mismo tiempo, esta forma de reclamo en relación con su total dependencia hacia el adulto en la fase anterior, promueve la regulación mutua. Mediante el hecho de aprender a conseguir que alguien haga por él, algo que desea, él aprende a dar, pues el recibir entrena siempre algún aspecto del dar.

En el desarrollo de la autonomía, la firmeza del progenitor juega un papel primordial. El niño debe sentirse plenamente seguro de que su fé en sí mismo y en el mundo no será puesta en peligro por el violento deseo de salirse con la suya, de apropiarse exigentemente y de eliminar tercamente.

Ahora el niño pasa por un periodo difícil; desea conocer su mundo y ensaya las nuevas capacidades recién adquiridas que le permitirán en un futuro convertirse en un ser independiente pero al mismo tiempo, duda de sus propias capacidades, tiene miedo y desea retornar a la fase previa en donde dependía por completo de la madre. Es tarea del adulto por consiguiente, el saber poner límites sensatos a estas capacidades, dejándole emprender solo aquellas conductas que tengan la probabilidad de tener cierto grado de éxito y proporcionarle una confianza que esté firmemente desarrollada.

El medio ambiente en el que se desenvuelve el niño debe tener la característica de estimular y favorecer su autonomía y al mismo tiempo debe servir de protección contra el sentimiento de haberse expuesto a sí mismo prematura y atolondradamente, es decir, el sentimiento de vergüenza y una desconfianza secundaria que se denomina duda (duda acerca de sí mismo y duda en cuanto a la firmeza y perspicacia de sus educadores).

La vergüenza, es una emoción infantil que en nuestra civilización es precoz y fácilmente absorbida por la culpa. Presupone el hecho de estar completamente expuesto a los demás, de saber que a uno lo miran. Uno es visible a los demás y no se

está dispuesto a ser visible, en sueños esto se expresa de diversas formas, uno aparece desnudo, en paños menores, etc. La reacción primaria ante la sensación de vergüenza es un impulso a esconder la cara o a tirarse al suelo. Cuando la vergüenza es excesiva, da lugar a un sentimiento de salirse con la suya cuando no se es visto, el cual puede desembocar en una deliberada desvergüenza.

Las exigencias del medio, forzan al niño a considerarse a sí mismo, su cuerpo, sus necesidades y sus deseos como malos y sucios y tanto el niño como el adulto deben de saber poner límites a estas exigencias.

Se encuentra que otros adultos además de la madre adquieren un significado cada vez mayor en su conciencia. El niño al tratar de encontrar los límites de sí mismo, entra constantemente en contacto con diversos grados de libertad en distintas áreas de conducta y con diferentes adultos. Aprende a utilizar estas diferencias para relacionarse de modos distintos con cada adulto. Su sentimiento de confianza o de desconfianza adquirido, se generaliza a otras personas de acuerdo con el grado de autonomía que el niño puede establecer con cada uno de ellos.

Asimismo otros niños adquieren significado para él solo como objetos de juego o como elementos adicionales que satisfacen sus necesidades de atención. El nacimiento de un nuevo hermano provoca rivalidad y celos ya que compite con su necesidad de atención y dependencia de la madre.

Por otra parte, la importancia del juego radica en ofrecer al niño un refugio seguro que le permita desarrollar su autonomía de acuerdo con su propio conjunto de límites o leyes. Cuando el juego se desenvuelve de esta manera le es posible al niño dominar la duda y la vergüenza.

Sin embargo se ve que el riesgo psiquiátrico estriba en que el niño al tratar de ejercer control sobre sí mismo o sobre los demás puede llegar a obsesionarse con su propia repetitividad queriendo tener todo "precisamente así", con una secuencia y un ritmo determinados, entregándose a la vez a repeticiones ritualistas y a dudas obsesivas que ocultan temores paranoicos obsesivos relativos a perseguidores ocultos y a secretas persecuciones que amenazan "por detrás" (y desde el interior del detrás), lo cual es el prototipo de una neurosis obsesiva en el adulto (Erikson, 1980; Erikson, 1983; Maier, 1984).

**3.2.2.3 ETAPA 3:
ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA INICIATIVA Y SUPERACION
DE UN SENTIDO DE CULPA (APROXIMADAMENTE DE LOS 3 AÑOS Y
MEDIO A LOS 6 AÑOS DE EDAD).**

La tercera etapa del desarrollo postulada por Erikson es central en la adquisición de un sentido de iniciativa y superación de un sentido de culpa.

Dentro de esta etapa, el niño adquiere tres desarrollos parciales: a). Aprender a caminar y a moverse en forma más libre y violenta en su medio ambiente lo cual le permite establecer un círculo de metas más amplio y para él limitado; b). Su lenguaje se perfecciona hasta el punto de que entiende y puede preguntar acerca de innumerables cosas escuchando solamente lo suficiente para comprenderlas en forma incompleta y c). Tanto el lenguaje como la locomoción le permiten extender su imaginación a tantos roles, que no puede evitar asustarse con lo que sueña y piensa.

El amplio desarrollo de la locomoción y del lenguaje que el niño alcanza, le permite percatarse de lo que puede hacer y de lo que es capaz de realizar. Comienza a percibirse tan grande como otros niños que también caminan y puede establecer comparaciones y desarrollar una infatigable curiosidad acerca de las diferencias en cuanto a tamaño, sexo y edad. Su medio que antes estaba reducido a sus padres y a sus hermanos ahora se vuelve más amplio ya que el niño entra en contacto con los grupos infantiles del jardín de infancia, la calle y el lugar de juegos.

El niño entra en una etapa de aprendizaje eminentemente intrusivo e intencional lo cual le lleva más allá de sus propias limitaciones hacia futuras posibilidades.

El modo intrusivo que domina gran parte del comportamiento del niño en esta etapa, se caracteriza por diversas actividades y fantasías configurativamente similares entre las que se encuentran las siguientes: a). La intrusión en el espacio mediante una locomoción vigorosa, b). La intrusión en lo desconocido

mediante una voraz curiosidad, c). La intrusión en los oídos, en las mentes de otras personas mediante la agresiva voz, d). La intrusión hacia o en otros cuerpos mediante ataques físicos, e). Y lo que con frecuencia le infunde más temor al niño: imaginar que el falo se introduce en el cuerpo femenino (Erikson, 1980).

Este estadio, caracterizado por el Complejo de Edipo, es designado como "fase fálica" en la teoría de la sexualidad infantil (Maier, 1984). El Complejo de Edipo está basado en la lógica del desarrollo que determina que los niños fijen su primer afecto genital en los adultos maternos que han proporcionado placer a sus cuerpos, lo que hace que desarrollen su primera rivalidad sexual contra las personas que son los poseedores sexuales de dichas personas maternas.

Para Erikson, la adhesión del niño al sexo opuesto es indudable debido a que para él sus personas maternas son los únicos representantes de su grupo sexual. Este tipo de adhesión, se manifiesta cuando el niño descubre que él importa en el contexto de un grupo familiar y cuando puede expresar su afecto intencional. Considera que la adhesión del niño a su representante paternal del sexo opuesto no es necesariamente incestuosa sino que significa más bien que el amor siempre se orienta hacia aquel que más le ha demostrado su existencia y accesibilidad. El niño se orienta hacia su madre que es el objeto de amor más asequible y proveedor de cuidados y a la vez la madre le alienta y acepta su adhesión. Al mismo tiempo, la sociedad induce al niño a desplazar su identificación hacia el padre el cual representa los

símbolos de masculinidad (conducta del yo y valores del superyó) que su cultura valora como deseables y admirables. Sin embargo, la niña se orienta hacia su padre que es el objeto de amor más asequible y confiable para ella. La relación edípica que la niña sostiene con su padre, es más indirecta que la del niño debido a que sus deseos generalmente no se fijan en la misma persona en la cual se apoyó durante su dependencia infantil. Su relación con el padre es de tipo romántica, es decir, implica una situación irreal, ficticia, con amplias oportunidades para practicar el galanteo y otras futuras habilidades femeninas pero continúa identificada con la madre que representa todo lo que está condensado en sus propios esfuerzos hacia la feminidad.

Tanto el niño como la niña tienden a desarrollar una especie de rivalidad contra el progenitor que interfieren en esta nueva relación. En el caso de la niña, esta rivalidad se da contra la madre y en el caso del niño contra el padre. El sentimiento de rivalidad experimentado ya sea por la niña o por el niño conduce a dos secuencias interdependientes la primera implica el reemplazo gradual del progenitor (deseado) por otros objetos de amor más accesibles, es decir, por personas que pueden convertirse sin riesgo alguno en receptores de su inversión emocional, todo esto debido a que el niño comprueba que su progenitor es demasiado inalcanzable para él. La segunda, está vinculada con una percepción más apropiada a la realidad, el niño comprende la desigualdad física, social y sexual que existe entre él y su progenitor rival y consolida su posición de padre o madre como un

"yo ideal" del sexo contrario. Para él, su progenitor rival se convierte en un "modelo superyoico" y en un factor fundamental de identificación.

Desde el punto de vista psicológico, las fantasías y los sentimientos eróticos tienden a centrarse alrededor de los genitales que constituyen la zona erógena fundamental de esta fase. Tanto el niño como la niña, establecen comparaciones en relación a sus genitales y sus preocupaciones giran en torno a los genitales femeninos. Ambos sexos imaginan que algo les ha ocurrido a los genitales femeninos y que esto también les puede suceder a los masculinos lo cual genera temor, incertidumbre y una serie de sentimientos de culpa en relación con este u otros hechos inexplicables para ellos.

Las modalidades que se dan en esta etapa son diferentes para cada sexo, sin embargo se caracterizan en común por presentar un matiz activo y agresivo con la conquista como meta. Mediante estas, desarrollan una iniciativa masculina o femenina y a su tiempo estas modalidades constituyen las expresiones de masculinidad o feminidad madura de los individuos.

La modalidad esencial en el varón es la intrusión, es decir, el impulso hacia adelante en el espacio, el tiempo, las nuevas áreas del conocimiento y la vida de los individuos. Se expresa en el niño a través de las actividades motrices intensas, con penetración en el espacio y una voraz curiosidad por todas las cosas. Por otra parte, la modalidad esencial en la niña es la recepción, es decir, provocar o atraer al intruso lo cual conduce

a una especie de pasividad activa de la niña y de la futura mujer. En esta etapa, los impulsos sexuales de la niña se traducen en actitudes de atracción y seducción (provoca, maquina intriga, excita). La niña comienza a adaptarse tempranamente al modo materno de incorporación y a prepararse para su futuro rol de madre. Su manera de comunicarse, sus actividades y sus relaciones sociales reflejan el esfuerzo por conseguir que otros la incluyan en su vida.

Para Erikson, el peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados en el propio placer exuberante experimentado ante el nuevo poder locomotor y mental (Erikson, 1983). El considera que la autonomía tiene como finalidad mantener alejados a los rivales potenciales lo cual puede llevar a una rabia llena de celos dirigida la mayoría de las veces contra los hermanos menores. La iniciativa por otra parte, trae apareada la rivalidad anticipatoria con los que han llegado primero y pueden por tanto ocupar con su equipo superior el campo hacia el que está dirigida la propia iniciativa.

En esta etapa, los celos y la rivalidad infantiles por ocupar un lugar de privilegio frente a la madre alcanzan su culminación. Asimismo el habitual fracaso en el logro de esta posición de privilegio lo llevarán a la resignación, la culpa y la ansiedad.

La sexualidad infantil, el tabú del incesto, el complejo de castración y el superyó se unen en esta etapa para provocar una crisis en el niño, la cual solo será resuelta si el niño deja atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres e inicia un lento proceso de convertirse en un progenitor y en un portador de la tradición.

A nivel psicosocial se observa una participación más activa del niño con las personas que lo rodean, sobre todo con los niños de su misma edad con los que comparte diversas actividades tanto de aprendizaje como de juego (Erikson, 1980).

El juego, se convierte en un agente autoterapéutico y asume a la vez las formas de "juego solitario" y de "juego en compañía de otros" (Maier, 1984). A través del juego solitario, el niño se da tiempo para jugar y soñar despierto sin que nadie le moleste con el fin de expresar jugando o soñando, sus diversos conflictos y la resolución de estos. En la otra forma de juego, en compañía de otros, el niño juega con otros niños sus crisis de vida individuales y mutuas. También es en el juego en donde el niño puede desarrollar un sentimiento de culpa, esto sucede cuando las fantasías lúdicas que tienen un sentido prohibido (aunque necesario), chocan con su sentido de realidad que en esta etapa ya se encuentra desarrollado. Sucede en ocasiones que el niño puede mostrarse tenso e interrumpir su juego prohibido, por temor a que lo descubran justamente en el momento mismo en que el juego ha alcanzado su punto autoterapéutico.

3.2.2.4 ETAPA 4:
ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA INICIATIVA AL MISMO
TIEMPO QUE SE SUPERA UN SENTIDO DE LA INFERIORIDAD.
REALIZACION DE LA COMPETENCIA. (APROXIMADAMENTE DE LOS
6 A LOS 12 AÑOS DE EDAD).

La cuarta etapa postulada por Erikson es central en la adquisición de un sentido de la industria y rechazo de un sentido de inferioridad. El niño logra la realización de la competencia. El niño de desarrollo normal en esta etapa, inicia un periodo de latencia en el cual sublima, la necesidad de conquistar a las personas mediante el ataque directo o de convertirse en papá y mamá en forma apresurada. En lugar de esto, aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de las cosas y canaliza toda su energía hacia esta producción, lo cual se traduce en un sentido de la industria que le lleva a obtener el placer mediante la finalización de la tarea (Erikson, 1983).

Se encuentra que el niño trabaja incansablemente para desarrollar sus cualidades corporales, musculares y perceptivas, tratando de obtener un mayor conocimiento del mundo que para él tiene un especial significado (Maier, 1984). Dentro de todo esto, la sociedad le brinda múltiples oportunidades de aprendizaje, aprende a leer y a escribir y recibe una instrucción sistemática.

Las personas que tienen más significado para el niño son su grupo de pares, con los que se relaciona de tal manera que él siempre trata de ser el mejor. Para él, el mundo de los pares llega a ser tan importante como el de los adultos ya que sus

pares le son necesarios en relación con la autoestima y le sirven como criterio para medir su éxito o fracaso. El niño encuentra en sus pares o iguales otra fuente de identificación extrafamiliar.

El peligro sin embargo, radica en un sentido de inadecuación e inferioridad. Erikson considera que si el niño en esta etapa se desespera de sus herramientas y habilidades o de su estatus entre sus compañeros puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas. Considera asimismo que el hecho de perder toda esperanza de tal asociación "industrial", puede hacerlo regresar a la rivalidad familiar más aislada menos centrada en las herramientas de la época edípica, lo cual le traerá como consecuencia la experimentación de un sentimiento de inadecuación e inferioridad.

Las relaciones del niño con sus padres evolucionan de tal manera que la completa dependencia hacia ellos desaparece y se establece una dependencia de tipo realista en las áreas en que esta es necesaria. Asimismo el niño puede establecer una relación más igualitaria tanto con sus padres como con todos los adultos que lo rodean.

El niño ha superado su lucha edípica por el poder y se encuentra más preparado para ver a sus padres como representantes de la sociedad a los cuales tiende a compararlos con otros representantes de la misma. Por otro lado, el niño tiende a identificarse con otros adultos y con su grupo de pares en aspectos que le son más significativos. Su dependencia hacia los padres se convierte en una dependencia hacia las instituciones sociales que

ahora empiezan a influir en él. Eriksen considera que el origen de muchas de las actividades ulteriores del individuo hacia el trabajo y los hábitos de trabajo pueden hallarse en el grado de eficaz sentido de la industria promovido durante esta fase, para esto se requiere que el niño en esta etapa logre sublimar eficazmente gran parte de sus deseos anteriores.

3.2.2.5 ETAPA 5:

ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA IDENTIDAD Y SUPERACION DE UN SENTIDO DE DIFUSION DE LA IDENTIDAD (ADOLESCENCIA).

Con el advenimiento de la pubertad y el establecimiento de una buena relación inicial con el mundo de las habilidades y las herramientas, la infancia propiamente dicha llega a su fin y comienza la etapa adolescente.

Para Eriksen, la adolescencia es una etapa que tiene como finalidad la adquisición de un sentido de identidad y la superación de un sentido de difusión de la identidad. Un sentido de la identidad del yo, es la confianza aumentada de la propia habilidad para mantener una identidad interior y continuidad (el yo de uno en el sentido psicológico) que es equiparada por la identidad y continuidad del significado de uno para los otros. Para él, la identidad implica una autoaceptación y un sentirse confortable con el yo de uno psíquico, un sentido de dirección y consecuentemente una habilidad para hacer decisiones. Por otro

lado, la difusión de la identidad es el resultado maladaptativo del combate e implica dudas en relación con el yo de uno psíquico y sexual y una falta de habilidad para tomar decisiones y compromisos debido a las dudas y a la falta de un sentido de continuidad del yo sobre el tiempo (Erikson, 1980).

La adolescencia es una etapa de cambios psicológicos y anatómicos que trae como consecuencia que la anterior confianza en el propio cuerpo en el dominio de las funciones se vea disminuida, por lo que la primera tarea a la se enfrenta el adolescente consiste en recuperar esta confianza mediante una reevaluación de sí mismo (Maier, 1984).

El adolescente logra adquirir una identidad del yo mediante una integración gradual pero completa de todas las identificaciones anteriores. Si fracasa en esta tarea, entra en una etapa de difusión de la identidad con relación a sus propias habilidades y al lugar que le espera dentro de su sociedad. En esta etapa se encuentra que el problema está centrado en responder a la pregunta ¿quién seré?. Es posible que el adolescente resuelva este dilema mediante la elección de una identidad contraria a la que la sociedad sugiere, antes de permanecer como un ser anónimo. La identidad negativa sería entonces: un desesperado intento de reconquistar cierto dominio en una situación en la cual los elementos de identidad positiva disponibles se anulan mutuamente.

Por otro lado, la adolescencia es una etapa de postergación, para Eriksen significa una etapa de "moratoria psicosocial" que sanciona la difusión de la identidad y proporciona al adolescente un cierto grado de certidumbre.

Según Eriksen, una moratoria es un periodo de postergación concedido a alguien que no está en condiciones de afrontar cierta obligación o impuesto a alguien que necesita disponer de tiempo para hacerlo. Implica un periodo caracterizado por una permisividad selectiva de la sociedad y un periodo de compromiso profundo del joven para con la sociedad. A su vez, las moratorias exhiben grandes variaciones según los individuos y las culturas. Las moratorias que da la sociedad adolescente tienen como fin que éste pueda tomar el tiempo necesario para poderse integrar a la edad adulta. El adolescente se toma un tiempo antes de comprometerse en un desarrollo continuo y utilizando las numerosas facetas de su moratoria tiene la oportunidad de trabajar en cualquiera de las siete dimensiones siguientes en donde cada dimensión representa una polarización parcial de la crisis de desarrollo sobre el continuo de desarrollo:

- a). *Perspectiva temporal versus difusión temporal*: Para la identidad un concepto de tiempo es sumamente esencial. Los adolescentes para los cuales la perspectiva de tiempo es un problema, puede reclamar una acción inmediata o inmovilizarse manteniendo la esperanza de que el tiempo se detendrá y que esa temida decepción nunca se mate-

rializará. Es común que el adolescente utilice en forma intermitente oportunidades para postergar el planeamiento y rememorar el pasado. Sólo cuando puede ver su vida en una perspectiva definida, su sentido del tiempo, lo conduce a un sentido de identidad plena.

b). **Certidumbre acerca de sí mismo versus apatía:** La certidumbre acerca de sí mismo implica una lucha entre la conciencia de identidad y la huida hacia la apatía. En esta etapa, es común que el adolescente exhiba un aire de vanidad total o de insensibilidad, como si su propia existencia fuese todo lo que importa o como si esta careciese absolutamente de importancia. Sin embargo en esta etapa, el adolescente adquiere certidumbre de su mismidad y un sentido de su propia identidad cuando el conocimiento que tiene acerca de sí mismo y las impresiones de este conocimiento que él expresa a otros coinciden.

c). **Experimentación de rol versus identidad negativa:** En el adolescente a diferencia del niño, la experimentación con muchos roles se encuentra limitada por los peligros y compromisos que encierra, es por esto, que este tipo de experimentación tiene un carácter esencial. Para él, el interés por los extremos, los experimentos con los contrarios especialmente los que son mal mirados por los

mayores, se convierten en el centro de sus experimentaciones de rol con las imágenes que tienen de sí mismos. En esta etapa, el desarrollo de una identidad positiva o negativa depende de la experimentación exitosa con una amplia gama de roles.

d). **Provisión del logro versus parálisis en el trabajo:** Para que el adolescente desarrolle un sentido de la industria, una identidad ocupacional y para que pueda trazarse metas de gran alcance es necesario de que cada tarea la desarrolle dentro de una pauta persistente hasta finalizarla. De lo contrario puede tomar las oportunidades situacionales desvinculadas unas con otras, no tener sensaciones de logro y caer en un estado de parálisis en el trabajo.

e). **Identidad sexual versus difusión bisexual:** El adolescente adquiere en esta etapa, una adecuada identificación con su rol sexual mediante la resolución de sus conflictos bisexuales, para lo cual es necesario, que experimente comodidad en la gama de contactos que establece con los miembros del sexo opuesto. Por otro lado, al resolver estos conflictos mediante una serie de experimentaciones el adolescente está preparado para obtener un sentido más integral de su identidad sexual y para acercarse a la conducta prescrita por los adultos de su

sexo.

f). Polarización del liderazgo versus difusión de la autoridad: La capacidad del adolescente para dirigir y acatar, debe coincidir con el índice de autoridad de su sociedad. En esta etapa, un enfoque realista claro de la autoridad y la disposición a asumir la autoridad son actitudes estrechamente vinculadas con el dominio eficaz de las fases anteriores de desarrollo y con la eventual aceptación de una identidad positiva.

g). Polarización ideológica versus difusión de ideales: El adolescente en esta etapa a través de la selección de una filosofía básica, una ideología o una religión, adquiere una confianza fundamental en su vida y en su sociedad. Es común que el adolescente tienda a manifestar prejuicios inflexibles y una belicosa lealtad a las ideas y valores de su propio grupo. Este manifestarse contra algo es una de sus principales necesidades y le sirve para contrarrestar su propia persona y sus ideas con las de un grupo contrario y afirmar su sentido de sí mismo.

3.2.2.6 ETAPA 6:

ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA INTIMIDAD Y LA SOLIDARIDAD Y EVITACION DE UN SENTIDO DEL AISLAMIENTO.
REALIZACION DEL AMOR.

Una vez concluidas su niñez y su primera juventud, el individuo llega a la etapa en que se convierte en un adulto y comienza su vida como miembro integral de la sociedad, por lo que una de sus tareas fundamentales estriba en lograr una plena participación y una responsabilidad adultas (Erikson, 1983; Maier, 1984). Erikson considera, que el logro de la adultez psicológica, implica un crecimiento continuado y un tiempo sociopsicológico consagrado al estudio o al trabajo en una carrera dada, así como a la intimidad social con el otro sexo con el fin de elegir un compañero para la prolongada relación íntima del matrimonio como persona, ser social y ciudadano. Considera también, que la "identidad del yo" adquiere su fuerza definitiva con la elección de compañeros cuyas identidades yoicas sean complementarias en algún punto esencial y que puedan fusionarse en el matrimonio, de lo contrario, existe el peligro del establecimiento de una discontinuidad de la tradición o de una similitud incestuosa que perjudicará el desarrollo del yo de los hijos. Por otro lado, el individuo se encuentra preparado para la intimidad, esto es, para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y para desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando estos le pueden exigir toda clase de sacrificios.

La contraparte de la intimidad, es el distanciamiento que consiste en la disposición a aislar y destruir aquellas fuerzas y personas cuya esencia parece peligrosa para la propia y cuyo territorio parece rebasar los límites de las propias relaciones íntimas. Por lo que, para evitar el distanciamiento y el establecimiento de un sentimiento de vacío social, se hace necesario que el individuo supere la inclinación a mantener una distancia social segura, a repudiar a los otros y a destruir a quienes pueden aproximarse.

Erikeon considera que el individuo, pasa por una serie de sentimientos de vacío social y de que se es una unidad aislada en el mundo de las unidades familiares.

Mediante su capacidad de amar y trabajar, demuestra su capacidad de realizar una adultez sana y lograr una pauta de vida personalizada que le garantiza una identidad individual en la intimidad conjunta. A través del trabajo, encauza sus energías con el fin de progresar o hacer lo propio en las inversiones laborales de su vida (vocaciones o aficiones), que para él son auténtico trabajo.

Por otro lado, mediante el trabajo y el matrimonio, el individuo dirige sus esfuerzos a mejorar e interpretar las pautas de cooperación tomando en cuenta en mayor o menor medida la competencia y las pautas de amor, amistad y otras asociaciones. Sin embargo, si sus esfuerzos no son satisfechos a través del matrimonio, el individuo debe aislarse y encontrar soluciones que se desvíen de la norma aceptada para orientarse hacia relaciones

interpersonales más formales y asociaciones amorosas más bien inorgánicas (esto es válido tanto en la esfera del trabajo como en la esfera del amor).

Erikson considera que la superación de la adolescencia, requiere un sentido de identidad y que la superación de la primera fase de la adultez, exige al individuo hallar un sentido de la identidad compartida.

El joven por consiguiente tiene que experimentar una unidad íntima con su sociedad si no quiere sentirse aislado. Por lo que, el peligro de esta etapa es el aislamiento, esto es, la evitación de contactos que llaman a la intimidad que puede llevar al individuo a tener serios problemas de carácter. Por otro lado, el individuo puede establecer vínculos que equivalen a un aislamiento "a deux" (a dos), que protegen a sus integrantes de la necesidad de enfrentar el nuevo desarrollo crítico de la generatividad.

3.2.2.7 ETAPA 7:

ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA GENERATIVIDAD Y EVITACION DE UN SENTIDO DE LA ABSORCION EN SI MISMO.
REALIZACION DEL CUIDADO.

Esta etapa es central en la adquisición de un sentido de la generatividad y evitación de un sentido del estancamiento.

La generatividad constituye una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y psicoemocional y es en esencia la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación a través de una unión conyugal sana que permita asegurar el cuidado y el desarrollo de esta nueva generación.

Por otro lado, la capacidad del individuo para perderse en el encuentro entre dos cuerpos y dos mentes, lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y a una inversión libidinal en aquello que se genera de dicha capacidad. Cuando el individuo presenta fallas en esta capacidad, tiene lugar una regresión, en donde él experimenta una necesidad obsesiva de pseudointimidad, a menudo con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal. Es común que se comience a tratar a sí mismo como si fuera su propio hijo y si las condiciones le favorecen en el sentido de una temprana invalidez física o psicológica comenzará a preocuparse demasiado por él (Erikson, 1983).

El individuo por otra parte, tiene que convertir en una unidad, su vida personal, creadora e ideacional y su comunidad, con el fin de que un sentimiento de absorción en sí mismo no desgaste y aparte sus esfuerzos y a su propia persona de la comunidad. Sin embargo, en cada individuo está el admitir o rechazar el desafío de aceptar a la nueva generación como responsabilidad propia y asegurarle la confianza basada en la primera etapa del desarrollo de Erikson (Maier, 1984).

3.2.2.8 ETAPA 8

ADQUISICION DE UN SENTIDO DE LA INTEGRIDAD Y EVITACION DE UN SENTIDO DE LA DESESPERACION. REALIZACION DE LA SABIDURIA.

Esta etapa es central en la adquisición de un sentido de la integridad al mismo tiempo que se evita un sentido de la desesperación (Erikson, 1983).

Erikson considera que el individuo que ha cuidado de las cosas y las personas y que ha podido adaptarse a las desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos o generador de productos e ideas, puede madurar gradualmente a través de sus etapas de desarrollo y alcanzar en esta última etapa una "integridad del yo".

Un sentimiento de integridad del yo, se compone de varios elementos a saber, es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y al significado. Es un amor que no está centrado en sí mismo, es decir, es un amor post-narcisista mediante el cual el individuo transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual, por mucho que haya debido pagar por esto. Es aceptar este último ciclo de la vida como algo que debiera ser y en el cual no existe sustitución alguna, significa un amor nuevo y distinto hacia los propios padres. Es asimismo una camaradería con las formas organizadoras de épocas distantes y con actividades diferentes y consiste también en estar dispuesto

siempre para defender la propia dignidad del propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. A su vez, el estilo de integridad desarrollado por él y su cultura se convierte en el patrimonio de su alma y es a través de esta consolidación final en donde la muerte pierde su carácter atormentador.

Por otro lado, el temor a la muerte, es decir, el no aceptar el único ciclo de vida como lo esencial de la vida, es producto de la falta o pérdida de esta integración yóica. El individuo experimenta sentimientos de desesperación y a su vez considera que le queda poco tiempo para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad, su desesperación muchas veces se oculta en una sensación de malestar consigo mismo.

Por último, a fin de acercarse a la integridad o de experimentarla, el individuo debe aprender a seguir a los portadores de imágenes en la religión y en la política, en el orden económico y en la tecnología, en la vida aristocrática y en las artes y en las ciencias, por lo que, un sentimiento de integridad yóica implica una integración emocional que permite la participación por consentimiento así como la aceptación de la responsabilidad del liderazgo. Mediante el desarrollo de su sentido de identidad yóica, su futura generación no temerá a la vida ya que el posee la integridad necesaria para no temer a la muerte.

CAPITULO IV
M E T O D O L O G I A

4.1 INTRODUCCION

La teoría de Erikson 1950, (citado en Lolt., y Morrison, 1979) habla de 8 etapas, cada una de las cuales representa un periodo crítico de conflicto y una posible crisis para la emergencia de determinadas cualidades del yo con el fin de lograr una personalidad sana: confianza básica, autonomía, iniciativa, industria, identidad, intimidad, generatividad e integridad del yo.

Dentro de estas cualidades del yo, Erikson (1950), señala la confianza básica como el ingrediente básico en la personalidad sana.

La teoría de Erikson por otra parte, ha sido aplicada en general para medir cada una de las etapas de desarrollo y en los adolescentes ha sido aplicada específicamente para medir la adaptación del individuo a la edad adolescente (Rosenthal, 1981).

Según esta teoría, las formas de adicción expresan cierta debilidad en cuanto al restablecimiento oral de la confianza básica (Erikson, 1980). Así se tiene que el consumo de sustancias inhalantes corresponde a un conflicto de tipo oral que se matiza por oscilar entre la confianza básica versus la desconfianza básica (Ortiz, 1986).

En la presente investigación surge el interés de aplicar la teoría de Erikson en mujeres adolescentes farmacodependientes y en mujeres adolescentes que presentan conducta delictiva con el fin de conocer qué tipo de alteraciones en la confianza básica existen en ellas.

4.1 INTRODUCCION

La teoría de Erikson 1950, (citado en Lolt., y Morrison, 1979) habla de 8 etapas, cada una de las cuales representa un periodo crítico de conflicto y una posible crisis para la emergencia de determinadas cualidades del yo con el fin de lograr una personalidad sana: confianza básica, autonomía, iniciativa, industria, identidad, intimidad, generatividad e integridad del yo.

Dentro de estas cualidades del yo, Erikson (1950), señala la confianza básica como el ingrediente básico en la personalidad sana.

La teoría de Erikson por otra parte, ha sido aplicada en general para medir cada una de las etapas de desarrollo y en los adolescentes ha sido aplicada específicamente para medir la adaptación del individuo a la edad adolescente (Rosenthal, 1981).

Según esta teoría, las formas de adicción expresan cierta debilidad en cuanto al restablecimiento oral de la confianza básica (Erikson, 1980). Así se tiene que el consumo de sustancias inhalantes corresponde a un conflicto de tipo oral que se matiza por oscilar entre la confianza básica versus la desconfianza básica (Ortiz, 1986).

En la presente investigación surge el interés de aplicar la teoría de Erikson en mujeres adolescentes farmacodependientes y en mujeres adolescentes que presentan conducta delictiva con el fin de conocer qué tipo de alteraciones en la confianza básica existen en ellas.

A continuación se presenta el siguiente capítulo de aspectos metodológicos ya que se considera importante estudiar la confianza básica debido a que las alteraciones en la confianza básica determinan el desarrollo posterior de la personalidad y dentro de las alteraciones de la personalidad el interés de este trabajo se centra en estudiar aquellas relacionadas con el consumo de drogas y la conducta delictiva en las mujeres adolescentes.

4.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Objetivo General:

El objetivo del presente estudio consiste en establecer el tipo de alteraciones en la confianza básica en las siguientes áreas: preocupación por el autocontrol, percepción confusa, autoestima, empatía social, éxito con las cosas, optimismo, confianza en los demás y consumo de drogas que tienen las mujeres adolescentes que presentan conducta delictiva y consumo de drogas, asimismo establecer la diferencia entre estos dos grupos: adolescentes que consumen drogas y presentan conducta delictiva y adolescentes que no consumen drogas y presentan conducta delictiva.

Objetivos Específicos:

1. Conocer el tipo de alteraciones en la confianza básica en mujeres adolescentes que consumen drogas versus las que no consumen drogas.
2. Comparar la diferencia que existe en las alteraciones de la confianza básica entre ambos grupos.

4.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Influyen las alteraciones en el establecimiento de un sentimiento de confianza básica en el posterior consumo de drogas y en la conducta antisocial de las mujeres adolescentes?

4.4 HIPOTESIS

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

Hipótesis Conceptual:

Una relación adecuada con la figura materna en la etapa oral del desarrollo determina el establecimiento de un sentimiento de confianza básica (Erikson, 1983). En este sentido todas las formas de adicción expresan cierta debilidad en cuanto al restablecimiento oral de la confianza básica (Erikson, 1980).

Hipótesis de Trabajo:

Existen diferencias entre el consumo de drogas y las alteraciones del sentimiento de confianza básica.

Hipótesis Alternas:

1. Existen diferencias significativas en la preocupación por el autocontrol de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.
2. Existen diferencias significativas en la percepción de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.
3. Existen diferencias significativas en la autoestima de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.
4. Existen diferencias significativas en la empatía social de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.
5. Existen diferencias significativas en el éxito con las cosas de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen.
6. Existen diferencias significativas en el optimismo de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.

7. Existen diferencias significativas en la confianza de los demás de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.
8. Existen diferencias significativas en relación con el consumo de drogas en el contenido de las láminas de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas.

4.5 VARIABLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE

En relación con las variables de estudio se tiene que la variable dependiente es la confianza básica y la variable independiente es el consumo de drogas.

V.D.- Confianza básica

V.I.- Consumo de drogas

4.6 DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

V.D. CONFIANZA BASICA

La persona con confianza básica puede fiarse esencialmente de los demás y tiene un fundamental sentimiento de que él mismo es digno de confianza. Esta persona experimenta que el interior y el exterior son buenos y que están interrelacionados. Además su

sentimiento de confianza le hace estar dispuesto a aceptar de buena gana las experiencias nuevas y sus expectativas son favorables respecto a estas nuevas experiencias (Erikson, 1983).

La confianza básica se analiza a través de 8 áreas que son las siguientes:

PREOCUPACION POR EL AUTOCONTROL

La persona con preocupación por el autocontrol, desea haber tenido más control de sí mismo y le preocupa perder el control de sus sentimientos (Rosenthal, 1981).

Según la teoría de Erikson, en la primera etapa del desarrollo (confianza básica vs. desconfianza básica) predomina el modo incorporativo y se establecen los modos auxiliares. Ahora bien de los siguientes modos auxiliares que se establecen:

- . Segundo modo incorporativo (ejercitación de las mandíbulas y las encías).
- . Modo eliminatorio (tendencia a escupir)
- . Modo retentivo (tendencia a apretar los labios)
- . Y Modo intrusivo (tendencia a aferrarse a los pezones y por así decirlo meterse en el pecho materno.

Depende el funcionamiento de la zona oral (la boca y los sentidos. Para ésto, dichos modos deben estar subordinados al modo incorporativo (que consiste en incorporar por ejemplo, la leche materna). Si existen pérdidas en el control interior del niño, uno de estos modos puede predominar y así existir una "desconfianza generalizada con respecto a todo lo que se incorpora porque tiende a no permanecer ahí" (Erikson, 1983) (40).

PERCEPCION

La persona con percepción confusa encuentra al mundo como un lugar muy confuso, es decir, le cuesta trabajo interpretar al medio ambiente por el poco orden y claridad con que lo percibe (Rosenthal, 1981).

AUTOESTIMA

La persona con autoestima es aquella que tiene pocas dudas acerca de sí mismo y que considera que es tan buena como otra gente (Rosenthal, 1981).

Según la teoría de Erikson, se puede relacionar a la autoestima con la posibilidad del individuo por experimentar una adecuada interrelación de él con su medio en la cual encuentra que ambos son buenos (Erikson, 1980).

EMPATIA SOCIAL

La persona con empatía social es aquella que la gente la entiende, una persona sin empatía social es aquella con la cual la gente no se puede relacionar afectivamente (Rosenthal, 1981).

Según la teoría de Erikson, la primera etapa del desarrollo (confianza básica vs. desconfianza básica) es de importancia fundamental para la primera experiencia cordial de "el otro". En esta etapa, una regulación mutua madre-hijo le permite al niño "obtener así lo que se le da" y aprender a conseguir que "alguien haga lo que el desea" y desarrollar el poder "llegar a ser un dador" (una persona que da). Erikson señala que los trastornos en esta regulación pueden hallarse en la raíz de los trastornos de las relaciones con el mundo general, especialmente con personas significativas (Erikson, 1980).

EXITO CON LAS COSAS

La persona que tiene éxito con las cosas es aquella a la que las cosas y la gente le resultan bien (Rosenthal, 1981).

OPTIMISMO

La persona optimista encuentra que las cosas buenas duran demasiado y se encuentra a sí misma esperando que pase lo mejor, la persona pesimista piensa que el mundo y la gente en él son básicamente malas (Rosenthal, 1981).

Según la teoría de Erikson, una pérdida drástica del amor materno sin una adecuada sustitución proporciona un matiz depresivo al resto de la vida. Cuando el pesimismo oral es

Según la teoría de Erikson, (Erikson, 1983⁴⁰) una pérdida drástica del amor materno sin una adecuada sustitución proporciona un matiz depresivo al resto de la vida. Cuando el pesimismo oral es dominante, se distinguen miedos infantiles tales como "ser dejado", "ser dejado vacío", "estar muerto de hambre de estímulos", dentro de las formas depresivas de "estar vacío" y "no ser bueno". Existe por otra parte un carácter oral optimista que ha aprendido a hacer del dar y del recibir lo más importante de la vida (Erikson, 1980).

CUNFIANZA EN LOS DEMAS

La persona con confianza en los demás es aquella que confía en la gente (Rosenthal, 1981).

Según la teoría de Erikson, un estado general de confianza indica que se confía en la consistencia de las personas en cuanto a su permanencia y continuidad lo cual le permite a la persona confiar en la continuidad de los proveedores externos.

V.1 CONSUMO DE DROGAS

La persona que consume drogas es aquella que depende de la incorporación a través de la boca o de la piel de sustancias que lo hagan sentirse físicamente saciado y emocionalmente restituido (Erikson, 1983⁴⁷). Erikson considera, que las placenteras confirmaciones que pueden derivarse especialmente en compañía de antiguas y nuevas sensaciones gustativas de inhalar o sorber, mas-

cuano al restablecimiento oral de la confianza básica (Erikson, 1980) (20). El consumo de drogas se considera como un patrón patológico de uso de drogas de un mes como mínimo, que provoque deterioro de la actividad laboral o social de las usuarias (American Psychiatric Association, 1983).

4.6 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

V.D. CONFIANZA BASICA

La confianza básica se divide en variables positivas y negativas. Las variables positivas que miden la confianza básica son las siguientes:

PREOCUPACION POR EL AUTOCONTROL

No deseo haber tenido más control de mi mismo: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique que los factores relacionados con la volición de la persona determinan su actuar. Excluye arrepentimiento causado por hacer cosas impulsivas.

No me preocupa perder el control de mis sentimientos: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), en la que no exista preocupación por el individuo en relación con una posible pérdida del control de los sentimientos.

PERCEPCION

Encuentro al mundo como un lugar claro: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique que el medio ambiente y las situaciones que vive o vivirá la persona tienen orden, claridad y precisión para él.

AUTOESTIMA

Tengo pocas dudas acerca de mí mismo: Todo comentario en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique una certeza en relación a lo que uno es, a las capacidades y habilidades que uno tiene, a lo que quiere hacer y lograr.

Soy tan bueno como otra gente: Todo comentario en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique que el interior y el exterior (de uno mismo) son experimentados como buenos. Incluye el considerarse una buena persona al igual que los demás.

EMPATIA SOCIAL

La gente me entiende: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones en las cuales las demás personas lo escuchan y lo comprenden a uno. Incluye comentarios en los cuales las demás personas escuchan y comprenden a la persona que atraviesa o atravesó una situación difícil.

Me encuentro a mi mismo esperando que pase lo mejor: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones a corto o a largo plazo en donde pasarán cosas favorables para la persona, mismas que ahora no tiene.

Pienso que el mundo y la gente en él son básicamente buenas: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones y personas que son experimentadas como buenas para la persona.

CONFIANZA EN LOS DEMAS

Confío en la gente: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones en donde la persona confía en los demás.

Las variables negativas que miden la confianza básica son las siguientes:

PREOCUPACION POR EL AUTOCONTROL

Deseo haber tenido más control de mi mismo: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique una preocupación

porque otros factores diferentes a la volición de la persona determinen su actuar. Incluye arrepentimiento causado por hacer cosas impulsivas.

Me preocupa perder el control de mis sentimientos: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique dudas y preocupaciones en relación con una posible pérdida del control de los sentimientos.

PERCEPCION

Encuentro al mundo como un lugar muy confuso: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique que el medio ambiente y las situaciones que vive o vivirá la persona no tienen orden, claridad y precisión para él.

AUTOESTIMA

Tengo muchas dudas acerca de mí mismo: Todo comentario en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique dudas y preocupación en relación a lo que uno es, a las capacidades y habilidades que uno tiene, a lo que quiere hacer y lograr.

PERCEPCION

Encuentro al mundo como un lugar muy confuso: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique que el medio ambiente y las situaciones que vive o vivirá la persona no tienen orden, claridad y precisión para él.

AUTOESTIMA

Tengo muchas dudas acerca de mi mismo: Todo comentario en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique dudas y preocupación en relación a lo que uno es, a las capacidades y habilidades que uno tiene, a lo que quiere hacer y lograr.

Soy tan malo como otra gente: Todo comentario en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique que el interior y el exterior (de uno mismo) son experimentados como malos. Incluye el considerarse una mala persona al igual que los demás.

EMPATIA SOCIAL

La gente no me entiende: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones en las cuales las demás personas no lo escuchan y comprenden a uno. Incluye comentarios en los cuales las demás personas no escuchan ni comprenden a la persona que atraviesa ó atravesó una situación difícil.

EXITO CON LAS COSAS

Las cosas y la gente me resultan mal a mi: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones a corto o a largo plazo en donde la gente le resulta mala y las cosas le salen mal a la persona.

OPTIMISMO

Encuentro que las cosas buenas duran poco: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones en donde se tiene o se recibe algo bueno y esto se pierde o dura poco.

Me encuentro a mi mismo esperando que pase lo peor: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones a corto o a largo plazo en donde pasarán cosas desfavorables para la persona.

Pienso que el mundo y la gente en el son básicamente malas: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones y personas que son experimentados como malas para la persona.

CONFIANZA EN LOS DEMAS

Desconfío de la gente: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones en donde la persona desconfía de los demás.

CONSUMO DE DROGAS

Consumo de drogas: Toda frase en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19 y 20 del Test de Apercepción Temática (TAT), que indique situaciones en donde existió, existe o existirá un consumo de drogas.

V.I. CONSUMO DE DROGAS

La definición operacional de consumo de drogas es la ingesta diaria de una o más drogas durante un mes como mínimo.

4.7. POBLACION DE ESTUDIO

Se trata de una población de menores infractores mujeres cuyos rangos de edad fluctuaron de 13 a 18 años que se encuentran reclusas dentro de la institución.

A su vez se trató de una población móvil, ya que las menores continuamente estuvieron ingresando y egresando de la institución después de cumplir con las observaciones dictaminadas por la ley que rige a las menores infractores.

4.7.1 MUESTRA DE INVESTIGACION

La muestra de estudio estuvo constituida por un total de 49 adolescentes mujeres con conducta delictiva.

La edad de las adolescentes de la muestra (Cuadro I) osciló entre 14 y 18 años, siendo la media de 16.22, con una desviación estándar de 1.148. De tal manera que la mayor frecuencia estuvo entre los 16 y 17 años.

La escolaridad de las adolescentes de estudio (Cuadro I) a su vez fue la siguiente: de primero a tercero de primaria hubo 14 sujetos (29%), de cuarto a sexto de primaria 17 sujetos (35%), en tanto que de secundaria se encontraron 15 adolescentes (30%) y de primero de preparatoria 3 adolescentes (6%). El mayor grado de escolaridad que alcanzaron las sujetos de estudio fue de cuarto a sexto de primaria (35%), seguidos de secundaria (30%) y primero a tercero de primaria (29%). El menor grado de escolaridad que alcanzaron fue de primero de preparatoria (6%).

Cuadro I

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

| E D A D | n | % |
|-----------|----|-------------|
| 14 AÑOS | 4 | 8 |
| 15 AÑOS | 11 | 23 |
| 16 AÑOS | 15 | 30 |
| 17 AÑOS | 13 | 27 |
| 18 AÑOS | 6 | 12 |
| X= 16.122 | | D.S.= 1.148 |

| ESCOLARIDAD | n | % |
|-------------------------------|----|----|
| PRIMERO A TERCERO DE PRIMARIA | 14 | 29 |
| CUARTO A SEXTO DE PRIMARIA | 17 | 35 |
| SECUNDARIA | 15 | 30 |
| PRIMERO DE PREPARATORIA | 3 | 6 |

Las menores ingresaron a la institución por diversos tipos de delito (Cuadro II) dentro de los que se encuentran los siguientes: El delito más frecuente por el que ingresaron fue el robo con 22 adolescentes (45%), seguido por daños a la salud con 12 sujetos (25%) e incorregible (12%); en tanto que con menor frecuencia se encontraron los delitos de cómplice de homicidio y homicidio (8%); portación y lesiones de arma blanca (4%) y finalmente con el 2% de encontraron las adolescentes que ingresaron por cómplice de violación, prostitución y abandono de infante.

Cuadro II

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO | n | % |
|--|----|----|
| ROBO | 22 | 45 |
| DANOS A LA SALUD | 12 | 25 |
| INCORREGIBLE | 6 | 12 |
| COMPLICE DE HOMICIDIO Y HOMICIDIO | 4 | 8 |
| PORTACION DE ARMA BLANCA Y LESION POR ARMA BLANCA. | 2 | 4 |
| COMPLICE DE VIOLACION | 1 | 2 |
| PROSTITUCION | 1 | 2 |
| ABANDONO DE INFANTE | 1 | 2 |

4.7.2 CRITERIOS DE INCLUSION

La cuota para el grupo experimental estuvo definida por los siguientes criterios: 1). ser usuario de drogas y presentar una historia de consumo de varias drogas o la presencia exclusiva de sustancias inhalantes y marihuana, 2). tener un rango de edad de 14 a 18 años, 3). tener un nivel socioeconómico bajo o medio bajo y 4). tener antecedentes de conducta de tipo no adaptativo.

La cuota para el grupo control estuvo definida por los siguientes criterios: 1). no ser usuario de drogas, 2). tener un rango de edad de 14 a 18 años, 3). tener un nivel socioeconómico bajo o medio bajo, 4). tener antecedentes de conducta de tipo no adaptativo.

4.7.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

Los criterios de exclusión a la muestra fueron los siguientes: 1). presencia de consumo de drogas durante el momento de la investigación, 2). que al momento de la investigación se encontraran bajo tratamiento de tipo psiquiátrico y 3). presencia de daño orgánico cerebral o de alguna patología de tipo psiquiátrico. Las características de los sujetos antes señaladas se investigaron a través del diagnóstico proporcionado por la psiquiatra de la institución.

4.7.2 CRITERIOS DE INCLUSION

La cuota para el grupo experimental estuvo definida por los siguientes criterios: 1). ser usuario de drogas y presentar una historia de consumo de varias drogas o la presencia exclusiva de sustancias inhalantes y mariguana, 2). tener un rango de edad de 14 a 18 años, 3). tener un nivel socioeconómico bajo o medio bajo y 4). tener antecedentes de conducta de tipo no adaptativo.

La cuota para el grupo control estuvo definida por los siguientes criterios: 1). no ser usuario de drogas, 2). tener un rango de edad de 14 a 18 años, 3). tener un nivel socioeconómico bajo o medio bajo, 4). tener antecedentes de conducta de tipo no adaptativo.

4.7.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

Los criterios de exclusión a la muestra fueron los siguientes: 1). presencia de consumo de drogas durante el momento de la investigación, 2). que al momento de la investigación se encontraran bajo tratamiento de tipo psiquiátrico y 3). presencia de daño orgánico cerebral o de alguna patología de tipo psiquiátrico. Las características de los sujetos antes señaladas se investigaron a través del diagnóstico proporcionado por la psiquiatra de la institución.

4.7.4 TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por cuota.

4.8 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se utilizó un diseño de 2 muestras independientes.

4.9 TIPO DE ESTUDIO

Por las características de la investigación, se planteó un estudio de tipo descriptivo en un grupo de mujeres adolescentes internadas en la Unidad de Atención y Tratamiento para Mujeres; transversal, ya que el estudio de dicho fenómeno se efectuó en un momento determinado; y de tipo *expost-facto* de 2 muestras independientes.

4.10 INSTRUMENTOS DE MEDICION

En la presente investigación se utilizó como instrumento de medición el siguiente:

1. Test de Apercepción Temática (TAT) de Henry A. Murray (1938): En cuanto a su descripción el Test de Apercepción Temática (TAT) es un test proyectivo que consta de 19 láminas con dibujos de carácter indefinido impresas en color

negro y una lámina en blanco. En el proceso de aplicación se le pide al sujeto que componga una historia de cada una de las láminas; se le pregunta qué condujo al suceso en cada historia, se le pide que describa qué sucede en el momento, lo que los personajes sienten y piensan en ese momento y lo que de ello resultará. En cuanto a la lámina en blanco, se le pide al sujeto que imagine una pintura, la describa y cuente una historia. Se dispone de ciertos conjuntos de 20 láminas para niños, para niñas, para hombres y para mujeres mayores de 14 años.

La interpretación de las respuestas se basa en el análisis de contenido de tipo más bien cualitativo, determinando ¿quién es el héroe?, ¿con quién se identifica el sujeto?, etc.

El contenido se analiza con respecto a la lista de necesidades y presiones de Murray y se valora la fuerza de esto de acuerdo a la intensidad, duración y frecuencia con que se presentan en las diferentes historias.

Validez:

El problema de la validez del Test de Apercepción Temática (TAT) es arduo, dado que el objetivo de este test consiste en revelar contenidos emocionales que subyacen tras la conducta manifiesta del sujeto. Tomkins (1946) (citado en Murray, 1984) señala las siguientes formas de validación del TAT: 1. Verificación de los datos obtenidos a través de la aplicación del

y del marco de referencia conceptual que cada uno de ellos utilice para el análisis y la interpretación. Tomkins señala que cuando la investigación se cumple entre investigadores que operan con iguales fundamentos y sistemas de cómputo la correlación negativa desaparece y que la positiva aumenta con la práctica en gran medida. En la Clínica Psicológica de Harvard la confiabilidad de las interpretaciones realizadas por algunos investigadores asciende a +0.95.

2. Confiabilidad de la repetición. Cabe esperar discrepancias entre los informes obtenidos con un mismo sujeto en aplicaciones sucesivas del test cuando este se encuentra en rápido cambio o si la prueba se repite tras un largo periodo. El grado de confiabilidad dependerá entonces del grado de estabilidad de la personalidad y de la extensión del lapso entre una y otra toma.

- a). Según el intervalo de tiempo. Se ha comprobado que a mayor intervalo de tiempo entre las sucesivas administraciones menor es la confiabilidad de la repetición del TAT. Tomkins considera que esto expresa una tendencia colectiva general, pero en los que hace el individuo, si la personalidad es en extremo estable, el intervalo entre las sucesivas administraciones puede provocar poca o ninguna variación.

b). Según el sujeto. La confiabilidad del retest depende de en parte de la estabilidad de la personalidad sometida al test. A la infancia y a la adolescencia corresponde la más baja confiabilidad de repetición. Los cambios de las situaciones de la prueba pueden reducir la confiabilidad de repetición (Sanford) Hiltmann afirma que "en conjunto se ha llegado a la conclusión de que el TAT pertenece a los pocos métodos verdaderamente útiles y fructíferos de la Psicología Clínica y de diagnóstico de la personalidad.

De este instrumento se clasificaron determinadas láminas para realizar el análisis de contenido debido a factores de mortandad experimental, ya que se trató con un problema móvil en la que continuamente egresaban los sujetos de estudio y no daba tiempo de aplicar todas las láminas en algunos casos y se clasificaron las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6Nm, 7NM, 12NM, 18NM, 19 y 20 para efectuar el análisis de contenido.

4.11 PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir en la presente investigación fue el siguiente:

1. Se presentó un breve resumen de la tesis a las autoridades de la Institución (Unidad de Atención y Tratamiento para Mujeres ubicada en la calle del Río No. 33 Col. Coyoacán), donde se efectuó la investigación y se pidió su autorización.
2. Una vez confirmada su autorización se procedió a elegir a los sujetos que cumplieran con los requisitos de inclusión a la muestra.
3. Se entrevistó a cada una de las integrantes de la muestra con el fin de confirmar las características de la investigación pidiéndoles su colaboración.
4. Se volvió a entrevistar a cada una de las integrantes de la muestra y se constataron los datos obtenidos con los del expediente de cada una de ellas con el fin de completar los datos de la investigación.
5. Se aplicó el instrumento de estudio (Test de Apercepción Temática TAT).
6. Se efectuó el análisis de contenido; siendo este análisis una técnica de investigación de la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones que tienen por objeto interpretar. El

análisis de contenido fue efectuado en las láminas 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 12M, 18NM, 19, 20 del Test de Apercepción Temática (TAT) en una muestra de adolescentes internas en una Unidad de Atención y Tratamiento para Mujeres a la cual se dividió en 2 grupos: 25 mujeres adolescentes que presentan consumo de drogas y 24 mujeres adolescentes que no presentan consumo de drogas. Ambas con conducta delictiva. El análisis de contenido se efectuó de acuerdo a las áreas que miden la confianza básica las cuales se tomaron del Inventario de Estadios Psicosociales de Erikson, estas áreas son las siguientes: preocupación por el autocontrol, percepción, autoestima, empatía social, éxito con las cosas, optimismo, confianza en los demás y una última área que se agregó que es consumo de drogas.

4.12 ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes para establecer la distribución de la muestra con respecto a las diferentes variables estudiadas.

Se utilizó la prueba t de Student para determinar las diferencias entre los 2 grupos de estudio y cada una de las unidades de análisis que comprende el establecimiento de la confianza básica.

CAPITULO V
R E S U L T A D O S

5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En la presente investigación se efectuó un análisis de contenido utilizando el Test de Apercepción Temática (TAT para conocer el tipo de alteraciones en la confianza básica tomando como base la teoría del desarrollo psicosexual de Erikson.

Con el fin de conocer el tipo de alteraciones en la confianza básica en las siguientes áreas: preocupación por el autocontrol, percepción confusa, autoestima, empatía social, éxito con las cosas, optimismo, confianza en los demás y consumo de drogas se seleccionó una muestra conformada por mujeres adolescentes internas en una Unidad de Atención y Tratamiento para Mujeres la cual fue dividida en 2 grupos: un grupo de 25 usuarias de drogas (grupo experimental) y otro grupo de 24 no usuarias de drogas (grupo control), ambas con conducta delictiva.

La muestra se dividió de esta manera debido a que el interés de la investigación consistió en estudiar qué tipo de alteraciones en la confianza básica presentan las mujeres que consumen drogas y tienen conducta delictiva y qué tipo de alteraciones presentan las mujeres adolescentes que no consumen drogas y tienen conducta delictiva. Es decir, para conocer qué tipo de alteraciones en la confianza básica están asociadas con el consumo de drogas y qué tipo de alteraciones en la confianza básica están asociadas con la conducta delictiva.

Dentro de los resultados de la investigación se encuentran los siguientes:

La muestra de estudio estuvo constituida por un total de 49 mujeres adolescentes con conducta delictiva. La edad de las adolescentes osciló entre 14 y 18 años con una media de 16.22. El mayor grado de escolaridad alcanzado por las adolescentes de estudio fue de cuarto a sexto de primaria (35%), seguido de secundaria (30%) y el menor grado de escolaridad fue de primero de preparatoria (6%). Los tipos de delito más frecuentes por los que ingresaron a la institución fueron los siguientes: robo (45%), daños a la salud (25%) e incorregible (12%) y los menos frecuentes fueron cómplice de violación, prostitución y abandono de infante con porcentajes del 2% en cada tipo de delito.

Para fines de la presente investigación, la muestra se dividió en 2 grupos: 25 adolescentes que presentaron consumo de drogas y 24 adolescentes que no presentaron consumo de drogas (Cuadro III).

En relación con los datos obtenidos en ambos grupos se tiene lo siguiente: La edad (Cuadro IV) de las adolescentes de estudio con consumo de drogas fue la siguiente: de 14 a 15 años hubo 8 sujetos (32%); en tanto que de 16 años hubo 7 sujetos (28%). Siendo la media de este grupo de 16.00, con una desviación estándar de 1.22. El mayor índice de edad de este grupo fue de 17 años (32%), seguido de 16 años (28%). El menor índice de edad fue de 18 años (8%).

La edad de las adolescentes de estudio que no presentaron consumo de drogas a su vez fue la siguiente: de 15 a 16 años hubo 15 adolescentes (62%), en tanto que de 17 años hubo 5 adoles-

centes (21%) y de 18 años 4 sujetos (17%). Correspondiendo la media de este grupo a 16.25 con una desviación estándar de 1.07. El mayor índice de edad fue de 16 años (33%), seguido de 15 años (29%). El menor índice de edad fue de 18 años (17%), seguido de 17 años (21%). No se reportaron sujetos que tuvieran 14 años de edad.

De estos 2 grupos, la mayor edad alcanzada fue entre 16 y 17 años, siendo el grupo con consumo de drogas, 15 adolescentes (70%) el que alcanzó la mayor edad con respecto al grupo de no consumo de drogas, 13 sujetos (54%). Por otra parte, la menor edad alcanzada (14 años) correspondió al grupo con consumo de drogas sólo 4 sujetos (16%). De ambos, grupos la media del grupo que no presentó consumo de drogas (16.25%) es mayor que la del grupo con consumo de drogas (16.00) debido a que existen más adolescentes de 15, 16 y 18 años de edad (69%) en el grupo de no consumo que en el grupo de consumo (12%).

En relación con el grado de escolaridad (Cuadro IV) se tiene que: del grupo de sujetos que consumen drogas, el más alto grado de escolaridad fue de cuarto a sexto de primaria (40%), seguido de primero a tercero de primaria y secundaria con porcentajes similares (28%). Por otra parte, el más bajo grado de escolaridad fue el de primero de preparatoria (4%).

Del grupo de sujetos que no consumen drogas, el más alto grado de escolaridad fue el de secundaria (34%), seguido de primero a tercero de primaria y cuarto a sexto de primaria con

porcentajes similares (29%). El más bajo grado de escolaridad fue el de primero de preparatoria (8%).

Entre ambos grupos el mayor grado de escolaridad fue el de cuarto a sexto de primaria (40% para el grupo que consume drogas y 29% para el grupo que no consume drogas), seguido de secundaria (28% para el grupo que consume drogas y 34% para el grupo que no consume drogas). y primero a tercero de primaria con porcentajes más o menos similares (28% para el grupo que consume drogas y 29% para el grupo que no presenta este consumo). Por otra parte, se encontró que, el menor grado de escolaridad entre ambos grupos fue el de primero de preparatoria (4% para el grupo que consume drogas y 8% para el que no consume drogas). Se encontró también, que existe de alguna manera entre ambos grupos una relación de a mayor edad mayor escolaridad sobretodo en los grados de primero a sexto de primaria y secundaria en el grupo con consumo de drogas (96%) que en el que no presenta consumo de drogas (72%). Este porcentaje disminuyó para ambos grupos en el grado de primero de preparatoria, sin embargo, el grupo que no consume drogas alcanzó un mayor porcentaje (8%) que el grupo que consume drogas.

Quadro III

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPO DE PERTENENCIA PARA EL
ESTUDIO

| GRUPO DE PERTENENCIA | n | % |
|----------------------|----|----|
| NIÑAS CON DROGA | 25 | 51 |
| NIÑAS SIN DROGA | 24 | 49 |

Cuadro IV

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO POR GRUPOS

| EDAD | NIÑAS CON CONSUMO DE DROGAS n=25 | | NIÑAS SIN CONSUMO DE DROGAS n=24 | |
|---------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| | n | % | n | % |
| 14 AÑOS | 4 | 16 | - | - |
| 15 AÑOS | 4 | 16 | 7 | 29 |
| 16 AÑOS | 7 | 28 | 8 | 33 |
| 17 AÑOS | 8 | 32 | 5 | 21 |
| 18 AÑOS | 2 | 8 | 4 | 17 |
| | X= 16.00 | D.S.= 1.22 | X= 16.25 | D.S.= 1.07 |

| ESCOLARIDAD | NIÑAS CON CONSUMO DE DROGAS n=25 | | NIÑAS SIN CONSUMO DE DROGAS n=24 | |
|-------------------------------|----------------------------------|----|----------------------------------|----|
| | n | % | n | % |
| PRIMERO A TERCERO DE PRIMARIA | 7 | 28 | 7 | 29 |
| CUARTO A SEXTO DE PRIMARIA | 10 | 40 | 7 | 29 |
| SECUNDARIA | 7 | 28 | 8 | 45 |
| PRIMERO DE PREPARATORIA. | 1 | 4 | 2 | 8 |

En relación con los tipos de delito (Cuadro V) por los que ingresaron a la institución, las adolescentes de estudio se encuentra que: del grupo que consume drogas, los tipos de delito más frecuentes fueron: daños a la salud (48%), seguidos de robo (24%) e incorregible (12%). Los tipos de delito menos frecuentes fueron portación y lesiones de arma blanca y cómplice de violación con porcentajes similares (4%). Del grupo que no consume drogas se encuentra a su vez, que los tipos más frecuentes de delito fueron: robo (67%), seguido de incorregible (13%). Los tipos de delito menos frecuentes fueron: portación y lesiones de arma blanca, prostitución y abandono de infante, con porcentajes similares del (4%), seguidos de homicidio y cómplice de homicidio (8%).

En el grupo de adolescentes con consumo de drogas no se reportaron los delitos de prostitución y abandono de infante en tanto que en el grupo con ausencia de consumo de drogas no se reportaron los delitos de daños a la salud y cómplice de violación.

El tipo de delito más frecuente fue el de daños a la salud (48%) que solo se reportó en el grupo con consumo de drogas, seguido de robo el cual se reportó en ambos grupos correspondiendo el mayor porcentaje al grupo que no consume drogas (67%) que al que presenta consumo de drogas (24%). Los delitos de incorregible y cómplice de homicidio presentaron porcentajes más o menos similares (20% para el grupo que consume drogas y 21% para el grupo que no consume drogas). Los delitos menos frecuentes

para ambos grupos fueron portación y lesiones de arma blanca, cómplice de violación, prostitución y abandono de infante. En estos grupos se encuentra que los delitos de portación y lesiones de arma blanca y cómplice de violación fueron más frecuentes en el grupo que consume drogas (8%) que en el grupo que no consume drogas (4%) y que los delitos de prostitución y abandono de infante fueron más frecuentes en el grupo de no consumo (8%) que en el de consumo, en donde ninguna de las adolescentes de estudio presentó estos tipos de delito.

Cuadro V

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO POR GRUPOS

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO | NIÑAS CON CONSUMO DE DROGAS n=25 | | NIÑAS SIN CONSUMO DE DROGAS n=24 | |
|---|----------------------------------|----|----------------------------------|----|
| | n | % | n | % |
| ROBO | 6 | 24 | 16 | 67 |
| DAÑOS A LA SALUD | 12 | 48 | - | - |
| INCORREGIBLE | 3 | 12 | 3 | 13 |
| HOMICIDIO Y COMPLI- CE DE HOMICIDIO. | 2 | 8 | 2 | 8 |
| PORTACION DE ARMA BLANCA Y LESION DE ARMA BLANCA. | 1 | 4 | 1 | 4 |
| COMPLICE DE VIOLA- CION. | 1 | 4 | - | - |
| PROSTITUCION | - | - | 1 | 4 |
| ABANDONO DE INFANTE | - | - | 1 | 4 |

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el grupo de usuarias de drogas que son los siguientes:

En relación con las circunstancias de inicio en el consumo (Cuadro VI) se encuentra que dentro del grupo de adolescentes que consumen drogas la droga de inicio más frecuentemente reportada fue la de los inhalantes con 14 sujetos (56%), seguidos de la marihuana, 8 sujetos (32%). El alcohol por otra parte, fue la droga de inicio menos frecuente solo 3 sujetos (12%).

La mayoría de las adolescentes usuarias de droga se iniciaron en el consumo por curiosidad, 22 de estas (88%) y sólo 3 (12%) se iniciaron en el consumo de drogas por la presión ejercida por su grupo de pares. No se reportó otro motivo de inicio.

La mayoría de las usuarias fue iniciada en el consumo por amigos, 19 sujetos (76%). Por otra parte, 5 adolescentes (20%) se iniciaron en el consumo por ellas mismas y sólo una (4%) fue iniciada en el consumo por familiares.

Cuadro VI

CIRCUNSTANCIAS DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS

| DROGA DE INICIO | n | % |
|-----------------|----|----|
| INHALANTES | 14 | 56 |
| MARIGUANA | 8 | 32 |
| ALCOHOL | 3 | 12 |

| MOTIVO DE INICIO | n | % |
|------------------|----|----|
| CURIOSIDAD | 22 | 88 |
| PRESION DE GRUPO | 3 | 12 |

| PERSONA QUE LA INICIO EN EL CONSUMO | n | % |
|--|----|----|
| AMIGOS | 19 | 76 |
| ELLA MISMA | 5 | 20 |
| FAMILIARES | 1 | 4 |

Las drogas consumidas en su vida por el grupo de usuarias (Cuadro VII) fueron las siguientes: inhalantes con 24 usuarias (96%), marihuana, 23 sujetos (92%), tranquilizantes, 19 sujetos (76%), alcohol con 15 sujetos (60%), hongos 12 adolescentes (48%). Las drogas más consumidas por este grupo fueron: inhalantes y marihuana, seguidas de tranquilizantes, alcohol y hongos. A su vez las drogas menos consumidas fueron anfetaminas seguidas de heroína y cocaína.

Cuadro VII

TIPO DE DROGAS USADAS EN SU VIDA POR EL GRUPO DE USUARIAS

| TIPO DE DROGA | n | % |
|-----------------|----|----|
| INHALANTES | 24 | 96 |
| MARIGUANA | 23 | 92 |
| TRANQUILIZANTES | 19 | 76 |
| ALCOHOL | 15 | 60 |
| HONGOS | 12 | 48 |
| HEROINA | 9 | 36 |
| COCAINA | 6 | 24 |
| ANFETAMINAS | 2 | 8 |

* Porcentajes obtenidos de las 25 usuarias de droga.

En relación con las circunstancias de preferencia en el consumo de drogas por el grupo de usuarias, se encontró que las drogas de mayor preferencia (Cuadro VIII), consumidas antes del ingreso fueron los inhalantes con 11 sujetos (44%) y la marihuana, 10 sujetos (40%), las de menor preferencia fueron los hongos y los tranquilizantes con un sujeto en cada droga (4% respectivamente) y el alcohol, reportado por 2 adolescentes (8%).

Por otra parte se encontró que el grupo de usuarias prefiere más consumir drogas en grupo, 16 adolescentes (64%), que a solas 9 adolescentes (36%). (Cuadro IX).

Cuadro VIII y IX

CIRCUNSTANCIAS DE PREFERENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS

| DROGA DE PREFERENCIA | n | % |
|----------------------|----|----|
| INHALANTES | 11 | 44 |
| MARIGUANA | 10 | 40 |
| ALCOHOL | 2 | 8 |
| HONGOS | 1 | 4 |
| TRANQUILIZANTES | 1 | 4 |

| CONTEXTO DE PREFERENCIA | n | % |
|-------------------------|----|----|
| EN GRUPO | 16 | 64 |
| A SOLAS | 9 | 36 |

Por último se encontró que las drogas más consumidas (Cuadro X) por el grupo de usuarias previo al ingreso fueron: los inhalantes con 14 usuarias (28.6%), seguidos de la marihuana con 12 sujetos (24.5%). Las drogas menos consumidas fueron las anfetaminas sólo 2 usuarias (4.1%), seguidas del alcohol y los tranquilizantes con 5 sujetos en cada droga (10.2% respectivamente). No se reportó la presencia de consumo de drogas previo al ingreso de hongos, cocaína y heroína.

Cuadro X

CARACTERISTICAS DE CONSUMO DE DROGAS DEL TIPO "PREVIO AL INGRESO"
EN EL GRUPO DE USUARIAS

| FRECUENCIA DE CONSUMO | CONSUMO PREVIO AL INGRESO | |
|-----------------------|---------------------------|------|
| | n | % |
| INHALANTES | 14 | 28.6 |
| MARIJUANA | 12 | 24.5 |
| TRANQUILIZANTES | 5 | 10.2 |
| ALCOHOL | 5 | 10.2 |
| ANFETAMINAS | 2 | 4.1 |
| HONGOS | - | - |
| COCAINA | - | - |
| HEROINA | - | - |

A continuación se presentan los resultados obtenidos por el grupo de usuarias relacionados con el tipo de delito al momento del ingreso y droga de inicio, droga de preferencia, persona que inició a la usuaria en el consumo de drogas, contexto de preferencia en el consumo y consumo de drogas previo al ingreso a la institución de estudio.

En relación con el tipo de delito al momento del ingreso y droga de inicio (Cuadro XI), se encontró lo siguiente:

De las usuarias de droga que ingresaron a la institución por daños a la salud: 7 sujetos (50%), se iniciaron en el consumo con inhalantes, 4 sujetos (50%) se iniciaron en el consumo con marihuana y solo 1 sujeto (33.3%) se inició en el consumo con alcohol. De las que ingresaron a la institución por robo: 4 adolescentes (29%) se iniciaron en el consumo con inhalantes, 1 sujeto (12.5%) se inició en el consumo con marihuana y un sujeto (33.3%) se inició en el consumo con alcohol. De las que ingresaron a la institución por incorregible: 2 sujetos (25%) se iniciaron en el consumo con marihuana, 1 sujeto (33.3%) se inició en el consumo con alcohol y ninguna adolescente se inició en el consumo con inhalantes. De las que ingresaron a la institución por homicidio y cómplice de homicidio: 2 sujetos (14%) se iniciaron en el consumo con inhalantes y ninguna adolescente se inició en el consumo con marihuana y alcohol. De las que ingresaron a la institución por

cómplice de violación: 1 sujeto (7%) se inició en el consumo con inhalantes y ninguna adolescente se inició en el consumo con marihuana y alcohol.

Por último se encontró que las que ingresaron a la institución por portación y lesión de arma blanca: 1 sujeto (12.5%) se inició en el consumo con inhalantes y alcohol.

Quadro XI

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE USUARIAS DE DROGA POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y DROGA DE INICIO

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y DROGA DE INICIO | INHALANTES | | MARIGUANA | | ALCOHOL | |
|---|------------|----|-----------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| DANOS A LA SALUD | 7 | 50 | 4 | 50 | 1 | 33.3 |
| ROBO | 4 | 29 | 1 | 12.5 | 1 | 33.3 |
| INCORREGIBLE | - | - | 2 | 25 | 1 | 33.3 |
| HOMICIDIO Y COMPLICE DE HOMICIDIO. | 2 | 14 | - | - | - | - |
| COMPLICE DE VIOLACION. | 1 | 7 | - | - | - | - |
| PORTACION DE ARMA BLANCA Y LESION DE ARMA BLANCA. | - | - | 1 | 12.5 | - | - |

En relación con el tipo de delito al momento del ingreso y motivo de inicio en el consumo de drogas (Cuadro XII) se encontró lo siguiente:

De las usuarias de droga que ingresaron a la institución por daños a la salud; 12 sujetos (55%) se iniciaron en el consumo por curiosidad y ninguna de ellas se inició en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares. De las usuarias de droga que ingresaron a la institución por robo, (33.3%) se inició en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares. De las que ingresaron a la institución por incorregible, 2 sujetos (8%) se iniciaron en el consumo por curiosidad y una sujeto (33.3%) se inició en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares. De las que ingresaron a la institución por cómplice de homicidio, 2 adolescente (9%) se iniciaron en el consumo por curiosidad y ninguna de ellas se inició en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares. De las que ingresaron a la institución por cómplice de violación, 1 sujeto (33.3%) se inició en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares y ninguna de ellas se inició en el consumo por curiosidad. De las que ingresaron a la institución por portación de arma blanca, 1 sujeto (5%) se inició en el consumo por curiosidad y ninguna de ellas se inició en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares.

Finalmente se puede decir que las usuarias de droga que se iniciaron en el consumo por curiosidad fueron las que ingresaron a la institución por daños a la salud (55%), robo (22%), incorregible y homicidio (18%) y portación de arma blanca (5%). Las que se iniciaron en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares fueron las que ingresaron a la institución por robo (33.3%), incorregible (33.3%) y cómplice de violación (33.3%).

Cuadro XII

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE USUARIAS DE DROGA POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y MOTIVO DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS.

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y MOTIVO DE INICIO | CURIOSIDAD | | PRESION DE GRUPO | |
|--|------------|----|------------------|------|
| | n | % | n | % |
| DANOS A LA SALUD | 12 | 55 | - | - |
| ROBO | 5 | 22 | 1 | 33.3 |
| INCORREGIBLE | 2 | 9 | 1 | 33.3 |
| HOMICIDIO Y COMPLICE DE HOMICIDIO. | 2 | 9 | - | - |
| COMPLICE DE VIOLACION. | - | - | 1 | 33.3 |
| PORTACION DE ARMA BLANCA. | 1 | 5 | - | - |

En relación con el tipo de delito al momento del ingreso y droga de preferencia (Cuadro XIII) se encontró que: Las usuarias de droga que ingresaron a la institución por daños a la salud tienen como droga de preferencia las siguientes: a los inhalantes 7 sujetos (64%), a la marihuana, 3 sujetos (27%), al alcohol, 1 sujeto (9%) y a los hongos, 1 sujeto (9%). Las que ingresaron por robo tienen como droga de preferencia a los inhalantes, 3 sujetos (27%), a la marihuana, 2 sujetos (18%) y a los tranquilizantes, 1 sujeto (9%). Las que ingresaron por incorregible tienen como droga de preferencia a la marihuana, 2 sujetos (18%) y al alcohol, 1 sujeto (9%). Las que ingresaron por homicidio y cómplice de homicidio tienen como droga de preferencia a la marihuana, 2 sujetos (18%). Las que ingresaron por cómplice de violación tienen como droga de preferencia a los inhalantes, 1 sujeto (9%) y las que ingresaron a la institución por portación de arma blanca tienen como droga de preferencia a la marihuana, 1 sujeto (9%).

Finalmente se puede decir que las usuarias de droga que prefieren el consumo de inhalantes en relación con otras drogas ingresaron a la institución por los siguientes tipos de delito: daños a la salud (64%), robo (27%) y cómplice de violación (9%). Las usuarias de droga que prefieren a la marihuana en relación con otras drogas ingresaron a la institución por los siguientes tipos de delito: daños a la salud (27%), robo (18%), incorregible (18%), homicidio y cómplice de homicidio (18%) y portación de arma blanca (9%). Las que prefieren al alcohol en relación con

otras drogas ingresaron a la institución por los siguientes tipos de delito: daños a la salud e incorregible con porcentajes del 9% en cada tipo de delito. Las que prefieren a los hongos en relación con otras drogas ingresaron a la institución por el tipo de delito de daños a la salud (9%) y las usuarias de droga que prefieren a los tranquilizantes en relación con otras drogas ingresaron a la institución por el delito de robo (9%).

7

Cuadro XIII

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE USUARIAS DE DROGA POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y DROGA DE PREFERENCIA

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y DROGAS DE PREFERENCIA. | INHALANTES | | MARIGUANA | | ALCOHOL | | HONGOS | | TRANQUILIZANTES. | |
|--|------------|----|-----------|----|---------|---|--------|---|------------------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| DAÑOS A LA SALUD | 7 | 64 | 3 | 27 | 1 | 9 | 1 | 9 | - | - |
| ROBO | 3 | 27 | 2 | 18 | - | - | - | - | 1 | 9 |
| INCORREGIBLE | - | - | 2 | 18 | 1 | 9 | - | - | - | - |
| HOMICIDIO Y COMPLICE DE HOMICIDIO. | - | - | 2 | 18 | - | - | - | - | - | - |
| COMPLICE DE VIOLACION. | 1 | 9 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| PORTACION DE ARMA BLANCA. | - | - | 1 | 9 | - | - | - | - | - | - |

En relación con el tipo de delito al momento del ingreso y persona que inició a la usuaria en el consumo de drogas (Cuadro XIV) se encontró que:

Las usuarias de droga que ingresaron a la institución por daños a la salud fueron iniciadas en el consumo por amigos, 10 sujetos (53%) y por ellas mismas, 2 sujetos (40%). Las que ingresaron a la institución por robo fueron iniciadas en el consumo de drogas por amigos, 3 sujetos (16%) y por ellas mismas, 3 sujetos (60%). Las que ingresaron por incorregible fueron iniciadas en el consumo por amigos 3 adolescentes (16%). Las que ingresaron por homicidio y cómplice de homicidio fueron iniciadas en el consumo por amigos 2 sujetos (10%). Las que ingresaron por cómplice de violación fueron iniciadas en el consumo de drogas por amigos 1 sujeto (5%) y las que ingresaron a la institución por portación de arma blanca fueron iniciadas en el consumo por familiares una sujeto (100%).

Finalmente se encuentra que las usuarias de drogas que se iniciaron en el consumo por amigos ingresaron a la institución por los siguientes tipos de delito: daños a la salud (53%), robo (16%), incorregible (16%), homicidio y cómplice de homicidio (10%) y cómplice de violación (5%). Las usuarias de drogas que se iniciaron en el consumo por ellas mismas ingresaron a la institución por los siguientes tipos de delito: robo (60%) y daños a la salud (40%) y las usuarias de drogas que fueron ini-

ciadae en el consumo de drogas por familiares ingresaron a la institución por el tipo de delito de portación de arma blanca (100%).

Quadro XIV

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE USUARIAS DE DROGA POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y PERSONA QUE LA INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS.

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y PERSONA QUE LA INICIO EN EL CONSUMO. | AMIGOS | | ELLA MISMA | | FAMILIAR | |
|--|--------|----|------------|----|----------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| DAÑOS A LA SALUD | 10 | 53 | 2 | 40 | - | - |
| ROBO | 3 | 16 | 3 | 60 | - | - |
| INCORREGIBLE | 3 | 16 | - | - | - | - |
| HOMICIDIO Y COMPLICE DE HOMICIDIO. | 2 | 10 | - | - | - | - |
| COMPLICE DE VIOLACION. | 1 | 5 | - | - | - | - |
| PORTACION DE ARMA BLANCA. | - | - | - | - | 1 | 100 |

En relación con el tipo de delito al momento del ingreso y contexto de preferencia en el consumo de drogas (Cuadro XV) se encontró lo siguiente: Las usuarias de droga que ingresaron a la institución por daños a la salud prefieren más consumir drogas en grupo, 9 sujetos (57%) que a solas, 3 sujetos (33%). Las que ingresaron a la institución por robo prefieren más consumir drogas a solas, 4 sujetos (45%) que en grupo, 2 sujetos (13%). Las que ingresaron a la institución por incorregible prefieren más consumir drogas en grupo, 3 sujetos (18%) que a solas, ninguna de ellas. Las que ingresaron a la institución por homicidio y cómplice de homicidio prefieren más consumir drogas a solas, 2 adolescentes (22%) que en grupo, ninguna de ellas y las que ingresaron a la institución por cómplice de violación y por portación de arma blanca prefieren más consumir drogas en grupo, 1 sujeto (6%) respectivamente por cada tipo de delito que a solas, ninguna de ellas.

Cuadro XV

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE USUARIAS POR TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y CONTEXTO DE PREFERENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS.

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y CONTEXTO DE PREFERENCIA. | EN GRUPO | | A SOLAS | |
|--|----------|----|---------|----|
| | n | % | n | % |
| DANOS A LA SALUD | 9 | 57 | 3 | 33 |
| ROBO | 2 | 13 | 4 | 45 |
| INCORREGIBLE | 3 | 18 | - | - |
| COMPLICE DE HOMICIDIO Y HOMICIDIO. | - | - | 2 | 22 |
| COMPLICE DE VIOLACION. | 1 | 6 | - | - |
| PORTACION DE ARMA BLANCA. | 1 | 6 | - | - |

Para finalizar con los resultados obtenidos en la muestra de estudio se hablará de los datos obtenidos en el grupo de usuarias en relación con el tipo de delito al momento del ingreso y la frecuencia de consumo de drogas del tipo previo al ingreso (Cuadro XVI).

De las usuarias de droga que ingresaron a la institución por daños a la salud presentaron consumo de sustancias inhalantes previo al ingreso de la institución de estudio 8 sujetos (57%), consumo de marihuana previo al ingreso, 5 adolescentes (41%) y consumo de tranquilizantes previo al ingreso, 3 sujetos (60%). Ninguna de ellas presentó consumo de alcohol previo al ingreso. Las que ingresaron a la institución por robo presentaron consumo de inhalantes previo al ingreso 4 sujetos (29%) y consumo de marihuana previo al ingreso 4 adolescentes (33.3%). Por otra parte presentaron consumo de alcohol previo al ingreso 1 sujeto (20%). Ninguna de ellas presentó consumo de tranquilizantes previo al ingreso. Las que ingresaron a la institución por homicidio y cómplice de homicidio presentaron consumo de alcohol previo al ingreso 2 sujetos (40%), consumo de marihuana previo al ingreso 1 sujeto (8.3%) y consumo de tranquilizantes previo al ingreso 1 sujeto (20%). Ninguna de ellas presentó consumo de inhalantes previo al ingreso. Las usuarias de droga que ingresaron a la institución por incorregible presentaron consumo previo al ingreso de: inhalantes, 1 sujeto (7%), de marihuana 1 sujeto (8.3%), de alcohol, 1 sujeto (20%). Ninguna de ellas presentó consumo de tranquilizantes previo al ingreso. Las que ingresaron

a la institución por cómplice de violación presentaron consumo previo al ingreso de marihuana, 1 sujeto (8.3%), de tranquilizantes 1 sujeto (20%) y de alcohol 1 sujeto (20%). Ninguna de ellas presentó consumo de sustancias inhalantes previo al ingreso. Las que ingresaron a la institución por portación de arma blanca presentaron consumo previo al ingreso de inhalantes 1 sujeto (7%). Ninguna de ellas presentó consumo previo al ingreso de marihuana, tranquilizantes y alcohol. Las demás drogas consumidas por la muestra (hongos, heroína, cocaína y anfetaminas) no se mencionan ya que no se presentó en la muestra de estudio un consumo de estas del tipo "previo al ingreso" a la institución.

Cuadro XVI

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE USUARIAS DE DROGA POR TIPO DE DELITO AL
 MOMENTO DEL INGRESO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS
 INHALANTES, MARIGUANA, TRANQUILIZANTES Y ALCOHOL.

| TIPO DE DELITO AL MOMENTO DEL INGRESO Y FRECUENCIA DE CONSUMO. | INHALANTES | | MARIGUANA | | TRANQUI- LIZANTES | | ALCOHOL | |
|---|----------------------------------|----|----------------------------------|------|----------------------------------|----|-------------------------------|----|
| | Consumo previo al ingreso. | | Consumo previo al ingreso. | | Consumo previo al ingreso. | | Consumo previo ingreso. | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| DÁÑOS A LA SALUD | 8 | 57 | 5 | 41.7 | 3 | 60 | - | - |
| ROBO | 4 | 29 | 4 | 33.3 | - | - | 1 | 20 |
| HOMICIDIO Y COMPLI- CE DE HOMICIDIO. | - | - | 1 | 8.3 | 1 | 20 | 2 | 40 |
| INCORREGIBLE | 1 | 7 | 1 | 8.3 | - | - | 1 | 20 |
| COMPLICE DE VIOLA- CION. | - | - | 1 | 8.3 | 1 | 20 | 1 | 20 |
| PORTACION DE ARMA BLANCA. | 1 | 7 | - | - | - | - | - | - |

Por último los resultados del análisis de contenido que se efectuó (Cuadro XVII) para estudiar las alteraciones de la confianza básica asociadas con el consumo de drogas y con la conducta delictiva relacionadas con las áreas de: preocupación por el autocontrol, percepción, autoestima, empatía social, éxito con las cosas, optimismo, confianza en los demás y consumo de drogas son las siguientes:

En la preocupación por el autocontrol, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que consume drogas (grupo experimental) y el que no consume drogas (grupo control). Sin embargo las medias de las variables positivas y negativas que miden la preocupación por el autocontrol fueron ligeramente mayores en el grupo que no consume drogas (6.66 para las variables positivas y 24.83 para las variables negativas), que en el grupo que consume drogas, en donde los puntajes de las medias fueron 5.56 para las variables positivas y 22.12 para las variables negativas.

En la percepción, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que consume drogas y el que no consume drogas con un nivel de significancia de .004 en las variables positivas que miden la percepción. La media del grupo que consume drogas (3.24) fue significativamente mayor que la del grupo que no consume drogas (.66). No se encontraron diferencias significativas en las

variables negativas que miden la percepción, sin embargo, la media del grupo que consume drogas fue ligeramente mayor (7.20) que la del grupo que no consume drogas (4.54).

En la autoestima, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que consume drogas y el que no consume drogas. Los puntajes de las medias fueron relativamente iguales tanto para las variables positivas en los 2 grupos (3.68 para el grupo que consume drogas y 3.75 para el grupo que no consume drogas) como para las variables negativas en los 2 grupos (1.48 para el grupo que consume drogas y 1.62 para el grupo que no consume drogas).

En la empatía social, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que consume drogas y el que no consume drogas con un nivel de significancia de .002 en las variables positivas que miden la empatía social.

La media del grupo que no consume drogas fue significativamente mayor (41.54) que la del grupo que consume drogas (22.96). No se encontraron diferencias significativas en las variables negativas entre estos 2 grupos, sin embargo, la media del grupo que consume drogas fue ligeramente mayor (47.36) que la del grupo que no consume drogas (38.66).

En el éxito con las cosas, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con un nivel de significancia de .001 en las variables positivas que miden el éxito con las cosas. La media del grupo que no consume drogas fue significativamente mayor (22.41) que la del grupo que consume drogas (10.60). No se encontraron diferencias significativas en las variables negativas entre estos 2 grupos, sin embargo, la media del grupo que no consume drogas (13.20) fue ligeramente mayor que la del grupo que consume drogas (9.80).

En el optimismo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las variables positivas y negativas que miden el optimismo. Los puntajes de las medias fueron ligeramente mayores en las variables positivas para el grupo que no consume drogas (18.25) en relación con el grupo que consume drogas (12.00) y ligeramente mayores en las variables negativas para el grupo que consume drogas (20.40) en relación con el grupo que no consume drogas (18.83).

En la confianza en los demás, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con un nivel de significancia de .007 en las variables positivas que miden la confianza en los demás. La media del grupo que no consume drogas fue significativamente mayor (2.83) que la del grupo que consume drogas (1.16). No se encontraron diferencias significativas en las va-

riables negativas que miden la confianza en los demás; los puntajes de las medias fueron relativamente iguales tanto para el grupo que consume drogas (2.20) como para el que no consume drogas (3.04).

En el consumo de drogas no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que consume drogas y el que no consume drogas. Sin embargo, la media de las variables negativas del grupo que consume drogas (4.44) fue ligeramente mayor que la del grupo que no consume drogas (3.04).

Los resultados de la investigación señalan que se encontraron diferencias significativas entre el grupo que consume drogas y el que no consume drogas en la percepción, la empatía social, el éxito con las cosas y en la confianza en los demás y que no se encontraron diferencias significativas entre estos 2 grupos en la preocupación por el autocontrol, la autoestima, el optimismo y el consumo de drogas.

DIFERENCIAS ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO Y LAS UNIDADES DE ANALISIS

| UNIDAD DE ANALISIS | | MEDIAS | | PRUEBA t | NIVEL DE SIGNIFICANCIA. |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|----------------------|----------|-------------------------|
| | | GRUPO DE USUARIAS | GRUPO DE NO USUARIAS | | |
| PREOCUPACION POR EL AUTOCONTROL | VARIABLES POSITIVAS | 5.56 | 6.66 | .46 | ns |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 22.12 | 24.83 | .72 | ns |
| PERCEPCION | VARIABLES POSITIVAS | 3.24 | .66 | 3.12 | .004 |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 7.20 | 4.54 | 1.38 | ns |
| AUTOESTIMA | VARIABLES POSITIVAS | 3.68 | 3.75 | .06 | ns |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 1.48 | 1.62 | .25 | ns |
| EMPATIA SOCIAL | VARIABLES POSITIVAS | 22.96 | 41.54 | 3.22 | .002 |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 47.36 | 38.66 | 1.39 | ns |
| EXITO EN LAS COSAS | VARIABLES POSITIVAS | 10.60 | 22.41 | 3.64 | .001 |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 9.80 | 13.20 | 1.33 | ns |
| OPTIMISMO | VARIABLES POSITIVAS | 12.00 | 18.25 | 1.68 | ns |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 20.40 | 18.83 | .36 | ns |
| CONFIANZA EN LOS DEMAS | VARIABLES POSITIVAS | 1.16 | 2.83 | 2.84 | .007 |
| | VARIABLES NEGATIVAS | 2.20 | 2.29 | .12 | ns |
| CONSUMO DE DROGAS | VARIABLES NEGATIVAS | 4.44 | 3.04 | 1.15 | ns |

* Los grados de libertad fueron de 47

CONCLUSIONS

5.2 CONCLUSIONES

La muestra de estudio estuvo constituida por 49 mujeres adolescentes pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos, es decir, por mujeres pertenecientes a los grupos marginados de nuestra sociedad que ingresaron a la Unidad de Atención y Tratamiento para Mujeres por haber cometido diversos tipos de delito siendo los más frecuentes: robo, daños a la salud e incorregible. La edad de las adolescentes osciló entre 14 y 18 años y los mayores grados de escolaridad alcanzados fueron cuarto a sexto de primaria y secundaria, la mayoría de ellas desempeñaba trabajos de tipo eventual (sirvientas, vendedoras ambulantes, entre otros). Se encontró que provenían de familias que viven en situaciones habitacionales pobres en donde el hacinamiento es muy común.

La teoría sobre el fenómeno de la marginación social, señala que los grupos marginados pertenecen al nivel socioeconómico bajo y están compuestos por personas trabajadoras que van desde obreros calificados hasta los miembros de la clase que no trabaja o que lo hace esporádicamente (Cueli, 1989). Estos grupos marginados, viven en situaciones de hacinamiento en donde es muy común encontrar que muchas personas viven en poco espacio y en situaciones habitacionales pobres, lo cual trae como consecuencia que los miembros de la familia pasen la mayor parte del tiempo fuera de su casa; además de esto, no estudian y no están al alcance del control paterno. Por lo general, la madre es la figura

de más permanencia en el hogar y el padre se caracteriza por su ausencia; la tendencia es a que la madre se encuentre sobreinvolucrada con muchos hijos y que tienda a delegar las responsabilidades en una niña madre (Cueli, 1980).

Para fines de este estudio, la muestra se dividió en dos grupos: 25 adolescentes que presentaron consumo de drogas y 24 adolescentes que no presentaron consumo de drogas. Ambas con conducta delictiva. Estas adolescentes reportaron pasar la mayor parte del tiempo fuera de su casa; las adolescentes del grupo que consume drogas mencionaron convivir más "con amigos o en bandas" y las del grupo que no consume drogas salían de su casa para desempeñar trabajos de tipo eventual y así ayudar a la economía familiar; también se encontró que algunas de ellas acostumbraban pasar el tiempo fuera de su casa "con amigos" y una menor proporción en "bandas". Se encontró que las expectativas profesionales de las adolescentes son muy bajas, éstas refieren "que no les gusta la escuela", asimismo, se encontraron bajos grados de escolaridad en los dos grupos de estudio. También se encontró que algunas adolescentes desempeñaban el papel de niña madre, ayudando a la madre con las responsabilidades del hogar.

La mayor edad alcanzada por ambos grupos fue entre 16 y 17 años y el grupo que no consume drogas tuvo más sujetos con mayor edad (18 años) con respecto al grupo que consume drogas; en tanto que este grupo presentó jóvenes de 14 años, mismas que no se encontraron en el otro grupo.

El mayor grado de escolaridad alcanzada en ambos grupos fue de cuarto a sexto de primaria, siendo el grupo con consumo de drogas (40%) el que tuvo más sujetos en este nivel escolar que el grupo de no consumo de drogas (29%). Sin embargo en el grupo que no consume drogas hubo más sujetos de secundaria y primero de preparatoria (52%) que en el grupo que consume drogas (32%).

La teoría señala que existe una relación entre consumo de drogas y actividades delictivas. Los estudios consideran que las adolescentes que consumen drogas presentan una tendencia mayor que las no usuarias a realizar conductas antisociales, a la vagancia y a la inconformidad social y que estas conductas son muy comunes en las bandas o grupos grandes de adolescentes (Hernández-Serrano et al, 1975; Castro, García-Zavala, De la Serna, 1988). En la muestra de estudio se encontró que las adolescentes que consumen drogas se unen a un grupo de amigos, las adolescentes mencionan que este grupo es considerado para ellas como "una familia". En el grupo de usuarias se encontró que las actividades de consumo de drogas y los actos delictivos son muy comunes sobretodo los relacionados al robo para proveer de drogas. Se encontró también, que algunas de ellas fueron internadas en la institución por incorregibles debido a que los padres "no pueden controlar" la conducta de sus hijas y que prefieren tenerlas "encerradas" en una institución, que en su casa. En este grupo los tipos de delito más frecuentes fueron daños a la salud,

robo e incorregible y los menos frecuentes fueron homicidio y cómplice de homicidio, portación y lesiones de arma blanca y cómplice de violación.

La asociación que se encontró entre robo y consumo de drogas en el grupo que consume drogas, no se encontró en el grupo que no consume drogas. En este grupo se encontró que las adolescentes robaban para proveerse de cosas materiales que debido a su condición, no tenían fácil acceso, asimismo en este grupo se encontró que algunas adolescentes fueron internadas en la institución por incorregibles debido a que no eran "fácilmente controlables" por sus padres situación que también se encontró en el grupo que consume drogas. Sin embargo, se encontró que algunas de ellas fueron internadas en la institución debido a que los padres no tenían suficientes medios económicos para mantenerlas, situación que no se encontró en el grupo que consume drogas. Los tipos de delito más frecuentes por los que ingresaron a la institución las adolescentes que no consumen drogas fueron robo e incorregible y los menos frecuentes fueron homicidio y cómplice de homicidio, portación y lesiones de arma blanca y abandono de infante.

En relación con las circunstancias de inicio en el consumo de drogas, en el estudio se encontró que la droga de inicio más frecuentemente reportada fueron las sustancias inhalantes hecho que concuerda con lo encontrado por diversos estudios que señalan que las sustancias inhalantes son las drogas que se empiezan a consumir a una edad más temprana (Prather et al. 1979; Secretaría

de Salud, 1990). También se encontró que las adolescentes en su mayoría se iniciaron en el consumo por curiosidad y que los amigos fueron las personas que contribuyeron (proporcionando la droga por primera vez) a que la usuaria se iniciara en el consumo de drogas. Esto concuerda con los resultados de diversos tipos de estudios que señalan que el grupo de pares juega un papel importante en el inicio y uso continuado de drogas; los pares o amigos funcionan como agente proveedor de drogas sobretodo en lo relacionado al consumo por primera vez (Prather et al. 1978; Huba et al. 1979; Secretaría de Salud et al. 1990).

En el estudio se encontró, que las drogas más consumidas por el grupo de usuarias fueron los inhalantes, la marihuana, los tranquilizantes y el alcohol, lo cual concuerda con lo encontrado en diversos estudios (Prather, Fidell, 1978; Huba, Wingard, Bentler, 1979; Secretaría de Salud et al. 1990), que señalan a la marihuana, los tranquilizantes y las sustancias inhalantes como las drogas de mayor consumo en México.

El grupo de usuarias hacía uso previo al momento en que fueron captadas por la institución de las siguientes drogas: inhalantes, marihuana, tranquilizantes, alcohol y anfetaminas. No se reportó un consumo previo al ingreso de otro tipo de drogas, lo cual puede reflejar que el nivel socioeconómico bajo al que pertenecen las adolescentes de estudio no les permite proveerse de otro tipo de drogas más caras. También puede reflejar que este

grupo, no ha evolucionado al consumo crónico de diversos tipos de drogas, es decir, que se está hablando de un grupo de usuarias que no se encuentra seriamente afectado.

Las drogas de mayor preferencia por el grupo de usuarias fueron los inhalantes, la marihuana y el alcohol. Se encontró que estas drogas (a excepción de los tranquilizantes) fueron las drogas que mayormente consumía el grupo de usuarias previo a su ingreso a la institución de estudio. Lo cual refleja que las drogas que más le agradan a la usuaria son las que consume regularmente.

También se encontró que las adolescentes que consumen drogas prefieren más consumir drogas en grupo que a solas. Esto concuerda con lo encontrado por Ortiz, en 1986 referente al hecho de que el usuario realiza la mayor parte de sus actividades en grupo desde las de supervivencia hasta las propias del consumo de sustancias.

De las usuarias que ingresaron a la institución por los diversos tipos de delito, se encontró que tienen características diferentes con respecto al uso y circunstancias de uso de sustancias y los diversos tipos de delito.

De las usuarias que ingresaron a la institución por los tipos de delito más frecuentes (daños a la salud, robo e incorregible) se tiene que:

Las usuarias que ingresaron a la institución por daños a la salud, se iniciaron en el consumo en su mayoría con inhalantes y marihuana, asimismo prefieren consumir estas drogas en relación con otras drogas y consumían estas drogas previo a su ingreso a la institución. Estos resultados también se encontraron en las usuarias que ingresaron a la institución por robo, situación que no se encontró en las usuarias que ingresaron a la institución por incorregible, las cuales se iniciaron en el consumo con marihuana y alcohol, prefieren más consumir asimismo marihuana y alcohol en relación con otras drogas y al momento del ingreso consumían en su mayoría inhalantes, marihuana y alcohol. Se encontró que la mayoría de estas se inició en el consumo por curiosidad: en el caso de las que ingresaron a la institución por daños a la salud e incorregible los amigos fueron los que le proporcionaron a la usuaria la droga por primera vez y en el caso de las que ingresaron por robo se encontró que aunque los amigos participaron en proporcionarles la droga por primera vez algunas de estas se iniciaron en el consumo por ellas mismas. Las usuarias que ingresaron a la institución por daños a la salud e incorregible prefieren más consumir drogas en grupo que a solas, situación que no se encontró en las adolescentes que ingresaron a la institución por robo las cuales prefieren más consumir drogas a solas que en grupo.

De las usuarias que ingresaron a la institución por los tipos de delito menos frecuentes (homicidio y cómplice de homicidio, cómplice de violación y portación y lesiones de arma blanca) se tiene que:

Las adolescentes que ingresaron a la institución por homicidio y cómplice de homicidio se iniciaron en el consumo con inhalantes, prefieren más consumir marihuana en relación con otras drogas y previo al momento del ingreso a la institución consumían alcohol, marihuana y tranquilizantes. Se encontraron resultados diferentes en las usuarias que ingresaron por cómplice de violación las cuales se iniciaron en el consumo con marihuana y prefieren más consumir inhalantes en relación con otras drogas. Sin embargo, se encontraron resultados similares en las usuarias que ingresaron por homicidio y cómplice de homicidio en relación con las drogas consumidas previo al ingreso las cuales en los 2 grupos fueron marihuana, alcohol y tranquilizantes. Por otra parte, las usuarias que ingresaron a la institución por portaciones y lesiones de arma blanca presentaron características un poco diferentes a las de los dos grupos anteriores, estas usuarias se caracterizan por haberse iniciado en el consumo con marihuana, por preferir a la marihuana en relación con otras drogas y presentar consumo de sustancias inhalantes previo al ingreso. Las adolescentes que ingresaron a la institución por homicidio y cómplice de homicidio y por portación y lesiones de arma blanca se iniciaron en su mayoría en el consumo por

curiosidad; siendo los amigos, en las adolescentes que ingresaron por cómplice de homicidio y homicidio, los que proporcionaron a la usuaria la droga por primera vez; siendo los familiares, en las adolescentes que ingresaron por portación y lesiones de arma blanca, los que proporcionaron a la usuaria la droga por primera vez. Situación que asume características diferentes en las adolescentes que ingresaron por cómplice de violación las cuales se iniciaron en el consumo por la presión ejercida por su grupo de pares el cual funcionó como agente proveedor de drogas en el inicio del consumo. Las usuarias que ingresaron a la institución por cómplice de violación y por portación y lesiones de arma blanca prefieren más consumir drogas en grupo que a solas, sin embargo las que ingresaron por homicidio y cómplice de homicidio prefieren más consumir drogas a solas.

Para el estudio de la confianza básica se tomó como base la teoría del desarrollo de Erikson. El interés de la investigación consistió en estudiar las alteraciones de la confianza básica en mujeres adolescentes farmacodependientes y en mujeres adolescentes que presentan conducta delictiva.

Erikson considera que el paso exitoso por la etapa oral del desarrollo supone el establecimiento de un sentimiento de confianza básica, mismo que se establece mediante una relación adecuada con la figura materna a través de la introyección de sentimientos positivos de amor, afecto y cuidado materno. El paso

no exitoso por esta etapa por consiguiente. supone el establecimiento de un sentimiento de desconfianza básica el cual resulta de una relación inadecuada con la figura materna.

Para Erikson una persona con confianza básica es aquella que puede fiarse esencialmente de los demás y tiene un fundamental sentimiento de que él mismo es digno de confianza. Según este autor, la persona que tiene confianza básica experimenta que el interior y el exterior son buenos y que están interrelacionados. Además su sentimiento de confianza le hace estar dispuesto a aceptar de buena gana las experiencias nuevas y sus expectativas son favorables respecto a estas nuevas experiencias (Erikson, 1983).

Erikson considera por otra parte, que las formas de adicción expresan cierta debilidad en cuanto al restablecimiento oral de la confianza básica (Erikson, 1980). Así se tiene que el consumo de sustancias corresponde a un conflicto de tipo oral que se matiza por oscilar entre la confianza básica versus la desconfianza básica (Ortiz, 1986). En relación con el consumo de drogas Erikson considera que la persona que consume drogas depende de la incorporación a través de la boca o de la piel de sustancias que lo hagan sentirse físicamente saciado y emocionalmente restituido (Erikson, 1983). También considera que las placenteras confirmaciones que pueden derivarse especialmente en compañía de antiguas y nuevas sensaciones gustativas de inhalar o sorber, masticar, deglutir y digerir pueden derivarse hacia adicciones masivas (Erikson, 1980). Otro tipo de alteraciones que son in-

dicativas de alteraciones en la confianza básica la constituyen las diversas formas depresivas, las diversas formas de apartamiento en donde el individuo se retira al interior de sí mismo cuando está desavenido consigo mismo o con otros (en situaciones extremas esto se manifiesta a través de una regresión a estados psicóticos que ocasiona que el individuo se encierre en sí mismo, rechazando los alimentos y el confort y olvidando la compañía de los demás). algunas formas de esquizofrenia infantil y algunas formas de autoengaño y apropiación codiciosa (Erikson, 1980).

Para estudiar el tipo de alteraciones en la confianza básica relacionada con el consumo de drogas y con la conducta delictiva se utilizaron las siguientes áreas de estudio que forman parte de aquellas correspondientes al estudio de la confianza básica en el Inventario de Estadios Psicosociales de Erikson: preocupación por el autocontrol, percepción, autoestima, empatía social, éxito en las cosas, optimismo y confianza en los demás; a estas áreas se le agregó una que es la de consumo de drogas.

Partiendo del análisis de las diferentes áreas que comprenden el establecimiento o no de la confianza básica se confirman las siguientes hipótesis:

Existen diferencias significativas en la percepción de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; el grupo que consume drogas y que presenta conducta delictiva (grupo experimental) dió un porcentaje mayor en las respuestas positivas asociadas con la

percepción que el grupo que no consume drogas y que presenta conducta delictiva (grupo control). Esto refleja que el grupo que consume drogas tiene menores alteraciones en la percepción que el grupo que no consume drogas).

Existen diferencias significativas en la empatía social de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; el grupo que no consume drogas (grupo control) dió un porcentaje mayor en las respuestas positivas asociadas con la empatía social que el grupo que consume drogas (grupo experimental). Esto refleja que el grupo que consume drogas presenta mayores alteraciones en la empatía social que el grupo que no consume drogas.

Existen diferencias significativas en el éxito con las cosas de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; el grupo que no consume drogas (grupo control) dió un porcentaje mayor en las respuestas positivas asociadas con el éxito con las cosas que el grupo que consume drogas (grupo experimental). Esto refleja que el grupo que consume drogas tiene mayores alteraciones en el éxito con las cosas que el grupo que no consume drogas.

Existen diferencias significativas en la confianza en los demás de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; el grupo que no con-

sume drogas (grupo control) dió un porcentaje mayor en las respuestas positivas asociadas con la confianza en los demás que el grupo que consume drogas (grupo experimental). Esto refleja que el grupo que consume drogas tiene mayores alteraciones en la confianza en los demás que el grupo que no consume drogas.

No existen diferencias significativas en la preocupación por el autocontrol de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; los puntajes de las respuestas positivas y negativas asociados con la preocupación por el autocontrol fueron relativamente iguales entre estos 2 grupos. Sin embargo, se observó una ligera tendencia a un mayor número de respuestas tanto positivas como negativas en el grupo que consume drogas que en el grupo que consume drogas.

No existen diferencias significativas en la autoestima de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas, los puntajes de las respuestas positivas y negativas asociadas a la autoestima fueron relativamente iguales para estos 2 grupos.

No existen diferencias significativas en el optimismo de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; sin embargo, los puntajes asociados con las respuestas positivas fueron ligeramente mayores

en el grupo que no consume drogas que en el grupo que consume drogas. Esto refleja una ligera tendencia a la existencia de menores alteraciones en el optimismo en el grupo que no consume drogas que en el grupo que consume drogas.

No existen diferencias significativas en relación con el consumo de drogas en el contenido de las láminas de las adolescentes con conducta antisocial que consumen drogas de aquellas que no consumen drogas; sin embargo, existió una tendencia ligeramente mayor en las respuestas asociadas con el consumo de drogas en el grupo que consume drogas que en el grupo que no consume drogas. Esto refleja una ligera tendencia a la presencia de mayores alteraciones en el grupo que consume drogas.

Por lo tanto se puede hablar de que existen alteraciones en la confianza básica en ambos grupos, que tienen en común el haber realizado alguna conducta delictiva pero que difieren en el consumo o no de drogas, ya que se encontraron puntuaciones similares en las variables negativas que explican: la preocupación por el autocontrol que presentan, que es la de un deseo de haber tenido mayor autocontrol de ellas mismas y la de una preocupación por perder el control de los sentimientos; la percepción del mundo que tienen, que es confusa; la autoestima que presentan, que es la de poseer muchas dudas acerca de ellas mismas (de lo que son, de sus capacidades y habilidades y de lo que quieren lograr) y la de considerarse una mala persona al igual que los demás; la

empatía social que tienen, que es la de considerar que la gente no las entiende y la de presentar dificultades para relacionarse afectivamente con las personas; el sentimiento de fracaso con las cosas que presentan, que es el considerar que las cosas y la gente le resultan mal; el pesimismo que tienen, que es encontrar que las cosas buenas duran poco, encontrarse a sí mismas esperando que pase lo peor y encontrar que el mundo y la gente en él son básicamente malas; la desconfianza que presentan, que es un sentimiento de desconfianza hacia la gente y la existencia en las láminas del test de situaciones que indican que existió, existe o existirá un consumo de drogas por los personajes de la lámina.

Si no existieran alteraciones, entonces se esperaría que el grupo de las adolescentes que no consumen drogas no hubiera obtenido puntuaciones en estas variables negativas o estas puntuaciones hubiesen sido muy bajas en comparación con las del grupo que consumen drogas; pero debido a que ambos grupos presentan características comunes tales como provenir de niveles socioeconómicos bajos, haber realizado actos delictivos, presentar alteraciones en su estructura familiar (familias con varios miembros que viven en situaciones de hacinamiento en donde la madre se encuentra sobreenvolucrada con muchos hijos y no puede atender adecuadamente a las demandas de estos), y presentar bajos niveles de escolaridad entre otros, se presentaron alteraciones en la confianza básica en ambos grupos.

En el estudio se planteó si existe relación entre el consumo de drogas y las alteraciones del sentimiento de confianza básica y se encontró que en tanto que en algunas unidades de análisis con respecto a las variables positivas que indican una postura más favorable a la confianza básica, si hubo diferencias entre estos 2 grupos:

Las adolescentes que consumen drogas en relación con aquellas que no consumen drogas perciben al mundo menos confuso, es decir, con mayor claridad. Por otra parte, las adolescentes que no consumen drogas en relación con aquellas que consumen drogas presentan una mejor empatía social, ya que consideran que la gente las entiende y las comprende y presentan menores dificultades para relacionarse afectivamente con las personas; presentan asimismo un mejor sentimiento de éxito con las cosas, es decir, consideran que las cosas y la gente les resultan bien y por último presentan sentimientos de confianza hacia la gente, o sea que confían en los demás. Estas diferencias permiten establecer que el no consumir drogas está en parte determinado por haber tenido un paso más exitoso por la primera etapa del desarrollo postulada por Erikson y el establecimiento de un mayor sentimiento de confianza básica en ellas que resulta en una mejor empatía con los demás, un sentimiento de éxito con las cosas y un sentimiento de confianza en los demás.

ALCANCES Y LIMITACIONES

5.3 ALCANCES Y LIMITACIONES

La confianza básica se estudió a través de un análisis de contenido. Cabe aclarar que la confianza básica se puede estudiar mediante otras técnicas y con otras poblaciones. Se abordó el estudio en 2 grupos de mujeres adolescentes que presentan conducta delictiva, uno que consume drogas y otro que no consume droga y aunque existieron diferencias entre las alteraciones en la confianza básica en los 2 grupos en el sentido de que el grupo que no consume drogas (grupo control) presentó menores alteraciones en la confianza básica que el grupo que consume drogas (grupo experimental) sin embargo, los dos grupos presentaron alteraciones en la confianza básica.

La investigación además se efectuó solo con mujeres pertenecientes a una Unidad de Atención y Tratamiento para Mujeres (población cerrada), lo cual tiene como limitante el hecho de que los resultados de la investigación sólo pueden ser generalizables a esta población de estudio. En estos términos, hace falta conocer y estudiar los aspectos de la confianza básica en otro tipo de muestras más grandes y efectuar comparaciones entre estos tipo de muestras. La confianza básica por consiguiente, se podría estudiar en hombres, en niños, en poblaciones de personas no recluidas, en poblaciones de farmacodependientes que presenten diversos grados de cronicidad de consumo y diversos niveles socioeconómicos y en poblaciones que

presenten otro tipo de alteraciones de personalidad y no solo conductas delictivas y farmacodependientes. Y compararlos con grupos "sanos".

Dentro de los alcances de la investigación se tiene que: a). la investigación dió la pauta para conocer los aspectos que están relacionados con la confianza básica y dió elementos para el estudio de las diversas etapas del desarrollo postuladas por Erikson, las cuales pueden ser estudiadas mediante el análisis de contenido o a través de otras técnicas, b). se estudió a la confianza básica a través de un instrumento proyectivo; sin embargo el tipo de análisis de contenido que se efectuó con diversas áreas que miden la confianza básica permite cuantificar y dar elementos estadísticos que ayudan a sustentar más directamente el fenómeno, c). la investigación dió la pauta para determinar la existencia de algunas áreas en la confianza básica que se encuentran más alteradas en las adolescentes que consumen drogas, lo cual permite ampliar el estudio a diversas alteraciones de la personalidad.

SUGERENCIAS

5.4 SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones se sugiere el estudio de la confianza básica en muestras más grandes de sujetos que presenten diversas alteraciones de la personalidad y efectuar comparaciones entre estos tipos de muestras. También se sugiere el estudio de la confianza básica en poblaciones de farmacodependientes que presenten diversos grados de cronicidad de consumo de drogas, en poblaciones abiertas, cerradas de hombres y mujeres y establecer comparaciones entre estos grupos.

Se sugiere el estudio de la confianza básica que permita observar más directamente el fenómeno con el fin de establecer estrategias de prevención y tratamiento relacionadas con las alteraciones en la confianza básica. Por último se sugiere el estudio de las diversas etapas del desarrollo postuladas por Erikson a través de la estandarización del Inventario de Estadios Psicosociales de Erikson o de otras técnicas tales como el análisis de contenido, en diversas muestras de personalidades alteradas y no alteradas.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brau, J.L. (1973). Historia de las drogas. México: Bruguera.
2. Id
3. Proverbios 27:9 Sagrada Biblia. Madrid España: Nacam Colenga, 1963.
4. Cohen, S. (1977). Inhalant abuse: An overview of the problem. Research Monograph Series, 15, p. 2.
5. Proverbios 27:9 Ibid.
6. Chaudron, D. (1977). Inhalant intoxicants: Historical, biological and social perspectives. Proceedings of a Seminal Held in Toronto Canadá.
7. Diario Oficial, 15-I-1981, pp. 22-24.
8. Cohen, S. (1976). Los disolventes volátiles. CEMEF INFORMA, IV (6), P. 24.
9. Uriarte, V. (1983). Psicofarmacología. México: Trillas.
10. Cueli, J. (1980) Dinámica del marginado 1. Teoría Psicosocial del marginado. México: Alhambra Mexicana.
11. Reilly, D.M. (1975). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. Family Therapy, 2, p. 160.
12. Reilly, D.M. (1975). Ibid, p. 151.
13. Reilly, D.M. (1975). Ibid, p. 154.

BIBLIOGRAFIA

1. Aicaraz, V.M., Diaz de León, y Martínez, S. (1983). La susceptibilidad del cerebro infantil a los efectos de la inhalación del thinner. Hallazgos electroencefalográficos. En Aicaraz, V.M., Colotla, V.A., y Laties, V.G. (eds). Drugs y conducta. Interacciones y aplicaciones. México: Trillas.
2. American Psychiatric Association (1983). DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.
3. Arlier-Soborg, P., Henriksen, L., Gade, A., Gyldensted, C., Paulson, U.B. (1982). Cerebral blood flow in chronic encephalopathy in house painters exposed to organic solvents. Acta Neurolol. Scandinava, 66, 34-41.
4. Babor, T.F., Mendelson, J.H., Uhly, B., Hushnie, J.C. (1978). Social effects of marijuana use in a recreational setting. The International Journal of the Addictions, 13, (6), 7-10.
5. Barnes, G.B. (1979). Solvent Abuse: a review: The International Journal of the Addictions, 14 (1), 1-26.
6. Belsasso, G. (1974). Drug Panorama in Mexico. Proceedings of the second International Film Festival on Culture and Psychiatry. San Antonio, Texas.
7. Bersson, B. Content analysis. In: Lindsey Handbook of Social Psychology. (20B 198).
8. BERRY, J., Heaton, R.K., y Kerby, M.W. (1977). Aspectos neuropsicológicos de los abusadores crónicos de inhalantes. En Contreras, C: Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. México: Trillas. pp. 262-292.
9. Beschner, G.M., Treasure, K.G. Female adolescent drug use. In: Beschner, G.M., y Friedman, A.S., eds. (1979). Youth drug abuse: Problems, issues and treatment. Lexington, Mass: Lexington Books, pp. 162-219.

10. Brau, J.L. (1973) Historia de las drogas. México: Bru-guera.
11. Brehm y Back citados en Gossop, M. (1976). Drug dependence and self-esteem. The International Journal of the Addictions, 11 (5), 741-753.
12. Castro, M.E. (1976). La familia del farmacodependiente. CEMEF Informa, IV (7), 1, 12-16.
13. Castro, M.E., García Zavala, G., Rojas, E., De la Serna, J. (1988). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. Salud Pública de México, 30 (2), 216-226.
14. Castro, M.E., y Maya, M.A. (1982). Respuestas de la población estudiantil a 3 escalas psicosociales. Comparación entre usuarios y no usuarios de drogas. Salud Mental, 5 (1), 94-100.
15. Castro, M.E., Maya, M.A., y Aguilar, M.A. (1982). Consumo de sustancias tóxicas y tabaco en la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Pública de México, XXIV, 566.
16. Castro, M.E., Maya, M.A., y Orozco, C. (1986). Normas y estructura factorial de 2 escalas: La Escala de Responsabilidad Intelectual Académica y la Escala de Necesidad de Aprobación Social. Salud Mental, 9 (3), 65-71.
17. Castro, M.E., Ortiz, A., Caudillo, C., y Chávez, A.M. (1985). Alteraciones cognitivas y problemática psicosocial asociadas con el consumo de drogas. Salud Mental, 8 (4), 74-80.
18. Castro, M.E., Rojas, E., García Zavala, G., De la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de drogas en una población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. Salud Mental, 9 (4), 80-85.
19. Castro, M.E. & Valencia, M. (1979). Estudio comparativo entre los consumidores y no consumidores de marihuana en 2 grupos de adolescentes escolares mexicanos. Cuadernos Científicos CEMESAM, 10, 207-220.

20. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. (1976). ¿Cómo identificar a las drogas y sus usuarios?. México: CEMEF.
21. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y Procuraduría General de la República. (1976). Fármacos de abuso: Prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones. México: CEMEF.
22. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental. (1979). La familia ante el problema de las drogas. México: CEMESAM.
23. Chaudon, D. (1977). Inhalant intoxicants: Historical, biological and social perspectives. Proceedings of a Seminar Held in Toronto, Canada.
24. Chávez de Sánchez, M.I., Solís de Fuentes, A.A., Pacheco, G., y Salinas del Valle, O. (1986). Drogas y pobreza: Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la ciudad de México. México: Trillas.
25. Chenoweth, M.B. (1977). Abuse of inhalation anesthetic drug. Research Monograph Series, 15.
26. Chevalli, A. (1974). Cuadros clínicos en farmacodependencia. Módulo de Ciencias Sociales Vol. 2. México: Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.
27. Cohen, S. (1976). Los disolventes volátiles. CEMEF Informa, IV (6), 1, 12-21.
28. Cohen, S. (1977). Inhalant abuse; An overview of the problem. Research Monograph Series, 15, 2-11.
29. Cohen, S. (1977). ¿Por qué los disolventes? En Contreras, C.: (ed). Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales (pp. 401-405). México: Trillas.

30. Conetantinople, A. (1973). An Eriksonian measure of personality development in college students. Developmental Psychology, 1, (4), 357-372.
31. Couri, D., Abdel-Rahman. (1977). Evaluación toxicológica de disolventes industriales inhalados intencionalmente. En Contreras, C.: Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. México: Trillas, pp. 50-60.
32. Cueli, J. (1980). Dinámica del marginado I. Teoría Psicosocial del marginado. México: Alhambra Mexicana.
33. Cueli, J. (1985). Psicocomunidad: Orígenes, evolución y perspectiva. Psicocomunidad: Un modelo de intervención comunitaria. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
34. Cueli, J. (1989). Psicoterapia Social. México: Trillas.
35. Cueli, J. (1978). Simbiología y Marginalidad. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 14, No. 2 (8), pp. 237-240.
36. De la Garza, F., Mendiola, I.R., y Rábago, S. (1980). Perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal. Salud Mental, 3 (4), 4-12.
37. De la Garza, F., Mendiola, I., y Rábago, S. (1988). Perfil del inhalador. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil (eds). Disolventes Inhalables, México: Centros de Integración Juvenil, pp. 149-179.
38. Di Palma, J.R. (1978). Farmacología Médica DRILL: México: La Prensa Médica Mexicana.
39. Erikson, E. (1980). Identidad, juventud y crisis. Madrid, España: Taurus ediciones.
40. Erikson, E. (1983). Infancia y sociedad. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

41. Fenichel, O. (1982). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
42. Ferraro, D.P. (1980). Acute effects of marijuana on human memory and cognition. Research Monograph Series, 31, 98-119.
43. Gary, R., y Brian, F.H. (1984). Gas sniffing as a form of substance abuse. Canadian Journal of Psychiatry, 29, 32.
44. Gorenc, K.D., Häfner, H., Kleff, F., y Welz, R. (1982). Clasificación del riesgo en el intento suicida. Salud Mental, 5 (3), 65-72.
45. Gossop, M. (1976). Drug dependence and self-esteem. The International Journal of the Addictions, 11 (5), 741-753.
46. Gossop, M.R., y Roy, A. (1976). Hostility in drug dependent individuals: Its relation to specific drugs and oral or intravenous use. British Journal of Psychiatry, 128, 188-193.
47. Griffenhagen, G.B. (1969). Brief history of drug abuse. USA: American Pharmaceutical Association.
48. Grinepoon, L. (1973). Reconsideración de la marihuana. México: Extemporáneos.
49. Harbin, H.T., y Maziar, H.M. (1975). The families of drug abusers: A literature review. Family Process, 14, 411-431.
50. Hernández-Serrano, R., et al. (1975). Drogas, delincuencia y psiquiatría forense. CEMEF Informa, III (7), 1, 12-18.
51. Huba, G.N., Wingard, J.A., y Bentler, P.M. (1979). Beginning adolescent drug use and peer and adult interaction patterns. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, (2), 265-276.

52. Jiménez-Navarro, R. (1978). Estado actual de las medidas de control sanitario en materia de fármacos de abuso. Cuadernos Científicos CEMESAM, 9.
53. Jones, R.T. (1980). Human effects: An overview. Research Monograph Series, 31, 54-80.
54. Jurich, A.P., y Polson, CH, J. (1984). Reasons for drug use: Comparisons of drug users and abusers. Psychological Reports, 55, 371-378.
55. Kaymaklan, S. (1979). Características farmacológicas de la dependencia de tipo cannabis. Cuadernos Científicos CEMESAM, 10, 57-83.
56. Kerlinger, F.N. (1975). Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología. México: Interamericana.
57. Khantzian, E.J. (1977). The ego, the self and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations. Psychodynamics of Drug Dependence. Research Monograph Series, 12, 101-117.
58. Khantzian, E.J., y Treese, C.J. (1977). Psychodynamics of Drug Dependence: An overview. Research Monograph Series, 12, 11-25.
59. Klagsbrun, M., y Davis, D.F. (1977). Substance abuse and family interaction. Family Process, 16, 149-173.
60. Knab, T. (1979). Uso ritual de la cannabis en México. Cuadernos Científicos CEMESAM, 10.
61. Kroman, M., Trimboli, F., y Semler, I. Estudio de la inhalación de disolventes en una sala de emergencia psiquiátrica. En Contreras.: Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. México: Trillas, 1977, pp. 212-234.
62. Krystal, H. (1977). Self and object-representation in alcoholism and other dependences: Implications for therapy. Psychodynamics of drug dependence. Research Monograph

Series, 12, 88-99.

63. Lolt, D., y Morrinson, F.J. (1979). The child. An introduction to developmental Psychology. California: Brooks/Cole Publishing.
64. Maier, H. (1984). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
65. Mae, C., y Ramirez, M.E. (1985). Consumo de alcohol y drogas en una población de estudiantes y no estudiantes. Salud Mental, 8 (4), 71-73.
66. Medina-Mora, M.E., y Castro, M.E. (1984). El uso de inhalantes en México. Salud Mental, 7, 13-18.
67. Medina-Mora, M.E., Ortiz, A., Caudillo, C. y López, S. (1982). Inhalación deliberada en un grupo de menores mexicanos. Salud Mental, 5(1), 77-81.
68. Medina-Mora, M.E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Otero, R., Rascón, M.L., Solache, G., Lazcano, F., Mariño, M.C., López, E., De la Garza, J., Rojas, E. (1989). Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales. Salud Mental, 12, (2), 7-11.
69. Murray, H.A. Test de Apercepción Temática. Manual para la Aplicación. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1984.
70. O'Brien, K., Josseau, O., Kalant, H., y Single, E.W. (1980). Cannabis: Efectos adversos sobre la salud. Salud Mental, 3 (4), 23-31.
71. Ortiz, A. (1986). Consumo de drogas y psicoterapia psicoanalítica. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicoterapia Psicoanalítica. México: Universidad Intercontinental.
72. Ortiz, A., y Caudillo, C. (1984). Alteraciones físicas y psicológicas asociadas a la inhalación de solventes industriales. Una revisión. Procedente del Seminario de la

División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales
del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 23 de julio.

73. Pérez-Reyes, M., Brine, L., Kenneth, D., y Wall, M.E. (1979). Farmacología clínica y metabolismo de los cannabinoides. Cuadernos Científicos CEMESAM, 10, 41-55.
74. Peterson, R.C. (1980). Marijuana and health: 1980. Research Monograph Series, 31, 1-43.
75. Pick, S., y López, A.L. (1984). ¿Cómo investigar en ciencias sociales? México: Trillas.
76. Prather, J.E., y Fidell, L.S. (1978). Drug use and abuse among women: An overview. The International Journal of the Addictions, 13 (6), 863-885.
77. Prockop, L.D. Daño al sistema nervioso secundario a la inhalación de disolventes industriales. En Contreras, C.: Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. México: Trillas, 1977, pp. 186-199.
78. Puente-Silva, F.G., Gómez-Mont, F.G. Souza, M., y Espel, M.A. (1979). La familia ante el problema de las drogas. México: Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental.
79. Reilly, D.M. (1975). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. Family Therapy, 2, 149-171.
80. Remington, G., y Hoffman, B.F. (1984). Gas sniffing as a form of substance abuse. Canadian Journal of Psychiatry, 29, 32.
81. Rico, P.G., Jiménez, R., y Luna, M.L. (1978). Efectos de la cannabis sativa sobre el aparato respiratorio. Cuadernos Científicos CEMESAM, 10, 117-126.
82. Riesberg, J., y Hagstadius, S. (1983). Effects on the regional cerebral blood flow of long-term exposure to organic solvents. Acta Psychiatrica Scandinava, 67 (303), 92-99.

83. Robins, L.M., y Smith, E.M. (1983). Longitudinal studies of alcohol and drug problems: Sex differences. Research Issues, 31, 163-165.
84. Rodríguez, R., y Nieto, J. (1978). Algunos efectos farmacológicos de las anfetaminas. Cuadernos Científicos CEMESAM, 6, 41-56.
85. Romero, J., Bonilla, M.P., Rodríguez, M., y Esqueda de Anda, P. (1987). Manual para la elaboración de tesis. 1ra. ed. Universidad Intercontinental, México.
86. Roenfeld, D. (1976). Clínica Psicoanalítica. Estudios sobre drogadicción, psicoanálisis y narcisismo. Buenos Aires, Argentina: Galerna.
87. Rosenthal, D.A., Gurrey, R.M., y Moore, S. (1981). From trust to intimacy: A new inventory for examining Erikson's stages of psychosocial development. Journal of Youth and Adolescence, 10 (6), 528-534.
88. Santock, J.W. (1970). Influence of onset and type of parental absence on the first four Eriksonian developmental crisis. Developmental Psychology, 3 (2), 273-274.
89. Saxon, S., Kuncel, E., y Kaufman, E. (1980). Self destructive behavior patterns in male and female drug abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 7, (1), 19-29.
90. Schmidt, G.L. (1975). A study of achievement motivation and frustration in glue sniffers. Drug Forum, 4 (4), 331-347.
91. Schuckit, M.A., y Morrissey, E.R. (1979). Drug abuse among alcoholic women. American Journal of Psychiatry, 136 (48), 607-611.
92. Schwartzman, J., Bokos, P.J., y Lipscomb, S. (1982). Westend a Methadone Clinic: Structural aspects of addictions. The International Journal of the Addictions, 17 (2), 271-281.

93. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), México, 1990.
94. Singer, A. (1974). Mothering practices and heroin addiction. American Journal of Nursing, 74 (1), 77-82.
95. Snyder, S.H. (1975). Uso de la marihuana. Buenos Aires, Argentina: Inter-Médica.
96. Stanton, M.D., et al. (1978). Heroin addictions as a family phenomenon: A new conceptual model. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 5 (2), 125-150.
97. Stephens, R.C., Diamond, S.C., Spielman, C.R., y Lipton, D.C. (1977). La inhalación desde Suffolk hasta Syracuse: reporte sobre la inhalación de disolventes por la juventud del estado de Nueva York. En Contreras, C. (ed). Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. México: Trillas.
98. Sutker, P.B., Archer, R.P., y Allain, A.N. (1980). Drug abuse patterns, personality characteristics and relationships with sex, race and sensation seeking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46 (6), 1374-1378.
99. Sutker, P.B., Archer, R.P., y Allain, A.N. (1980). Psychopathology of drug abusers: Sex and ethnic considerations. The International Journal of the Addictions, 15, (4), 605-613.
100. Torres-Ruiz, A. (1976). Manifestaciones clínicas en los usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables. CEMEF informa, IV (6), 1, 5-11.
101. Uriarte, V. (1983). Psicofarmacología. México: Trillas.
102. Valpey et al. (1984). Citado en Gary, R., y Brian, F.H. (1984). Gas sniffing as a form of substance abuse. Canadian Journal of Psychiatry, 29, 32.

103. Wathere, C., y Billingsley, D. (1982). Body image and sex role stereotype as a features of addiction in women. The International Journal of the Addictions, 17 (2), 343-347.
104. Wilde, C. (1974). Aerosol metallic paints: Deliberate inhalation. Proceeding of the 5th Simposium of the International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence. Copenhagen, Demark.
105. Woolfolk, A.E. (1990). Psicología Educativa. México: Prentice-Hall.
106. Zax, M., y Cowen, E.L. (1979). Psicopatología. México: Interamericana.

A N E X O 1

ANEXO 1:

DESCRIPCION DE LAS DROGAS QUE EJERCEN EFECTOS ESTIMULANTES Y DEPRESORES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

1. ESTIMULANTES

ANFETAMINAS

Estimulantes del Sistema Nervioso Central que forman parte de las aminas simpaticomiméticas. En cuanto a su descripción física, las anfetaminas son polvos blancos cristalinos que generalmente se venden en forma de cápsulas o tabletas o en forma de ampollitas para inyección en su forma soluble. Se han utilizado en el manejo de la obesidad (para inhibir el apetito), la depresión, la hiperactividad y en el manejo de la narcolepsia. En dosis moderadas producen aumento de la actividad espontánea, intranquilidad, temblor, hipertemia e insomnio. Con dosis elevadas se incrementa la magnitud de estos efectos y se presenta hiperactividad, irritabilidad, movimientos repetitivos, agitación, vértigo, debilidad y alteraciones profundas en el ciclo sueño-vigilia. En algunos sujetos pueden producir; confusión, conducta agresiva, aumento de la libido, ansiedad, delirio, alucinaciones, pánico y tendencias homicidas y suicidas (Rodríguez, Nieto, 1978; Centro de Estudios en Salud Mental, 1979).

COCAINA

Anestésico de tipo local con apariencia de polvo blanco, que a nivel sistémico estimula la corteza cerebral y crea un sentimiento de bienestar, cese de la fatiga y aumento de la capacidad de trabajo. Se obtiene de las hojas de coca (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y Procuraduría General de la República, 1976).

ALUCINOGENOS: MARIJUANA, LSD, MEZCALINA Y PSILOCIBINA

La marihuana es una droga de tipo alucinógeno, que se obtiene a partir de la planta del cáñamo. Su ingrediente activo es el Delta-9-tetrahidrocannabinol. Dentro de las alteraciones psíquicas más importantes que produce se encuentran, percepción delirante, de ligera a marcada disgregación del pensamiento, trastornos del yo, alteraciones en la percepción del tiempo. Su consumo en dosis elevadas puede producir alucinaciones (Uriarte, 1983).

El LSD es un alcaloide sintetizado a partir del ácido lisérgico, componente de algunos alcaloides del cornezuelo; hongo que crece en el centeno y el trigo. El ácido lisérgico se encuentra en menor proporción en determinadas variedades de la planta dondiego del día. El LSD es la sustancia conocida con mayores efectos alucinatorios.

La mezcalina es un alcaloide que se encuentra en el cactus del peyote. Dentro de sus principales efectos se encuentran: alucinaciones de tipo visual, estados de gran ansiedad (debido a

TRANQUILIZANTES

Son medicamentos atarácticos que combaten la excitación psíquica y motora, sin causar fatigabilidad ni disminución de la capacidad para el trabajo; solo si se prescriben dosis altas puede presentarse este último efecto (Di Palma, 1978).

MORFINA, HEROINA Y CODEINA

La morfina se obtiene a partir del opio que viene de las cápsulas de la semilla aun no madura de *Papaver Somniferum*. Sus efectos farmacológicos son extremadamente variados, actúa sobre muchos sistemas fisiológicos diferentes, algunas veces con efectos antagonistas en diferentes partes de un mismo sistema. Principalmente sus efectos son estimulantes y/o depresores en el Sistema Nervioso Central.

La heroína es un derivado semisintético de la morfina y la codeína es una sustancia sintética afin a esta. Tanto la heroína como la codeína tienen acciones farmacológicas similares a la morfina (Di Palma, 1978).

INHALANTES

Los inhalantes son una serie de productos utilizados en la industria, cuyo efecto principal es de tipo depresor del Sistema Nervioso Central (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

las experiencias de tipo psicótico que produce), temblores, hiperreflexia y otros fenómenos del Sistema Nervioso Central Simpático.

La psicilocibina es una droga que se produce sintéticamente de algunos hongos alucinógenos que se dan en México. Sus efectos son parecidos a los del LSD (Zax, Cowen, 1979; Uriarte, 1983).

D E P R E S O R E S

ALCOHOL

El alcohol etílico en todas las bebidas alcohólicas, resulta de la fermentación del azúcar por levadura. Su principal acción es producir un efecto depresor sobre el Sistema Nervioso Central, que se caracteriza primordialmente por alteraciones de la visión, incoordinación muscular, prolongación del tiempo de respuesta, euforia y liberación de las inhibiciones (Di Palma, 1978).

BARBITURICOS

Son medicamentos capaces de producir laxitud adecuada y sueño. Su finalidad es disminuir la excitación y la ansiedad. Dependiendo de su dosificación pueden producir: sueño (en dosis moderadas), anestesia (en dosis más fuertes), hasta paro respiratoria (producto de la administración de dosis letales) (Di Palma, 1978).

A N E X O 2

ANEXO 2:

EFFECTOS EN EL ORGANISMO PRODUCIDOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS INHALANTES Y MARIJUANA.

SISTEMA RESPIRATORIO

Sustancias Inhalantes

Depresión sobre los centros respiratorios, la cual puede llevar en casos extremos o de una intensa exposición a la sustancia a un síndrome de muerte repentina (Di Palma, 1978; Remington, 1984).

Irritación pulmonar caracterizada por una congestión de los capilares alveolares y por incrementos en la tasa respiratoria, así como por decrementos en el volumen respiratorio en los casos de intoxicación moderada (Ortiz, 1984).

Efectos de broncodilatación y en algunos casos de broncoespasmo (Di Palma, 1978).

Marijuana

En dosis bajas, efectos de estimulación al centro respiratorio y en dosis altas efectos depresores (Rico, Jiménez, Luna, 1978).

Daños en los mecanismos de defensa del pulmón y cambios celulares en el tejido pulmonar de tipo precanceroso (Jones, 1980).

Laringitis

Rinitis

Faringitis

Asepsia

Tos

Ronquera

Garganta seca (O'Brien, 1980; Peterson, 1980).

BISTEMA CARDIOVASCULAR

Substancias Inhalantes

Efectos de tipo depresor sobre el miocardio, lo cual da origen a una disminución de su contractibilidad y del gasto cardiaco.

Arritmias cardiacas (Di Palma, 1978; Ortíz, 1984; Remington, 1984; Medina-Mora, 1984).

Mariguana

Los estudios en relacion con cambios en la presión sanguínea permanecen inconclusos ya que algunos reportan aumentos, otros decrementos y otros consideran que no existen cambios en la presión sanguínea (Jones, 1980; Peterson, 1980). Sin embargo O'Brien et al. 1980 considera que el consumo a largo plazo de mariguana produce tolerancia al aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial y aumento en el volumen de la sangre (O'Brien, 1980)

SISTEMA INMUNOLOGICO

Sustancias Inhalantes

Las sustancias inhalantes producen cambios cromosómicos en donde los cromosomas más frecuentemente modificados son los del grupo G (Ortiz, 1984).

Marijuana

Diversos estudios consideran que el consumo excesivo de marijuana puede interferir en la función del linfocito T, uno de los componentes principales del Sistema Inmunológico, el cual desempeña una función de defensa contra diversos virus y el cáncer (O'Brien, 1980; Peterson, 1980).

SISTEMA REPRODUCTOR

Sustancias Inhalantes

Mariguana

Decrementos en el peso de los órganos de la reproducción tales como testículos y ovarios.

Alteraciones en los niveles hormonales relacionados con la reproducción y la lactancia.

Alteraciones en la fertilidad debido a que los ingredientes activos de la mariguana atraviesan la barrera placentaria, alcanzando al feto durante el desarrollo uterino y almacenándose en el tejido graso (incluyendo al cerebro)

Peterson, 1980).

HIGADO Y RIRON

Sustancias Inhalantes

Necrosis hepática que puede derivar en graves lesiones hepáticas.

Nefropatías y lesiones renales agudas (Di Palma, 1978; O'Brien, 1980).

Marijuana

MISCELANEA

Sustancias Inhalantes

A nivel de la médula espinal las sustancias inhalantes producen esclerosis en vasos finos y falta de trama de fibras conectivas reticulares en largos trechos y alteraciones neuronales.

Trastornos en el sueño

Fatiga

Pérdida de apetito y sed persistente.

Halitosis

Irritación en la piel

(Ortiz, 1984; Ortiz, 1986).

Marijuana

Molestias gastrointestinales.

Disminución de la secreción de jugos gástricos.

Pérdida de peso

Diversas reacciones de tipo alérgico (O'Brien, 1980).