



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE RASGOS DE LA
PERSONALIDAD ENTRE DOS GRUPOS: UNO
DE USUARIOS CRONICOS DE INHALABLES Y
OTRO DE NO USUARIOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

OLAVARRIA VEGA MARCO ANTONIO
SOSA SERRANO EDUARDO RAUL

M0031441

MEXICO, D. F.

1987.



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGIA.

DRA. EMMA ESPEJEL ACO
ASESORA DE TESIS

M-0031441

MEXICO, D.F.

1987

I. Ps. 4278

A MIS PADRES:

MANUEL SOSA ROLDAN

MARIA DEL PILAR SERRANO CORDERO

A MIS HERMANOS:

MANUEL, RAMON, IGNACIO, JORGE,

ALEJANDRO, ELSA, BLANCA, EDGAR

Y PAOLA.

A TODOS ELLOS POR SU PACIENCIA Y COMPRESION.

RAUL SOSA.

Agradezco al Dr. Ramón De la Fuente, director del Instituto Mexicano de Psiquiatría, así como a la Mtra. María Elena Medina-Mora, Jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, el permitirme participar en proyectos de investigación con jóvenes inhaladores, de cuya inquietud nace el presente estudio.

Así mismo, quiero agradecer a la Mtra. María Elena Castro y al Dr. Arturo Ortiz, el permitirme colaborar en sus estudios con población farmacodependiente.

RAUL SOSA

A MI MADRE:

CONSUELO VEGA FLORES

A MIS HERMANOS:

YOLANDA, MIGUEL, JAVIER, TERESA,
PATRICIA, HORACIO Y JUDITH.

A TODOS ELLOS PORQUE SIN SU APOYO NI SUS
CRITICAS HUBIERA PODIDO REALIZARME COMO SER
HUMANO.

MARCO ANTONIO.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dra. EMMA ESPEJEL ACO por la dirección de la presente tesis y por su inestimable ayuda.

Se agradece también a las autoridades del Consejo Tutelar para Menores Infractores las facilidades prestadas para la realización del estudio. Al Dr. Raúl Román Varela Hernández, Director Técnico, y al Dr. Juan José Sánchez Báez, por su interés y apoyo.

Al Ingeniero José Cortés por su apoyo en el procesamiento de los datos y asesoría estadística.

A Jorge Claro, por su colaboración en el diseño fotográfico, y finalmente a la secretaria Elsa Reyes por su labor mecanográfica.

M.A.O.V.

E.R.S.S.

"Bajate del avión FZ-10
nunca jamás su vuelo podrás alcanzar
quizás tu mente volará
pero el cerebro se te pegará
bajate del avión FZ-10
esa nave nunca va a despegar".

THREE SOULS IN MY MIND.

"-¿Sobre el chemo?

-Ese es otro aire sobre el mismo pedo, aquí el chemo circula y se consume un chingo -- porque es de las drogas más baratas. Es la única manera en como los jóvenes ven llegar la riqueza petrolera de éste maravilloso país. El petróleo sirve para todo, hasta para poner hasta la madre al chavo de -- por acá. El petróleo así llega, en forma de chemo".

(La Banda, el Consejo y Otros Panchos.

Fabrizio León)

Vinieras y te fueras dulcemente,
de otro camino
a otro camino. Verte,
y ya otra vez no verte.
Pasar por un puente a otro puente.
-El pie breve,
la luz vencida alegre-.

Muchacho que sería yo mirando
aguas bajo la corriente,
y en el espejo tu pasaje
fluir, desvanecerse.

("Adolescencia", Vicente Aleixandre)

En mí tu pensamiento se maldice
tu pureza se vierte conmovida
a la violenta maldición que anega
sin otra salvación que mi pecado.
Te siento fiel a mí, hundido en mi albedrío,
tan semejante imagen de mi rostro
que en mí te niegas, tú, pues yo no existo.

("Narciso herido", Alf Chumacero)

Si no son los pájaros
cubiertos de cenizas,
sí no son los gemidos que golpean las ventanas de la boda,
serán las delicadas criaturas del aire
que manan la sangre nueva por la oscuridad inextinguible.
Pero no, no son los pájaros,
porque los pájaros están a punto de ser bueyes;
pueden ser rocas blancas con la ayuda de la luna
y son siempre muchachos heridos
antes de que los jueces levanten la tela.

("Panorama ciego de Nueva York",
Federico García Lorca)

Cuando la sed se haya quemado
en mi garganta,
cuando no tenga paz ni amor,
cuando todo sea voces y no llantos,
una pequeña sombra habrá a mi lado.
No la rosa del ansia ni el clavel de miseria,
sino la joven luz del alba,
la joven voz del alba mía.

("Las voces prohibidas",
Efraín Huerta)

I N D I C E

INDICE.....	8
INTRODUCCION.....	10
I. MARCO TEORICO	
A) Antecedentes históricos en el mundo.....	12
B) Antecedentes históricos en:	
a) México prehispánico.....	16
b) México contemporáneo....	19
C) Clasificación de los inhalables.....	35
D) Formas de uso.....	41
E) Efectos a corto plazo.....	42
F) Tolerancia y dependencia.....	44
G) Efectos a largo plazo.....	46
→ II. EL ADOLESCENTE	
A) La personalidad del adolescente.....	54
B) Funcionamiento grupal.....	63
C) El usuario y su familia.....	75
III. LA INVESTIGACION	
A) Problema.....	85
B) Objetivos.....	86
C) Hipótesis y Variables.....	87
D) Diseño.....	90
E) Muestreo.....	90
F) Instrumentos.....	92

G) Procedimiento.....	96
IV. RESULTADOS	
A) Procedimiento estadístico.....	99
B) Discusión y conclusiones.....	109
ANEXO.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	120

INTRODUCCION

La inhalación voluntaria de solventes industriales es ya considerado como un problema de Salud Pública en nuestro país. La población mayormente afectada son niños y adolescentes de estratos bajos y actualmente, según las investigaciones más recientes, incluyen los estratos medios.

La mayoría de los estudios hasta hoy realizados han preferido ubicarse desde la droga para así estudiar sus efectos a nivel orgánico, sin considerar toda la dinámica psicosocial que gira en torno al consumidor de sustancias inhalables. Mucha de esta información se encuentra dispersa y no existe actualmente una visión generalizada del fenómeno.

El presente estudio, sin ser ambicioso, procura llenar dos huecos dejados por la investigación: por un lado, dar un contexto histórico-social sobre el consumo de sustancias inhalables y por otro, indagar sobre el funcionamiento individual de estos consumidores para su exploración clínica.

El capítulo I contiene los antecedentes históricos tanto en el mundo como en México sobre el consumo de solventes; describe, según las investigaciones, la clasificación de los - - inhalables, su forma de uso, efectos a corto y largo plazo, - así como su grado de dependencia. El capítulo II ubica a la personalidad adolescente como la más vulnerable a consumir - éste tipo de drogas, contextualizada por el marco grupal, sobre todo el de las bandas juveniles, y su ambiente familiar.

Los capítulos III y IV describen la investigación realizada a través de un estudio comparativo entre usuarios y no usuarios de solventes industriales utilizando el psicodiagnóstico de Rorschach.

Se espera que éste tipo de trabajos sean un aliciente - para la investigación en farmacodependencia.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES HISTORICOS EN EL MUNDO

En la mente del hombre primitivo, ante la imposibilidad de explicar por causas naturales la enfermedad o la muerte, debió surgir la idea de factores sobrenaturales o mágicos. La ingestión casual en un principio de plantas psicoactivas, seguramente contribuyó a crear un mundo fantástico y en ocasiones alucinante que permitió dar forma y realidad espiritual a esa vaga, ambigua y mágica idea de la enfermedad de acuerdo al contexto de cada grupo cultural. Muchos otros fenómenos debieron pertenecer a la interpretación mágica o sobrenatural y así debió ir surgiendo y magnificándose ése mundo animista que en una u otra forma se manifiesta aún en nuestro folklore y cultura actual.

De manera empírica surge otro conocimiento: el de las propiedades curativas de ciertas plantas. Pero la medicina herbolaria tampoco se libró de la influencia del pensamiento mágico (Naranjo, 1975). "Algunas plantas comenzaron a utilizarse como medicamentos simplemente por la magia de su forma o de su color. Si se parecía al riñón, se la utilizó para las afecciones renales, y si al hígado, para las afecciones hepáticas". (pág. 14).

Por fin, cuando el hombre primitivo logró en ciertos ca-

sos vincular causas y consecuencia, nació el concepto de enfermedad natural, mismo que iría ganando terreno a lo largo de los milenios.

En gran medida la esfera mágica se ha ido perdiendo, se ha traducido en derivaciones del folklore y/o cultura y la acción de introducir sustancias al cuerpo, independientemente de sufrir algún padecimiento.

Dentro de estos caben destacarse los gases y las sustancias volátiles, fenómeno generalmente considerado como de la época contemporánea. Sin embargo los reportes de dicha conducta datan desde los principios de la civilización occidental.

Los griegos inhalaban gases con propósitos religiosos - (Brecher, 1972). Se comenta que la sacerdotiza en el Oráculo de Delfos se sentaba en un trono tripie sobre una fisura formada en la roca del pino del templo de la cual emanaba bióxido de carbono.

En el capítulo dedicado al oráculo, Kraus (1966) nos habla de cómo los sacerdotes buscaban, con propósitos religiosos, alterar los estados de conciencia para poder descifrar los designios divinos que manifestaba la síbila en sus balbuceos:

"La síbila balbuceaba. No eran palabras articuladas las exclamaciones que salían de su boca; eran sonidos primitivos, ruidos animales. Roncos murmullos, tartamudeos y gruñidos se fundieron al fin en estridentes gritos. Cuando sus pulmones se que dieron completamente agotados, la síbila dejó caer su cabeza hacia adelante. Estaba envuelta en los vapores estupefacientes que salían de una hendidura del suelo. Cualquier otro mortal hubiera sido ahogado por estos vapores, pero la pitonisa, el -

heraldo de las sabias ordenes de Apolo, inhalaba de ellos nuevas fuerzas. Se levantó de su asiento de tres pies, era una figura enjuta, tan completamente cubierta por sus hábitos blancos que solo dejaban ver su roja boca contraída y fantasmal. Al peregrino arrodillado ante ella, le pareció que se hacía cada vez más alto. En poco tiempo llegaría al Olimpo. ¿Tocaban aún sus pies la tierra? Su cabeza llegaba ya al techo abovedado. ¿Era maravilla o ilusión? No se podía saber".

Por otro lado, una cita bíblica también nos habla de esta practica de la inhalación: "Aceites y perfumes alegran el corazón" (Proverbio 27:9).

Más recientemente, Cristóbal Colón durante uno de sus viajes presenció el uso inhalado de hierbas que eran quemadas en un ritual religioso. Las emanaciones de las hierbas eran inhaladas por los participantes mediante unas varas huecas, en forma de "Y", que dirigían el humo a las fosas nasales. Parece ser que esta primitiva pipa concentraba el humo y así mismo intensificaba la intoxicación que producía (Ortíz, 1985).

El uso de sustancias inhalables parece tener un comienzo en los fines del siglo XVIII con el descubrimiento del óxido nítrico por Priestly (Cohen & Dripps, 1970).

Davey anunció su uso médico como anestésico en 1799. El uso del óxido nítrico y sus propiedades se conocieron e hicieron populares entre los estudiantes de medicina a mediados del siglo XIX (Nagle, 1968). Un joven estudiante comenzó a interesarse por las propiedades de la sustancia y recorrió una gran zona de su país dando demostraciones de su uso y efecto.

Su poster en Hartfor, Connecticut en 1844 es ahora famoso:

"Una gran exhibición de los efectos producidos por la inhalación de óxido nitroso o gas hilarante, o gas de la risa será dado esta tarde 10 de diciembre de 1844. Cuarenta galones de gas serán preparados y administrados a todos aquellos de la audiencia que así lo deseen. Doce jóvenes han querido voluntariamente inhalar el gas para comenzar la exhibición. Ocho hombres fornidos estarán empleados para ocupar los asientos de enfrente y proteger a aquellos que estén bajo la influencia del gas de dañarse así mismos o a otros. Esto se hace para que esté seguro de que no hay ningún peligro en la demostración. Probablemente ninguno tratará de pelear. El efecto del gas es que hace a aquellos que lo inhalen ya sea reír, cantar, bailar, hablar o pelear y así por el estilo de acuerdo a sus rasgos de carácter dominante. Parece mantener la conciencia de tal modo que no harían o dirían algo de lo que luego tuvieran que disculparse.

NOTA: El gas será administrado solamente a los caballeros de primera respetabilidad. El objeto es hacer de la exhibición en todos aspectos, una fiesta agradable".
(Chaudrón, 1977. p. 36).

No es difícil pensar que el estudiante sabía de antemano que podía suceder cualquier cosa y que el gas podría producir el rompimiento de límites en los que lo inhalaran.

Aún así, después de éste suceso vino el redescubrimiento de las propiedades anestésicas del NO_2 y se hicieron intentos ulteriores para incluirlo en la práctica médica.

El éter y el cloroformo fueron introducidos en la medicina a mediados del siglo XIX, y ya a fines de éste siglo el uso del éter se extendió en Irlanda como un sustituto de droga y en respuesta a la prohibición del consumo de alcohol por el movimiento de los Cuáqueros en éste país.

No es sino después de la Segunda Guerra y más específica-

mente en la década de los 50's (Márquez, 1979) que el consumo de inhalables comienza a hacerse más extensivo, junto con el desarrollo y crecimiento industrial de las grandes urbes. Su uso fue reportado en el Oeste de los EEUU y no es sino hasta 1969 que el término "glue sniffing" aparece bajo su propio encabezado en Index Medicus, después de haberse observado una epidemia de inhalación de solventes en California.

Debe observarse que la literatura sobre la inhalación de solventes es reciente pero que su uso viene desde la antigüedad y no es sino hasta que se lanzan productos comerciales con activos intoxicantes como el problema comienza a tomar proporciones epidémicas.

B. ANTECEDENTES HISTORICOS EN MEXICO

a). MEXICO ANTIGUO

Fue el pensamiento mágico en América, una de las características esenciales de sus pueblos, así como lo había sido para otros pueblos antiguos. En América, el pensamiento mágico se plasmaba tomando diferentes formas de expresión, ya sea creando figuras idealizadas a las cuales adjudicarles poderes curativos, adivinatorios o premonitorios y alrededor de los cuales se originaban ceremonias, mitos y ritos, para llenar los vacíos de comprensión acerca de lo observado por el hombre americano. Sus civilizaciones poseyeron una refinada cultura, amén de la lucha constante por la hegemonía territorial y el

poder político, aspectos en los cuales están incluidos los ritos y las costumbres. Particularmente en Mesoamérica, florecieron dos grandes culturas que si bien se diversificaron en diferentes civilizaciones, su influencia en el México actual es determinante. Tanto en la cultura Maya como en la Náhuatl se perpetuaron costumbres sumamente antiquísimas provenientes de los primeros fundadores y transmitida de generación en generación fundamentalmente en forma oral. De la infinita variedad de costumbres, importa destacar las relacionadas con la conducta inhalatoria. Fray Bernardino de Sahagún, en su famosísima "Historia General de las cosas de la Nueva España" (1982), menciona que los convidados se reunían en la casa del anfitrión "..., ponían luego cañas de humo con sus platos delante de cada uno de los convidados; luego dábanles flores en las manos, y ponían guirnarlas en las cabezas y echábaseles sartales de flores al cuello; y luego todos los convidados comenzaban a chupar el humo de las cañas, y a oler las flores". (p. 251).

No sólo en los asuntos religiosos se encontraba presente la inhalación deliberada de sustancias tóxicas. En la medicina náhuatl muchos de los remedios con fines curativos eran administrados por medio de la inhalación. Para la migraña, se recomendaba oler la hierba llamada "ecuxo" y en dado caso que persistiera el dolor, entonces deberían administrarse los polvos extraídos de la hierba llamada "zozoyátic". Sin embargo, también existía la costumbre de oler los polvos de la hierba

"tlápatl" la cual producía anorexia, embriaguez y estados psicóticos "perpetuamente", como enfatiza Sahagún. Aún así, una conducta inhalatoria con carga psicológica de las mencionadas anteriormente es la que se realizaba chupando los cañutos.

El proceso para obtener un cañuto, se iniciaba cortando y desnudando a la caña de las hojas. Después con carbón molido y mojado en agua se embarraba el cañuto para posteriormente pintarlo y decorarlo. En cuanto a la sustancia en combustión se utilizaban hierbas olorosas molidas y mezcladas unas con otras, especies aromáticas tales como "poyomatli" y "chapopotli", éste último, un betún con el que mezclaba la masa o la resina olorosa que se introducía en los cañutos y daba un buen olor. Pero de entre todas las hierbas olorosas que se conocían en el mundo náhuatl, era el tabaco el más apreciado por su uso en la medicina y las costumbres. Soustelle (1983) dice que para diagnosticar y proporcionar tratamiento, los médicos nahuas recurrían a la ingestión ceremonial de sustancias alucinógenas y como ritual quemaban incienso o frotaban con tabaco, planta a la cual se consideraba como un ser vivo merecedor de plegarias en su honor.

Al igual que entre los nahuas, en el pueblo maya el tabaco gozó de considerable aprecio principalmente en las ceremonias religiosas y por sus virtudes medicinales. Entre otras cosas, era utilizado para rellenar cañas y quemar la aromática hoja. Era tan antigua la costumbre de inhalar tabaco que hasta

en el Popol Vuh se mencionan los cigarros:

"Los dos protagonistas, aparte de las pruebas que - deben sufrir, tienen que pasar una noche en la cueva de las tinieblas y tener sus cigarros y antorchas de pino encendidas toda la noche. Los jóvenes apagan sus cigarros y les ponen luciérnagas en la punta para engañar a sus enemigos los moradores del infierno y hacerles creer que todavía están encendidos". (Thompson, 1982. p. 142).

Pero el servidor de tabaco es quien ha de haber resentido mucho la costumbre de la aspiración, pues estaba destinado a morir para acompañar a su amo en el otro mundo.

Debe destacarse que tanto en la civilización náhuatl como en la maya, era conocida la toxicidad del tabaco consumido de manera inhalatoria facilitando incluso estados hipnoides. Por tanto, el tabaco se consideraba una droga más al igual que el "peyotl" y el "ololiuhqui".

b). MEXICO CONTEMPORANEO

Una de las mejores revisiones acerca de los estudios realizados en México sobre el consumo de drogas es la que llevó a cabo el entonces director del Centro Mexicano de Estudios en - Prevención de Abuso de Drogas, Dr. Guido Belsasso.

En el Congreso sobre "Psiquiatría y Cultura" llevado a - cabo en San Antonio, Tèxas, en 1974, reporta todo un antecedente histórico de las drogas en México, considerando a los inhables como una droga secundaria.

Es interesante plantear algunos de sus descubrimientos por que así podremos ubicar a los solventes dentro de la panorámica

general de nuestro país y algunos fenómenos o circunstancias so
ciales que se asocian a su aparición.

Reporta que la historia de las drogas en México proviene de varias fuentes: plantas medicinales indias, incluyendo algunas plantas fantásticas, las prácticas mágico religiosas que se llevaban a cabo en ritos ceremoniales y crónicas antiguas y por último investigaciones llevadas a cabo con dichas plantas. Esto es, la recolección de la información se hace a través de la botánica, la farmacología, la antropología y la psiquiatría experimental.

Belsasso (1975) nos aclara que en el libro XI, capítulo VII, primer párrafo, Sahagún se refiere a "ciertas hierbas que emborrachan" y aunque hasta el párrafo 5 describe las "hierbas medicinales", no deja de mencionar que las "hierbas que emborrachan" tienen también propiedades medicinales; entre los usos a los que se refiere señala al ololiuhqui, al tlapatl o toloache, y a los "honguillos" o teonanacatl para la gota; dice que los últimos también se usan para las "calenturas" y como afrodisiacos. El peyotl se usaba para producir anorexia y resisten
cia a la fatiga.

Varios investigadores confirman el uso de hongos en algunas regiones del sur de México (Witlaner, Johnson, Reko y --
Shultz, 1936-1938), e incluso llevan el hongo teonanacatl a --
Estocolmo sin llegar a aislar el principio activo. En ese mis
mo año, Johnson asistió a una ceremonia de hongos y publica --

sus experiencias en un trabajo titulado "Elementos de Brujería Mazateca".

En 1955 Wasson participa en una ceremonia en la que se daba culto a los hongos en Huautla de Jiménez, Oaxaca, y él mismo compartió de ellos. El resultado de esta participación e investigación fue publicada en un trabajo de 2 volúmenes titulado "Hongos, Rusia e Historia", Phanteon Book New York, 1957. Un año antes, 1956, Wasson invita al director del museo de Historia Natural de París, Dr. Heim, para realizar una expedición. El viaje culmina con la identificación botánica de los hongos alucinógenos y la publicación de una monografía conjunta: "Les Champignons Halucinogens du Mexique".

Es por estas fechas que Hoffman logra aislar el ejercicio activo en la forma pura de cristales incoloros e identifica 2 alcaloides a los que les dió el nombre de "Psilocibina" y - - "Psilocina". Esta última ha sido utilizada en diferentes investigaciones para producir psicosis experimentales y como auxiliar en la psicoterapia.

La popularidad del L.S.D. como medio para obtener experiencias místicas y el aún más conocido uso de hongos alucinógenos con propósitos similares, ha reavivado el interés en las prácticas primitivas que durante cientos de años han sido celebradas en nuestro país con fines médicos y de adivinación. En este sentido, el peyote y los hongos se volvieron objeto de investigación y todavía aún han atraído la atención popular.

Pero hay en México toda una variedad de plantas que poseen propiedades alucinógenas que producen efectos psicotrópicos o psicodislépticos: anahuasca, camotillo, chicolote, cambrillo, cimatl, mariguana, mixitil, simicuche, toloache y maguey, una planta cuya historia es rica en aluciones culturales y mitológicas.

En lo que se refiere a la mariguana México fue uno de los primeros países identificados como primer productor mundial, sin embargo su historia en nuestro país tiene un capítulo breve e impreciso.

Fue introducida, al parecer, por los negros en el siglo XVIII (Ortíz, 1985) o tal vez fue traída a mediados del siglo pasado por las embarcaciones que provenían de las Filipinas. Su origen parece ser africano con posible escala en Filipinas.

En 1937, Jorge Segura Millán escribe su tesis acerca de la mariguana y en 1940 el Dr. Leopoldo Salazar escribe su - - artículo: "Situación actual de los estudios médicos sobre mariguana", publicado en la Gaceta Médica de México, Vol. LXX, México, 1940. En estos solo se describen usos y efectos clínicos de la droga.

Pero no es sino con la terminación de la segunda guerra y con el desarrollo industrial y demográfico de nuestro país, junto con la aparición de los derivados del petróleo como comienza a identificarse el consumo de inhalables en México.

De esta década, 1950-1960, no se tiene ningún dato de re-

levancia que nos pueda orientar en los pormenores que sucedieron en ese entonces. Como es costumbre, la investigación descubre el fenómeno cuando éste ha comenzado a tomar dimensiones epidémicas.

En la década de los 60's pocos son los estudios llevados en México sobre drogas en general y menos aún sobre consumo de inhalables.

De drogas en general en el área de la investigación clínica se han llevado a cabo básicamente psicosis experimentales con psilocibina en hospitales públicos y privados. Reporta Belsasso el uso del ácido licérgico en psicoterapia.

En el área de la investigación epidemiológica se han llevado a cabo estudios en grupos pequeños, algunos estudiantes, trabajadores o en población general. Los resultados no son comparables, pero coinciden en que el aumento en el consumo de drogas se eleva a partir de 1968.

En el área de la farmacología experimental las investigaciones se abocan sobre los desórdenes de conducta producidos por la administración crónica de anfetaminas.

A partir de 1972 con la creación del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), las investigaciones comienzan a tener un mayor interés. Una de las funciones llevadas a cabo por este centro fueron la estimulación, promoción y coordinación de las actividades de la investigación científica en el campo de la farmacodependencia. Por estas fechas es

cuando México comienza y lleva a cabo una serie de programas multidisciplinarios en instituciones nacionales bajo el patrocinio del CEMEF.

Procurando responder a las necesidades surgidas por la problemática nacional y poder establecer programas adecuados de prevención, tratamiento y rehabilitación, el CEMEF ve la necesidad de establecer una unidad o departamento de investigaciones sociales, donde los especialistas de los diferentes campos proporcionen las bases de tan compleja tarea.

Más específicamente, se dividieron los estudios en tres grandes rubros:

- 1). El programa nacional de Epidemiología, cuyo objetivo general es evaluar la magnitud del problema respecto a la incidencia y prevalencia del uso y abuso del alcohol y las drogas.
- 2). El análisis de grupos sociales tales como la familia y la sociedad, el cual permitiría un entendimiento de factores que promueven y mantienen el sistema de la farmacodependencia, la motivación y actitudes acerca del uso de las drogas.
- 3). Estudios de personalidad que traten acerca de la predisposición de la persona a el uso y abuso de las diferentes drogas.

Es precisamente el punto 1 el más desarrollado desde la creación del CEMEF y hasta hoy en el Instituto Mexicano de Psi

quiatria.

El punto 2 se ha realizado a través, sobre todo, de estudios en poblaciones estáticas (escuelas, cárceles y hospitales) en menoscabo de los estudios de campo, que aparecen más tarde (Ortiz, Caudillo, 1982-1986).

En lo que se refiere al punto 3, que es el menos desarrollado, estos estudios se han llevado a cabo, solo en sujetos usuarios de drogas como la marihuana, alcohol, tabaco y otras. Sin embargo, no son estudios concluyentes.

En la década de los 70's pocos son los estudios realizados sobre sustancias inhalables, que más bien eran consideradas como secundarias en los estudios generales sobre drogas.

A continuación resumimos lo más importante de este periodo:

Chávez y cols., 1974, realizaron un primer estudio en una comunidad sub-urbana al sur de la Cd. de México donde encuentran que la interacción del adolescente y su medio ambiente es la que determina la presencia del uso de drogas en su conducta.

En 1975 encontramos una recopilación de estudios hechos en nuestro país y dedicados exclusivamente a las sustancias inhalables (CEMEF 2, 1975). Aquí podemos observar como el interés de los científicos está ubicado en la droga y sus posibles efectos, en menoscabo por la personalidad del inhalador.

Gutiérrez (1975), hace un análisis minucioso de los componentes de los solventes utilizados en lacas, pinturas, barni

ces y tintas de impresión, así como los empleados en los adhesivos. Describe además algunas de las propiedades de los mismos, tales como: velocidad de evaporación, poder solvente, grado de viscosidad, grado de dilución, intervalo de destilación y punto de inflamación.

Guzmán (1975), realiza el estudio de la neurobiología del tiner y las alteraciones producidas a largo plazo. Más adelante detallaremos las alteraciones específicas.

Salinas y cols. (1975), en una correlación entre dos estudios epidemiológicos, concluye que predomina el consumo de mariguana e inhalables, en donde el 41% de los ingresos del entonces tribunal para menores (1972) usaba solventes.

Torres (1975), describe los signos y síntomas más frecuentes en la intoxicación aguda por volátiles inhalables: lenguaje incoherente, desorientación, excitación inicial, dificultades para la concentración, percepción y juicio, conducta errática, zumbido de oídos, estupor posterior a la excitación, midriasis y algunos otros.

Más o menos en este orden de ideas Pérez (1975), encuentra que el consumo de inhalables se asocia con: conflictos neuróticos, depresión endógena o reactiva, deficiencia en el rendimiento escolar, problemas familiares e inadaptación social.

En un estudio naturalístico llevado a cabo en Cuernavaca (Zermeño, et. al. 1976), encontró en un grupo de niños y preadolescentes consumo de sustancias inhalables, aunque los pre

adolescentes agregaban la marihuana. Las características de éstos sujetos eran la baja escolaridad y el subempleo.

Leal y cols. (1977), encontraron en su estudio que los jóvenes utilizaban tolueno principalmente y que además controlaban esta droga estableciendo liderazgos, lo que les permitía facilitarla a grupos de adolescentes y niños.

En otro estudio epidemiológico (Natera, 1979) realizado en 27 centros de tratamiento de la República Mexicana, se encontró que la mayor parte de los pacientes acudió a tratamiento por consumo de drogas no médicas en el periodo de 1970-1976, guardando una proporción de 3 a 1, incluyendo a la marihuana en primer lugar y a los inhalables en segundo.

Resultados similares encuentran Castro y Valencia en 1978 en una muestra estudiantil.

TABLA 1.- Distribución de consumidores de drogas en pacientes que asistieron a tratamiento en el periodo de 1970 a 1976. Nivel Nacional (N = 6,926).

DROGA	n	% (')
Marihuana	5239	77
Inhalables	3622	52
Hipnóticos	1263	18
Alcohol	1183	17
Barbitúricos	1147	17
LSD	1138	16
Hongos	1042	15
Tranquilizantes	901	13
Anfetaminas	563	8
Estimulantes	505	7
Cocaína	332	5
Heroína	286	4
Analgésicos Narcóticos	184	3

(') Los porcentajes suman más de cien porque la mayor parte de los pacientes son poliusuarios.

Fuente: Natera, 1979.

En 1979 (Medina-Mora y cols.) se realizó otro estudio - desarrollándose el método llamado "Búsqueda Intensiva de Casos" y al mismo tiempo se evalúa el contexto psicosocial donde el consumo tiene lugar. Como principales resultados se encontró que las drogas de mayor consumo fueron las de tipo no medio, principalmente marihuana y solventes. El consumo de anfetaminas ocupó el tercer lugar seguido por el uso de alucinógenos, cocaína, heroína y sedantes.

La media del consumo fue de 7 años, por lo que se consideran como usuarios crónicos. Como características socioculturales se encontró que los usuarios eran en un 98% del sexo masculino, edad promedio de 23.3 años y estado civil solteros en un 82% de los casos.

Respecto a la ocupación, el 48% tienen empleo o subempleo eventuales, y 31% eran desempleados.

Campillo, Medina-Mora y Castro (1979) resumen lo hecho en el área epidemiológica sobre drogas en diferentes ciudades de México. Aquí podemos observar la importancia del consumo de inhalables a nivel nacional junto con la marihuana y las anfetaminas:

TABLA 2.- Prevalencia del consumo de drogas en diferentes ciudades de la República Mexicana. Encuestas de Hogares. Población de 14 años en adelante de ambos sexos. (PORCENTAJES)

	D.F. n=2733 1974	SAN LUIS P. n=624 1975	PUEBLA n=666 1976	MONTERREY n=248 1975	LA PAZ n=444 1974	MEXICALI n=684 1978
Mariguana	1.3	2.1	0.3	1.6	4.9	6.7
Inhalables	0.4	0.5	0.01	1.2	0.7	0.2
Alucinógenos	0.3	0.9	---	---	1.1	0.2
Heroína/Morf.	0.1	---	---	---	0.4	0.02
Cocaína	---	---	0.2	---	0.7	1.6
Barbitúricos	4.2	0.8	0.8	6	4.7	2.2
Anfetaminas	2.1	1.0	2.2	2.2	2.0	4.1

Fuente: Campillo, Medina-Mora, Castro (1979).

Podemos resumir esta década como la meta de arranque sobre los estudios en sustancias inhalables. Se identifican a niños y adolescentes como principales consumidores, las poblaciones marginadas como las de alto riesgo y la presión de grupo junto con la desintegración familiar como variables asociadas al consumo.

Sin embargo, se muestra que los inhalables ocupan un segundo lugar dentro de las drogas de uso no médico, junto con las drogas llamadas "permitidas" como el tabaco y el alcohol.

Se deduce además que los estudios epidemiológicos están en primer orden, como un primer paso en la investigación para poder establecer un panorama general más claro del consumo de estas drogas.

En la década de los 80's, esta misma temática se sostiene.

ne y encontramos que los estudios empiezan a especializarse.

A continuación resumiremos los estudios de este periodo hasta nuestros días.

Solórzano (1980) llevó a cabo una investigación de tipo exploratorio en niños dedicados al comercio ambulante y los servicios en la Cd. de México. Como resultados más importantes se encuentra que el 95.8% tenía contacto con la escuela al momento del estudio y su media de escolaridad era superior a los 4 años cursados. El 97.5% tenía contacto con la familia; el 95.5% vive con ella; el 97.1% pernoctaba en su casa; 1.2% en la calle y 4.6% en el lugar de trabajo. Se encontró que después del alcohol (24%) y el tabaco (32.1%) la marihuana y los solventes seguían en importancia de consumo. Se observa como el consumo es menor quizá debido a variables como el contacto con la escuela, la familia y el trabajo, lo que hace que la población no sea considerada de alto riesgo.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, que fue creado por decreto presidencial en diciembre de 1979, crea un área especializada en drogas y en donde comenzamos a ver un poco más claro qué otras variables se asocian al consumo.

Medina-Mora y cols. (1982), realiza un estudio de campo sobre la prevalencia del consumo de solventes y compara las características de usuarios y no usuarios obtenidas en un grupo de menores de edad que realizan sub-ocupaciones en la vía pública. Se consideró a todos los sujetos de 5 a 18 años --

(\bar{X} = 12.8 años) (n=66) excluyendo a aquellos que utilizaban la zona como vía de acceso a otros sitios; la tasa de no respuesta fue de 9%; el intervalo de confianza para la estimación de prevalencia fue de +/-7. El 95% de los sujetos fue del sexo masculino, el 67% no asistía a la escuela y el 46% habitualmente pasaba la noche fuera de su casa. Excluyendo el tabaco, los solventes fueron la droga más consumida. El 27% reportó haber inhalado alguna vez y el 22% hacerlo diariamente con un tiempo promedio de uso de 4.5 años. Características asociadas al uso: sexo masculino, baja escolaridad y abandono de la escuela; edad temprana en el inicio del trabajo, consumo de alcohol y/o drogas por parte de la madre, hermanos y amigos; poco o nulo contacto con la familia y migración de zonas rurales.

Castro y cols., llevan a cabo estudios sobre el consumo de sustancias tóxicas en poblaciones escolares en el D.F. y área metropolitana con rango de edad de 14 a 18 años. Se investigó el consumo de 12 sustancias tóxicas, incluidas el alcohol y el tabaco, así como los problemas asociados a su consumo. La muestra estuvo constituida por un total de 3,408 estudiantes pertenecientes a 89 escuelas, que fueron seleccionadas mediante un diseño estratificado.

Los resultados más importantes fueron: no hay cambios significativos en comparación con una encuesta de 1978, con excepción del tabaco, que disminuyó alrededor de 6.3% en la categoría

ría de "consumo ocasional" y las anfetaminas que tienden a -- aumentar el 1.1%. El uso de solventes, antes privativo para estudiantes de escuelas de nivel socioeconómico bajo o marginado, ahora se extiende a todas las zonas socioeconómicas.

El porcentaje de estudiantes que manifiesta haber tenido problemas legales a causa de su consumo de drogas aumentó significativamente entre dos encuestas realizadas por el mismo --- autor, una en 1978 y otra en 1980. Las sustancias de mayor - consumo fueron en orden de importancia: el alcohol, el tabaco, los inhalables, las anfetaminas y la mariguana.

Ortíz, A. (1984) realiza su tesis de maestría, penetrando directamente en una comunidad donde se describe el ambiente y funcionamiento grupal e individual de inhaladores que realizan actividades en la vía pública. Comprueba que el consumo se dá entre varones, con edades entre los 6 a 18 años y escolaridad media de 3.8 grados cursados; el 74% realizaban actividades - tales como: vendedores, maleteros, cargadores, etc. El 55% - vivía en la vía pública, el 17% con sus padres u otros familiares, 16% en una institución de ayuda y el 3% en cuartos rentados. Los inhaladores se inician en el consumo a edades tempranas (4-6 años) y con una cronicidad o tiempo de uso de 4.5 --- años como promedio.

No es sino hasta hace dos años que los estudios sobre el fenómeno de la inhalación comenzaron a especializarse.

Castro y cols., (1985) reportan diversos trabajos que a

continuación se resumen:

Reportan los resultados de tres estudios: un estudio de casos con 52 jóvenes, a quienes se dividió en 4 grupos de acuerdo a su consumo de drogas en no usuarios, usuarios leves, moderados y excesivos (altos); para investigar los factores familiares, psicológicos y sociales asociados a su consumo; y dos estudios con diseño cuasi-experimental en grupos de inhaladores crónicos y sus controles, para investigar a través de la Bateria Neuropsicológica de Halstead-Reitan, las alteraciones cognitivas asociadas al uso crónico de inhalables. Concluyen que algunas variables de tipo familiar y social predicen significativamente el uso de drogas en los jóvenes. Estas variables son: la vagancia y el ser integrantes de pandillas y familias inestables y caóticas. Asimismo, se encontró que el rendimiento de los inhaladores crónicos disminuye significativamente en habilidades tales como: habilidades motoras, atención, capacidad viso-motriz y seguimiento de secuencias, en comparación con sus controles.

César, (1985) se interesa por evaluar la dinámica familiar de jóvenes inhaladores. A través de un estudio exploratorio compara familias de usuarios vs. familias de no usuarios. Concluye, entre otras cosas: en el grupo control existen mayores niveles de aspiración de todos los miembros de la familia, en comparación al grupo experimental; en la familia de los no usuarios, existió preocupación por los hijos mientras que en

el grupo experimental hubo una despreocupación total; hay mayor constancia objetal y estabilidad emocional en el grupo control que en el experimental.

Como podemos resumir, 15 años de investigación formal en nuestro país no significan nada ante un fenómeno tan complejo como lo es el de la inhalación de solventes, y lo que es más, este tipo de prácticas se remontan a las primeras épocas de la historia.

Los estudios hasta hoy han preferido ubicarse en un primer plano, el exploratorio, a fin de evaluar el consumo, su importancia y el costo social que implica.

Lo que parece ser más claro es que la inhalación voluntaria de solventes comienza a extenderse en la población y, por otro lado, las herramientas con las que cuenta el psicólogo en el trabajo clínico se ve limitada por varias razones:

- a). El grado de deterioro que muestran los sujetos.
- b). El desconocimiento de la persona del inhalador.
- c). El número de variables intercurrentes que se asocian al consumo: el grupo, la familia, el ambiente, etc.

Aunque el fenómeno tiene más bien un origen psicosocial, es necesario ubicarnos desde el inhalador: cómo percibe su mundo, sus relaciones, afectos y necesidades. Así podremos ir y regresar del ambiente al sujeto y viceversa.

C. CLASIFICACION DE LOS INHALABLES

Cohen (1973), considera que no es fácil clasificar farmacológicamente a los inhalables. Son ciertamente Depresores del Sistema Nervioso Central, y algunos autores los han nombrado como Sedantes. Acaso podría ser más lógico clasificarlos por su efecto farmacológico, parecido al alcohol, como pertenecientes también a la categoría de Anestésicos.

Activos principales y productos comerciales:

Específicamente, el National Institute of Drug Abuse - - (NIDA) está interesado en los resultados acerca de las sustancias de las que mayor consumo se ha reportado. A continuación se muestra la clasificación que reporta el NIDA (basada en - Cohen) en su primera revisión técnica del abuso de inhalables:

TABLA 3. Principales activos de los inhalables

ACTIVO PRINCIPAL	PRODUCTO COMERCIAL
Tolueno	Cementos plásticos, pegamentos de aerodelismo.
Xileno	Lacas, tiner
Acetona	Removedor para uñas, cementos para modelismo.
Gasolina.....	Combustión para carros.
Benceno.....	Cemento de caucho, limpiadores líquidos, equipo de reparación de caños.
Nafta.....	Líquido para encendedores
Hexano.....	Cementos plásticos.
Hidrocarburos clorinados	
a) tetracloruro de carbono	Quitamanchas, lavado en seco
b) tricloroetileno	Removedor de grasa, refrigerante.

(continua)

ACTIVO PRINCIPAL	PRODUCTO COMERCIAL
Freones:	
a) tricloromono fluormetano.....	Aerosoles, pinturas.
b) diclorofluormetano.....	Refrigerantes
Metiletilcetona.....	Limpiadores.

Sin embargo, pese a la clasificación anterior debemos tomar en cuenta que en verdad los componentes de los diversos solventes no son puros. Esto es, que existen diferentes concentraciones de dos o más activos en un solo solvente, e inclusive, por ejemplo, el tiner no es de un solo tipo sino que --- existen diversos tipos.

Una clasificación un poco más práctica, y no tan técnica como nos la muestra Cohen, la encontramos en una revisión para solventes industriales que hacen Ortíz y Caudillo (1984):

TABLA 4.- Composición y Uso de Solventes

NOMBRE	COMPOSICION	USOS
Tiner	Tolueno, Benceno, Xileno, Hexano, Heptano, Cetonas, Alcohol.	Solventes, limpiadores, cementos plásticos, combustibles industria
Pegamento	Tolueno, Benceno, Xileno, Metil, Butil Cetona.	les pieles, plásticos pinturas
Gasolina	Hexano, Heptano, Plomo Tetraetilo	Combustibles, limpiadores.
Gas aerosol	Freones	Propulsores .

Fuente: Ortíz, Caudillo (1984).

Específicamente, dentro del ambiente donde se da el consumo, los solventes son más conocidos por su nombre comercial.

A continuación se describen las sustancias más comunes que utilizan los usuarios:

- a). "Parches Chucho", son pequeños tubos que contienen, en uno de ellos, un trozo de plásticos para parches y en otro el pegamento para parchar cámaras de bicicleta. Es uno de los más consumidos por los usuarios.
- b). "Pegacomex", es un cemento de uso en el hogar y en la industria del calzado. Se considera la competencia del:
- c). "Resistol 5000", que tiene también usos domésticos y en la fabricación del calzado. Tiene usos diversos como pegar piel, plásticos, losa, vidrio, etc.
- d). "Flexo, FZ 10", otro cemento exclusivo para pegar suelas de zapatos.
- e). "Tiner", solvente de uso industrial y doméstico.

Los costos varían según la calidad del producto. Los precios aproximados son: (Marzo, 1987)

Pegacomex de un octavo de litro.....	\$ 3,100.00
Tubito de resistol 5000 (125 grs)	\$ 860.00
Parche "Chucho", tubito de 100 grs.....	\$ 200.00
Flexo FZ 10, un octavo de litro.....	\$ 3,000.00
Tiner suelto (sin envase) 1/4 lt.....	\$ 100.00

La compra-venta de estos productos, pese a tener reglamentación para su tráfico, en algunas zonas la venta se dá de la misma manera como se dá la de cualquier otro producto. Esto es, se pueden llevar y cargar en la vía pública sin ninguna sanción. Esto hace que se puedan llevar de un lado para otro y se puedan tener en casa sin las mínimas precauciones, pese a las indicaciones que algunos productos señalan.

Por ejemplo, el Resistol 5000, pegamento de contacto, lleva inscrito el siguiente anuncio:

"PRECAUCION: Inflamable. Aplíquese en lugares ventilados. Contiene sustancias tóxicas, cuya inhalación prolongada o reiterada origina graves daños a la salud. No se deje al alcance de menores de edad".

¿Qué hace que a pesar de lo anterior, los inhalables sean la droga preferida de niños y adolescentes?.

Existen diversas razones que nos explican la preferencia de los usuarios por las sustancias inhalables:

- a). Influencia del grupo. En muchos de los reportes se observa que el consumo se inicia y se mantiene por presiones de grupo. Tres o cuatro miembros base, más un jefe de grupo forman la dinámica en donde para aceptar un miembro más es necesario, a veces, cumplir con los ritos de la inhalación. La imitación es una de las vías más comunes para el inicio en el consumo. Se piensa incluso que

- el abandono se observa solo si el grupo muestra una tendencia al cambio.
- b). Bajo costo. Como se vió, hay disolventes al alcance de "cualquier bolsillo". Se encuentran en cualquier casa y son los más económicamente accesibles en comparación con otras drogas.
 - c). Accesibilidad. Los productos disolventes pueden ser llevados por quien sea, y dado su uso doméstico, se encuentran en cualquier hogar. Incluso -- existen en hogares donde las bebidas alcohólicas escasean.
 - d). Empaque conveniente. Como decía un usuario: "Puedo ponerlo en la bolsa y nadie se dará cuenta de ello". Son discretos y se pueden esconder incluso combinando con naranjas, botes de leche, etc.
 - e). Estimulación del estado de ánimo. Quizá una de las razones de mayor peso sea precisamente los efectos inmediatos que producen los solventes, sobre todo por calmar la ansiedad interna. Los sujetos describen tanto una sensación de euforia, como bloqueo de los elementos no placenteros de la vida cotidiana.
 - f). Naturaleza de la intoxicación. La embriaguez producida por los solventes fue considerada como su-

perior a la que ocasiona el beber alcohol.

Además las consecuencias producidas por la intoxicación son casi nulas; en cambio en el alcohol la "cruda" abarca tanto dolor de cabeza como anorexia y náuseas.

g). Aspecto legal. No causa ninguna sanción el poseer disolventes. En este último punto, es de importancia aclarar que el jueves 15 de enero de 1981 aparece en el Diario Oficial el "Reglamento para el Control de Sustancias Psicotrópicas por Inhalación", que en sus apartados incluye:

1. La prohibición de su venta a menores de edad; medida que en todo caso deberá comprender los adelgazadores y los adhesivos.
2. La adopción de medidas o procedimientos pertinentes para modificar o sustituir en los procesos industriales el uso de sustancias de alto potencial tóxico por inhalación.
3. La manifestación a cargo de los industriales que utilicen en sus procesos las materias o sustancias citadas en la fracción I del Art. 2do. del uso que les darán, con la obligación de no desviarlas de su destino, suministrándolas a terceras personas para efectos diversos a sus fines industriales.

Fuente: Diario Oficial
Primera Sección
Tomo 364 (10):22-24, 1981.

Formas de Uso:

La inhalación parece ser la forma de uso para los solventes volátiles. Varios métodos para inhalar han sido empleados. Los métodos más comunes parecen ser:

- 1). Depositar el solvente en una bolsa de plástico e inhalar los vapores.
- 2). Absorber de un trapo o pañuelo impregnado del solvente.
- 3). Inhalar el solvente directamente de su empaque.
- 4). Algunos usuarios ponen el cemento en la mitad de una cáscara de naranja, entonces dan la apariencia de ir comiendo una fruta.
- 5). Otros vacían la sustancia en las latas de cemento y dan la impresión de que beben el refresco.

Algunas otras formas más excéntricas incluyen:

- 1). Calentar las sustancias para obtener una mayor concentración de los vapores.
- 2). Usando el perfume de algunos "sprays".
- 3). Probando con inyecciones intravenosas

Hay que agregar que es común que los sujetos se inicien en el consumo de drogas empleando primero las aceptadas socialmente y luego las que presentan riesgo delictivo, por lo que se inician primero con el tabaco y en ocasiones con el alcohol, que son drogas que permanecen a lo largo de la historia del consumo, para más tarde continuar con los inhalables y después

con drogas más fuertes.

Efectos a corto plazo:

Se han descrito diferentes signos y síntomas que producen la intoxicación por inhalables. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que ello depende también de varios factores: el estado psíquico y físico del usuario, su susceptibilidad, cantidad y tiempo de uso de la droga, así como su concentración.

Wyse (1973), ha descrito 4 estados en el desarrollo de -- síntomas asociados con la inhalación de hidrocarburos. En el primer estado, llamado excitatorio o estado de inducción, los síntomas pueden incluir euforia, excitación, risa placentera, vértigo, alucinaciones visuales y auditivas, estornudos, carraspeos, salivación y fofobia, náuseas y vómito, y conducta bizarra. En el segundo estado, el de la depresión temprana del SNC los síntomas pueden incluir confusión, desorientación, embotamiento, pérdida del autocontrol visión borrosa, diplopía, calambres, dolor de cabeza, analgesia y palidez. En el tercer estado, el de la depresión media del SNC, se presenta además de somnolencia, incoordinación muscular, ataxia, lenguaje soez, reflejos lentos, nistagmus. En el cuarto estudio, el de la depresión tardía del SNC, además de tener una ignorancia de lo que ocurre, se puede presentar acompañado por episodios epileptiformes y cambios en el EEG. La mejor diferencia entre los síntomas de embriaguez debida al alcohol y los de la inhalación de solventes parecer ser, según Wyse, la ocurrencia de alucinada

ciones.

Torres (1975), nos muestra un cuadro en donde podemos -
observar los signos y síntomas más comunes:

TABLA 5.- Signos y síntomas frecuentes en la intoxicación aguda
por volátiles inhalables.

-
- 1). Lenguaje incoherente
 - 2). Desorientación
 - 3). Excitación inicial
 - 4). Dificultad para la concentración
 - 5). Percepción y juicios menoscabados
 - 6). Conducta errática
 - 7). Zumbido de oídos
 - 8). Estupor posterior a la excitación.
 - 9). Midriasis
 - 10). Diplopía
 - 11). Irritación de las ~~membranas mucosas~~ -
(estornudos, tos, náuseas y diarrea).
 - 12). Dificultad para la coordinación muscu
lar.
 - 13). Taquisfigmia (pulso rápido)
 - 14). Delirio
 - 15). Alucinaciones
 - 16). Convulsiones
 - 17). Inconciencia
 - 18). Muerte
-

Fuente: Torres, 1975.

Se debe observar que los signos o síntomas de la intoxicación aguda pueden durar de 5 a 10 minutos hasta poco más de una hora, todo depende del tipo de sustancia, la dosis y otros factores antes mencionados.

Tolerancia y Dependencia:

Algunos usuarios, una vez conociendo las sustancias inhalables y los efectos que producen, pueden llegar a controlar tanto el tipo de sustancia como la dosis deseada para poder llegar y mantenerse en un nivel de intoxicación deseado.

Se ha observado que en los primeros intentos, esto es, los experimentales, los usuarios llegan a sentir los efectos con dosis relativamente pequeñas. El uso crónico hace que para volver a sentir los mismos efectos, se debe aumentar la dosis. A este fenómeno se le conoce como tolerancia.

No existen datos de relevancia en cuanto a la dependencia física que puedan ocasionar los solventes. Sin embargo, la dependencia psíquica parece ser más acentuada.

Algunos usuarios manifiestan que querían dejar de inhalar porque sabían que les hacía daño, o que "se seca el cerebro". Sin embargo, pese a sus buenas intenciones y aparente disposición para abandonar el consumo, no lo lograban debido a que los factores predisponentes, psicológicos y sociales, continuaban haciendo presión para orillar al usuario a continuar inhalando. Más adelante ampliaremos puntos como este.

En CEMEF 2 (1975), podemos observar un cuadro comparativo

de los grados de tolerancia y dependencia que producen algunas drogas. Aquí podemos observar que los solventes producen una muy marcada tolerancia y dependencia psíquica, en comparación a una muy leve dependencia física.

TABLA 6.- Tolerancia y Dependencia producida por las drogas más frecuentemente utilizadas.

DROGAS	TOLERANCIA	DEPENDENCIA FÍSICA-PSIQUICA	
Alcohol.....	+++	+++	+++
Hipnóticos..... (barbitúricos y no barbitúricos)	+++	++++	+++
Ansiolíticos.....	++	+	++
Analgésicos y Narcóticos.....	++++	++++	++++
Antipsicóticos y Neurolépticos...	+	0	+
Anfetaminas y Cocaína.....	++++	++	++++
Cafeína y Nicotina.....	+	0	++
LSD, Mezcalina y Psilocibina.....	++	0	+++
Mariguana, Hashish, TCH.....	+	+	+++
<u>VOLATILES INHALABLES.....</u>	++++	+	++++

Claves: Ausencia = 0; Muy leve = +;
 Leve = ++; Marcado = +++;
 Muy marcada = ++++

Fuente: Torres, 1975.

La dependencia psicológica se observa por el alto índice de reincidencia, que es muy alto. El abandono temporal se dá por periodos en donde factores externos (los castigos más comunmente) hacen presión; y este se mantiene sólo si el castigo perdura.

La dependencia física, aunque es muy discutible, se puede observar por los diversos signos y síntomas frecuentes en el síndrome de abstinencia por volátiles inhalables. Estos incluyen:

- 1). Excitabilidad
- 2). Inquietud
- 3). Ansiedad
- 4). Cefalea
- 5). Dolores abdominales y musculares

Efectos a largo plazo

Debe tomarse en cuenta, antes de abordar este apartado, que algunas de las investigaciones han reportado efectos en sujetos que presentan largos periodos de exposición a los solventes y que sin embargo, los usuarios generalmente experimentan altas concentraciones de solventes en relativamente tiempos cortos.

Otros estudios han preferido observar los efectos que producen los inhalables sobre ciertos animales de experimentación. Sin embargo, los resultados y sus generalizaciones deben tomarse con precaución.

Además, es claro que en algunas investigaciones han utilizado sustancias puras, lo que en la realidad poco se observa. Es común que los usuarios, además de inhalar concentraciones diferentes, llegan a combinar con otras drogas, ya sea permitidas o no permitidas.

Dentro de los estudios realizados podemos agruparlos en tres áreas para su clasificación:

- 1). Biológica
- 2). Neuropsicológica
- 3). Psicosocial

En el área biológica está representada por los estudios realizados en medicina y neurología.

Cohen (1975), afirma que la solubilidad lipídica de los solventes provoca depresión neuronal, debido a cambios producidos en la permeabilidad de la membrana.

También se encontraron alteraciones morfológicas a nivel citológico en SNC, sugiriendo que pueden haber alteraciones - anatómicas importantes en las estructuras encefálicas y alteraciones celulares en casi todo el SNC. (Costero, 1977).

Se reporta daño en SNC y periférico por inhalación de hidrocarburos volátiles en periodos prolongados, (Prockop, 1977).

En médula ósea, Costero (1977) detecta esclerosis en vasos finos, falta de trama de fibras conectivas reticulares en largos trechos y alteraciones neuronales.

Grabsky (1961), reporta degeneración cerebelosa por intoxicación con tolueno, además de agregar de que si se inhala en concentraciones altas los pacientes muestran especialmente síntomas relacionados con el tono muscular. Hasta aquí lo que se refiere al sistema nervioso.

Chapel (1968), por otro lado, señala como efecto crónico

la necrosis hepática. Esto es corroborado por Baerg (1970) en dos casos de inhaladores crónicos. Este último autor reporta también nefropatías y lesión renal aguda.

En un estudio de 34 sujetos inhaladores de Benceno, Forni (1971), reporta cambios cromosómicos, donde se observa que los cromosomas más modificados son los del grupo "G". Se observan también aberraciones cromosómicas en conejos expuestos a inhalaciones tóxicas (Kissling, 1971).

En testículos, los principales efectos encontrados consisten en la disminución de la espermatogénesis (Barroso, 1975).

Oettingen, et. al. (1942), encuentran que los pulmones sufren varios tipos de lesiones inflamatorias en relación directa con la intensidad de la intoxicación. En casos de intoxicación no intensa, se presenta irritación pulmonar caracterizada por congestión de los capilares alveolares, además de un incremento en la tasa respiratoria y decremento en el volumen respiratorio.

Lo que más frecuentemente se ha asociado al consumo de inhalables son las fallas cardíacas, generalmente disminución de la contractibilidad del miocardio. Las pocas muertes que se han reportado por abuso de solventes, son debidas más bien a fallas cardíacas (Bass, 1970).

Dentro del área de la neuropsicología se deben tener varios supuestos.

La neuropsicología clínica plantea la integridad orgánica

del cerebro. Busca las relaciones que guardan el cerebro y la conducta.

La sensibilidad extrema del tejido cerebral hace al cerebro más vulnerable al "daño" que cualquier otro elemento histológico orgánico. Ya que el cerebro es la base de las funciones mentales, existe la suposición de que cualquier lesión cerebral da como resultado un déficit psicológico.

Se suponía que a determinada zona le correspondía alguna función en especial. Esta relación lineal fue desechada por Luria (1969) quien plantea el problema del diagnóstico cerebral pudiendo ser resuelto dentro de las bases de una teoría neuropsicológica con la aplicación de una serie de métodos epidemiológicos especiales. Sostiene que cada función psicológica está relacionada con un complicado sistema funcional el cual es resultado de una constelación de procesos sucesivos y simultáneos de varias zonas corticales. Por tanto, el paradigma que suponía que a cada área del cerebro correspondía una función determinada, no es exacto, lo cual nos explicaría fenómenos tales como la reversibilidad del daño, encontrada por Ortíz y cols. (1985).

Diversas son las alteraciones que se han reportado en esta área. A continuación solo mencionamos las más importantes:

Korman (1980), señala que hay una relación entre el uso de inhalables, especialmente gasolina y el daño cerebral. El mismo autor (1977) señala resultados de tests psicológicos

donde inhaladores de Tolueno muestran lesión orgánica caracterizada por memoria dañada, fallas en la concentración, abstracción, juicio, dificultades perceptuales, motoras y desorientación.

Berry (1977) muestra que los inhaladores se incapacitan para retener el material aprendido recientemente, que hay alteraciones significativas de la conceptualización así como, presentan perturbaciones visuales y motoras transitorias y del sentido del tiempo. Asimismo, mediante una batería de test de diversos campos tales como: personalidad, inteligencia, ejecución táctil, entre otras, encuentra que los sujetos inhaladores presentan mayor dificultad en el pensamiento, además de tener un juicio relativamente más pobre y sentimientos de enajenación social que se manifiesta en la desconfianza a los demás.

Márquez (1979) usando la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan, encuentra que la inhalación repetida de disolventes volátiles produce daño cerebral, afectando principalmente a aspectos psicomotores, discriminación táctil y quinestésica, memoria incidental, integración de funciones sensoriales y la capacidad de razonamiento. No aparecen relaciones significativas entre el tiempo y la frecuencia de consumo en el decremento de las funciones motoras finas.

Ortíz y Caudillo (1982) encuentran en poblaciones recluidas, con consumo crónico de inhalables en base diaria por tiempo mínimo de un año, que los problemas asociados al consumo son

de tipo afásico, tales como: apraxia de deletreo y discalculia; alteraciones en la abstracción y en la formación de conceptos, así como dificultades de orientación espacial sin el apoyo visual. Sin embargo, también señalan las dificultades de evaluación de estas áreas debido a los problemas de control de variables como son la nutrición y la estimulación medio-ambiental, que pueden actuar como variables intercurrentes.

Como se observa, los resultados en este campo no son aún definitivos a pesar de que se coincide en que existe daño cognitivo asociado al consumo de inhalables aunque se difiere en los efectos específicos producidos.

Por otro lado, el área psicosocial procura hechar luz en las características tanto psicológicas como las sociales de los inhaladores, que intervienen de alguna manera en el inicio y mantenimiento del consumo.

Los aspectos psicológicos de los inhaladores han sido un tema poco tratado en la literatura. Los resultados de investigaciones más consistentes apuntan a señalar la carencia de efecto y relaciones parentales caracterizadas por el abandono como uno de los correlatos más importantes.

Korman (1980), en un estudio en donde compara jóvenes inhaladores puros, poliusuarios y no usuarios, encuentra que los inhaladores muestran más destructividad, con dificultades permanentes en comparación con sujetos de otros grupos.

Comstock (1977), encuentra que los aspectos que diferen-

cia a los consumidores de inhalantes de los consumidores de - otras drogas son alteraciones del estado de ánimo, depresión, agitación y ansiedad, preocupación suicida y síntomas somáticos.

Berriél (1977), estudia las características generales de usuarios admitidos en un centro de tratamiento y encuentra que los inhaladores provienen de hogares donde las agresiones físicas y verbales son frecuentes en la familia, reaccionando los hijos con violencia. Más adelante se ampliará el punto de la familia del usuario.

Se concluye que las características de deficiencia afectiva son constantes en el inhalador.

Ortíz (1985) en un trabajo sobre el funcionamiento psicológico y social de usuarios de inhalables, reporta que el usuario nace y crece en un medio careciendo de bienes y servicios, agregándose una secuela de abandonos sucesivos por parte de la madre y principalmente del padre. La inhalación se mantiene en el sujeto porque es, dice, una victoria parcial sobre la ansiedad interna. Describe al usuario como un sujeto que oscila entre la vida de libertad y de la reclusión, entre el abandono y la búsqueda, por lo que el inhalar le funciona como una solución paliativa que en la vida real no encuentra.

Se observan también características de marginalidad laboral y social en donde ésta subcultura está inmersa, y se observa como factor muy importante la migración de áreas rurales a

el área urbana, que origina entre otras cosas un choque trans cultural (Caudillo, 1982).

Podemos concluir que los estudios realizados nos señalan que la dinámica social y psicológica del inhalador difiere de la de los usuarios de otras drogas, en cuanto a la pertenencia al grupo, los liderazgos, los valores, los ritos, entre otras variables. Sin embargo, queda por confirmar todos estos hechos para considerarlos como datos definitivos.



T.P. 4270

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

La importancia de los campos biológicos, psicológicos y sociales en los que se desarrolla el ser humano es incuestionable. No puede atribuirseles una importancia mayor o menor a cada una de éstas áreas, pues iría en detrimento de las otras. Los tres campos son indispensables e interdependientes en el continuo desarrollo humano.

En cuanto al campo propiamente de interés, las viscissitudes psicológicas por las que atravieza el sujeto desde su nacimiento hasta su muerte son innumerables. La elasticidad de la dinámica psicológica, establece como consecuencia que a cada una de las etapas, periodos y fases de desarrollo, sea difícil establecerles un tiempo determinado con referencia a la edad cronológica. Pero de hecho, existe una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico pudiendo describirse en términos de etapas y fases más o menos distintas.

Al parecer, la pubertad es el detonante fisiológico, al cual están relacionadas directa y causalmente las transformaciones de la personalidad en la adolescencia. Esta, es la etapa final de la fase genital (4a. fase del desarrollo psicosexual), interrumpida por el periodo de latencia. Por lo tanto, debe entenderse a la adolescencia como la etapa en que los procesos psicológicos se adaptan a las condiciones de la puber

tad.

La adolescencia es una etapa clave dentro del ciclo del ser humano. En ella se retoman las experiencias infantiles y los recursos de crecimiento para dirigirse en una u otra dirección con el fin de lograr una sensación de estabilidad en el ser y por consiguiente un sentimiento de identidad.

La adolescencia es una etapa de transformación, contradicciones y ambivalencias caracterizada por fricciones en el núcleo familiar y su medio circundante provocando dolorosos sentimientos y diversos estados de "crisis".

Peter Blos ha sido quien ha sistematizado con mayor cuidado las fases de la etapa adolescente. En su libro Psicoanálisis de la Adolescencia (1981), desarrolla y explica las siete fases comprendidas partiendo desde el fin de la infancia, hasta la primera etapa de la edad adulta. No está por demás una breve descripción de estas fases, ya que el desarrollo adolescente no se da de una manera uniforme y las fases se encuentran íntimamente ligadas entre sí:

- 1). Periodo de Latencia. El periodo de Latencia es importante para la adolescencia, pues antes de ser una fase de la misma es el apoyo gracial al cual el yo se fortalece. Los embates a que será sometida la estructura yoica por el aumento de los impulsos sexuales, tendrán que ser soportados para tener éxito en la iniciación y desarrollo de -

la adolescencia. El yo será dotado de los instru
mentos necesarios para hacer frente al incremento
de los impulsos en la pubertad. Esto no quiere
decir, que no existan impulsos sexuales durante
este periodo; los hay, pero la función de los mis
mos esta relegada al papel de un regulador transi
torio de la tensión, siendo absorbida la energía
psíquica en actividades del yo, sublimatorias, -
adaptativas y defensivas por naturaleza. La ener
gía libidinal se transfiere de un objeto externo
a uno interno o "...las relaciones de objeto se
abandonan y son sustituidas por identificaciones".
(Freud, 1924).

Los principales logros del yo en el periodo de la
tencia son: autovaloración, resistencia de las
funciones del yo a la regresión, estabilidad en el
afecto y en el estado de ánimo. Esto no es igual
para adolescentes masculinos y femeninos. En los
muchachos el abandono definitivo de la fase edípi
ca suele acarrear mayores regresiones a nivel pre
genital que en las muchachas. Al consolidarse el
periodo de latencia, el infante está preparado pa
ra entrar a la adolescencia y así poder organizar
el nuevo cúmulo de impulsos.

- 2). Preadolescencia. Durante ésta fase la presión instintiva aumentada catectizando cualquier experiencia, sin ser necesariamente un estímulo erótico el causante de la excitación genital y actuando como descarga no específica de tensión. Ya que la gratificación instintiva directa es reprobada por el super yo, se activan la represión, la formación reactiva y el desplazamiento, apareciendo la culpa socializada como forma de evitar el conflicto, con esta entidad psíquica, originando la asociación en grupos en este estadio del desarrollo. El conflicto edípico reaparece nuevamente como angustia de castración en los varones y con envidia del pene en las niñas, expresándose en - en rechazo, burlas y presunción de aquellos ante éstas. En cambio en las niñas se manifiesta en una actividad intensa de negación de su feminidad.
- 3). Adolescencia temprana. Posteriormente a la preadolescencia, se inicia la búsqueda de objetos posibles de depositación libidinal extrafamiliares con el fin de separarse de las relaciones de objeto primarias, trayendo como consecuencia una libido flotante en busca de acomodación. El super yo deja de ser tan eficaz, dejando al yo sin la presión de la consciencia. El yo se torna en inefi-

caz mediador, convirtiéndose el super yo en un adversario. Los valores, las reglas y las leyes morales, adquieren independencia de las figuras parentales ahora en consonancia con el yo para operar internalizadamente. El "amigo" es el objeto elegido para depositar la libido flotante, siguiendo un modelo narcisista. La idealización del amigo se nutre de las características que éste posee y quisiera tener, y mediante la amistad se apropia de ellos. Una vez que el amigo idealizado se reduce a sus proporciones reales es entonces cuando el yo ideal ha quedado establecido en forma independiente del objeto en el mundo externo.

- 4). Adolescencia propiamente tal. La adolescencia propiamente tal es la fase en que los cambios y transformaciones se producen de manera más dramática. Se observa un abandono de la posición bisexual y narcisista, lo que favorece al hallazgo de un objeto heterosexual. Esta relación no se da de una manera completa, por lo que la interacción con el otro sexo suele ser platónica y de ensayo. Existe una hipersensibilidad de los órganos de los sentidos y la percepción se agudiza. Los aspectos sociales llegan a ser de gran interés, aunque el adolescente no se muestra lo suficientemente capa

citado para comprometerse con los ideales que trata de seguir. El joven se encuentra en una etapa de transición donde se desprende de los objetos primarios, al mismo tiempo que se acerca a nuevos objetos, lo que provoca gran ambivalencia afectiva. A pesar de que la resolución del complejo de edipo se da en gran parte en ésta fase, ni el joven ni la muchacha encuentran soluciones ideales y en ambos quedan residuos. En muchos casos se toman actitudes masculinas o femeninas sobrecompensatorias de ésta imperfección, como es el caso del "pandillerismo" en el joven y el exaltado sentimiento maternal en la muchacha. Las funciones del yo, en especial el pensamiento, se ordena jerárquicamente lo que permite la especulación teórica.

- 5). Adolescencia tardía. A ésta fase solo es posible reconocerla en los cambios psicológicos del adolescente. Este es un sujeto capaz de mantener constantes sus emociones y autoestima; sin embargo, es un tiempo de "crisis", por los cambios decisivos que pueden fallar en procesos psicopatológicos. Se dá una "crisis de identidad". Los residuos de períodos anteriores que no llegaron a transformarse en la adolescencia, contribuyen a la

formación del carácter. El fin de la adolescencia implica la transformación de los residuos edípicos en modalidades yoicas. El trabajo pasa a representar un papel fundamental para la economía de la libido, conectando al individuo más íntimamente con la realidad. El yo sintetiza el proceso de delimitación de la adolescencia tardía, en una aceptación final en la vida mental de tres antítesis: sujeto-objeto, activo-pasivo y placer-dolor las cuales son capaces de mantener un equilibrio entre ellos manifestándose subjetivamente como un sentido de identidad.

- 6). Postadolescencia. El paso de la adolescencia a la edad adulta, está señalado por esta fase intermedia. La integración de la personalidad, se da gracias a la fijación que la estructura psíquica ha adquirido en términos del desarrollo del yo y de organización de impulsos, efectuándose casi a la par con la elección ocupacional. La realización de los fines establecidos como tareas de la vida, en términos de relaciones permanentes, roles y selecciones del medio ambiente se convierten en lo más importante. Es por esto que la personalidad moral con énfasis en la autoestima, más que la dependencia superyoica y la gratificación instinti-

va, emerge durante esta fase. Principalmente lo que domina a ésta fase es la integración, que serviría como puente de unión entre la transición de la adolescencia y como un sostén inicial y firme para la edad adulta.

Así podemos observar como el desarrollo adolescente o fase final de la etapa genital, lleva consigo una serie de cambios en la dinámica psíquica del sujeto. Durante este periodo, el adolescente es un receptáculo propicio para asumir los conflictos de los demás y las partes más enfermas del medio en que actúa.

Las transformaciones que exige el proceso adolescente, ocasionan una serie de fluctuaciones en su identidad. A las contradicciones originadas por los cambios, se suman la confusión, la ambivalencia afectiva y el choque con el medio familiar y social. La significación en el adolescente de sus actitudes, roles y posiciones ante sí mismo, ante su familia y ante la sociedad crean la necesidad de elaborar la pérdida de lo que antes fue y aceptar lo que será. Esta nueva significación de la relación entre éste y el mundo, se elaborará a través de cuatro duelos fundamentales: a). Duelo por el cuerpo infantil perdido, lo que originará una aceptación en los cambios morfológicos que en él se operan; b). Duelo por el rol y la identidad infantiles, obligándolo a una renunciación a la dependencia y la aceptación de las nuevas responsabilidades; c). Duelo por los padres de la infancia, a los que trata de retener en su perso-

nalidad por el refugio y protección en ellos significada, y d). Duelo por la bisexualidad infantil también obligado a abandonar y a aceptar una genitalidad adulta.

Existe como base de todo el proceso adolescente, una circunstancia especial que es la característica propia, es decir una situación que lo obliga a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su ser adulto. Este ser adulto, solo se logrará al pasar por un cierto grado de conducta patológica, inherente a todo proceso adolescente normal. De esta manera, las conductas rebeldes del adolescente son sólo el reflejo de los conflictos de dependencia infantil que interiormente aún persisten. Estas actuaciones, asumen características defensivas de tipo psicopático, fóbico, contrafóbico, maniaco o esquizoparanoide, según el adolescente y sus circunstancias.

Por eso, Aberastury (1973), considera que la adolescencia es una "patología normal", precisamente porque en ésta se exteriorizan sus conflictos de acuerdo con sus estructuras y sus experiencias. En la medida en que el adolescente elabore los procesos de identificación y duelo, tenderá hacia una personalidad adulta normal o patológica.

Este síndrome patológico normal de la adolescencia, presenta, según aberastury, la siguiente sintomatología: búsqueda de sí mismo y de la identidad; tendencia grupal; necesidad de inte

lectualizar y fantasear; crisis religiosas que van desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; desubicación temporal en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario; evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; actitud social reivindicatoria con tendencia anti o asociales de diversa intensidad; contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de la vida; una separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

B. FUNCIONAMIENTO GRUPAL

El fenómeno de la agrupación juvenil, se ha querido entender desde diferentes ángulos de las disciplinas afines y se han apropiado en exclusividad del objeto de estudio, dando como resultado visiones parciales de una realidad mucho más compleja. Así, la antropología, la sociología, la psicología y hasta el derecho, se han abocado al estudio de los grupos juveniles, incluyendo cada una por su lado y olvidando la complejidad estructurante del ahora producto final, claramente dinámico y en constante metamorfosis.

A las banda juveniles, históricamente se les ha concebido como un fenómeno violento de revueltas, motines y saqueos, pero

encontradas como constantes en diversas sociedades, variando en el significado y en el lugar que ocupan en ellas.

Es a partir del siglo XVII que el concepto de delincuencia juvenil logra acuñarse, con un sentido de categorización y estigmatización, con el fin de idear legislaciones capaces de sancionar las transgresiones en las que incurrieran estos grupos sociales; transgresiones que desde luego corresponden al ámbito económico, político y psicológico, y que atentan a la floreciente acumulación de producción capitalista, basada en nuevas relaciones de explotación.

No es por demás causal que sea en los Estados Unidos de Norteamérica, donde surja por primera vez una legislación especial sobre menores infractores a finales del siglo XIX (plena época de feroz industrialización), movimiento impulsado por los grupos reformista-liberales. Estos, logran la creación de tribunales especiales, considerando al menor fuera del derecho penal, despojándolo de sus derechos como ciudadanos; en apariencia, con la finalidad de establecer criterios de prevención y readaptación y dejar de lado los criterios punitivos. Como es de esperarse, en México, no es sino hasta 1928 en el que el Código Penal Mexicano, establece la protección y tutela del Estado a los menores de 18 años, delincuentes o abandonados, creándose para tal efecto los Tribunales para Menores.

Con la institucionalización en materia legal de la "delincuencia juvenil", los conceptos de desviación y marginalidad engloban a grupos que anteriormente se consideraban por separado,

como son los adolescentes, los pobres, los enfermos y los ancianos. Fenómenos como los actos de vandalismo de algunos grupos juveniles, son caracterizados en el orden del discurso como "delincuencia juvenil", sustentado por esas primeras investigaciones sociales sobre bandas, realizadas en Norteamérica por la Escuela de Chicago desde 1925, enfrentando el problema del pandillerismo con la óptica estructural-funcionalista, en el que se puede observar como el saber se vincula con el poder en intrincadas formas. "Los conceptos de "delincuencia", "desviación", "marginalidad", aplicados a los grupos juveniles, son parte de una estrategia central del poder-saber, que no sólo se plantean en el terreno de la teoría científica sobre lo social, sino que constituyen una ideología, en tanto justificación de relaciones de poder, cualesquiera que éstas sean". (Villafuerte, 1984).

De acuerdo a Henri Lefebvre (citado por Villafuerte, 1984), la juventud es una conquista cultural del capitalismo que lo trasciende, desatando fuerzas sociales que enconan las relaciones entre generaciones; la juventud de hoy, ya no es solamente el joven burgués. Como cultura hay que entender el lugar y el momento histórico, cargado de elementos culturales acordes con su situación, no sin pensar en ella como única y diversa, con su especificidad y multiplicidad de matices. De ésta manera, la contracultura, será el resultado de la toma de conciencia de un grupo involucrado en una situación frustrante y conflic-

tiva, elaborando un sistema propio de normas en contraste con el sistema dominante.

Esta cultura juvenil, va conformándose en México, en especial en la ciudad capital, en concordancia con la migración masiva al Distrito Federal. La primera oleada, según Gómezjara (citado por Villafuerte, 1984), se produce entre 1952-1960, con el consiguiente déficit habitacional y de servicios formando cinturones de miseria o "ciudades perdidas" originando conflictos por el espacio urbano, conformando grupos juveniles como "Los chicos malos" de Peralvillo; "Los caifanes" de Tacuba; "Los gatos" y "Los charros negros" de la Pensil; "Los feos" de la Anáhuac y "Los rockets" de la Industrial y Lindavista.

De 1960 a 1970, continúa el crecimiento físico y demográfico de la ciudad, extendiéndose hacia el Estado de México para conformar la Zona Metropolitana, que pasa a ocupar el sexto lugar entre las megalópolis más grandes del mundo; la migración sigue siendo masiva, mientras que la construcción de viviendas se reduce. Pero ya es posible diferenciar en el periodo 1964-1970, a los grupos juveniles en tradicionales y emergentes. Los grupos juveniles tradicionales están formados en su mayoría, de jóvenes provenientes de familias acomodadas, quienes asaltaban en motocicletas para conseguir droga y tenían nexos con organismos políticos de derecha y grupos porriles, destacándose "Los nazis" de la Portales y "Los azotes" de la Narvarte; y los grupos juveniles emergentes, influenciados por el movimien

to hippie norteamericano y su protesta contracultural, consumidores de drogas, los cuales disociaron estérilmente lo que se consideraba prejuiciadamente como "político" de otras manifestaciones coincidentes. El rock y la droga actúan como elementos de identificación para los jóvenes; éste periodo culmina en su primera fase en el Festival de Avándaro de 1971.

En la década de los 70's el movimiento juvenil en general entra en un periodo de reflujo, el golpe del 68 desorganiza y dispersa a los estudiantes e incluso se prohíben los festivales de rock.

La incapacidad de incorporar a las nuevas generaciones al aparato productivo, genera las condiciones sociales necesarias para dar curso a la formación de las nuevas bandas de los años ochentas. Las manifestaciones de los movimientos juveniles, - con nuevas características y el surgimiento de la más reciente oleada de las bandas en las ciudades, son fenómenos que remiten directamente a la crisis que en lo general afecta a la sociedad mexicana. La creciente depauperización de las capas más bajas de la sociedad, aunada a la ya de por sí lumpenprole tarización de millones de individuos, proporcionan la materia prima necesaria para conformar grupos enormes que al carecer de empleo, vivienda y alimentación adecuados, tengan que recurrir al robo, la criminalidad e incluso el asesinato, para poder proveerse de lo mínimo necesario, acarreando consigo mismo la categorización de la sociedad en ciudadanos de primera, se-

gunda, tercera y podría decirse que hasta de quinta clase, cuando resulta insultante y bochornoso para la sociedad capitalista mexicana, su incapacidad para formar mexicanos con identidad de clase y dignidad humana.

La crisis que afecta en todos los ámbitos a la sociedad mexicana, generará movilizaciones y agrupaciones dentro de la misma, las cuales adquirirán ciertas características, siendo la banda objeto de nuestro comentario.

Una banda se constituye aproximadamente por 8 ó 9 miembros. Existe un líder, 2 ó 3 "consejeros" que son fieles al líder y 4 ó 5 que fungen como miembros satélites. Estos últimos son los más inestables y pueden pasar de una banda a otra. La edad puede oscilar de entre los 12 a los 24 años. La banda procura la homogeneidad entre sus miembros. El líder natural se caracteriza por su osadía, "no teme a Dios ni al Diablo". Generalmente es el mejor luchador y posee una rapidez de acción. El tener ideas o imaginación puede bastar para ser considerado como líder y no precisamente poseer una destreza física.

El líder sirve para identificación de los demás y se impone no sólo por su fuerza física o por su inteligencia superior, sino más bien por su habilidad para exponer las necesidades del grupo, funge como embajador. El "miembro ordinario" es el que está al servicio del líder. Es fiel y disciplinado. El "chivo emisario" es la válvula de escape, vive de lo que obtienen los otros y es objeto de burla.

La familia es, claro está, la primera instancia donde el niño procura socializarse. Una segunda oportunidad la encuentra en la escuela. Al entrar a la escuela el niño observa que el líder en el juego es al grupo, lo que la autoridad es a la sociedad. A esta edad se conforma lo que Phillipe Robert -- (1969) define como pandilla: grupo de niños del mismo sexo que se reúnen para divertirse y pasar el rato; tienen comportamientos que están admitidos y aceptados por los adultos.

Para que se conforme una banda, el autor considera: por un lado a estos niños se les dan pautas y normas sociales, éticas y estéticas, y por otro, se desconciertan cuando ven que los adultos no son consecuentes con los principios que ellos mismos propugnan; por lo tanto, se crea un desajuste social.

Phillipe Robert define a la banda como un "grupo primario, más o menos espontáneo, que llega a ciertas formas de organización (lo que no tiene la horda ni la pandilla) y a una solidaridad real, como consecuencia de su reacción, a veces inconsciente, ante el medio ambiente. Ejerce un fuerte control entre sus miembros, practica a veces ritos de iniciación, y en el que existe ordinariamente un jefe a quien los demás reconocen autoridad y prestigio". Las bandas de criminales no forman parte de éste estudio, ya que estos grupos se conforman con un solo interés: el crimen especializado en donde hay ganancias - para aquellos que participaron en el plan. Para las bandas juveniles el delito no es el fin, sino una expresión más de su -

ser como grupo. Su interés es más simbólico: formar un hogar, una familia. Para estos jóvenes la banda juvenil ofrece un cobijo social, una posibilidad de orientación.

Después de fallar en el hogar, la escuela y el trabajo, la banda es una alternativa a la socialización. No se llega a ella para completar el ciclo de interacción social, sino para sustituir la madurez social que la familia y la escuela le tendrían que haber dado. Un joven antes de pertenecer a una banda ya era marginado socialmente, aunque no todo marginado es como consecuencia "chavo banda". El joven delincuente carece de lo que considera justo para él y que otros menores tienen y donde la misma sociedad les priva de ello: un hogar equilibrado.

Para Erickson, el grupo es importante como fuerza de apoyo al adolescente. Es aquí donde el joven intenta compensar las faltas o huecos afectivos que pudo haber experimentado en el plano familiar. Piaget considera que el niño juega individualmente con materia social; el juego es, entonces, una forma de entrar en el grupo. El grupo va a funcionar en el plano simbólico como una unidad, como un todo que le permitirá al sujeto encontrar un estilo de vida en las calles. Así como existe la necesidad de llenar estos huecos, así también al grupo se llevan los defectos aprendidos en las primeras relaciones con los padres. Las familias de estos jóvenes se caracterizan por no presentar constancia afectiva. La calidad errática de

sus patrones de interacción no les permite a los jóvenes establecer una verdadera constancia objetal. Así vemos como en el grupo de pares hay personajes que sustituyen de alguna manera a miembros de la familia. Ortiz (1985), encuentra entre los grupos de inhaladores que estudia, que el afecto lo reciben de figuras como prostitutas, padrastros o amigos mayores.

"Así, la prostituta puede ser la madre protectora y permisiva que no tuvieron y desearon tener; el padrastro, el padre sustituto al que se le ve con una mezcla de amor y rencor. Los amigos juegan el rol de hermanos, los cuales se eligen por afinidad y necesidad de supervivencia en el medio".

La banda permite varias conductas de ensayo y error que no son precisamente reprobadas. El grupo cobija la necesidad de aprobación y comprensión del joven adolescente. Puede hacer de todo sin que se le diga nada. El grupo da estatus y reforzamiento social. Una vez despertado este sentimiento de omnipotencia, la realización de las conductas antisociales son una consecuencia casi natural.

De ésta manera, las bandas juveniles están formadas por adolescentes resentidos que unen su rencor social al apetito natural transgresor de su edad; hay una necesidad vinculada a la venganza de una sociedad que los ha menospreciado y orillado a vivir una violencia cotidiana que se manifiesta en varias formas. El adolescente al ingresar a una banda, desea con esto poder afirmar su personalidad. Pero como ésta no es apreciada ni estimulada por la sociedad, decide afirmarla por medio de

la violencia; una pseudopersonalidad capaz de responder a la discriminación de la cual ha sido objeto y que lo vuelve necesariamente destructivo. Es una pseudopersonalidad alimentada inconscientemente por las instituciones sociales (familia, escuela, gobierno, etc.), por medio de la violencia, el machismo, el revanchismo, la avidez de poder, el culto a la personalidad y el racismo. Valores puestos en práctica por la sociedad, - viendo en la banda la instancia adecuada para materializarlos.

La transgresión es la forma de ser de las bandas; la infracción violenta de las normas que establece la sociedad como supuesta base de convivencia social; sin embargo, es promovida de distintas formas por la sociedad misma. De esta manera, más que asaltar, los "chavos banda" atracan; la diferencia fundamental es el goce en el acto de transgredir las normas por medio del atraco, más que en apropiarse de algo ajeno.

El "chavo banda" irradia transgresión. Su aspecto y atuendo agresivos, extravagantes, están cuidadosamente seleccionados para desempeñar una función antigregaria y chocante. En el plano real-simbólico, la diferenciación de la banda de su entorno sociocultural se da en un primer momento desde lo aparente, con nuevos elementos en el vestir: chamarras de cuero, pantalón vaquero estrecho, pelo largo y formas diferentes de relacionarse y expresarse, siendo lo más evidente su gusto ferviente por la música de "rock". Ataviado de éste modo, el "chavo banda" agrede la sensibilidad del ciudadano común, lo -

incomoda provocándole aversión, pues encuentra placer en vulne-
rar el espíritu acomodaticio del hombre masa de la calle.
Para enfatizar un carácter desarraigado, el "chavo banda" utili-
za el lenguaje y lo transforma "... lo acompaña de un fraseo
matizado por tonos y giros de voz, subrayando la intencionali-
dad de las palabras. El 'chavo banda' colecciona modismos, -
transforma el significado de las palabras comunes connotándolas
a su antojo, inventa vocablos, les añade terminaciones, cons-
truye combinaciones lingüísticas, vacía de solemnidad el lengua-
je haciéndolo a imagen y semejanza de su ser interno". (Gar-
cía Robles, 1985). De ésta manera, su identidad ha sido remo-
delada y por lo tanto su sentido de pertenencia también : ya
no se llamará como sus padres le pusieron, sino como la banda
le apodó. Asimismo, la banda también debe distinguirse de las
otras, debe hacer visibles sus peculiaridades. Por esto, el
"chavo banda" ve en la locura una virtud. "Ponerse loco",
"andar bién loco", "estar", "ser muy loco", es una aspiración
no sólo aceptada sino exaltada y erigida en valor supremo.
Hay algo aún más: La relación de los "chavos banda" con la se-
xualidad es ambigua. Por un lado la mayoría de ellos (y ellas)
la tratan de satisfacer; por otro, no dejan de tener sentimien-
tos de culpa ni de jugar los roles estereotipados que la socie-
dad les asigna. Cementear, fumar mariguana, ingerir pastillas,
beber alcohol, es igualmente deseo de placer y autodestructivi-
dad. No es posible la existencia de una banda sin drogas.

Más importante que la sexualidad es el hábito de drogarse.

Es curioso que la identidad, la vestimenta, el lenguaje, la sexualidad, la drogadicción y la agresividad, confluyen en dos entidades: el "chavo banda" y la locura. Locura y banda son entidades emergentes de un "orden social".

Pero esta sociedad necesita mentirse a sí misma; su compulsión a ocultar la verdad la impulsa a representar una sociedad que no existe y que todos lo sabemos, pero también todos lo callamos.

La agresión desatada contra la sociedad es provocada por la sociedad misma, pues en realidad estos grupos juveniles encarnan las expresiones sociales menos hipócritas y más auténticamente representativas de sus valores reales, son una fotocopia de la sociedad misma; son el espejo que refleja la podredumbre y la falsedad en la que está basada su existencia. La banda y la justicia son una misma cosa; la banda y el estado son una misma cosa; la banda y las "buenas familias" son una misma cosa; la banda y la democracia son una misma cosa; etc., etc., etc. La banda y la sociedad son entidades idénticas, en las cuales una (la banda) es la negación de la otra (sociedad), quedando articuladas de tal manera que la destrucción lanzada por cada una contra sí, necesariamente responde a la escisión que las une, encarnando ambas una lucha de unidad dialéctica.

C. EL USUARIO Y SU FAMILIA

La estructura familiar modela el estilo de relación de objeto que el sujeto mantendrá a lo largo de su vida.

El usuario de solventes proviene de una familia desintegrada que origina un yo débil que no puede eludir la ansiedad y sentimientos de culpa. La inhalación, para Ortíz (1985), es una victoria parcial sobre esta ansiedad interior.

Citando a Berriel, Medina-Mora observa que los inhaladores provienen de hogares en donde las agresiones físicas y verbales son constantes.

Medina-Mora y cols., en otra investigación (1982), encuentra que la mayoría de los familiares del joven inhalador, y principalmente la madre, consume alcohol y otras drogas.

A continuación se resumirán algunas de las investigaciones más recientes que se han realizado con familias de usuarios de solventes a fin de poder delinear las características más sobresalientes de estos grupos.

Berriel y cols., (1977) trabajaron con población farmacodependiente de solventes que asisten a consulta al Centro de Integración Juvenil León, en Guanajuato. Los autores observan que un número elevado de leonenses trabajan para las industrias locales de calzado y por lo tanto manejan sustancias volátiles. Además, en las clases más desprotegidas económicamente, la familia presiona a los hijos a llevar algún soporte económico, lo que los hace conseguir empleo en estas industria a muy temprana edad.

La ley laboral se complica para estos menores, ya que - existe una gran cantidad de productores de calzado que tienen talleres familiares a nivel artesanal, donde los niños ayudan a sus padres.

Bajo este contexto social, Berriel y cols., inician su investigación solo con pacientes que exclusivamente usan inhalables para intoxicarse.

A través de un estudio comparativo, se interesaron en estudiar la estructura familiar de un grupo de jóvenes que presentara este tipo de farmacodependencia, en contraste con otro grupo que, perteneciendo al mismo nivel socioeconómico y teniendo un contexto sociocultural semejante al grupo de inhaladores, no hubiesen desarrollado ningún tipo de farmacodependencia a cualquier otra droga.

Se eligió como población de estudio a los pacientes inhaladores que acudieron al CIJ León hasta completar 30 sujetos. Se descartó aquellos pacientes que hubieran consumido otras - drogas además de inhalables.

Se integró el grupo control con 30 jóvenes que tenían características socioeconómicas similares, escogiendo al azar familias residentes de las mismas colonias de donde procedían los pacientes, sin el antecedente de consumo de cualquier droga.

A través de la técnica del cuestionario se investigó el nivel socioeconómico así como el grado de hacinamiento, condi-

ciones nutricionales, movilidad social e ingresos personales.

Se diseñó además un cuestionario sobre estructura familiar que investigara áreas tales como: relaciones entre los padres y entre los hermanos, patrones de educación y trato a los hijos, relaciones de la familia con la sociedad, presencia o ausencia de figuras paternas, figuras de autoridad, etc.

Los resultados más importantes se resumen a continuación.

En cuanto estructura familiar, el grupo de pacientes muestra un gran número de familias incompletas y en las que el padre es alcohólico o no existe, lugar que es ocupado por una madre que mantiene relaciones promiscuas; la carencia del padre dificulta el aprendizaje de un rol social adecuado. Se observa además que cuando la figura paterna es negativa, los hijos suelen imitar su conducta.

TABLA 7. Estructura familiar

	<u>GPO. ADICTOS (%)</u>	<u>GPO. CONTROL (%)</u>
Hogar sin padre por abandono	23.33	6.66
Hogar sin madre por abandono	10	3.33
Familias completas en su estructura	36.66	76.66
Familias en las que el # de hijos es - + de 10.	0	13.33

Fuente: Berriel, 1977.

Por otro lado, en cuanto a patrones de conducta, en el grupo de adictos se encuentra cierto grado de deterioro en las relaciones familiares. Son frecuentes las agresiones físicas ó verbales, los padres no acostumbran conversar con sus hijos y sienten que el adolescente es un problema.

En los dos grupos la situación económica es mala. La persona que sostiene el hogar ve con apremio el que los hijos trabajen. Sin embargo, las actitudes al respecto son diferentes. Por ejemplo: en el grupo control se observa que los padres aceptan que el menor trabaje pero sin descuidar sus actividades escolares; en el grupo de consumidores, a los padres no les interesaba que el menor estudiara, y en otros casos afirmaban expresamente que abandonara los estudios.

Sin embargo, en los 2 grupos, según los datos, en cuanto al control del ingreso familiar, la madre es la que principalmente decide sobre los gastos del hogar.

TABLA 8. Patrones de conducta

	%	%
	GPO. ADICTOS	GPO. CONTROL
El padre controla el ingreso familiar.....	30	16
La madre controla el ingreso familiar.....	66	76
Los padres o figuras sustitutas no acostumbran conversar con sus hijos.	66	16
Familias en las que los padres han tenido conflictos entre sí por el bajo rendimiento escolar y laboral de sus hijos.	46	10
Los hijos reaccionan con violencia ante los disgustos con sus padres.	83.33	30

Fuente: Berriel y cols. 1977.

Al final de su investigación concluyen:

La dependencia exclusiva a inhalables es un padecimiento que afecta a niños y adolescentes del sexo masculino de clase baja principalmente. La falta de una familia estructurada y organizada es una constante en el grupo de consumidores; el patrón de inicio del consumo de solventes es principalmente la presión social; y finalmente, que el paciente inhalador es el sujeto con más carencias físicas, psicológicas, sociales y económicas.

En otra investigación, y dentro de los estudios epidemiológicos más importantes, encontramos que Medina-Mora y cols., (1982) realizaron una investigación con población abierta de usuarios de solventes a fin de desarrollar y probar un método de muestreo al mismo tiempo que evaluar su eficacia para la estimación de la prevalencia del consumo de drogas, patrones de consumo y características psicosociales de esta población que se dedica a realizar actividades en la vía pública.

La población entrevistada (66 sujetos) se dividió en dos grupos: uno de usuarios y otro de no usuarios, con un rango de 6 a 18 años siendo el 95% del sexo masculino y el 67% no asistía a la escuela.

En el área familiar se reporta que el 55% de los usuarios pasan la noche en la vía pública y solo un 17% con sus padres o familiares. El resto rentan un cuarto o asisten a alguna institución de ayuda al menor. Solo el 17% de los usuarios desti



nan su ingreso a gastos familiares y un 66% a gastos personales.

Los mismos autores reportan un consumo importante de alcohol y otras drogas en la familia del usuario. Destacan que el consumo de alcohol por parte de la madre fue una constante en los sujetos de este grupo; así también, el consumo por parte de los hermanos y amigos fue considerablemente mayor.

En cuanto a migración, se observó que el 37% de las familias de usuarios provienen del interior de la República, mientras que de los no usuarios solo el 23% estaban en la misma situación.

Más recientemente César y Morales (1985) realizan uno de los estudios más completos sobre la dinámica familiar a través de un estudio comparativo de familias de usuarios de solventes vs. familias de no usuarios.

→ Teniendo como inicio la pregunta ¿Existe alguna influencia significativa de la familia para que alguno (s) de sus miembros adopte ó no el uso sistemático de inhalables?. los autores realizan una investigación de campo. Proponen un estudio de carácter exploratorio y de casos, en donde a través de la observación participante y de la entrevista semiestructurada son comparados dos grupos: un grupo control que esta formado por 30 familias de sujetos no inhaladores, 15 pertenecientes a una institución de readaptación social y 15 de una zona de estudio en población abierta. El grupo experimental lo con

formaron 30 familias de sujetos inhaladores que, al igual que el grupo control, 15 provenían de una institución de readaptación social y 15 de una zona de estudio.

Esquemáticamente el diseño fue el siguiente:

	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
Institucion de Readaptación Social.	15 familias de Ss no usuarios	15 familias de Ss usuarios
Zona de estudio Población abierta	15 familias de Ss no usuarios	15 familias de Ss usuarios

Las áreas de interés exploradas, aparte de los datos demográficos generales, fueron entre otras:

a). Relación entre los padres; b). Desarrollo del sujeto; c). Relación padre-sujeto; d). Relación madre-sujeto; e). Relaciones interpersonales; f). Opinión de la familia sobre la -- inhalación.

Algunas de las conclusiones interesantes a las que llegaron se resumen a continuación:

- 1). Los sujetos del grupo control tienen un yo más fuerte que los sujetos del grupo experimental. El apodo es expresión de una escisión de la personalidad y los segundos hacían más uso de estos nombres.
- 2). En el grupo control existen mayores niveles de aspiración de todos los miembros de la familia que en el --

- grupo experimental.
- 3). En el grupo de no usuarios existió preocupación por los hijos, mientras que en el grupo de usuarios hubo una despreocupación total.
 - 4). Existe mayor constancia objetal en el grupo control, así como estabilidad emocional, que en el grupo experimental.
 - 5). Los conflictos entre los padres crean una estabilidad frágil en el yo de los hijos, lo que se observó mayor mente en el grupo experimental.
 - 6). La forma del control de esfínteres en el grupo experi mental no permitió a los sujetos aprender a respetar los límites.
 - 7). La agresividad reprimida se vió desde la infancia en los sujetos del grupo experimental, donde existieron problemas de enuresis.
 - 8). El padre juega un papel secundario en las familias de ambos grupos, lo que dió como consecuencia la forma ción de un yo débil en los sujetos.
 - 9). El regaño y castigo fueron utilizados por el padre - afectuoso para marcar límites, y por el padre autori tario para descargar agresión. Lo primero se observó con mayor frecuencia en el grupo control.
 - 10). La relación de la pareja de los padres del grupo expe rimental fue sado-masoquista.

- 11). Los sujetos de ambos grupos tienden a relacionarse con amigos que tengan sus mismas características familiares.
- 12). Las familias del grupo control están mejor informadas sobre la inhalación de solventes y sus efectos, que las familias del grupo experimental.

Como última investigación, y trabajando también con población abierta que realiza actividades en la vía pública, tales como: vendedores ambulantes, boleros, gritones de peseros, etc., Ortíz (1986) encuentra que la estructura familiar del usuario de solventes muestra al niño una inconstancia en los patrones de conducta que no le permiten establecer constancia objetal.

Lo anterior, señala el autor, es debido a varias razones:

- 1). La ausencia física y/o afectiva del padre, que cuando está presente es como una imagen agresiva y autoritaria. En relación a esta figura, su presencia puede no importar.
- 2). La madre tiene varios compañeros sexuales que como padrastros del niño, le abandonan constantemente.
- 3). El niño desarrolla una liga simbiótica con la madre debido a los constantes abandonos. Sin embargo a la larga percibe a la madre como alguien que también puede abandonarle para dedicarse a otras tareas del hogar, el trabajo, atención a otros hijos y padrastros.

Concluye el autor que esta estructura familiar hace que el niño la abandone para reunirse simbólicamente con la madre a través de la inhalación que al mismo tiempo le permite cubrir necesidades de cercanía, erotismo, hambre, frío, afecto, etc., por lo menos en un plano alucinatorio. "La sola privación, - dice, económica y social no es condición suficiente para el - consumo de inhalables". (p. 57).

CAPITULO III

LA INVESTIGACION

JUSTIFICACION

El consumo de solventes industriales en México está considerado como un problema de salud pública. Se ha extendido a diferentes sectores de la población, en niños y adolescentes principalmente.

Los estudios realizados a la fecha son escasos y sólo se han ubicado, la mayoría de ellos, a los efectos que producen estas sustancias. Consideramos que se debe ubicar no desde la droga, sino desde el inhalador, su dinámica y funcionamiento individual.

Son pocos los estudios realizados con este tipo de población y menos aún aquellos que comparen diferencias individuales de personalidad que expliquen el consumo de sustancias inhalables.

El presente estudio pretendió aportar algunos elementos claves que hagan más clara y objetiva la toma de decisiones en el trabajo clínico con estos pacientes.

Problema

La escasa información existente acerca del fenómeno de la inhalación voluntaria de solventes industriales, y los pocos estudios llevados a la fecha en nuestro país, se han concretado a evaluar aspectos tales como los neuropsicológicos, cogni

tivos, de daño cerebral, epidemiológicos y unos pocos psicosociales, pero que no han sido suficientes para evaluar el fenómeno.

Las características que estos sujetos presentan parecen ser únicas y diferentes a las de otros consumidores de drogas tales como la marihuana, heroína, cocaína, etc., debido a factores tales como la accesibilidad a la droga, el costo, la situación marginal, el choque transcultural, etc.

Lo anterior nos conduce a plantear el problema de esta investigación: ¿Cómo es el sujeto inhalador? ¿Qué diferencias presenta comparativamente hablando, con un grupo de no inhaladores en cuanto a sus rasgos de personalidad a partir del uso crónico de sustancias inhalables?

Objetivos

- a). Conocer si existen rasgos diferenciales de personalidad entre un grupo de usuarios crónicos de sustancias inhalables y otro de no usuarios.
- b). Conocer los rasgos de personalidad característicos de los inhaladores.
- c). Establecer si existen diferencias en los datos demográficos en cuanto a edad, escolaridad, nivel socioeconómico entre los grupos.
- d). Proponer nuevas líneas de investigación a fin de completar estudios como el presente.

Hipótesis

Se establecieron las siguientes hipótesis estadísticas:

H₀: La presencia del rasgo es independiente del uso de sustancias inhalables.

H_a: La presencia del rasgo está relacionada con el uso de inhalables.

Variables

V.I.: Se consideró el uso crónico de sustancias inhalables como la variable independiente en 2 índices:

- a). Inhaladores
- b). No inhaladores

V.D.: Rasgos de la personalidad medidos a través del psicodiagnóstico de Rorschach. Se entendió por rasgos, aquellos aspectos que conforman la dinámica de la personalidad.

La variable independiente fue evaluada por medio de 17 indicadores:

- 1.- Aspectos de adaptación al medio ambiente.
tiempo de reacción a la Lám. I / Respuesta Popular.

2.- Capacidad de Juicio

$$F+\% = \frac{F \text{ izq.} + F+ \times 100}{R}$$

3.- Ajuste controlado

$$FC : CF + C$$

4.- Espontaneidad y rigidez

$$F\% = \frac{F+ + F- \times 100}{R}$$

5.- Capacidad de Insight

$$M + Fc : FK$$

6.- Variabilidad de intereses

$$\frac{A + Ad \times 100}{R}$$

7.- Convencionalismo del sujeto

$$P \% = \frac{P \times 100}{R}$$

8.- Capacidad de relaciones interpersonales

$$H + A : Hd + Ad$$

9.- Reaccionabilidad a los estímulos del medio

$$\text{sum. C} = \frac{FC + 2CF + 3C}{2}$$

10.- Tipo vivencial

$$M : \text{sum. C.}$$

11.- Integración del Yo a la tensión

$$FM + m : M$$

12.- Nivel de aspiraciones en relación a las potencialidades

$$W : M$$

13.- Inteligencia

$$W\% = \frac{W \times 100}{R} \quad D\% = \frac{D \times 100}{R} \quad d\% = \frac{d \times 100}{R}$$

14.- Ritmo de pensamiento

$$\frac{\text{T.R. a la Respuesta de cada Lám.}}{10}$$

15.- Oposicionismo e Inseguridad

$$S\% = \frac{S + dd + dr + di + de + do + ds + Ds \times 100}{R}$$

16. Productividad

$$\# \text{ de Rs.}$$

17.- Reaccionabilidad emocional a los estímulos del medio amb.

Σ de Rs. a las Lám. VIII, IX, y X x 100

R

En cuanto al control de variables, salvo la dificultad de controlar todas aquellas que se dieron previas al estudio, sin embargo en la situación de entrevista y aplicación de instrumentos las condiciones fueron las mismas para todos los sujetos de ambos grupos: el lugar, el horario, las instrucciones, etc.

Tipo de Estudio y Diseño

Se realizó un tipo de estudio de campo y confirmatorio con un diseño de 2 grupos. Se dice que es un estudio de campo ya que los investigadores estudiaron a los sujetos en su ámbito de reclusión. Confirmatorio debido a que se establecieron hipótesis con el fin de ser comprobadas ó rechazadas.

La investigación también fue comparativa debido a que el diseño utilizó 2 grupos independientes a fin de observar las diferencias arrojadas a través del psicodiagnóstico de - - - Rorschach.

Muestreo

Se estudiaron 60 sujetos , provenientes del Consejo Tutelar para Menores Infractores del Departamento del Distrito Federal. La literatura reporta que la mayoría de la población consumidora de inhalables son niños y adolescentes varones.

Frecuentemente deambulan por la vía pública, siendo captados por instituciones de readaptación social como el Consejo Tutelar, por lo que se creyó conveniente realizar el estudio con sujetos de esta institución.

El grupo de investigación o grupo de usuarios lo constituyeron 30 sujetos que, según sus expedientes y su propia aceptación, tuvieron un consumo crónico de por lo menos un año previo a la investigación en cualquier tipo de solvente. El grupo control lo conformaron 30 sujetos de la misma institución que no consumieran algún tipo de droga, excluyendo alcohol y tabaco que son consumidos en forma más o menos homogénea por la población en general.

Tomando en cuenta que los grupos no podían ser absolutamente puros, según la Variable Independiente, se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

→ Los sujetos de ambos grupos debieron ser del sexo masculino con un rango de edad de 12 a 17 años. El criterio de cronicidad para el grupo de inhaladores fue el consumo diario o casi diario (4 veces por semana como mínimo) durante un año seguido previo a la investigación. Para el grupo control el criterio fue que no existieran antecedentes de consumo en drogas.

Criterios de exclusión: Dado que este tipo de población experimenta con el uso de diferentes drogas, se aceptó que en ambos grupos hubiese uso experimental. Esto es, pudieron ha-

ber consumido otra droga un año antes, pero no más de 10 ocasiones; de lo contrario no podían pertenecer al estudio.

Además ninguno de los sujetos debió presentar enfermedades graves, tanto físicas como psíquicas

Selección de la muestra

La muestra de ambos grupos fue no probabilística por cuotas, ya que se estipuló previamente el número de sujetos y algunas de sus características; y causal o intencional, ya que se seleccionó en términos del acceso que se tuvo a los sujetos.

Instrumentos

Se aplicaron 2 instrumentos: a). Una guía de entrevista y b). el test de Psicodigagnóstico de Rorschach.

a). La guía consistió en 20 preguntas básicas que fue elaborada por los autores del presente estudio, a fin de recabar datos demográficos y de antecedentes en el consumo. Un ejemplar de este instrumento se encuentra en el anexo 1.

b). Test de Rorschach.- Dado que este fue el instrumento que realizó la diferenciación entre los grupos, a continuación se presenta una breve reseña de su historia. Los primeros trabajos que se llevaron a cabo con manchas de tinta, los reporta Klopfer en su Manual Introductorio al Psicodiagnóstico del Rorschach.

Kerner en 1857 se interesó por las respuestas proyectivas de algunos sujetos al presentarles material ob-

jetivo como manchas de tinta. Binet en 1895 sugirió que se utilizaran manchas de tinta en la investigación de la imaginación visual para el estudio de rasgos de personalidad.

Algunos años más tarde, Dearbun dió a conocer un experimento con 12 series de 10 manchas de tinta cada uno y concluye que la experiencia y sobre todo las primeras experiencias tienen una influencia importante.

Kirkpatrick sugirió que la edad era un factor importante en la calidad de las respuestas al aplicar manchas de tinta a niños. Pyle sugiere que más bien develan la velocidad del proceso de asociación.

No fue sino hasta 1910 que Whipple publicó un manual con manchas estandarizadas y donde por primera vez se presta, aunque muy poca atención a la relación entre las características de la personalidad del sujeto y sus respuestas. Sin embargo se pensaba que era la luz el factor importante que determinaba los procesos imaginativos.

Diez años después Bartlett al realizar estudios sobre percepción e imaginación, concluye que con el uso de manchas de tinta se podían señalar los intereses y ocupaciones de los sujetos.

Finalmente Parsons en 1917 al pretender medir la imaginación, utilizó las manchas estandarizadas por --

Whipple e hizo énfasis en las diferencias individuales para la determinación de las respuestas.

HERMANN RORSCHACH.

Nace en Zurich, Suiza, el 8 de noviembre de 1884; al graduarse de médico en 1910, una gran parte sobre trabajos con manchas de tinta ya había sido publicado. Su propio interés en este campo se desarrolló en 1911. El enfoque psicológico de Rorschach se basaba en una idea global de la personalidad y la interrelación de sus aspectos.

"Psicodiagnóstico" fue la única monografía publicada por Rorschach y en 1924 aparece su versión en inglés. Más tarde David Levy introdujo el método a los Estados Unidos.

En 1934 Bruno Klopfer se interesó en el refinamiento de la técnica de calificación, así como de su divulgación. Fundó dos años más tarde el Rorschach Exchange para después convertirse en el Rorschach Institute.

Debido a la amplitud de información y al interés creciente de más adeptos, en 1948 se forma la Society for Projective Techniques con su publicación Journal Of Projective Techniques.

ESTUDIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La objetividad del instrumento, algunas veces criticada sin fundamento, se observa al evidenciarse en los resultados la posibilidad de su medición y cuantificación, y al llegar los diferentes investigadores a conclusiones similares (Klopfer, 1966).

En cuanto a los estudios de validez, se cuenta entre otros los de Benjamín y Ebaugh (1966) quienes tomaron un grupo de pacientes a quienes les aplicaron el test de Rorschach. Comprobaron sus resultados con la observación clínica y obtuvieron una relación de 85% en todos los detalles y de 98% en los rasgos principales.

La confiabilidad la demostró Fosberg quién lo aplicó cuatro veces a la misma persona dándoles diferentes instrucciones: a). En condiciones habituales; b). Pidiéndole que lo haga de la mejor manera; c). Que lo haga de la peor manera y d). Sugiriendo la observación de determinados detalles. Obtuvo una correlación positiva de 0.80 a 0.90, considerada como alta.

El test de Rorschach fue introducido en México por Pascual del Roncal e interesándose por su técnica Santiago Ramírez y Ramón de la Fuente. Ramírez (1945) lleva a cabo la estandarización en México, y por su parte De la Fuente (1944), un año antes, había aplicado el psicodiagnóstico con fines clínicos, encontrando que la prueba es psicológicamente científica, - - - además de existir concordancia entre los datos clínicos y los aportados por el psicodiagnóstico. Nuñez (1954) corrobora la posibilidad de aplicar el instrumento a niños que vayan de 3 a 14 años de edad, además de su utilidad para comprender los cambios emocionales por los que atraviesa el adolescente.

Procedimiento

Una vez planeado y aprobado el anteproyecto, se asistió al Consejo Tutelar en donde se participó en colaboración con el Departamento de Psicología.

El acceso a los expedientes, proporcionado por los Consejeros Tutelares, sólo tuvo como objetivo el confirmarse si el sujeto podía o no pertenecer a los grupos.

Una vez localizados los nombres se formaron 2 grupos a partir de la variable independiente: inhaladores vs no inhaladores.

Se aplicaron los instrumentos en forma individual después de establecer Rapport. Primeramente se aplicó la guía de entrevista e inmediatamente después el psicodiagnóstico de Rorschach.

Después de calificados los instrumentos, se realizó el cálculo de los 17 indicadores de la variable independiente en cada uno de los grupos. A fin de establecer la calidad de las respuestas en: A = Buena respuesta; B = Respuesta regular - y C = Mala respuesta.

Se procesaron los datos en computadora a fin de realizar las pruebas estadísticas de "Chi" cuadrada y Lambda de Kruskal Goodman.

Se establecieron y discutieron las diferencias entre grupos en terminos de lo encontrado por otros autores a fin de confirmar sus hallazgos, respondiendo al problema planteado originalmente en el presente estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS

A continuación se reportan los datos más importantes arrojados por la guía de entrevista y más adelante se presentan los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico de los 17 indicadores de la variable independiente medidos a través -- del Psicodiagnóstico de Rorschach.

<u>EDAD</u>	<u>GPO. INHALADOR</u>	<u>GPO. NO INHALADOR</u>
12	2	1
13	1	1
14	2	1
15	6	2
16	11	8
17	<u>8</u>	<u>17</u>
	30	30

<u>AÑOS DE ESCO.</u>		
1	1	-
2	1	1
3	5	-
4	4	1
5	3	2
6	7	5

(Continua...)

<u>AÑOS DE ESCO.</u>	<u>GPO. INHALADOR</u>	<u>GPO. NO INHALADOR</u>
7	7	8
8	2	6
9	-	4
10	-	3
	<u>30</u>	<u>30</u>

PROCEDENCIA

D. F.	28	22
PROVINCIA	<u>2</u>	<u>8</u>
	30	30

ANTEC. FAM. EN FARMACODEPENDENCIA

SI	17	11
NO	<u>13</u>	<u>19</u>
	30	30

OCUPACION

ESTUDIA	2	8
TRABAJA	25	17
EST. Y TRAB.	-	2
NINGUNA	<u>3</u>	<u>3</u>
	30	30

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.

Para verificar la significancia de las Hipótesis se utilizó el contraste χ^2 para cada uno de los rasgos medidos. Se aplicó para cada tabla de contingencia la correspondencia 2 X 3 y - en caso de que la tabla de valores esperados no cumpliera con - las restricciones, entonces se redujo el tamaño de la tabla a - 2 X 2.

La fórmula usada en las tablas 2 X 3 fue:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

La fórmula usada en las tablas 2 X 2 fue:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e - .5)^2}{f_e}$$

En la fórmula anterior se utiliza la corrección de Yates por -- continuidad.

También se calculó el Coeficiente Lambda de Kruskal-Goodman, para cuantificar la magnitud de la asociación entre Variable Dependiente y Variable Independiente:

$$\lambda = \frac{E_1 - E_2}{E_1}$$

Donde E_1 es igual al número de errores cometidos para no - asociación y en donde E_2 es igual al número de errores cometidos por asociación perfecta.

A continuación se presentan los cuadros comparativos de cada -- uno de los indicadores de la Variable Independiente:

INDICADOR 1: Aspectos de adaptación al medio.

	A	B	C
I	7	11	12
NI	3	19	8

$$\chi^2 = 4.53$$

$$\chi^2 = (gl=2, \alpha = .10) = 4.61$$

Se rechaza H_0 con $p < .12$

$\lambda = 26.7\%$ de asociación

INDICADOR 2: Capacidad de juicio.

	A	B	C
I	5	1	24
NI	13	0	17

Reduciendo la tabla:

	A	C
I	5	24
NI	13	17

$$\chi^2 = 3.58$$

$$\chi^2 = (gl=1, \alpha = .10) = 2.71$$

Se rechaza H_0 con $p < .10$

$\lambda = 26.7\%$ de asociación

INDICADOR 3: Ajuste controlado.

	A	B	C
I	1	14	15
NI	0	28	2

Reduciendo la tabla:

	B	C
I	14	15
NI	28	2

$$\chi^2 = 12.48$$

$$\chi^2 = (gl=1, \alpha=.005) = 7.88$$

Se rechaza H_0 con $p < .005$

$$\lambda = 46.7\% \text{ de asociación}$$

INDICADOR 4: Espontaneidad y rigidez.

	A	B	C
I	4	9	17
NI	6	8	16

$$\chi^2 = 0.49$$

$$\chi^2 = (gl=2, \alpha=.10) = 4.61$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 5: Capacidad de insight.

	A	B	C
I	8	14	8
NI	5	20	5

$$\chi^2 = 2.44$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.10) = 4.61$$

No se rechaza Ho con $p < .10$

INDICADOR 6: Variedad de intereses.

	A	B	C
I	10	5	15
NI	13	5	12

$$\chi^2 = 0.72$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.10) = 4.61$$

No se rechaza Ho con $p < .10$

INDICADOR 7: Convencionalismo del sujeto.

	A	B	C
I	7	12	11
NI	7	12	11

$$\chi^2 = 0$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.10) = 4.61$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 8: Capacidad de relaciones interpersonales.

	A	B	C
I	16	9	5
NI	1	7	22

$$\chi^2 = 24.189$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.005) = 10.60$$

Se rechaza H_0 con $p < .005$

$\lambda = 56.6\%$ de asociación

INDICADOR 9: Reaccionabilidad a los estímulos del medio.

	A	B	C
I	8	4	18
NI	8	0	22

Reduciendo la tabla:

	A	C
I	8	18
NI	8	22

$$\chi^2 = .0018$$

$$\chi^2 = (g-1, \alpha = .10) = 2.71$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 10: Tipo vivencial.

	A	B	C
I	8	19	3
NI	3	26	1

Reduciendo la tabla:

	A	B
I	8	19
NI	3	26

$$\chi^2 = 2.18$$

$$\chi^2 = (g-1, \alpha = .10) = 2.71$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 11: Integración del Yo a la tensión.

	A	B	C
I	3	9	18
NI	1	13	16

Reduciendo la tabla:

	B	C
I	9	18
NI	13	16

$$\chi^2 = 0.37$$

$$\chi^2 = (gl=1, \alpha = .10) = 2.71$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 12: Nivel de aspiraciones en relación a las potencia
lidades.

	A	B	C
I	10	4	16
NI	4	6	20

$$\chi^2 = 3.41$$

$$\chi^2 = (gl=2, \alpha = .10) = 4.61$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 13: Inteligencia.

	A	B	C
I	4	11	15
NI	5	4	21

$$\chi^2 = 4.38$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.10) = 4.61$$

Se rechaza H_0 con $p < .12$

$\lambda = 23.3$ de asociación

INDICADOR 14: Ritmo de pensamiento.

	A	B	C
I	2	6	22
NI	4	9	17

Reduciendo la tabla:

	A+B	C
I	8	22
NI	13	17

$$\chi^2 = 1.17$$

$$\chi^2 = (g1=1, \alpha=.10) = 2.71$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 15: Oposicionismo e inseguridad.

	A	B	C
I	2	6	22
NI	7	4	19

$$\chi^2 = 3.40$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.10) = 4.61$$

No se rechaza H_0 con $p < .10$

INDICADOR 16: Productividad.

	A	B	C
I	13	11	6
NI	6	22	2

Reduciendo la tabla:

	A	B
I	13	11
NI	6	22

$$\chi^2 = 4.64$$

$$\chi^2 = (g1=1, \alpha=.05) = 3.84$$

Se rechaza H_0 con $p < .05$

$\lambda = 16.7\%$ de asociación

INDICADOR 17: Reaccionabilidad emocional a los estímulos del medio ambiente.

	A	B	C
I	5	18	7
NI	13	12	5

$$\chi^2 = 5.09$$

$$\chi^2 = (g1=2, \alpha=.10) = 4.61$$

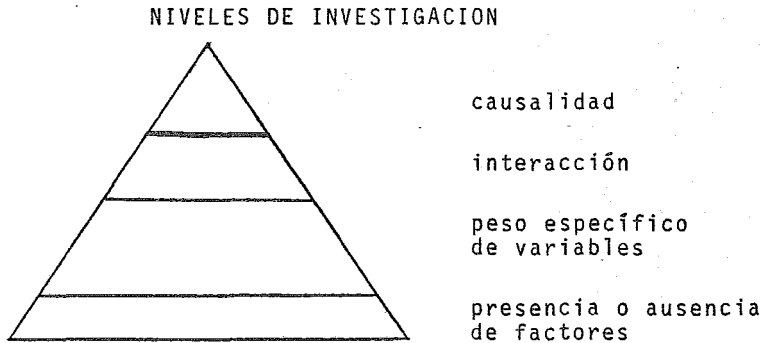
Se rechaza H_0 con $p < .10$

$$\lambda = 26.7\% \text{ de asociación}$$

B. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Para abordar éste apartado es necesario anotar algunas -- precisiones.

El presente estudio fue planteado como de tipo confirmato rio para explorar el problema, debido a que no existe informa- ción suficiente sobre la personalidad del inhalador de solven- tes industriales. Ello obliga a ubicarse en un primer nivel de investigación: el de la presencia o ausencia de factores.



Lo anterior indica que las conclusiones a las que se remi- te el presente estudio deben ser comprobadas en futuras inves- tigaciones.

Dicho en otros términos, según los resultados arrojados - en éste estudio, se observó la presencia de siete factores, me- didos a través del psicodiagnóstico de Rorschach, que lograron diferenciar a los grupos.

El siguiente cuadro indica las áreas en que cada uno de - éstos lograron sus mejores rendimientos:

GPO. DE INHALADORES	GPO. DE NO INHALADORES
1) Adaptación al medio	1) Capacidad de juicio
2) Relaciones interpersonales	2) Ajuste controlado
3) Inteligencia	3) Reaccionabilidad emocional a los estímulos del medio ambiente
4) Productividad	

La primera diferencia general entre los grupos se observa con cierta claridad: las habilidades del grupo de inhaladores (I) se ubican en áreas que tienen que ver con la vida externa, mientras que en el grupo de no inhaladores (NI) las habilidades van dirigidas hacia la vida interna. En otros términos, el grupo (I) está dirigido más por la acción, mientras que el (NI) lo está más por la reflexión.

Debe aclararse que aunque se hayan observado diferencias significativas entre los grupos, según χ^2 , los grados de predictibilidad a partir de los indicadores evaluados para poder decir que un sujeto es inhalador o que no lo es son bajos, a excepción a los alcanzados en relaciones interpersonales --- (56%) y ajuste controlado (46%).

En cuanto al grupo de inhaladores, se observan mejores rendimientos en áreas que van un tanto de la mano. Cierta capacidad de adaptación, el manejo de relaciones interpersonales y un tipo de inteligencia práctico, son necesarios para compensar las amenazas constantes tanto del medio como del grupo de pertenencia. El pasar un mayor tiempo en la calle significa --

estar más expuesto a las persecuciones tanto de la policía como de otros grupos banda; al mismo tiempo, el robo, que fue -- uno de los delitos más reportados, pone a prueba el desarrollo de ciertas habilidades. Sin embargo, tal parece que éstas son canalizadas inadecuadamente, socialmente hablando.

Resultados semejantes reportan Korman (1980) y Ortíz y -- cols., (1984) en donde se observa que los inhaladores obtienen mejores rendimientos en áreas ejecutivas, mientras que los no inhaladores lo hacen en áreas verbales.

En cuanto a la productividad, dicho factor puede tener -- dos vertientes: por un lado la producción de ideas y por otro una necesidad compulsiva hacia la cantidad: lo primero va de -- acuerdo con los otros tres factores mencionados anteriormente sin olvidar que ello se da en un nivel más bien práctico.

La inhalación permite darle cierto contexto a estos ha -- llazgos ya que cumple varias funciones: en cierta forma calma la ansiedad generalizada en el inhalador y cumple con el papel de dar sentido de pertenencia para con el grupo.

Los constantes cambios del medio por los que atravieza -- éste grupo, según lo reportado en el marco teórico, hace de -- ellos sujetos más ansiosos por establecer alguna constancia ob jetal. Esto lo consiguen no con la familia, sino con el solven te y con el grupo, no sin antes desplegar toda una gama de --- energía que les permita adaptarse, manejar cierto tipo de rela ciones interpersonales, incluso para poder conseguir la droga,

y algún grado de inteligencia.

En cuanto al grupo de no inhaladores, se observa que sus habilidades se encuentran más cimentadas en la vida interna. - Existe un cierto control interno que nos habla de mejores niveles de integración del Yo. Tal parece indicar que éste grupo - es capaz de una reaccionabilidad controlada a su medio social, respondiendo apropiadamente con sentimientos y acciones específicas.

Lo anterior es confirmado por su capacidad de juicio. El -- contacto con la realidad es menos distorsionado y "la habilidad del individuo para visualizar su mundo de una manera impersonal le ayuda a un ajuste controlado" (Espejel, 1979). Pero - dicha impersonalidad no le hace carente de reaccionabilidad a sus propias necesidades ni al impacto emocional del medio. Berry (1977), en términos comparativos, encuentra que los inhaladores tienen un juicio relativamente más pobre que los no inhaladores y sentimientos de enajenación social manifestados en - la desconfianza hacia los demás. Sin embargo, éste pequeño sistema de control interno en los no inhaladores puede no estar - funcionando siempre, ya que por algo también éste grupo está - conformado por menores infractores. Aquí se observa cómo la influencia grupal actúa de diferente forma en cada uno de ellos, según sus rasgos de personalidad. Mientras que en los inhaladores la droga se convirtió en un objeto central para la pertenencia al grupo, en los no inhaladores la infracción debió ha-

ber ocupado ese primer lugar. No hay que olvidar que el proceso adolescente sufre toda una serie de vicisitudes que lo hacen vulnerable a diferentes estímulos. La inhalación no debe ser entendida sólo por sus causas y consecuencias verticales, sino por el significado que tiene para cada individuo.

En la personalidad adolescente, la búsqueda de la identificación del Yo, lo lleva a relacionarse con el grupo de pares. Es aquí donde la inhalación y/o infracción se convierte en un medio que permite facilitar el pertenecer a la banda. Para el adolescente no es importante el objeto robado o inhalado, sino lo que ello significa; éstas conductas no son más que un ensayo para los procesos de identificación.

La determinación social de éste fenómeno no puede ser negada, pero al mismo tiempo la forma en que es asumida esta realidad, según los rasgos de personalidad, se convierte en el material de trabajo para el psicólogo clínico. La adjudicación de un diagnóstico fenomenológico no permitirá aclarar lo que sucede en el adolescente, ya que su personalidad es por lo demás cambiante. Al abordar los rasgos de personalidad se está proponiendo entender al contexto en el que el inhalador asume una realidad.

Finalmente para continuar con estas líneas de investigación, se propone:

- 1) Realizar estudios que evalúen el peso específico de -- los factores considerados como importantes en este estudio.

- 2) Realizar estudios de campo que hablen tanto de la historia natural del consumo de los solventes, así como - de lo que sucede con los sujetos que abandonan el consumo.
- 3) La importancia de los grupos banda como forma de organización social.
- 4) Llevar a cabo estudios de casos para evaluar con un método clínico la estructura de personalidad del sujeto inhalador.

Llevando a cabo éstas proposiciones de líneas de investigación será menos difícil hablar de interacción de variables - como de causalidad en el consumo de sustancias inhalables. Sólo entonces se podrán proponer medidas preventivas para la solución de este problema.

A N E X O

Alejandro Chávez Guzmán

1. 3" \rightarrow p

2. $\frac{17 \times 100}{18} = 94\%$

3. 1:0

4. $\frac{7 \times 100}{18} = 39\%$

5. 1:2

$0 + 2 : 1 = 2 : 1$

6. $\frac{4 + 7}{18} = 61\%$

7. $\frac{5 \times 100}{18} = 27\%$

8. $(1 + 4) : (3 + 7) = 5 : 10$

9. $\text{sum. } C = \frac{1 + 0 + 0}{2} = .5$

10. 3 : .5

11. a) $(3 + 0) : 3 = 3 : 3$

b) .5 : 33%

c) $(1 + 0 + 0) : (2 + 0 + 1) = 1 : 3$

12. 4 : 3

13. W = 22% D = 72%

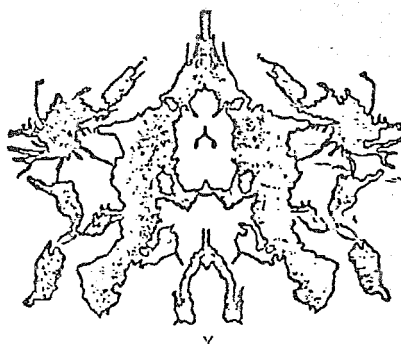
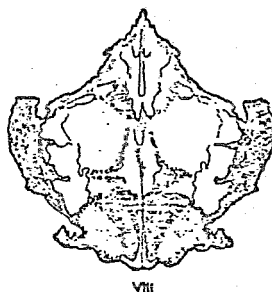
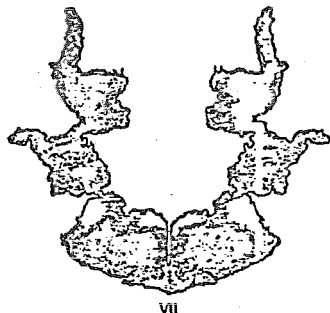
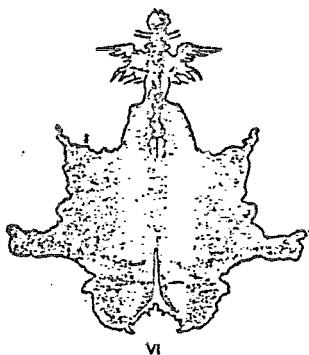
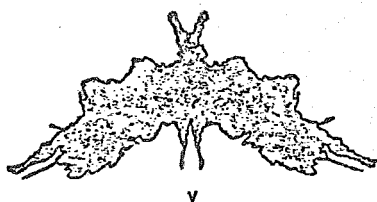
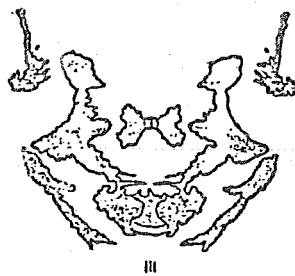
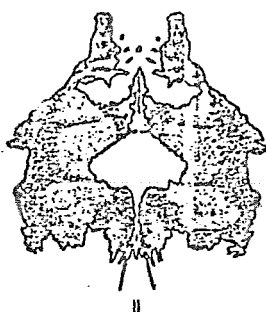
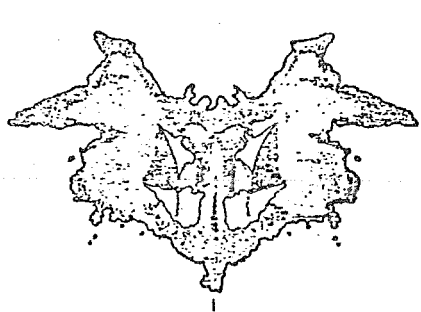
14. 22"

15. 5%

16. \neq Rs. = 18

17. 33%

LAMINAS DEL TEST DE RORSCHACH.



CUESTIONARIO

Num.

- 1.- ¿Cuántos años tienes? _____
- 2.- ¿Hasta que año estudiaste? _____
- 3.- ¿Dónde naciste? a) zona metropolitana b) provincia
¿Y tus padres? a) zona metropolitana b) provincia
- 4.- ¿A que te dedicas? _____
- 5.- ¿Con quién vives? _____
- 6.- ¿Quiénes viven en tu casa? _____
- 7.- ¿Son casados tus padres? _____
(en caso negativo explorar otra opción).
- 8.- Cuando tus papas tienen un problema ¿qué hacen? _____
- 9.- ¿Con quién te llevas (ó llevabas) mejor en tu casa? _____
- 10.- ¿Con quién te llevas (ó llevabas) mal en tu casa ? _____
- 11.- ¿Alguien de tu familia le entra (ó le entraba) al alcohol u otras drogas? _____
- 12.- ¿Quién y a que le entra (ó entraba). _____
(SOLO PARA USUARIOS)
- 13.- ¿Cuál fue la droga que por primera vez probaste? _____
- 14.- Describeme cómo te sentías la primera vez que le entraste. _____
- 15.- Describeme cómo te sientes después de entrarle. _____
- 16.- ¿Desde cuándo comenzaste a inhalar? _____
- 17.- ¿Quién te invitó por primera vez a probar la droga? _____
- 18.- ¿Cuál de los inhalables usas más? _____
- 19.- ¿Cómo lo consigues? _____
- 20.- ¿Cuando le entras, generalmente con quién estas? _____

OBSERVACIONES:

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

- 1.- Aberastury, A; Knobel, M.: La adolescencia normal (Un enfoque psicoanalítico). Edit. Paidós, Bs. As., 1973.
- 2.- Ackerly, W.; Gibson, G.: "Light fluid sniffing". American Journal of Psychiatry. 120 (11), pp.1056-1061, 1964.
- 3.- Alcock, T.: La prueba de Rorschach en la práctica. Edit. F.C.E., México, 1975.
- 4.- Balzaretti, M.: Estudio comparativo de la personalidad en adolescentes farmacodependientes (Inhaladores versus No - Inhaladores) a través del M.M.P.I. y del E.P.Q. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M., México, 1981.
- 5.- Belsasso, G.: "Drug panorama in Mexico". Paper presented at the II International Film Festival on Culture and Psychiatry. San Antonio, Tex., October, 1974.
- 6.- Berriel, R. E.; Berriel, M. E.; Jáuregui, R.; Contreras, B.: "Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el Centro de Integración Juvenil León". En: Contreras, C.: Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Edit. Trillas, México, 1977.
- 7.- Berry, J.; Heaton, R. K.; Kirby, M. W.: "Aspectos neuropsicológicos de los abusadores crónicos de inhalantes. Un reporte preliminar." En: Contreras, C.: Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Edit. Trillas, México, - 1977.

- 8.- Blos, P.: Psicoanálisis de la adolescencia. Edit. Joaquín Mortíz, México, 1981.
- 9.- Brecher, E. M. and the Editors of Consumer Reports: Licit and Illicit Drugs. Toronto: Little, Brown and Co., --- 1972.
- 10.- Brosowsky, M.; Winkler, E. G.: "Glue sniffing in children and adolescents". Journal of Medicine, New York, 65 (13), 1965.
- 11.- Cabildo, A. H., et. al.: "Investigación sobre el uso de -- sustancias intoxicantes entre menores y jóvenes del Distrito Sanitario XVI". Rev. Salud Pública de México. 1, (14): 17-58, México, 1972.
- 12.- Campbell, T.: Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social. Amorrortu Editores, Bs. - As., 1973.
- 13.- Castro, M. E.; Maya, M. A.; Aguilar, M.: "Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil - de 14 a 18 años del Distrito Federal y Zona Metropolitana. Medición transversal 1980". En: Salud Pública de México; vol. XXIV, No. 5 sep.-oct., 1982. pp.565-574.
- 14.- Caudillo, C.: Estudio descriptivo-comparativo de dos poblaciones de menores que realizan actividades lucrativas en la vía pública y son captados por Instituciones de protección social". Trabajo terminal para obtener el grado - de Licenciado en Psicología. U. A. M., Iztapalapa, México 1985.

- 15.- César, E.: Estudio comparativo de la dinámica familiar en jóvenes inhaladores. Tesis. Licenciatura. Universidad Iberoamericana, México, 1985.
- 16.- Cohen, S.: "Glue sniffing". Journal of the American Medical Association, 231:653-654, 1975.
- 17.- Cohen, S.: "The volatile solvents". Public Health Reviews, vol. II, No. 2, 1973.
- 18.- Cohen & Pripps: "History and theories of General Anesthesia". In: Goodman, L. S. and Gilman, A. eds.: The Pharmacological Basis of Therapeutics. 4th. Ed. Toronto: McMillan, 1970.
- 19.- Chaudron, D.: "Inhaling intoxicants: Historical, Biological and Social perspectives". Solvents, Adhesives and Aerosols. Proceedings of a seminar held in Toronto in May - 1977.
- 20.- De la Fuente, R.: "El problema de la farmacodependencia". Gaceta Médica de México. 103: 101-123, México, 1972
- 21.- De la Fuente, R.: El psicodiagnóstico del Rorschach: Aplicación en la clínica. Tesis. U. N. A. M., México, 1944.
- 22.- De la Garza, F.; Mendiola, H. I.; García, E.; Rábago, S.: "Estudio biomédico de treinta pacientes inhaladores". Simposium Internacional sobre Inhalantes. México, jun., 1976.
- 23.- Espejel Aco, E.: La prueba de Rorschach (Fundamentos generales). Fac. de Psicología, U.N.A.M., 2a. ed., México, - 1979.

- 24.- García-Robles, J.: ¿Qué transa con las bandas?. Edit, Posada, México, 1985.
- 25.- Gómez, C. A.; Medina-Mora, M. E.; Hernández, C.; Salinas, C.: "Epidemiología de la farmacodependencia en el Distrito Federal. Estudio piloto. Uso de estupefacientes psicodislépticos e inhalantes". Rev. CEMEF, 1974.
- 26.- Kerlinger, F.: Investigación del comportamiento. Edit. Interamericana, México, 1979.
- 27.- Korman, M.: "Estudio de la inhalación de disolventes en una sala de emergencia psiquiátrica". En: Contreras, C.: Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Edit. Trillas, México, 1977.
- 28.- Kraus, R.: La vida privada y pública de Sócrates. Edit. Sudamericana, Bs. As., 1966.
- 29.- Lafarga, J.: "Encuesta sobre las actitudes del estudiante en una Universidad privada de México, ante el uso de drogas". Rev. Comunidad, VI:35, 1972.
- 30.- León, F.: La Banda, el Consejo y otros Panchos. Edit. Grijalvo, colec. Narrativa, México, 1985.
- 31.- Márquez, J.: Diagnóstico preliminar de daño cerebral en farmacodependientes en inhalantes a partir de pruebas neuropsicológicas. Tesis. Licenciatura, U. N . A . M . , 1979.
- 32.- Medina-Mora, M. E. y cols.: "Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos". Rev. Salud Mental, 5(1):77-81, México, 1982.

- 33.- Medina-Mora, M. E.; Schnaas, L.; Terroba, G.; Isorda, Y.; Suárez, C.: "Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México". En: Contreras, C.: Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Edit. Trillas, México, - 1977.
- 34.- Nagle, D. R.: "Anesthetic Addiction and Drunkness: A Contemporary and Historical Survey". International Journal of the Addictions. vol. 3:25-39, 1968.
- 35.- Núñez, R.: El psicodiagnóstico del Rorschach aplicado a niños. Tesis. U. N. A. M., 1954.
- 36.- Ortiz, A.: Consumo de drogas y psicoterapia psicoanalítica. Tesis. Doctorado, Universidad Intercontinental, 1986.
- 37.- Ortiz, A.: Estudio del funcionamiento psicológico y social de consumidores de inhalantes que realizan actividades en la vía pública. Tesis. Maestría, U. N. A. M., 1984.
- 38.- Ott; Mendenhall; Larson: Statistics: A tool for the social sciences. Edit. Duxbury, 1978.
- 39.- Pick, S.: Como investigar en ciencias sociales. Edit. Trillas, México, 1975.
- 40.- Plutchik, R.: Fundamentos de investigación experimental. Edit. Harla, 2a. ed., México, 1975.
- 41.- Robert, P.: Las bandas de adolescentes. Edit. Stvdium, -- Madrid, 1969.
- 42.- Sahagún, Fray Bernardino (de): Historia general de las cosas de Nueva España. Edit. Porrúa, colec. "Sepan Cuántos...", núm. 300, México, 1984.

- 43.- Salazar, L.: "Situación actual de los estudios médicos sobre mariguana". Gaceta Médica de México. vol. LXX, México, 1940.
- 44.- Soustelle, J.: El universo de los aztecas. Edit. F. C. E. y CREA, colec. Biblioteca Joven, núm. 5, México, 1983.
- 45.- Thompson, J. E. S.: Historia y religión de los mayas. Edit. Siglo XXI, 5a. ed., colec. América Nuestra, núm. 7, México, 1982.
- 46.- Torres, A.: "Manifestaciones clínicas de usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables". Rev. CEMEF, 2:49-57, -- 1975.
- 47.- Watson, J.: "Glue sniffing: two cases reports". The Practitioner, 22 june 1979, pp.845-848.
- 48.- Villafuerte, F.; López Chiñas, I.; Nava Ranero, J.: Donde empieza el silencio (Genealogía de las bandas juveniles). Edit. CREA, Centro de estudios sobre la juventud mexicana y Consejo Popular Juvenil, México, 1984.
- 49.- Wellisch, D.; Mays, J. R.: "Across cultural study of the prevalence and correlats of student drug use in the United States and Mexico". Bulletin on Narcotics, 26:31-40, 1974.
- 50.- Winick, Ch.; Goldstein, J.: "The glue sniffing problem". Pamphlet published by the Social Health Committe of the - Greenwich Health. Association of Greenwich, Connecticut, 1960.
- 51.- Wolfgang, M.; Ferracuti, F.: La subcultura de la violen-

cia. Edit. F. C. E., México, 1971.

52.- Zorrilla, S.: Introducción a la metodología de la investigación. Edit. Oceáno, S. A., México, 1980.