



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE RASGOS DE PERSONALIDAD
DEPRESIVOS EN MENORES INFRACTORES
FARMACODEPENDIENTES Y NO FARMACODEPENDIENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MANUELA ELIA PACHEGO PEREZ

IRMA SERVIN MORENO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. FRANCISCO MORALES CARMONA

M- 00 31638

MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Con respeto y gratitud al
Lic. Francisco Morales Carmona,
por su valioso tiempo dedicado a
este trabajo.

Con admiración y respeto
a la Lic. Enedina Villegas
por la orientación y ase-
soría en la parte estadís-
tica.

I. PS. 4303

1302

Con cariño a nuestras amigas las
psicólogas Maricarmen y Ma. de
los Angeles Figueroa Aeyón por el
apoyo recibido a lo largo de nues-
tra formación profesional y en la
elaboración de este trabajo.

Elia e Irma

Con todo mi amor y agradecimiento
dedico este trabajo a mis padres
quienes me brindaron todo su apoyo
y la oportunidad de estudiar.

A mis hermanos:

Que de una u otra manera
me motivaron a seguir
superándome.

Para tí Salvador que estuviste
conmigo apoyándome en el mo-
mento que lo necesitaba.

Elia.

A mis padres:

Sr. Francisco Servín Valdez
Sra. María Trinidad Moreno de Servín

Por haberme enseñado el valor que
encierra servir a los demás.

Con cariño a mis
hermanos y sobrinos.

A mis amigos y en especial a:

Rosa María Aréchiga de la Isla,
Amalia Peláez, Leonor Mercado
A. y Ricardo Rodríguez R. por
su enseñanza, amistad y com -
prensión en el momento justo.

Afectuosamente Irma.

I N D I C E

	PAG
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ADOLESCENCIA	5
a) Definición de Adolescencia	5
b) Etapas Previas desde el punto de vista Psicodinámico	7
CAPITULO II	
DEPRESION	27
ANTECEDENTES HISTORICOS	27
a) Clasificación de la Depresión	29
b) Algunas concepciones sobre Depresión	31
CAPITULO III	
MENORES INFRACTORES	43
1. Antecedentes Históricos del Consejo Tutelar	43
2. Causas de las Infracciones Juveniles	48
3. El Menor Infractor y su Tratamiento	51

CAPITULO IV

PAG

FARMACODEPENDENCIA 58

Dependencia Física 59

Dependencia Psicológica 59

Tolerancia 60

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

O FARMACOS 61

a) Estimulantes 61

1. Anfetaminas 62

2. Cocaína 62

3. Marihuana 62

4. L.S.D. 63

5. Mezcalina 63

6. Psilocibina 63

b) Depresores 64

1. Alcohol 64

2. Barbitúricos 64

3. Tranquilizantes 64

4. Heroína 64

CAPITULO V

METODOLOGIA 84

Planteamiento del Problema 84

	PAG
Hipótesis	84
Definición de Variables	85
Sujetos	85
Escenario	86
Tipo de Estudio	86
Instrumentos	87
Procedimiento	90
Resultados	91
Tratamiento Estadístico	95
 APENDICES	 99
 DISCUSION Y CONCLUSIONES	 107
 ALCANCES Y LIMITACIONES	 112
 BIBLIOGRAFIA	 114

INTRODUCCION

La inquietud por desarrollar este trabajo surgió a raíz de la oportunidad que tuvimos de trabajar con los menores infractores en las Escuelas de Tratamiento.

Es bien sabido que la sociedad está en constante cambio, cambio que le exige al adolescente su adaptación al medio, pero ¿qué pasa con aquellos que presentan problemas de conducta y que sus padres o tutores no logran encauzar adecuadamente a este joven que demanda su atención, comprensión y orientación?

Como respuesta a esta falta de capacidad para corregir dichas conductas, surge el Consejo Tutelar para Menores Infractores, cuya tarea es la de analizar y dictaminar el tratamiento necesario a todo aquel menor de edad que lo necesite, para ello se han creado las Escuelas de Tratamiento, mismas que albergan a jóvenes sujetos a un tratamiento específico.

Ahora bien, al atender a dichos jóvenes, nos dimos cuenta del alto índice de farmacodependientes que llegan a nuestra Institución, por ello, es que el objetivo principal de la presente investigación radica en comprobar si los menores infractores farmacodependientes presentan cuadros depresivos con mayor frecuencia que los que no lo son, ya que Melanie Klein (1978), considera que el Yo del adicto es débil e incapaz de

enfrentarse al dolor depresivo, recurriendo a los mecanismos maniacos, mismos que pueden ser alcanzados con la ayuda de las drogas.

Por otro lado, la droga viene a representar diversos significados simbólicos relacionados con distintas fantasías inconscientes tendientes a "incorporar" un pecho idealizado, que aumenta la omnipotencia del adolescente, ayudándole a negar sus ansiedades persecutorias y depresivas.

Es por esto que, la perspectiva desde donde se realizará el presente estudio será la teoría psicoanalítica, ya que explica ampliamente el problema de la depresión desde el punto de vista genético, dinámico, estructural, adaptativo o topográfico, lo que nos permite comprenderla en todos sus aspectos.

Nos basaremos específicamente en la teoría de Melanie Klein (1978), la cual menciona que el primer objeto de amor y odio es la madre, la ama cuando satisface sus necesidades y la odia cuando no se le gratifica, percibiendo a la madre como dividida en el objeto bueno (gratificante) y objeto malo (frustrante).

De acuerdo a los conceptos de Melanie Klein, los adictos tendrían fijaciones orales, no habiendo logrado reparar a los objetos que en su fantasía ha dañado o destruido por su voracidad y agresión. Entonces, surge la culpa persecutoria, obligándoles a buscar en forma repetitiva el autocastigo, mediante su

relación masoquista con la droga y sus conductas auto y hetero destructivas para conseguirla.

Asimismo, debemos tomar en consideración que el menor infractor atraviesa por una crisis de identidad que lo lleva a convertirse en adulto, y es precisamente en donde se producen cambios y pérdidas de objetos y de protección familiar, el joven a darse cuenta de que sus padres no son los seres supremos que él creía le ocasiona depresión, que se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío, aunque están presentes otros factores que influyen en este período normal del desarrollo como son: la ambivalencia, el inicio de la actividad sexual, así como las presiones que ejercen sobre él sus compañeros.

Ahora bien, al querer demostrarse a sí mismo y a la sociedad que es un individuo autónomo, provoca con frecuencia relaciones antisociales autodestructivas a través de conductas tales como la vagancia, la tendencia a consumir algún tipo de droga o alcohol; por consiguiente se hace patente el ausentismo en la escuela o el trabajo. Aunado a ésto las dificultades que encuentra en su núcleo familiar y social lo hacen dirigir su necesidad de aceptación y afecto a sus iguales.

Es necesario además, tomar en cuenta los factores sociales tales como: la desintegración familiar; las familias numerosas; la falta de comunicación en su grupo primario; el hecho de que sus roles no estén bien definidos; los niveles educati-

vos que suelen ser elementales o incluso nulos; el hacinamiento; la crisis económica y por último, las condiciones precarias en que tienen que instalarse, siendo éstas generalmente áreas marginadas.

Estos elementos constituyen un grave problema, ya que afecta de manera importante el estado afectivo de grandes núcleos de la población.

Para lograr nuestro objetivo se estudiará una muestra de 32 menores infractores internados en la Escuela Orientación para Varones. Se formarán dos grupos, cada uno de ellos integrado por 16 jóvenes mismos que hayan ingresado por farmacodependencia y los restantes por alguna otra infracción.

Para llevar a cabo este estudio se aplicará a los 32 sujetos la ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (Zung), y 6 láminas del TEST DE APERCEPCION TEMATICA (T.A.T.), en las cuales se pueden obtener rasgos depresivos.

Este trabajo está encaminado a comprobar que los menores infractores farmacodependientes tienden a presentar rasgos depresivos más agudos.

C A P Í T U L O I

ADOLESCENCIA

Dado que la presente investigación está dirigida hacia los adolescentes, creemos pertinente abrir este capítulo con la finalidad de explicar los cambios que sufre el niño para llegar a la etapa de la adolescencia; así como, el por qué relacionamos la adolescencia con la depresión.

Inicialmente, damos a conocer algunas definiciones sobre la adolescencia según diversos autores.

a) DEFINICION DE ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia "procede del verbo latín *adolecere* que significa crecer, desarrollarse. Según la etimología de la palabra que la expresa, la adolescencia tendría como fenómeno característico y dominante, los cambios morfológicos y funcionales que constituyen el proceso de crecimiento"¹

Werner y Elkind (1976) definen la adolescencia como, "un período que abarca aproximadamente desde los 12 a los 18 años y es caracterizada por cambios rápidos y drásticos, no sólo en

(1) Ballesteros, Antonio. Adolescencia. Edit. Patria, S. A. México. 1971. pág. 23.

el físico del joven, sino también en su capacidad mental".²

A. Aberastury (1978), señala que "es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento, atravesando este proceso por tres etapas, siendo la primera el nacimiento, la segunda comienza a surgir al finalizar el primer año de vida del niño y la tercera con la adolescencia".³

Para E. Hurlock (1976) también constituye una etapa de desprendimiento "que abarca desde la madurez sexual hasta el logro de la independencia respecto a los padres".⁴

Peter Blos (1971) señala la adolescencia como: la última etapa de un desarrollo psicosexual, donde ocurren los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad".⁵

Según C. Kolb (1971), la adolescencia "es un período en el que se hacen exploraciones, intentos y esfuerzos para buscar

-
- (2) Weineir, A.I.B. y Elkind D. Desarrollo Normal y Anormal. Edit. Paídos, No. 218, Buenos Aires, 1976. págs. 7 y 23
- (3) Ochoa, Sergio. Factores Familiares e Individuales de los Menores Infractores en el Distrito Federal. Tesis U.N.A.M. 1981, pág. 18.
- (4) Hurlock, E. Psicología de la Adolescencia. Edit. Paídos. Buenos Aires, 1976. pág. 80
- (5) Blos, Peter. Psicoanálisis de la Adolescencia. Edit. Joaquín Mortiz. México, 1971. pág. 46

las decisiones definitivas que establecerán la identidad adulta del individuo".⁶

Por último, E. Erikson (1914) define a la adolescencia como "una etapa psicosocial entre la infancia y la edad adulta, entre la moral aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar el adulto".⁷

Como hemos visto, la adolescencia es una etapa del desarrollo en la que el individuo deja de ser niño, para convertirse posteriormente en adulto; es precisamente la adolescencia, la etapa en la que se producen una serie de fenómenos y cambios tanto físicos como psicológicos, que han de permitir al adolescente complementar su desarrollo en la edad adulta.

A continuación revisaremos los postulados de algunos autores de carácter psicoanalítico, sobre las etapas de desarrollo.

b) ETAPAS PREVIAS DESDE UN PUNTO
DE VISTA PSICODINAMICO

b.1) SIGMUND FREUD

ETAPA ORAL: Abarca desde el nacimiento hasta princi -

(6) Ochoa, Sergio. Op. Cit. pág. 8

(7) Erickson E. Infancia y Sociedad. Edit. Horme. Buenos Aires, 1914, págs. 235-237

pios del segundo año de vida. La primera zona en donde se manifiesta la libido es la boca, que funciona como un órgano a través del cual se le alimenta al bebé, este hecho alivia la sensación displacentera provocada por el hambre, de esta manera, el niño incorpora de su medio objetos que le son gratificantes y que posteriormente le servirán como base para su identificación.

ETAPA SADICO ANAL: Desde el inicio de la vida existe el placer anal, sin embargo, durante el segundo año, la zona erógena anal parece convertirse en la principal instancia ejecutiva de todas las excitaciones, sea cualquiera el lugar en el que se originan, tienden a descargarse en la defecación.

En esta etapa, el infante experimenta placer en la retención o eliminación de las heces fecales considerándolas como parte de sí mismo, lo cual va a ser aprobado o desaprobado por el medio, aquí aparece el deseo de poseer todo lo que hay a su alrededor, cosa que, al no ser satisfecha le causa agresión, misma que exterioriza.

ETAPA FALICA: Comprende desde los dos años seis meses hasta los seis años de vida; en ésta, el infante centra su interés en sus genitales y la manipulación de éstos.

El proceso más importante es el Complejo de Edipo, en donde el niño ama a su madre y desea tenerla para él solo y se

irrita contra el padre, que es el principal obstáculo de sus deseos absolutistas y como consecuencia de los celos e irritación que siente hacia su progenitor, impulsos hostiles y agresivos al mismo tiempo, ama a su padre y por lo general se encuentra identificado con él, se yuxtaponen sentimientos de amor y odio (ambivalencia), el niño experimenta sentimientos de culpabilidad que pueden originar un segundo complejo (complejo de castración), la resolución de este conflicto da lugar al proceso de identificación.

PERIODO DE LATENCIA: Se presenta de los seis a los once años aproximadamente; primeramente, la influencia del Yo se manifiesta típicamente después de la resolución del Complejo de Edipo, como una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias de los intereses de carácter instintivo en general.

Al finalizar el período de latencia, se reinicia el interés sexual orientado hacia la procreación, aunado al hecho de que los órganos genitales han alcanzado la madurez, el autoerotismo queda atrás, ahora busca un objeto sexual externo, siendo los padres en principio el blanco erótico, posteriormente inclina su atención hacia los padres del sexo opuesto.

La tarea que se plantea en la pubertad, es la adaptación de la personalidad a nuevas circunstancias, creadas por los cambios de orden físico. En realidad son semejantes a las

experiencias del período de la sexualidad infantil y a los del Complejo de Edipo, los conflictos de estos períodos por eso, reaparecen también cuando entra en conflicto el Yo en la adolescencia con las pulsiones instintivas, la situación es diferente de lo que fue en la infancia, aflorando actitudes de carácter contradictorio, simultáneamente o en inmediata sucesión, se ven aparecer los impulsos sexuales genitales, formas de comportamiento sexual infantil de todo género y actitudes de ascetismo extremo, que no solamente intenta la eliminación de toda sexualidad, sino también de todo lo que sea placentero.

El retorno de los impulsos sexuales infantiles se deben en parte, al hecho de que la primacía genital no se ha establecido aún en forma completa y que la pubertad trae consigo un incremento de la sexualidad total. "El desarrollo sexual, - en la pubertad parece reiniciarse en el mismo punto en que fue abandonado en el momento de la resolución del Complejo de Edipo".⁸

b.2) ANNA FREUD

Siguiendo con el período de la adolescencia, Anna Freud considera a la pubertad como una serie de cambios que van a dar forma definitiva a la vida sexual pregenital, asimilando

(8) Estrada, María del Carmen. La depresión en el Adolescente con Padre Alcohólico. Tesis U.N.A.M. págs. 44 y 45.

mo, menciona los mecanismos de defensa que modifican la organización de las instancias psíquicas Yo y Superyo para un mejor manejo de los instintos.

b.3) PETER BLOS

Para ampliar esta fase, nos remitimos a los comentarios que Peter Blos hace en relación a la pubertad, quien trata de explicarla dividiéndola en Adolescencia Temprana y Tardía.

"Las muchachas y muchachos buscan en forma más intensa objetos libidinales más intensos, con ésto se ha iniciado el proceso de separación de las ligas objetales tempranas. La característica distintiva de la Adolescencia Temprana radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, y como consecuencia encontramos una libido que flota libremente y clama por acomodarse. El retiro de la catexis de objeto, y la ampliación entre el Yo y el Superyo dan como resultado un empobrecimiento del Yo. Esto se ha experimentado por el adolescente como un sentimiento de vacío, de tormento interno, el cual puede dirigirse a pedir ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle".⁹

La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación, con esto se refiere el autor a la elaboración:

(9) Estrada, María del Carmen. Op. Cit. pág. 46.

1. Un arreglo estable y altamente idiosincrásico de las funciones e intereses del Yo.
2. Una extensión de la esfera libre del conflicto del Yo (autonomía secundaria).
3. Una posición sexual irreversible (constancia de identidad), resumida como primacía genital.
4. Una catexis de representaciones del Yo y del objeto relativamente constante.
5. Estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico. Este proceso de consolidación relaciona a la estructura psíquica y al contenido.

Estas transformaciones se inician al cambiar el autoerotismo por un objeto externo que va a satisfacer sus impulsos sexuales, además, existen conflictos entre las instancias psíquicas, manifestándose la energía sexual a través de los impulsos provenientes del Ello, mismo que lucha por salir, buscando su satisfacción de manera inmediata, sin que para ello cuente el principio de realidad, por lo que entra en acción el Superyo para apoyar al Yo con el fin de reprimir los impulsos instintivos, utilizando mecanismos de defensa para manejarlos, mediante este proceso el Yo se fortalece, ahora es capaz de discriminar los impulsos que deberán ser satisfechos de los que serán reprimidos. Por consiguiente, el Yo tiene como principal función, establecer un equilibrio entre las instancias

psíquicas para dar lugar a una sexualidad madura.

b.4) HARRY S. SULLIVAN

Ahora bien, Sullivan distingue seis etapas en el desarrollo de la personalidad.

1) La primera fase corresponde a la infancia que se inicia con el nacimiento y prosigue hasta la maduración de la capacidad del lenguaje, en esta etapa el niño aprende a adaptarse a su madre. La empatía es el modo no verbal de comunicar una emoción, la aprobación de la madre acostumbra a producir en el niño un estado de euforia, mientras que su desaprobación da lugar a la angustia. Así pues, las influencias culturales transmitidas mediante los padres determinan la estructura futura del Yo.

El niño elabora tres tipos de personificación de sí mismo; cuando su conducta es aceptada y elogiada experimenta una autoidentificación de aprobación, siendo éste el Yo "bueno"; la angustia leve conduce a la personificación del Yo "malo"; - esporádicamente, los sentimientos de horror desembocan en el estado de "No Yo", difuso y nunca completamente consciente. El sentimiento de euforia conduce a la personificación de "madre buena", mientras la angustia sugiere una "madre mala".

2) La segunda fase es la niñez, Sullivan establece límites superiores de esta etapa en la "capacidad de vivir con -

compañeros", la niñez es el estadio en que los procesos de cul
turización se hacen más penetrantes. El niño aprende los hábi-
tos evacuatorios, el aseo corporal y demás conductas considerada
das correctas por la sociedad y representadas por los padres.

3) La tercera etapa es la juvenil, la cual se inicia con la asistencia a la escuela. En esta etapa, el niño presta ma-
yor atención a las opiniones de los otros niños, trata de ha-
cerse popular, teme a estar solo y ser rechazado.

4) La etapa denominada preadolescencia, transcurre de -
los 11 a los 13 años aproximadamente, se caracteriza por la -
aparición de la capacidad de amar, así como constatar sus per-
cepciones con las de otros, y cede alguno de sus intereses en
favor de su grupo, esta etapa desempeña un papel decisivo en
la futura relación social de la persona. Las experiencias so -
ciales de esta edad determinan la adaptabilidad social poste -
rior.

Sullivan asegura que la preadolescencia determina la
soltura automática o la violencia invariable de cada uno en el
trato con cualquier elemento significativo del propio sexo.

5) La adolescencia temprana aparece de los 15 a los 17
años aproximadamente, es el desarrollo de una pauta de activi-
dad heterosexual. Los cambios fisiológicos de la pubertad son
experimentados por el joven, como sentimientos de concupiscen-
cia, sobre la base de tales sentimientos surge el dinamismo de

concupiscencia que se comienza a afirmar en la personalidad. Este dinamismo implica la zona genital, incluyendo la participación de otras zonas de interacción como la boca y las manos.

Entre la necesidad erótica y la intimidad hay una separación; mientras la primera tiene como objeto a un miembro del sexo opuesto, la segunda permanece fijada sobre el individuo del propio sexo. La adolescencia temprana persiste hasta que el individuo halla una pauta de realización estable capaz de satisfacer sus impulsos genitales.

6) Por último, la adolescencia tardía transcurre de los 17 a 19 años, a los primeros 20. Se extiende desde la institución de una pauta preferencial de actividad genital hasta el establecimiento de innumerables relaciones interpersonales, totalmente humanas o maduras según lo permitan las oportunidades personales y culturales disponibles.

Esto constituye un período de iniciación prolongada - en cuanto atañe a ciertos privilegios, los deberes, las satisfacciones y las responsabilidades de la vida social y de la vida cívica, incrementando la experiencia de tal forma le permite ampliar sus horizontes simbólicos, el sistema de sí mismo adquiere estabilidad, el individuo aprende a sublimar las tensiones con mayor eficacia e instituye poderosas medidas de seguridad contra la ansiedad.

Esta teoría enfatiza al individuo como ser social, - creado por la cultura, ya que está en constante interacción - con otras personas desde su nacimiento, buscando la aprobación de su conducta a lo largo de la vida y cuando ésta no se logra, experimenta ansiedad, la cual dará origen al sistema del Self; permitiéndole enfrentarse a las demandas sociales a través de las experiencias cognoscitivas adquiridas de modelos sociales establecidos.

b.5) ARMIDA ABERASTURY

Para Armida Aberastury, la adolescencia se caracteriza por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo, este período varía de una sociedad a otra. Esta etapa obliga al individuo a cuestionarse el concepto que tiene de sí mismo, lo cual lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez.

"Adolescencia es aquella etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tiende a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el

duelo por la identidad infantil".¹⁰

El adolescente atraviesa por un desequilibrio e inestabilidad extrema, lo que configura una identidad semipatológica, a lo que Aberastury ha denominado "Síndrome normal de la adolescencia". Este proceso le permite establecer su identidad, que es el objetivo fundamental de este momento vital; para ello, el adolescente no sólo tiene que enfrentarse al mundo de los adultos, sino que, además debe desprenderse del mundo infantil en el cual vivía cómoda y placenteramente, tanto por su dependencia así como la satisfacción de necesidades básicas y su rol claramente establecido.

Señala además, que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

1. El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo, frente a lo cual se encuentra como espectador importante de lo que ocurre en su propio organismo.
2. El duelo por el rol y la identidad infantil que lo obliga a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce; y

(10) Aberastury, Armida. Adolescencia Anormal. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1971. pág. 49.

3. El duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente trata de retener, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

Se une a estos duelos, el duelo por la bisexualidad infantil perdida. En los duelos que son verdaderas pérdidas de personalidad, van acompañados por todo el complejo psicodinámico del duelo normal y en ocasiones transitoria y fugazmente, adquieren las características del duelo patológico.

El adolescente presenta una especial vulnerabilidad - para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, - amigos y de toda la sociedad. Es decir, es un receptáculo propicio para hacerse cargo de los conflictos de los demás y asumir los aspectos más enfermos del medio en que actúan. Esto es lo que actualmente presenciamos en nuestra sociedad, que proyecta sus propias fallas en los así llamados "desmanes de la - juventud", de los que responsabiliza a los menores infractores.

El síndrome normal de la adolescencia cuenta con las siguientes características:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad; implica el conocimiento de la individualidad biológica y social - del ser psicofísico en su mundo circundante, que tiene características especiales en cada edad evolutiva. La identidad del adolescente se caracteriza por el -

cambio de relación del individuo, básicamente con sus padres.

2. El adolescente recurre al grupo porque necesita de estima personal y seguridad. Con ello se da un proceso de sobreidentificación masiva en donde todos se identifican con cada uno. En otro nivel, las actuaciones del grupo y de sus integrantes, representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. En sí, el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental, ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial.

3. La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento del adolescente. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento, para recompensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar,

el fantasear y el intelectualizar sirven como mecanismo defensivo frente a esta situación de pérdida tan dolorosa.

4. Las crisis religiosas son intentos de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su Yo corporal. Además, comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y también la aceptación de la posible muerte de los mismos.

5. La desubicación temporal. El adolescente vive con una cierta desubicación temporal; convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Si en el pasado del adolescente hubo una evolución y experiencias positivas, incorporando objetos buenos, la integración y la discriminación temporal se verán facilitadas y el futuro contendrá la identificación proyectiva de un pasado gratificante.

En sí, la percepción y la discriminación de lo temporal sería una de las tareas más importantes de la adolescencia vinculada con los duelos típicos de esa edad. Cuando éste puede reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, superan gran parte de la

problemática de la adolescencia.

6. La elaboración sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad. Se presenta la masturbación y los comienzos del ejercicio genital a nivel explotatorio y preparatorio, y la verdadera genitalidad procreativa sólo se da con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental. Así como el exhibicionismo y el voyerismo se manifiestan en la vestimenta y el cabello, etc., la homosexualidad suele darse transitoriamente como una manifestación típica de la adolescencia, es preciso buscarla en la circunstancia de que el padre no asume sus roles o está ausente.

7. Actitud social reivindicatoria. Las actitudes reivindicatorias y de forma social del adolescente, pueden ser la cristalización en la acción de lo que ha ocurrido ya en el pensamiento. Las intelectualizaciones, fantasías conscientes, necesidades del Yo fluctuante que se refuerza en el Yo grupal, hacen que se transformen en pensamiento activo, en verdadera acción social, política, cultural; esta elaboración del proceso de la adolescencia tan fundamental en todo proceso evolutivo del hombre.

En sí, toda oposición que viva el adolescente por parte de los padres, es trasladado al campo social. Ade-

más, gran parte de la frustración que significa hacer el duelo por los padres de la infancia, se proyecta en el mundo externo. De esta manera, el adolescente siente que no es él quien cambia, quien abandona su cuerpo y su rol infantil, sino que son sus padres y la sociedad los que se niegan a seguir funcionando como padres infantiles, que tienen con él actitudes de cuidado y protección ilimitadas. Descarga entonces contra ellos su odio y envidia y desarrolla actitudes destructivas.

Si puede elaborar bien los duelos correspondientes y reconocer la sensación de fracaso, podrá introducirse en el mundo de los adultos con ideas reconstructivas, modificadoras, en un sentido positivo de la realidad social y tendientes a que cuando ejerza su identidad adulta, pueda encontrarse en un mundo realmente mejor.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta. La conducta del adolescente está dominada por la acción que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, que hasta el pensamiento necesita actuar para poder ser controlado.

En el mundo adulto el que no tolera los cambios de conducta del adolescente, el que no acepta que pueda

tener identidades ocasionales, transitorias y circunstanciales, exigiéndole al individuo una identidad adulta que por supuesto no tiene por qué tener.

9. Separación progresiva de los padres. Uno de los dos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente, es el duelo por los padres de la infancia. Una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente es la de ir separándose de los padres, lo que está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en este momento cronológico del individuo, la aparición de la capacidad efectora de la genitalidad, impone la separación de los padres, reactiva los aspectos genitales que se habían iniciado con la fase genital previa.

La evolución de la genitalidad, depende en gran parte de, cómo los mismos padres acepten los conflictos y el desprendimiento que los hijos, de una manera u otra, pueden expresar. Muchas veces los padres niegan el crecimiento de los hijos, éstos perciben a los padres con las características persecutorias más acentuadas; la presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos y una escena primaria amorosa y creativa, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil facilita-

rá al adolescente el pasaje a la madurez, para el -
ejercicio de la genitalidad en el plano adulto.

10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de -
ánimo. Los cambios de humor son típicos de la adoles-
cencia y es preciso entenderlos sobre la base de los
mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de
objetos, al fallar estos intentos de elaboración, ta-
les cambios de humor pueden aparecer como microcrisis
maniaco depresivas.

La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer -
el duelo por el cuerpo es doble; la de su cuerpo de
niño, cuando los caracteres sexuales secundarios lo
ponen ante la evidencia de su nuevo estatus, la apari-
ción de la menarca en la niña y del semen en el varón,
imponen el testimonio de la definición sexual y del
rol que tendrá que asumir, no sólo en la unión con la
pareja sino con la procreación.

Se produce también en esa época, una actividad mastur-
batoria intensa, que surge no sólo como un intento de
descargas las tensiones genitales, sino también para
negar omnipotentemente que se dispone de un solo sexo,
y que para la unión se necesita de otra pareja.

Ahora bien, sabemos que la adolescencia, es una de las -

etapas del desarrollo en la que el individuo deja de ser niño para convertirse en adulto, es la adolescencia, el período en el que se producen cambios muy importantes para el individuo como es la pérdida de objeto, así como la pérdida de la protección familiar y sus propios cambios físicos.

El adolescente al percatarse de que sus padres no son los seres supremos y omnipotentes que él creía, cosa que le causa depresión y que se manifiesta con reacciones de rebeldía y desafío; siendo estos aspectos transitorios en toda etapa normal de la adolescencia. Asimismo, existen otros factores que influyen en este período como son la ambivalencia en relación con el logro de su independencia; el inicio de la actividad sexual; y las presiones de sus compañeros.

El logro de la propia independencia es objetivo de todo adolescente; sin embargo, le es difícil dejar de depender y ser protegido por los adultos. Esto hace que el adolescente trate de demostrar a la sociedad y a sí mismo que es un individuo autónomo; en aquellos adolescentes que no aceptan la serie de cambios que se operan en sí mismos y además, no logran elaborar el duelo que se manifiesta en este período, presentan con frecuencia conductas antisociales y autodestructivas; de tal manera que, cuando intenta demostrarse a sí mismo que es "su propio jefe", entra en conflicto con sus padres, o todos aquellos que representen la autoridad.

Ante este hecho, se inician continuas discusiones y agresiones en el núcleo familiar, se presenta la vagancia y la tendencia a consumir alcohol o drogas, y por consiguiente repercute seriamente en el ámbito escolar o laboral.

Partiendo de que la identidad del adolescente en esta etapa se encuentra en crisis y además, los factores externos que pueden originar estados depresivos, como el medio ambiente en el que se desenvuelve (tales como la desintegración familiar, zonas marginadas, etc.) ocasionan un serio problema que afecta de manera importante el estado afectivo del individuo.

C A P I T U L O I I

DEPRESION

A continuación mencionaremos de manera breve los antecedentes que dieron origen al concepto de depresión.

ANTECEDENTES HISTORICOS

"El uso del término depresión se remonta a la época grecoromana en el siglo IV A.C., siendo Hipócrates quien desde el punto de vista médico, utiliza el nombre de melancolía, para denominar el problema psiquiátrico producido por la bilis negra o atrabilis, correspondiendo por sus manifestaciones clínicas a lo que hoy denominamos depresión". ¹¹

Posteriormente, en los primeros siglos de nuestra era, se continúa mencionando el término melancolía como problema médico, entre otros, Celsus, en su libro De re y Arateo de Cappadocia, considera entre las enfermedades agudas y crónicas la manía y la melancolía. Igualmente, Sorano de Ephesus en su descripción del cuadro clínico de la melancolía, señala como síntomas principales: la tristeza, deseos de morir, suspicacia

(11) Calderón, Guillermo Depresión. Edit. Trillas, México, 1985. pág. 12

acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Los indígenas de nuestro país conocían estos mismos síntomas con el nombre de sangre negra, como queda acentuado en el Códice Badino, escrito por el indígena Martín de la Cruz y traducido al latín por Juan Badino.

"Más cercano a nuestra época Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos está completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), la memoria y la asociación de ideas se encuentra frecuentemente perturbada, induciendo ocasionalmente al suicidio. Como causas posibles de esta enfermedad destacó en primer lugar las psicológicas, por ejemplo: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares. En segundo término como causa precipitante de la melancolía, propone los problemas de índole física como son la amenorrea o el puerperio, en 1896 Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniacodepresiva y demencia precoz, posteriormente denominada esquizofrenia".¹²

Los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar el síndrome depresivo como parte de la psicosis maniacodepresiva, situación que prevalece durante las tres primeras décadas de este siglo. Por esto, el deprimido era clasificado

(12) Calderón, Guillermo. Op. Cit. pág. 17

como psicótico, aunque los síntomas presentados fueran muy leves.

a) CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Es importante señalar la clasificación de la depresión, ya que ha sido objeto de múltiples controversias, siendo que, para algunos autores las causas o los factores determinantes de la depresión son de tipo exógeno, es decir, ambiental o psicológico; para otros es de tipo endógeno, en donde no hay factores desencadenantes.

Por lo que, la "Organización Mundial de la Salud, incrementó en la IX revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) (11) de 10 a 19 categorías que a nivel de cuatro dígitos podían corresponder a este cuadro agregando una nueva categoría, la 311, para 'trastornos depresivos no clasificados en otra parte'. Quedando en tres categorías: depresión psicótica, neurótica y simple, con la finalidad de ayudar al clínico en la codificación del cuadro diagnosticado".¹³

En la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel importante, caracterizándose por una seria alteración de la personalidad, un choque importante con el medio y pérdida de la autoestima.

(13) Calderón, Guillermo. Op. Cit. pág. 19.

De acuerdo con la ICD-9 le corresponden los siguientes rubros;

- 295 Psicosis esquizofrénicas.
 - 295.7 De tipo esquizoafectivo.

- 296 Psicosis afectivas.
 - 296.1 Psicosis maniicodepresivas de tipo depresivo.
 - 296.3 Psicosis maniicodepresiva de tipo circular pero generalmente depresiva.
 - 296.4 Psicosis maniicodepresiva de tipo circular mixta.
 - 296.5 Psicosis maniicodepresiva de tipo circular, con estado general no especificado.
 - 296.6 Psicosis maniicodepresiva, otras y no especificadas.
 - 296.8 Otras.
 - 296.9 No especificadas.

- 298 Otras psicosis no orgánicas
 - 298.0 De tipo depresivo.

En cuanto a la depresión neurótica la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia. A esta le corresponden los siguientes rubros:

- 300 Trastornos neuróticos.
 - 300.4 Depresión neurótica.

En la depresión simple la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se le considera un trastorno psiquiátrico, en el sentido, hasta ahora reconocido para el término. El enfermo se encuentra en un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico, que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales originando el cuadro depresivo, cuando el paciente se recupera actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

"Dentro del agrupamiento tentativo de la depresión simple pueden incluirse los cuadros:

308 Reacción aguda al estrés.

308.0 Con trastornos predominantes de la emoción
(si es depresiva).

308.4 Mixtas (si incluyen depresión)".¹⁴

b) ALGUNAS CONCEPCIONES SOBRE DEPRESIÓN

Consideramos de vital importancia realizar la revisión de algunas definiciones del concepto de depresión, según diversos autores.

El diccionario de Psicología y Psicoanálisis define a la depresión como una "condición emotiva normal o patológica carac-

(14) Calderón, Guillermo. Op. Cit. pág. 22

terizada por la disminución de la actividad psicofísica y por una sensación de desagrado, provocada por un incremento de los sentimientos de culpa, autoreproche y disminución de la autoestima".¹⁵

Para Kolb (1976), es un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo, surgiendo posiblemente de la ambivalencia inconsciente y la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles originalmente dirigidos contra otras personas llegan a encaminarse hacia el propio Yo del individuo.

En sí la depresión representa un estado afectivo de la situación el Yo en términos de desamparo e inhibiciones de funciones.

Bibring (1978), distingue la depresión simple que se representa con cierto agotamiento en la energía del Yo y la depresión severa o melancólica, acompañada de una constelación típica de lesión narcisista, mecanismo oral de recompensación con la identificación y el giro de la agresión del objeto hacia sí

(15) H.B. English y A. Ch. English, Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1977. pág.43.

mismo.

Ahora bien, Sigmund Freud (1939), hace la diferencia entre duelo y melancolía, en el primero es por la muerte del ser amado y la melancolía es una pérdida más difusa; se pierde el amor de alguien aunque siga viviendo, o se sabe a quién se pierde, pero no qué se pierde con él, o no es posible determinar por qué es el estado melancólico (la pérdida en el propio Yo).

En el duelo se explica la inhibición y la falta de interés del sujeto por su elaboración del duelo que absorbe su Yo por completo. En la melancolía absorbe por completo al sujeto y además tiene un sentimiento de ser incapaz de rendimiento valioso alguno e indigno de estimación.

Los reproches que se hace a sí mismo son en realidad, correspondientes a otra persona, por eso los expresa como "quién zás".

1. Existía enérgica fijación al objeto.
2. Una carga de libido pequeña, por ser narcisista.

La melancolía es por lo tanto, una fijación oral por el tipo narcisista de la elección de objeto. Existe una ambivalencia en el amor al objeto, el odio es retraído al propio Yo, se trata a sí mismo como a un objeto, por esto, puede ser agresivo y destructivo consigo mismo.

Para Lewin (1961), la depresión es un conflicto de la perso-

nalidad y hace la comparación con el fenómeno del sueño, en el cual el deseo narcisista latente de seguir durmiendo sobre el pecho de la madre, es impedido por la interferencia de una tendencia opuesta que procura despertar al individuo.

Ahora bien, para Roger Mackinson (1978), la depresión es un síntoma, así como un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común; en cuanto al síntoma, se presenta un tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo siente que su seguridad se encuentra amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle.

Bychowski (1960), plantea que hay dos tipos de depresión, la latente que designa una situación fronteriza donde la misma depresión está borrada por una fachada de síntomas neuróticos y rasgos de carácter, y la crónica se caracteriza por un humor pesimista, un sentimiento de futilidad probablemente psicótico, es la consciencia de la importancia del Yo frente a sus aspiraciones.

Nacht y Recamier (1960), conciben a la depresión como un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica.

Edith Jacobson (1959), señala que el problema central de la

depresión parece ser el colapso narcisista del deprimido, la pérdida de su autoestima, sus sentimientos de empobrecimiento y debilidad. Admite que en estos casos, el superyo aparece en un estado más temprano que el normal (con lo cual se acerca a las ideas de Melanie Klein) y está dotado de la omnipotencia arcaica de las imágenes tempranas parentales, subrayando la diferencia entre padres buenos o malos y primitivos. Por último, agrega que el paciente melancólico se trata a sí mismo como si él fuera el objeto malo.

Entre los postulados psicoanalíticos se encuentran dos importantes ensayos de K. Abraham (1983), en donde revela su descubrimiento fundamental de que la característica relevante de la vida mental del deprimido, es la ambivalencia pregenital, coexistiendo cantidades aproximadamente iguales de amor y odio.

El sujeto deprimido muestra un gran aumento del erotismo oral, que se manifiesta en las perturbaciones de la ingesta de alimentos y en los rasgos orales de carácter.

C.W. Scott (1960), considera que hay un conflicto entre un Yo, así como con objetos externos e internos totales y contínuos, los mismos que aman, odian y sufren.

S. Rado (1959), subraya la vinculación entre la depresión y autoestima y aclara la doble introyección del objeto en el Yo y en el Superyo y utilizó la distinción entre el aspecto "bueno" (protector) y el aspecto "malo" (castigador) del Superyo,

para poner en claro los mecanismos depresivos.

Para Melanie Klein (1978), tanto la depresión como la angustia son expresiones de conflicto de personalidad altamente significativas; ambas constituyen reacciones básicas del Yo del individuo, pero con contenidos opuestos.

La angustia consiste esencialmente en una reacción frente al peligro, en la que el Yo evidencia su deseo de sobrevivir y se prepara para la fuga si es necesario; en la depresión es lo contrario, el Yo se encuentra paralizado porque siente la incapacidad de enfrentarse con el peligro en ocasiones, el deseo de vivir por considerarse importante para superar el riesgo que lo amenaza.

La angustia se exterioriza como un estado afectivo displacentero acompañado de síntomas característicos que corresponden al aparato respiratorio y circulatorio (disnea, palidez, aceleración del pulso, etc.), esta angustia aparece ante la inminencia de un ataque contra el self.

En cambio, la depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico, con sensaciones de impotencia y de desesperanza y que junto con el sentimiento de culpa, que a la vez su causa y su síntoma fundamental, proviene de ataques reales o fantaseados realizados por el Yo contra los demás, además la depresión suele ser consecuencia de experiencias ya pa-

sadas.

Señala además, que la angustia está determinada por la vivencia del peligro que amenaza al organismo, proveniente del instinto de muerte y sugiere que ésta es la causa primera de ansiedad, así (en contraposición a lo que propone Freud), sostiene que en el inconsciente existe un temor a la aniquilación de la vida. Agrega que la lucha entre los instintos de vida y de muerte operan a partir del nacimiento y persisten a lo largo de toda la vida.

Menciona el temor de ser devorado por el animal totémico (el padre), que fue la primer situación de ansiedad descrita por Freud, Melanie Klein señala que este temor se deriva de la proyección de los propios impulsos agresivos del niño tendientes a devorar sus objetos; devorar implica desde el principio, la internalización del objeto devorado, el Yo se siente entonces como conteniendo objetos devoradores.

Así se forma el origen del Superyo, a partir del pecho devorador (la madre) y el pene devorador (el padre), estas figuras internas, crueles y peligrosas se convierten en representantes del instinto de muerte.

Melanie Klein establece una diferenciación entre dos formas principales de angustia: la angustia persecutoria y la depresiva. La primera se relaciona fundamentalmente con el sentimien-

to de aniquilación del self, la angustia depresiva se relaciona con la fantasía del daño hecho a los objetos internos y externos por los impulsos destructivos del sujeto. Dicha autora también llega a la conclusión de que la ansiedad depresiva está estrechamente ligada con el sentimiento de culpa y con la tendencia a la reparación. Inicialmente sostenía que estos sentimientos surgían con la introyección del objeto como una totalidad.

En trabajos posteriores, admite que pueden aparecer más precozmente durante la posición paranoide-esquizoide (primeros tres o cuatro meses de vida) y están relacionados con los objetos parciales (pecho-pene), esto es, que acepta que existe desde muy temprano, cierto grado de síntesis frente al amor y al odio en relación con los objetos parciales.

En su obra "Envidia y Gratitud", se refirió a la existencia de una culpa de aparición muy temprana, en donde señala textualmente: "el comienzo temprano de la culpa parece ser una de las consecuencias de la envidia excesiva. Si esta culpa prematura es experimentada por un Yo cuando aún no está en situación de soportarla, es vivida entonces como persecución y el objeto que la despierta se convierte en perseguidor".¹⁶

"Por consiguiente, el niño no puede elaborar la ansiedad de-

(16) Klein, Melanie. Envidia y Gratitud. Edit. Paídos, Buenos Aires. Vol. 6, 5ª. edición, 1984. págs. 51 y 52.

presiva ni la persecución, porque una y otra se confunden; - unos meses más tarde, al surgir la posición depresiva, el Yo más integrado y más fuerte tiene mayor capacidad para soportar el dolor de la culpa y desarrollar las defensas correspondientes, sobre todo la tendencia a reparar.

El hecho de que en el período temprano (es decir, durante la posición esquizo-paranoide) la culpa prematura incrementa la persecución y la desintegración, trae como consecuencia el fracaso en la elaboración de la posición depresiva".¹⁷

Para Melanie Klein, la esencia de la culpa reside en la sensación de que el daño hecho al objeto amado, tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto; la necesidad de reparar este daño proviene del sentimiento de culpa. Aunque, no precisa el planteamiento de si la culpa es un componente de la ansiedad depresiva y ambas son aspectos de un mismo proceso que consisten simultáneamente, o si una es consecuencia de la otra.

Sin embargo, afirma que en los primeros meses de vida, la ansiedad persecutoria puede interferir y retardar el proceso de integración, y las experiencias de ansiedad depresiva, culpa y reparación, sólo alcanzarán a tener un carácter transitorio o fugaz.

(17) Klein, Melanie. Op. Cit. págs. 53 y 55.

En consecuencia, "el objeto amado dañado puede transformarse rápidamente en perseguidor, y la necesidad de reparar o revivir el objeto amado, puede convertirse en la necesidad de apaciguar y propiciar al perseguidor; esta afirmación contiene una alusión a la existencia de otra clase de culpa que no tiene de a reparar un objeto amado, sino a apaciguar a un objeto temido y perseguidor que correspondería a lo que es la culpa persecutoria".¹⁸

Seligman (1983), señala que "en la mayor parte de sus formas, el trastorno depresivo, incluso el duelo crónico, la cuestión principal sobre la que una persona se siente impotente es su incapacidad de entablar y conservar relaciones afectivas." La sensación de ser impotente en estos particulares puede atribuirse a las experiencias que vivió en el seno de su familia durante la niñez. Estas experiencias que probablemente continúan en la adolescencia, se agrupan en tres o en alguna combinación de ellas.

1. Es probable que el individuo haya tenido la amarga experiencia de no haber conseguido nunca una relación estable y segura con sus padres a pesar de sus repetidos esfuerzos por lograrlo e incluso, a pesar de haber hecho lo más posible por satisfacer las exigencias de aquellos y tal vez,

(18) Klein, Melanie. Op.Cit. pgs. 60 y 61.

también la expectativas poco realistas que pueden haber concebido respecto del hijo.

Estas experiencias de la niñez, determinan una fuerte tendencia a interpretar cualquier pérdida que el individuo pueda sufrir posteriormente, como uno o más de sus fracasos en el empeño de establecer o conservar una relación afectiva estable.

2. Pueden haberle dicho muchas veces que era detestable, y/o inconveniente, y/o incompetente. Si tuvo experiencias de esta índole, ellas pueden haber determinado que el individuo se forjara un modelo de sí mismo, según el cual se representa como un ser detestable y no querido; y se forjará un modelo de las figuras de apego, según el cual se las representa como a seres inaccesibles que lo rechazan o que lo castigan. Por eso, si alguna vez esa persona sufre una adversidad, lejos de esperar que los demás le ayuden, los siente como seres hostiles que lo rechazan.

Una vez terminado el estudio, los autores concluyen que la experiencia de la pérdida puede contribuir de manera causal a crear trastornos depresivos en cualquiera de las tres formas siguientes:

- 1) Como agente provocante que aumenta el peligro de trastornos depresivos y determina el momento en que se dan: una

mayoría de las mujeres, tanto del grupo de pacientes como del grupo de casos de iniciación reciente, había sufrido una pérdida importante por muerte u otras razones durante los nueve meses anteriores a la aparición de síntomas.

- 2) Como un factor de vulnerabilidad que aumenta la sensibilidad de un individuo a tales sucesos, la pérdida de la madre experimentada antes de los 11 años, es muy importante.
- 3) Como factor que influye tanto en la gravedad, como en la forma de cualquier trastorno depresivo que pueda desarrollarse.

A través de la revisión realizada a lo largo de este capítulo, podemos observar que los autores citados coinciden en que el Yo juega un papel importantísimo en los sujetos deprimidos, ya que presentan una marcada reducción en sus valores personales, así como una disminución de la actividad psicomotora y orgánica.

En la presente investigación retomaremos la definición que hace Melanie Klein de la depresión, cuyas manifestaciones son de apatía, tristeza, decaimiento moral y físico, con sensaciones de impotencia y desesperanza y que junto con el sentimiento de culpa, que es a la vez su causa y su síntoma fundamental, proviene de ataques reales o fantaseados realizados por el Yo contra los demás, ya que la depresión suele ser consecuencia de experiencias ya pasadas.

C A P I T U L O I I I

MENORES INFRACTORES

1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONSEJO TUTELAR

Partiendo de que la población la conforman menores infractores en esta investigación, nos permitimos realizar una reseña del surgimiento del Consejo Tutelar en el Distrito Federal.

Así, encontramos que Rodríguez Manzanera (1941) en su libro "Criminología", señala al Derecho Penal Maya como severo, ya que en él eran comunes las penas corporales y de muerte. La minoría de edad era considerada como atenuante de responsabilidad; de tal manera que en caso de homicidio, el menor pasaba a ser propiedad como esclavo de la familia de la víctima, para compensar laboralmente el daño causado.

El pueblo azteca tenía una organización básicamente patriarcal, es decir, los padres tenían patria potestad sobre los hijos, pero no el derecho de vida o muerte sobre ellos. En este pueblo, el respeto a la persona humana era un principio esencial, así como lo relativo a la protección de los menores. Entre algunas de sus normas se establece que todos los hombres nacen libres, así sean hijos de esclavos. Vender a un niño aje

no se consideraba un delito grave; raptarlo se penaba con la muerte por estrangulación.

La minoría de edad es un atenuante de la penalidad, considerando como límite los quince años. La minoría de diez años es excluyente de responsabilidad penal. Los jóvenes que se embriagaban, sin importar su sexo, eran castigados con la pena de muerte por garrote. Cuando el niño se encontraba en un proceso educativo, la mentira se castigaba con pequeñas cortadas y rasguños en los labios, siempre que la mentira hubiese tenido graves consecuencias. Cuando los hijos jóvenes eran viciosos y desobedientes eran castigados con penas infamantes como: cortarles el cabello y pintarles las orejas, brazos y muslos, aplicadas por los padres; éstos podían vender a los hijos como esclavos, cuando eran incorregibles.

El niño hasta los cinco años quedaba a cargo de la madre, la cual tenía una obligación absoluta hacia él, al grado de que la falta de cuidado era considerada como "gran traición". En caso de enviudar la madre, no podía casarse nuevamente hasta no terminar la educación primaria del hijo. En sí, la sociedad azteca tenía un estricto control y vigilancia sobre la familia, y por otra parte, tenía un campo de acción bastante limitado para evitar la delincuencia.

Durante la colonización española (siglo XVI), llegan junto con los conquistadores los frailes, que traen consigo la

tradición del Tribunal para menores de Valencia, España; considerado como el más antiguo en su género; fundado en el siglo XIV por Pedro I de Aragón, con el nombre de "Padre de Huérfanos".

Los antecedentes españoles fundamentales, se encuentran en la VII Partida de Alfonso X (El Sabio), que establecen un sistema de irresponsabilidad penal total a los menores de 10 años y medio (infante), y una especie de semi-imputabilidad a los mayores de esta edad, pero menores de 17, a esta regla general corresponden una serie de excepciones, según cada delito. Sin embargo, en ningún caso podía aplicarse la pena de muerte al menor de 17 años.

A partir de la colonización española, las nuevas formas de trabajo, la miseria de los nativos, el abuso de los conquistadores y las enfermedades; fueron factores que trajeron como resultado, la muerte de millares y millares de personas, con la consecuencia natural de un sinnúmero de niños huérfanos y abandonados.

En 1535, Carlos V ordena la protección de niños desamparados; Fray Bernardino Alvarez, destina una sección para estos niños en su hospital; y en 1582 en el Hospital de la Epifanía se funda la primera Casa Cuna.

A fines del siglo XVIII y a principios del siglo XIX, los lugares destinados para niños abandonados empezaron a ce -

rrarse. Se da un decreto de supresión de las órdenes de hospitales de 1820 y los niños se refugiaron en los sitios destinados a los mendigos. La guerra de Independencia agravó la situación, que perduró casi todo el siglo XIX.

En el México Independiente nacen los primeros esfuerzos por legislar en materia de menores, así el 17 de enero de 1853 se instauran jueces para menores, de primera y segunda instancia; los cuales toman medidas no sólo contra delincuentes, sino contra jóvenes vagos.

En la Ley Transitoria que rigió a partir de 1872, se ordenaron las reformas de los edificios conocidos como Tecpan de Santiago y Hospicio de Pobres, para adaptarlos, el primero a la corrección penal de jóvenes delincuentes, y el segundo a la educación correccional.

En 1899 en Chicago, se estableció el Primer Tribunal para menores, con una orientación moderna. Ante los avances y reformas en el extranjero, se realizan proyectos en 1908, 1912 y 1920. El primero proponía la creación del Juez Paternal, sustituyendo al menor de la represión penal; el segundo da marcha atrás, conservando la estructura del Código de 1871; el de 1920 propone la creación de un Tribunal para menores, que fueron a la vez Tribunal Protector del hogar y la infancia.

El 19 de agosto de 1926, se aprueba el "Reglamento para la

clasificación de los menores infractores en el Distrito Federal". Este reglamento tenía el carácter de provisional, en tanto se legislaba sobre la materia, estableciendo un Tribunal Administrativo para menores (dependiendo del gobierno de la ciudad), que con un procedimiento sencillo, atendiera a los menores de 16 años sospechosos de la ley, y que fueran absueltos por falta de discernimiento por los Tribunales Comunes. Asimismo, auxiliaban a los Tribunales en casos de menores y veían casos de vagancia de menores de 18 años.

Así el 10. de octubre de 1928, empezó a regir la "Ley sobre la Previsión Social de la Delincuencia Infantil en el Distrito Federal" que trae reformas fundamentales al excluir el procedimiento penal a los menores de 15 años.

El 22 de noviembre de 1928, se publica el "Reglamento del Tribunal para Menores del Distrito Federal" dando vida plena al Tribunal que ya funcionaba en las calles de Vallarta. El 26 de junio de 1941, se crea la "Ley Orgánica y Normas de Procedimiento de los Tribunales de Menores y sus Instituciones Auxiliares en el Distrito y Territorios Federales" estando vigente durante treinta y tres años.

A fines de 1973, se presentó en la Cámara de Senadores una iniciativa de ley, con objeto de sustituir los Tribunales para menores por un organismo más moderno y operante.

El 26 de diciembre de 1973, se aprobó definitivamente la

ley que crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito y Territorios Federales, que sería publicada en el Diario Oficial del día 2 de agosto de 1974. El 7 de mayo de 1975, se inauguraron las nuevas instalaciones para los Consejos Tutelares, optimizando de esta manera, el cumplimiento de la ley.

A través de la revisión realizada, nos damos cuenta que el actual Consejo Tutelar para Menores Infractores, ha sufrido una serie de cambios y reformas radicales y de gran importancia a través de la historia, adecuándose cada vez más a las necesidades que la sociedad actual requiere; ya que estos Consejos Tutelares se han creado, con la finalidad de corregir las desviaciones sociales del menor infractor.

Ahora bien, es de vital importancia señalar el origen de las infracciones juveniles para conocer y entender el comportamiento que presentan dichos jóvenes.

2. CAUSAS DE LAS INFRACCIONES JUVENILES

Según las diversas escuelas, las causas de las infracciones juveniles son:

- 1) De orden individual
 - 2) De orden ambiental
 - 3) Provocadas por la ocurrencia de ambos factores
- 1) Dentro de las individuales, encontramos que pueden ser:

1.a) De tipo físico, es decir, por causas glandulares o por estructuras corporales. De las causas fisiológicas que mayor importancia tienen en las infracciones juveniles, es notable la crisis puberal, ya que en ellas se producen las más profundas modificaciones del sistema nervioso y endócrino.

Aparecen una serie de desequilibrios que consisten principalmente en anomalías instintivas y afectivas; inquietud psicomotora; inestabilidad hormonal. Estos desequilibrios pueden conducir a conductas antisociales.

1.b) De tipo psíquico, entre los que se encuentran: el bajo nivel intelectual; la personalidad psicopática; las crisis en el desarrollo del carácter y de la propia identidad.

Los disturbios psicológicos, son causa y razón de múltiples actitudes antisociales, como también lo son: la poca capacidad para manejar su agresividad y su escasa aptitud de adaptación. Con mayor razón están en peligro de delinquir, aquellos que presentan una enfermedad real, desequilibrio o disfunción psíquica.

2) Los factores sociales influyentes son:

2.a) De tipo familiar, como son las relaciones insatisfac-

torias entre padres e hijos, y las fallas en la disciplina y unión familiar.

- 2.b) De tipo económico y social. Tales como la pobreza, vivienda inadecuada, inseguridad económica, mendicidad, crisis sociales, las vecindades delinquentes, los conflictos de cultura, la falta de escolaridad y la influencia de los medios de información que muestran técnicas delictivas.

Las infracciones se muestran a veces en conductas aprendidas, según S. Therland, quien al desarrollar la teoría de la asociación diferencial de Sham, dice que la conducta delictiva se aprende por interacción con otros, en un proceso de comunicación.

Finalmente, se puede decir que el desajuste del menor infractor, es resultado de socialización a su propia personalidad de acuerdo a las normas establecidas por la sociedad.

- 3) Desde el punto de vista bio-social, podemos considerar la personalidad como el producto de la interacción de la disposición (organismo bio-psíquico), y el medio circundante (medio físico, comunidad, cultura). En una postura más amplia, podemos considerar la personalidad como la adaptación del individuo a su medio total, y los desórdenes de su conducta como una inadecuada adaptación al ambiente; entre éstos colocaremos a la con

ducta delictiva.

3. EL MENOR INFRACTOR Y SU TRATAMIENTO

A continuación damos a conocer la manera en que se conceptualiza al menor infractor, así como el tipo de rehabilitación al que se encuentra sujeto en las Escuelas de Tratamiento.

Se conoce como MENOR INFRACTOR a todo aquel individuo que "es el hijo de familia o pupilo que no ha llegado a la mayoría de edad y que comete una transgresión, violación o quebrantamiento de alguna ley, pacto o tratado y que por su minoría de edad es considerado inimputable".¹⁹

De acuerdo con esta definición, cuando hablamos de "hijo de familia o pupilo", nos referimos a los menores que están bajo patria potestad o tutela. Asimismo, el concepto de INIMPUTABILIDAD de acuerdo al Derecho Penal es "cuando el menor no ha alcanzado el desarrollo intelectual para conocer la criminalidad de actos que se puedan tipificar como delitos y no reúne las características de saber y querer".²⁰

(19) Rodríguez, Manzanera Luis. Criminología. Edit. Porrúa, 2ª. edición. México, pág. 21.

(20) Castro, Gabriela. La Madre Soltera como Infractora dentro de la Escuela Orientación para Mujeres. Tesis S.E.P. del Centro de Estudios Tecnológicos No. 51 Trabajo Social. México, 1985. págs. 2 y 3.

Dado que haremos referencia al concepto de conducta anti social con suma frecuencia en el transcurso de esta investigación, es importante señalar su significado, así como el concepto de capacidad.

La CONDUCTA ANTISOCIAL hace alusión a "todo aquel comportamiento humano que va en contra del bien común, entendiéndose como bien común aquél que es apto para servir o perfeccionar la naturaleza humana."²¹

Ahora bien, la CAPACIDAD "en el orden del Derecho Civil, es la aptitud para adquirir derechos y contraer obligaciones."²²

CARACTERISTICAS DEL CONSEJO TUTELAR

El Consejo Tutelar es el encargado de "... promover la readaptación social de los menores de 18 años, cuando éstos infringen las leyes penales o los reglamentos de policía y buen gobierno, o manifiestan otra forma de conducta que haga presumir, fundamentalmente una inclinación a causar daño a sí mismo, a su familia o la sociedad y ameritan, por lo tanto, la actuación preventiva del Consejo. La readaptación social busca promover mediante el estudio de la personalidad, la aplicación de medidas correctivas y de protección y la vigilancia del trata-

(21) Castro, Gabriela. Op. Cit. pág. 4

(22) Castro, Gabriela. Op. Cit. pág. 8

miento."²³

Actualmente, existe un Consejo Tutelar en el Distrito Federal y en cada uno de los Territorios Federales.

El Pleno está formado por un Presidente, que debe ser un Licenciado en Derecho; los Consejeros integrantes de la Sala, que está conformada por hombres y mujeres que son: un Licenciado en Derecho, un Médico y un Especialista en Infractores; - existen también tres Consejeros supernumerarios; un Secretario de Acuerdos del Pleno; un Secretario de Acuerdos para cada - Sala; el Jefe de Promotores y los Miembros de este Cuerpo; los Consejeros auxiliares de las Delegaciones Políticas del D. F. y el Personal Técnico y Administrativo que determinan el presu puesto.

El Procedimiento que se sigue al ingresar el menor infractor al Consejo Tutelar es el siguiente: primero es atendido por el Consejero Instructor de turno, quien escuchará y conocerá su caso en presencia del Promotor, quien intervendrá en todo procedimiento, desde el momento en que el menor queda a su disposición.

Se establecen las causas de su ingreso, así como las circunstancias personales del menor, y en base a los elementos -

(23) Ley que Crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito Federal. Secretaría de Gobernación. México, 1985. pág. 5

reunidos, se resuelve en el curso de las cuarenta y ocho horas siguientes: si queda en libertad incondicional; si se entrega a sus familiares o tutores; o se le interna en un Centro de Observación, la cual tiene por objeto conocer la personalidad del menor, para tal efecto, se practica: examen médico y psicológico, además de los que se juzguen pertinentes al caso.

Los estudios son realizados en base a cuatro aspectos:

a) ASPECTO SOCIAL.- Estudia y aporta datos sobre las características familiares; medio social en el que se ha desarrollado el menor; situación económica; condiciones generales de la vivienda; y los motivos que lo condujeron a infringir la ley.

b) ASPECTO MEDICO.- Evaluación de las condiciones físicas del menor y atención de cualquier anomalía, con lo cual pueden dictaminarse causas somatofísicas de la conducta criminal; y proporciona información acerca de los factores físicos que pueden contribuir para planear la rehabilitación.

c) ASPECTO PSICOLOGICO.- Informa sobre la estructura de la personalidad; desenvolvimiento conductual; nivel de inteligencia; y descarta o afirma la existencia de trastornos neurológicos, que pueden contribuir en la conducta delictiva del menor.

d) ASPECTO PEDAGOGICO.- Precisa las características educativas del menor, tomando en cuenta: conocimientos, aptitudes, intereses, limitaciones y carencias, así como vocación que serán

bases firmes para el proceso readaptativo.

Estos estudios apoyarán la resolución que el Consejo deberá adoptar, la determinación que éste tome, va encaminada al logro de la forma de rehabilitación más positiva.

TIPOS DE TRATAMIENTO

Cuando el menor no resulta nocivo en su conducta, se busca rehabilitarlo dentro de su ambiente familiar o social, utilizando regímenes de Instituciones abierta o semi-abierta. Las formas de internamiento tienen diversas modalidades:

a) RECLUSION A DOMICILIO

Esto se efectúa sólo cuando el menor tiene un núcleo familiar bien estructurado, que puede brindarle apoyo y seguridad. Teniendo estas bases, se decide por una de las dos modalidades de este tipo de reclusión:

- a.1) Reclusión absoluta: que consiste en dejar libre al menor, sin que intervenga el Consejo posteriormente;
- a.2) Reclusión vigilada: que consiste en que el menor acuda periódicamente a informar al Consejo acerca de su conducta, así como las visitas de Trabajadores Sociales.

b) RECLUSION ESCOLAR

Consiste en internar al menor en Instituciones Oficiales

o Privadas, en donde el menor experimenta las consecuencias de la separación familiar, así como las carencias derivadas de esta separación.

Esta modalidad se aplica a aquellos menores cuya conducta es de difícil manejo y presentan conductas inadecuadas, como evasión del domicilio; deserción escolar como respuesta a acontecimientos familiares o sociales de tipo circunstancial.

c) INTERNAMIENTO EN HOGAR HONRADO,
PATRONATO O INSTITUCIONES SIMILARES

Esta medida consiste en poner bajo la protección de un hogar bien organizado, ya sea que esté o no relacionado consanguíneamente con el menor, o bien en uno de los 10 Hogares Colectivos, creados por el Estado para dar protección y capacidad laboral a varones y mujeres menores de 17 años, que hayan infringido la Ley.

Esta decisión es tomada en los casos de menores abandonados moral y materialmente.

d) RECLUSIÓN EN ESTABLECIMIENTOS
DE EDUCACION CORRECCIONAL

Se aplica en menores de conducta antisocial, considerados como peligrosos tanto para sí mismos, como para la sociedad, y cuya rehabilitación requiere de un tiempo largo.

Para este efecto, la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, creó cuatro Instituciones que porporcionan educación básica y entrenamiento en oficios que permitan en lo futuro a la persona, lograr el desarrollo de sus potencialidades.

Así, encontramos que un alto índice de menores infractores sujetos a tratamiento son farmacodependientes, por ello, creemos conveniente dedicar un capítulo a la farmacodependencia, para integrar de esta manera la problemática que implica el tratamiento del menor infractor en el uso y consumo de sustancias tóxicas. Además de ser la farmacodependencia una parte esencial en la presente investigación.

C A P I T U L O IV

FARMACODEPENDENCIA

Hace relativamente pocos años se ha reconocido en todo el mundo las graves consecuencias patológicas y sociales derivadas del abuso de las drogas, así como la dependencia o habituación resultantes de éstas; antes de abordar el tema, aclararemos algunos conceptos que utilizaremos en este estudio.

Desde hace mucho tiempo se han utilizado distintos términos para designar la afición al uso de las drogas, tales como: hábito, toxicomanía, drogadicción y otros, de allí que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) adoptara el término de "farmacodependencia" para designar la adicción a las drogas.

Dicha organización, definió a la farmacodependencia como: "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido

por la privación."²⁴

Analizando esta definición, podemos decir que la droga o fármaco "es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar y originar cambios fisiológicos, emocionales o de comportamiento."²⁵

Como vemos, en la farmacodependencia encontramos implicados tres factores que la componen en mayor o menor grado: la dependencia física; la dependencia psicológica; y la tolerancia.

La dependencia física "es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende la droga."²⁶

Ahora bien, la O.M.S. define la dependencia psicológica al "uso compulsivo de una droga, sin desarrollo de dependencia física, pero que implica un grave peligro para el individuo. Es decir, en la dependencia psíquica, no se producen trastornos fisiológicos al suspenderse bruscamente la droga, sin embargo, el individuo siente la imperiosa necesidad de tomar la

(24) CEMEF. La Familia ante el Problema de las Drogas. México 1979. págs. 80, 81 y 82.

(25) Souza, Mario. El Maestro ante el Problema de las Drogas. México, S.E.P. 1981. págs. 44 y 45.

(26) Souza, Mario. Op. Cit. pág. 66

droga, este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona que varían según la droga de que se trate."²⁷

Por último, la tolerancia se refiere a "la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud."²⁸

La farmacodependencia está determinada por tres unidades: la droga y sus efectos, el farmacodependiente con sus características físicas y psicológicas, y el medio ambiente en que se desenvuelve el individuo.

Existen varias situaciones que favorecen la aparición de la farmacodependencia, entre las que se encuentran el acelerado proceso de transformación de la sociedad, el gran incremento en la tecnificación, los problemas de hacinamiento de masas sociales y la estructura tambaleante de la familia. Dentro de todos estos cambios, la juventud se inclina hacia la farmacodependencia en busca de la solidaridad con su grupo de iguales, el proselitismo social es un factor básico de su inicio dentro de la farmacodependencia. Aún más, las dificultades normales que tiene el adolescente para adaptarse a sus cambios y que implica autonomía, que se transforma en desafío a la autoridad y

(27) Calderón, Guillermo Depresión. Edit. Trillas. México, 1985. pág. 66.

(28) CEMEF, Op. Cit. pág. 84.

a las convenciones sociales.

La justificación de los farmacodependientes para continuar consumiendo estas sustancias, son a menudo la búsqueda de nuevas experiencias místicas, el aumento en sus capacidades creativas, el lograr su identidad, mejorar su capacidad sexual o sus relaciones humanas, sentir "bonito", evitar el aburrimiento, la angustia, la abulia, etc. En los estratos sociales bajos, se tiende a consumir sustancias tóxicas que económicamente son fáciles de adquirir, como son los productos volátiles, siendo estos el thinner, cemento, etc.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS O FARMACOS

En lo que respecta a los tipos de drogas o fármacos, se puede realizar una clasificación de acuerdo a los efectos que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona. Dicho efecto puede ser el acelerar o retardar la actividad mental. Las drogas que aceleran la actividad mental producen un efecto de excitación y reciben el nombre de estimulantes; los que retardan dicha actividad son denominados depresores.

a) ESTIMULANTES

Son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central acelerando la actividad mental, produce estados de excitación y altera las reacciones en el movimiento, el oído, la sensibili-

dad, etc. Entre los principales estimulantes encontramos a las anfetaminas.

1. ANFETAMINAS

Se encuentran en la composición de diferentes drogas como las dextroanfetaminas y metanfetaminas. Como efecto inmediato provocan sensación de vivacidad, agilizan el habla y aumentan la actividad motora y física en general.

2. COCAINA

Es la más potente de todas las drogas estimulantes, para sentir los efectos estimulantes se inhala o se inyecta, después de lo cual produce efectos similares a los de las anfetaminas "fuertes".

3. MARIHUANA

Es una preparación no refinada de la planta entera (cannabis sativa) incluyendo tallos, hojas y flores. Recibe diversas connotaciones como "yerba", "mota", "grifa" y otros; produce efectos intoxicantes debido a varios de sus componentes, los cannabinoles, entre los cuales el más potente es el tetrahidrocannabinol (THC).

Los efectos que causan al fumar la marihuana pueden variar, dependiendo de la concentración de la droga ya que, produce diferentes grados de intoxicación. Entre éstos se encuentran estados de euforia con acceso incontrola -

ble de risa; relajamiento y alteración de la percepción visual, auditiva y gustativa; estados temporales de confusión, deterioro de la memoria y la atención, amodorramiento.

En cuanto a los efectos físicos temporales que se presentan está el enrojecimiento de ojos, aceleración de los latidos cardíacos, resequedad de la boca y garganta, mareos, vómitos, temblor y adormecimiento de las extremidades.

4. L S D

Es una droga extremadamente poderosa que altera el estado mental y es obtenida sintéticamente. Es cuatro mil veces más poderosa que cualquier otra droga de la familia de los alucinógenos.

5. MEZCALINA

Es el alcaloide más activo que se encuentra en el cactus del peyote. Esta se encuentra químicamente relacionada con la anfetamina y su efecto estimulante más profundo es el de la visión, la cual se agudiza y permite que los colores parezcan más profundos y brillantes.

6. PSILOCIBINA

Es una droga alucinógena que se produce sintéticamente, derivada de unos hongos que crecen en México. Se toma

por vía oral. Esta droga puede producir "viajes" de cuatro a catorce horas, similares a los de la mezcalina, pero más visuales.

b) DEPRESORES

Como los sedantes que son drogas depresoras del sistema nervioso central, tienen un efecto tranquilizante y producen sueño, se les conoce también como calmantes y píldoras para dormir. Dentro de estas drogas depresoras están las siguientes:

1. ALCOHOL

Inhibe las acciones del sistema nervioso central, con una dosis pequeña se presenta relajación sensación de bienestar, disminución de los reflejos.

Una dosis mayor (el doble de la anterior), provoca dificultad en el habla, incoordinación de los movimientos, juicio alterado, falta de control emocional. En realidad, es la droga que más se consume en México y en el mundo, ya que es aceptada socialmente.

2. BARBITURICOS

Representan uno de los porcentajes más altos de uso y abuso indebido. Los de mayor consumo son: pentobarbital, secobarbital y amobarbital, estos sedantes causan adicción rápidamente, dependiendo de la cantidad y la fre -

cuencia con que se ingieren.

3. TRANQUILIZANTES

El de uso más frecuente es el diazepam; éstos suelen ser muy perjudiciales si se les combina con otras drogas, en especial con alcohol y otros sedantes.

4. HEROINA

Es una droga narcótica, a los pocos minutos de haber sido administrada se establecen los efectos de "elevación" regulares de la heroína; sensación de calor corporal, tranquilidad y aumento de la confianza en sí mismo.

5. INHALANTES

Son aquellas sustancias volátiles producidas comercialmente para uso doméstico e industrial, que pueden utilizarse como droga y cuyos vapores al ser aspirados producen intoxicación en el organismo. Al igual que otras drogas, los efectos varían de acuerdo a la condición física y estado mental del usuario; así como el tipo de sustancia, en su potencia y frecuencia de inhalación.

Los síntomas son similares a los de la intoxicación por alcohol (euforia, incoordinación muscular, pérdida de inhibiciones, confusión, balbuceo, mareos, náuseas y vómito); y pueden presentarse alteraciones en el juicio, irritabilidad, conducta agresiva, entumecimiento, lagrimeo y

dolor de cabeza.

El aspirar estas sustancias puede provocar la muerte, ya que interfieren con el funcionamiento del corazón y de órganos del aparato respiratorio; además ocasiona alteraciones en el riñón y el hígado, anormalidades en la sangre, gastritis, úlceras gástricas y deterioro mental. Debido al daño cerebral que originan, presentan también alteraciones en la memoria y en la habilidad para pensar y actuar.

El uso frecuente de estas sustancias puede causar dependencia psíquica y física, es decir, una necesidad de aumentar la frecuencia y cantidad del producto; además al suspender su uso, aparecen síntomas como dolor de cabeza, abdomen, y calambres en las piernas. Cabe mencionar que los inhalantes por su bajo costo y fácil obtención, son productos de mayor consumo dentro de la muestra de la presente investigación.

Debido al alto índice de jóvenes farmacodependientes en nuestro país, se inician en la década de los años sesenta una serie de proyectos para atender al farmacodependiente, y es hasta 1970 cuando comienzan a funcionar los Centros de Integración Juvenil (C.I.J.)

Entre sus múltiples investigaciones, encontramos una en-

cuesta realizada en los planteles educativos (el único inconveniente para aquellos que no asisten a la Escuela y son farmacodependientes) en relación con la marihuana.

Según las estimaciones de esta investigación, el porcentaje de usuarios de marihuana en la República Mexicana aumentaría 25 veces a lo largo de la década pasada, puesto que pasa de un 0.35% en 1970 al 9.0% en 1980. Tal crecimiento no sería uniforme en todo el país, pues mientras en la Región del D.F. Netzahualcóyotl y Naucalpan aumentaría 70 veces en el área de provincia, durante el mismo período, crecería 12 veces. Esto plantea la posibilidad de que sea en las áreas de mayor desarrollo industrial y comercial donde más se presenta el consumo de marihuana.

Se observa que para 1980, la región que comprende los Estados de Morelos y Guerrero sería la más afectada puesto que el índice de usuarios alcanza el 18.%. En esa región queda incluida la ciudad de Acapulco, localidad donde se observaría el mayor índice de usuarios de la zona. La segunda zona mayormente afectada sería la localizada en el Noroeste del país. Se encontró que en 1980 el índice de usuarios llegó al 9.3% (Sinaloa y Sonora).

Los Estados de Coahuila y Chihuahua integran la tercera zona más afectada del área de provincia, el índice de usuarios de marihuana en 1980 comprendió el 7.3%, siendo la ciudad con

mayor índice la de Chihuahua.

A excepción de Acapulco e Irapuato, las áreas urbanas más afectadas se localizan en la región Pacífico Norte, y las que ocupan la parte central del Norte del país. Estos resultados coinciden con una idea general expresada a mediados de la década pasada, la cual indicaba que el problema del uso de drogas, apareció a fines de los años sesenta en la frontera norte del país, luego se extendió a las áreas urbanas del centro y de ahí siguió creciendo.

Sin duda, la vecindad con Estados Unidos, el principal mercado de drogas del mundo, afecta de manera especial a las ciudades del norte de nuestro país. Por un lado, en Norteamérica existe un mercado de drogas rentable, lo cual puede estimular su producción y por otra parte, México es utilizado como punto de tránsito de drogas hacia Estados Unidos de Norteamérica. Es muy posible que ambos factores influyan también para el mayor uso de marihuana en esas regiones.

En 1970 se realiza otro estudio en los hogares, en relación al consumo de marihuana, en el que se llegó a la conclusión de que, a pesar de que todos los estudios se realizaron en un mismo tipo de población y con metodología semejante, ofrecen resultados diferentes entre sí, lo que plantea un desarrollo específico del uso de marihuana, debido a las característi

cas propias de cada lugar.

En sí, las ciudades en las que se reportó una mayor incidencia del consumo de marihuana fueron las del norte del país, y el índice menor proviene de las ciudades del centro de la República.

En 1981 el Centro de Integración Juvenil, realizó una comparación del uso de marihuana en niveles educativos medio básico, medio superior y superior. La población más afectada resultó ser la que cursaba el nivel medio básico, seguida por el nivel medio superior.

Las investigaciones realizadas con inhaladores reportan que en 1980, el mayor índice de usuarios es la compuesta por Morelos y Guerrero, éste último Estado, según COPLAMAR es uno de los que tienen mayor grado de marginación, lo cual podría influir para explicar tal aumento, ya que es sabido que los habitantes de las zonas económicas y socialmente deprimidas, son las que más recurren al uso de inhalantes.

Otra región en la que se encontró un elevado índice de usuarios, es la constituida por Michoacán y Guanajuato, en esta zona se encuentra una de las principales áreas de desarrollo de la industria zapatera, en la cual, una de las materias primas son sustancias volátiles.

El porcentaje más alto en las entrevistas efectuadas en

casas, se presentó entre habitantes de una zona marginal, lo que refuerza la idea de que los inhalables son sustancias de abuso, a las que recurren con mayor frecuencia personas económicamente carenciadas.

Comparando los niveles escolares siguientes: elemental, medio básico, medio superior y superior; el índice mayor lo obtiene el nivel elemental, lo que supone que en el interior de la República, los inhalables son utilizados por niños y/o adolescentes tempranos.

Considerando únicamente el estudio Epidemiológico en Escuelas realizado por Centros de Integración Juvenil en 1981, y contrastando las drogas de uso no médico de mayor frecuencia: marihuana e inhalables, se concluye que el uso de marihuana casi dobla al de inhalables en las ciudades de Tijuana, La Paz, Hermosillo, Mazatlán, Guadalajara y Mérida. De manera inversa, el uso de inhalables predomina en las ciudades de Nogales, Piedras Negras, Pachuca y Puebla.

Pasando al grupo de Depresores (ansiolíticos, sedantes - no barbitúricos y tranquilizantes), encontramos que estas drogas son usadas principalmente por adultos; las personas que con mayor frecuencia reportan haber consumido sedantes no barbitúricos son los de más edad; además, los ansiolíticos son drogas que prefieren las mujeres.

La cocaína es una droga que aumentó su uso durante los años de 1970 a 1980; es una sustancia a la que recurren jóvenes mayores adultos. Al comparar los niveles de educación, encontraron mayor incidencia en el nivel superior.

El tipo de sustancia preferido de acuerdo a la edad del usuario, se tiene que las drogas de aquellas personas muy jóvenes son inhalables; de los jóvenes la marihuana; y de los adultos, las drogas de uso médico o bien el alcohol.

Por lo común, los inhalables se consideran privativos de estratos socioeconómicos bajos, sin embargo, investigaciones realizadas en escuelas ubicadas en zonas de diversos estratos socioeconómicos, llegan a la conclusión de que su uso se ha extendido a otros niveles, aún cuando los estratos socioeconómicos bajos continúan el predominio.

En 1981 se realizó un estudio descriptivo entre dos grupos de farmacodependientes de Cuernavaca, uno asistió a un Centro de Tratamiento y el otro no.

La población se tomó de aquellos que habían hecho su inscripción al Centro de Integración Juvenil en 1974 a 1976, y se basaron en los expedientes para lograr la localización de los pacientes. En total fueron 92 personas, y por haber sido tan pequeña la muestra no fue necesario estratificarla para hacer la selección. Y para que esta fuera más representativa de la

población que acude al C.I.J., se procedió a una ordenación im
plícita de los sujetos a cuatro niveles:

1. Por sexo.
2. En cada uno de los dos apartados ya establecidos por fre -
cuencia de asistencia al centro.
Los que asistieron una vez.
Los que asistieron más de una vez y menos de ocho.
Los que asistieron más de ocho veces y más.
Los que seguían asistiendo.
De éstos, ninguno había sido dado de alta.
3. Dentro de cada uno de estos estratos, se ordenaron los inte
grantes por edades en orden progresivo ascendente.
4. Cuando varios sujetos tenían la misma edad se enlistaron en
orden alfabético.

Para seleccionar la muestra se escogió uno de cada dos
de los 92 pacientes, se siguió el orden de la lista, habiéndolo
se determinado el primer sujeto según la tabla de números alea
torios, con lo cual resultó igual a 46.

Para la selección de la muestra de los farmacodependien
tes sin tratamiento, primeramente se elaboró una lista de los
integrantes de los grupos detectados en el trabajo de campo
que, según se sabía, eran adictos y no recibían tratamiento al
guno. Se obtuvo una población total de 138 sujetos. Se enlista

ron y ordenaron en tres niveles ya que no asistían a tratamiento.

1. Por sexo.
2. En cada uno de los dos apartados ya establecidos por edades, en orden progresivo ascendente.
3. Por orden alfabético dentro de cada grupo de edades.

Se seleccionó la muestra escogiéndose uno de cada tres sujetos, con lo cual resultó igual a 46.

La información se recabó en trabajo de campo y guiándose en los apartados de un cuestionario previamente elaborado, luego los datos fueron vertidos en cuestionarios a fin de ordenar de manera uniforme el material recabado. Por lo tanto, la cédula no se aplicó directamente a los interesados excepto a unos pacientes del C.I.J., con los cuales se podía proceder con toda confianza.

El cuestionario contenía: datos generales, información sobre la farmacodependencia del sujeto, sustancias utilizadas, frecuencia de uso, tiempo total de consumo, inicio, actitud del sujeto hacia la droga. Con este instrumento se obtenía el grado de adicción del sujeto, las circunstancias que influían sobre el uso y abuso de drogas, y su actitud hacia los fármacos.

Para los sujetos del C.I.J., las entrevistas se realiza-

ban en dicho centro con cita previa, y aquellos que no se presentaban eran entrevistados en su domicilio.

Con los integrantes de los grupos, el investigador obtuvo la información mediante intercambios amistosos con los sujetos, es decir, durante un paseo a pie o en coche, en una fiesta, en la calle, etc. Siempre recabó los datos dentro de una conversación informal, que en ningún momento se parecía a un interrogatorio.

A lo largo de la investigación, se observó que los sujetos de ambas muestras eran influenciadas tanto por su familia como por su medio social, influencias que parecían determinantes en su actitud hacia la droga y el tratamiento.

Las influencias de la familia con respecto al consumo de drogas aparecieron en diversas etapas del consumo y con peculiaridades distintas, de acuerdo al estrato social al cual pertenecían los sujetos investigados. Se pudo apreciar que en el inicio de la farmacodependencia fue muchas veces la dinámica conflictiva la que los llevó a consumir drogas; otras veces, en las familias de los interesados ya existía otro miembro farmacodependiente o alcohólico.

Después de algún tiempo en el uso de drogas y si el sujeto vive en el medio familiar o está en relación con éste, la familia se preocupa y trata de ayudarlo buscándole algún trata-

miento.

En el transcurso de nuestra investigación bibliográfica, encontramos algunos estudios sobre menores infractores farmaco dependientes, mismos que a continuación revisaremos.

La Psicóloga Rubio (1974), en su trabajo "Algunos aspectos de la personalidad de un grupo de adolescentes infracto - res", consideró importante el analizar el por qué algunos adolescentes cometen infracciones y otros no, bajo iguales condiciones de edad, escolaridad y nivel socioeconómico. Para realizar su investigación, estudió una muestra de 520 adolescentes de ambos sexos con las características antes mencionadas.

Formó dos grupos, uno compuesto por 400 jóvenes no in - fractores (grupo control) y otro por 120 adolescentes infracto res internados en el Consejo Tutelar del Distrito Federal (grupo experimental). Se les aplicó el cuestionario de Willoughby y los resultados los analizó estadísticamente mediante la prueba de Mann-Witney.

Encontró que en los menores infractores existe una ten - dencia neurótica mayor que en los adolescentes no infractores. Y considera que los cuestionarios de personalidad no son con - fiables, pues los sujetos pueden falsear los datos, además de verse afectados por el nivel de cultura de los sujetos, así como en las condiciones en las que se aplican.

En el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia se realizó una investigación titulada "Características socio-culturales y familiares de adolescentes infractores farmacodependientes".

Consideraron tres factores que favorecen el uso de drogas, los de tipo social, entre los que influyen la migración, ya que implica un enfrentamiento de valores y costumbres pertenecientes a dos diferentes subculturas, además la influencia del grupo de amigos. Otro factor es el familiar, en donde evidenciaron fallas en la estructura, ya sea por muerte o separación de alguno de los padres, dificultad en la satisfacción de necesidades de afecto y seguridad.

Por último, los factores personales en los que figuran las limitaciones de tipo intelectual, intensa depresión, pasividad, dificultad en el control de impulsos y relaciones interpersonales caracterizadas por una tendencia a depender de otros.

Los sujetos reunían las siguientes características: 60 jóvenes cuyas edades fluctuaban entre los 14 y 18 años, con un grado de escolaridad de tercero a sexto año de primaria. Al realizar el estudio, algunos adolescentes estaban internados en Consejo Tutelar y otros en orientación varones (todos menores infractores).

Formaron dos grupos: adictos y experimentadores, además

de un grupo control, que se refiere a jóvenes que no habían usado drogas.

El grupo de adictos fue formado por adolescentes que habían usado marihuana y sustancias volátiles principalmente; y en forma secundaria pastillas y otras sustancias tóxicas. El de experimentadores lo integran adolescentes que habían usado tóxicos un máximo de cuatro veces, pero que al momento del estudio tenían un mínimo de seis meses de no consumirlas.

Encontraron que las drogas utilizadas por los adictos y los experimentadores, en orden de frecuencia fueron sustancias volátiles, marihuana y pastillas. Los usuarios de drogas, habían tenido más de un ingreso al Consejo Tutelar y que en su mayoría habían cometido robos en grupo.

Referente al nivel escolar, todos presentaron un retraso en relación edad-escolaridad. También se encontró que comenzaron a trabajar entre los nueve y 14 años de edad como vendedores en tiendas y como obreros; y procedían de un nivel socio-económico bajo.

"Opinaron que por el hecho de pertenecer a familias en las que existían numerosos miembros y en las que ocupaban un lugar intermedio, esto dificultó la satisfacción de sus necesidades de afecto y seguridad. Tomaron en cuenta que fueron adolescentes que vivieron separados de su hogar antes de ingresar

al Consejo Tutelar; se podría pensar que se habían visto expuestos a presiones ambientales en una edad en la que todavía no habían integrado marcos de referencia claros."²⁹

En el grupo de adictos fue en el que existieron mayor número de personas que formaban parte de un grupo de amigos con el que se reunían frecuentemente y participaban en infracciones bajo el efecto de algún fármaco o simplemente pasando el tiempo juntos. El grupo reportó tener amigos mayores que ellos y en ningún caso menores.

Con respecto al comportamiento sexual, más de la mitad informó haber tenido relaciones sexuales, aunque fue el grupo de experimentadores el que obtuvo el porcentaje más elevado.

En este estudio se concluyó que los adolescentes de esta investigación habían tenido mucha dificultad para funcionar dentro de roles sociales aceptados, dada su problemática social y educativa, siendo la farmacodependencia la única opción para su adaptación.

En la tesis "Estudio descriptivo del tratamiento que reciben los menores infractores en delitos sexuales en la "Escuela Orientación para Varones", se realizó una investigación a partir de una muestra de 25 casos que fueron remitidos del Consejo Titular para tratamiento, por haber cometido "delito se -

(29) CEMEF. Op. Cit. pág. 110.

sual". Se analizaron las versiones de los infractores, mismas que fueron retomadas de los expedientes de cada uno de ellos.

Las conclusiones derivadas de esta investigación son las siguientes: "La conducta manifestada por ellos, es imitación del exterior, el cual por lo general es negativo, dadas las condiciones en que se encuentran, y esto se ve reforzado por la ausencia constante de los padres en el hogar, no existiendo control de los menores en el mismo.

Los menores no contaban con información sexual. Además, "no se encontró patología en los menores, sino la falta de un ambiente social adecuado."³⁰

"Las versiones de los menores nos hacen pensar que la infracción cometida, se debe generalmente, a un conjunto de factores que concurren en un momento determinado, convirtiendo a los jóvenes no en menores infractores, sino en víctimas de las circunstancias del medio que les rodea y de una cultura transmitida en forma distorsionada y mal orientada, lo que ocasiona disonancia, ya que no hay coherencia entre lo que es observado y aprendido."³¹

La escuela orientación, no cuenta con un tratamiento es-

(30) CEMEF. Op. Cit. pág. 115.

(31) CEMEF. Op. Cit. pág. 85.



pecífico para atender a estos jóvenes que han cometido dicha falta. Por último mencionan que no hay una selección de los alumnos de acuerdo al grado de contaminación, y esto aunado a los puntos anteriores, provocan el incumplimiento de los objetivos que se ha planteado el Plantel, mismos que son la readaptación social.

El CEMEF realizó una investigación acerca de las "características de personalidad de un grupo de adolescentes farmacodependientes infractores", en ésta proponen que el abuso de fármacos es un síntoma de una personalidad mal adaptada y dichos jóvenes perciben la farmacodependencia como un mecanismo de evitación que refleja la incapacidad del adolescente para enfrentarse al reto de jugar roles adultos.

"La hipótesis que plantearon fue que los jóvenes se habían desarrollado en un ambiente que les había proporcionado una pobre estimulación tanto de carácter afectivo como intelectual, lo que dio como resultado una personalidad inmadura que se reflejaba en limitaciones de tipo intelectual, de control de impulsos y en sus relaciones interpersonales.

Esto originó en ellos una sensación de incapacidad y torpeza que los tornaba inseguros en su conducta, asimismo la insatisfacción de sus necesidades de afecto y seguridad determinó en ellos un sentimiento de intensa depresión, que es lo que matizaba su estado y les daba una sensación de soledad y vacío

emocional que se manifestaba en pasividad extrema, misma que los llevaba a asimilar cualquier influencia por un deseo de depender, ser guiado y dirigido."³²

Además explicaron que el adolescente en su búsqueda de ser querido y aceptado, se integra a un grupo de iguales en el que se va a adaptar a las normas establecidas, sin valorar si éstas son adecuadas, en el que el uso de la droga o cualquier infracción se transformen en patrones de conducta.

En 1978 se realiza otra investigación denominada: "Características de personalidad de un grupo de adolescentes infractores", este estudio consistió en comparar 52 jóvenes de escuelas de tratamiento (varones y mujeres) e igual número con adolescentes de escuelas secundarias, entre 15 y 18 años de edad. Se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I., en dos sesiones. La administración se realizó en forma colectiva, y se aplicó además, la prueba de Raven que mide inteligencia.

En ambos grupos se encontró que la capacidad intelectual fluctuaba entre inferior al término medio a superior al término medio. De acuerdo a la prueba de personalidad, se encontró que los jóvenes de escuela secundaria primero somatizan, además caen en depresión, siendo esto lo que los controla; a la

(32) CEMEF. Op. Cit. pág. 44.

vez son más fantaseosos. En la escuela orientación, los adolescentes son más impulsivos y descargan más energía al medio ambiente, somatizando en forma posterior.

Este estudio concluye que el medio ambiente y el nivel socioeconómico es lo que determina la diferencia de conducta y ciertas características de personalidad en ambos grupos.

El "Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes" (inhaladores versus no inhaladores) a través del M.M.P.I. y del E.P.Q., se realizó con 60 sujetos de los cuales, 26 eran inhaladores de sustancias volátiles (cemento, plástico, thinner, gasolina, etc.) y 34 no inhaladores pero farmacodependientes de otro tipo de adicción (marihuana, peyote, cocaína, L.S.D., etc.)

Con la finalidad de observar si existían estructuras de personalidad diferentes en estos dos grupos y además obtener el nivel de correlación entre dos pruebas que fueron el M.M.P.I. y el cuestionario de la personalidad de Eysenck (E.P.Q.), en este último se encontró que los dos grupos presentaron características neuróticas y específicamente el grupo de inhaladores obtuvo calificaciones significativamente más altas en la categoría de neuróticos introvertidos. Sin embargo, en el M.M.P.I. no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero sí se encontró marcados rasgos de esquizofre -

nia, personalidad psicopática y depresión.

Esta tesis concluye que las causas de la inhalación son varias, siendo las principales: hogares desintegrados, familias mal estructuradas y organizadas, la migración de zonas rurales a áreas urbanas, la pobreza, la constante frustración para experimentar sensaciones placenteras y disminuir sentimientos de tristeza.

También señalan que la edad es la que representa mayor riesgo en el consumo de estas drogas (inferior a los 15 años), y que la escolaridad de los grupos estudiados difícilmente llega a secundaria, y un gran porcentaje de estos no trabajan ni estudian, aunado a que provienen de una familia numerosa, provocando por lo mismo problemas económicos, desnutrición, dificultades de vivienda, falta de cuidado y problemas de educación.

Como hemos observado a lo largo de esta revisión, podemos decir que hasta este momento no se han elaborado estudios en los que se aborde el tema de la depresión específicamente en este tipo de población, que si bien se han llevado a cabo investigaciones, mismas que han dado a conocer algunos rasgos de personalidad, y cómo influyen los factores externos en las infracciones juveniles.

C A P I T U L O V

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Son los menores infractores farmacodependientes los que presentan rasgos depresivos más severos que los que no lo son?

HIPOTESIS:

Hipótesis Conceptual:

Los menores infractores farmacodependientes presentan rasgos más agudos de depresión que los que no lo son.

Hipótesis Alternativa:

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a rasgos depresivos en menores infractores farmacodependientes y los que no lo son.

Hipótesis Nula:

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a rasgos depresivos en menores infractores farmacodependientes y los que no lo son.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable Independiente: Farmacodependencia.

La farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fenómeno caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Definición Operacional:

En esta investigación, consideramos farmacodependiente a to menor infractor que presenta un grado de intoxicación, debido al uso y consumo de sustancias tóxicas.

Variable Dependiente: Depresión.

La depresión es una reacción básica del Yo, en donde éste se encuentra paralizado porque siente la incapacidad de enfrentarse con el peligro que lo amenaza.

Definición Operacional:

Consideramos depresión a las manifestaciones de apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia.

SUJETOS:

La población en estudio está compuesta por 32 adolescen-

tes infractores internados en la Escuela Orientación para Varones. Las características que debían presentar para este estudio son que, ninguno de los sujetos debía estar en tratamiento médico psiquiátrico; con una edad que fluctuaba entre los 14 y 18 años de edad; de un nivel socioeconómico bajo; y que contarán con una escolaridad no arriba de tercero de secundaria.

La población se dividió en dos grupos:

Grupo I Integrado por 16 adolescentes infractores farmacodependientes.

Grupo II Formado por 16 adolescentes infractores no farmacodependientes.

Cabe mencionar que la presente investigación se realizó con sujetos del sexo masculino, ya que en la Escuela Orientación para Mujeres no fue posible el acceso.

ESCENARIO:

La aplicación de las pruebas psicológicas, se realizó en las instalaciones de la Clínica de Conducta de la Escuela Orientación para Varones, ubicada en Tlalpan, D. F. Cabe señalar que dicha Escuela, alberga a adolescentes procedentes del Consejo Tutelar para Menores Infractores para su rehabilitación y tratamiento.

TIPO DE ESTUDIO:

Consideramos la presente investigación un estudio de cam

po, ya que según Kerlinger (1979), los estudios de campo se caracterizan por estar encaminados a descubrir las relaciones o interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales, esto es, aquellos trabajos que en forma sistemática busquen relaciones que prueben hipótesis, realizándose éstos en escenarios naturales, como escuelas, fábricas, instituciones, etc.

INSTRUMENTOS:

En el presente estudio se utilizó la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) creada por los Doctores Williams W. K. Zung y N.C. Durham, Profesores e Investigadores de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Duke del Hospital de la Administración de Veteranos y Miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría. Utilizamos dicha escala por su confiabilidad, validez, sencillez, y fácil obtención de datos.

La escala surge de la necesidad de evaluar la depresión ya sea como afecto, síntoma o enfermedad; de una manera sencilla y específicamente como una enfermedad psiquiátrica. Zung y Durham consideraban que las escalas de depresión existentes eran inadecuadas, ya que eran extensas y requerían de mayor tiempo para su aplicación.

Por ello, es que elaboraron esta escala, la cual reúne los siguientes requisitos:

1. Es aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que reuniera los síntomas más representativos de la depresión.
3. Es breve y sencilla.
4. De aplicación más cuantitativa que cualitativa.
5. Auto-administrable.

La prueba consta de 20 ítems y fue creada de modo que 10 ítems fuesen expresados en forma sintomáticamente positiva y 10 expresados sintomáticamente negativa, éstos se construyeron en base a los criterios clínicos más comúnmente usados para caracterizar los desórdenes depresivos (ver tabla No. 1), estos temas o declaraciones están redactados como frases basadas en material de entrevistas con pacientes y elegidos como las más representativas del síntoma específico.

Cuando se usa el EAMD, se pide al sujeto que califique cada uno de los 20 temas según sea aplicable a él en el momento de hacer la prueba, en cuatro términos cuantitativos que tienen valores numéricos del uno al cuatro y son: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre.

La forma final de la escala tal y como fue usada se encuentra en la tabla No. 2 y la escala definitiva se encuentra en la tabla No. 3.

La escala está construída de tal forma que el paciente menos deprimido y con menos molestias tengan la marca más baja en la escala y el paciente más deprimido y con mayores molestias tenga la más alta.

El índice para la EAMD se estableció mediante la división de la suma de valores (puntaje bruto) obtenido de los 20 ítems, multiplicado por el máximo posible de la marca 80 y expresados en decimales (tabla No. 5)

La EAMD fue aplicada para su validez durante un período de cinco meses en el servicio psiquiátrico del Hospital de Duke a un grupo control y a uno experimental, resultando tener validez y confiabilidad, siendo además una valiosa ayuda para el diagnóstico de la depresión, así como la elección el mejor tratamiento de la misma.

En relación al Test de Apercepción Temática (T.A.T.), se aplicaron seis láminas, la 1, 3VH, 6VH, 11, 14 y 15, en las cuales se pueden obtener rasgos depresivos.

Inicialmente se hizo un listado de todas aquellas palabras que denotan depresión, esto de acuerdo al marco teórico.

Una vez obtenida esta lista, se solicitó la cooperación de tres psicólogos clínicos con cinco años de experiencia, mismos que tuvieron que calificar con el número uno cuando encontraron rasgos depresivos, y el cero a falta de dicho rasgo;

para optimizar la calificación, se elaboró un cuadro en donde aparecía el dato de identidad y seis casillas para marcar las respuestas, según ha sido descrito en párrafos anteriores.

PROCEDIMIENTO

Este estudio se dividió en dos aspectos: el primero consistió en revisar los expedientes de los infractores de la Escuela Orientación para Varones, para conocer las causas de ingreso y de esta manera saber el total de menores que ingresan a la institución por la infracción de farmacodependencia, y obtener la muestra de estudio, además de los datos como son: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, antecedentes familiares, coeficiente intelectual, daño orgánico. En el caso de menores infractores farmacodependientes, se tomó en cuenta el tiempo de inicio en la farmacodependencia.

La segunda parte comprende la entrevista a los sujetos seleccionados en la Clínica de la Conducta, estableciendo primeramente el rapport por medio de una entrevista no dirigida, en la que el sujeto expresara su estado de ánimo. Posteriormente se le pidió al entrevistado que contestara las preguntas de Zung, mismo que les fue entregado, así como lápiz y goma de borrar, se le proporcionaron las siguientes instrucciones: "Marca con una cruz la opción que más se aplique a tu caso."

Además se les pidió que contestaran lo más sincero posi-

ble, ya que no había respuestas buenas ni malas, y por último, que los resultados que se obtuvieran no serían tomados en cuenta para su tratamiento interno, ya que se trataba de una investigación independiente.

Posteriormente se les aplicó el Test de Apercepción Temática a cada uno de los sujetos.

RESULTADOS:

Se realizó el análisis estadístico con la población total de 32 sujetos, primeramente un análisis de frecuencias por grupo, con la finalidad de comparar ambos grupos.

A continuación exponemos a través de tablas los resultados obtenidos en el análisis de frecuencias, tanto de la muestra total de 32 sujetos, así como el grupo de 16 menores infractores farmacodependientes (MIF) y 16 menores infractores no farmacodependientes (MINF).

De la muestra estudiada el 50% presentan farmacodependencia, el 50% ingresaron por otras infracciones tales como robo, homicidio, violación, etc. Como vemos, la causa más frecuente de ingreso en la población sujeto a investigación es la farmacodependencia.

Tabla 1.- MOTIVO DE INGRESO		
INFRACCION	No. SUJETOS	PORCENTAJES
Farmacodependencia	16	50 %
Otras infracciones (robo, homicidio, violación).	16	50 %
	<u>32</u>	<u>100</u>
Distribución de Frecuencias en cuanto al motivo de ingreso en la Escuela Orientación para Varones en la muestra total.		

Ahora analizaremos algunas características que presenta la población para descartar posibles variables extrañas.

EDAD

En la muestra total se obtuvo una media de 16.2 años y una desviación estándar de 1.03 años; la edad para el grupo MIF cuenta con una media de 16.3 años y una desviación estándar de 1.19; para el grupo de MINF la media fue de 16.12 y la desviación estándar de 1.88.

Por lo que se puede decir que la muestra se distribuye homogéneamente de acuerdo a la edad de los sujetos.

Tabla 2.
Distribución de las frecuencias en cuanto a la edad
tanto en la muestra total como en los dos grupos

EDAD	MUESTRA TOTAL	GRUPO MIF	GRUPO MINF
14 años	1	1 6.25%	
15 años	9	4 25.00%	5 31.25%
16 años	6	2 12.50%	4 25.00%
17 años	14	7 43.75%	7 43.75%
18 años	2	2 12.50%	

ESCOLARIDAD

Tabla 3.
Distribución de frecuencias de grado
escolar, tanto para la muestra total como
para cada uno de los grupos

ESCOLARIDAD	MUESTRA TOTAL	GRUPO MIF (%)	GRUPO MINF (%)
1o. Primaria	2	1 6.25	1 6.25
2o. Primaria	3	1 6.25	2 12.50
3o. Primaria	7	3 18.75	4 25.00
4o. Primaria	1	1 6.25	
5o. Primaria	3	2 12.50	1 6.25
6o. Primaria	12	5 31.25	7 43.75
1o. Secundaria	4	3 18.75	1 6.25

ESTADO CIVIL

Tabla 4.						
Distribución de frecuencias del estado civil,						
tanto para la muestra total como de los grupos						
ESTADO CIVIL	MUESTRA TOTAL		GRUPO MIF		GRUPO MINF	
Solteros	31		16	100%	15	93.75%
Unión libre	1				1	6.25%

COEFICIENTE INTELECTUAL

Tabla 5.						
Distribución de frecuencias de						
Coeficiente Intelectual en la muestra						
total y en los dos grupos de la investigación						
C.I.	MUESTRA TOTAL		GRUPO MIF		GRUPO MINF	
Superior Término medio	2	6.25%			2	12.8 %
Término medio	9	28.12%	8	50.00%	1	6.25
Inferior Término medio	20	62.50%	7	43.75%	13	81.25%
Deficiente	1	3.12%	1	6.25%		

DAÑO ORGANICO

Tabla 6.					
Distribución de frecuencias de daño orgánico					
en la muestra total y por grupos					
DAÑO ORGANICO C/S	MUESTRA TOTAL	GRUPO MIF		GRUPO MINF	
Con daño orgánico	6	5	31.25%	1	6.25%
Sin daño orgánico	26	11	68.75%	15	93.75%

TRATAMIENTO ESTADISTICO

Con la finalidad de conocer cómo se distribuyen nuestros datos, primeramente se agruparon en tablas de distribución de frecuencias los puntajes obtenidos por el grupo de menores infractores farmacodependientes y menores infractores no farmacodependientes. Posteriormente, se obtuvieron sus promedios y las desviaciones estándar correspondientes.

Una vez que se obtuvieron estas medidas de tendencia central y de dispersión, se procedió a calificar la Escala para la Auto Medición de la Depresión (EAMD) del Dr. William W.K. Zung, destinada para medir cuantitativamente la depresión (ver cuadro No. 1).

En los resultados arrojados encontramos en el grupo de

farmacodependientes una media de 55.5 con una varianza de 88.62 y una desviación estándar de 9.41.

En el grupo de no farmacodependientes se obtuvo una media de 49.5 y una varianza de 53.5, la desviación estándar resultó 7.31.

Considerando que el tamaño de nuestra muestra es pequeña y los sujetos fueron extraídos al azar de la misma población, utilizamos la prueba "T", para probar la significación de una diferencia entre dos medias de muestras, ya que considera la extensión de las diferencias entre las medias como la variabilidad de éstas.

Retomando nuestras hipótesis planteadas que son:

- Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a rasgos depresivos en menores infractores farmacodependientes y los que no lo son.
- Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a rasgos depresivos en menores infractores farmacodependientes y los que no lo son.

Por lo consiguiente encontramos una "T" de 7.047 con 14 grados de libertad, con un nivel de significancia de .05, lo que nos indica que si existen diferencias estadísticamente significativas, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Paralelamente a la utilización de la Escala de Zung, aplicamos seis láminas del Test de Apercepción Temática (T.A.T.), misma que mide depresión; para la evaluación primeramente se hizo una lista de todas aquellas palabras que denotaran algún rasgo depresivo de acuerdo al marco teórico y posteriormente a esto, se solicitó la cooperación de tres psicólogos clínicos de nivel licenciatura, con cinco años de experiencia para que evaluaran las historias elaboradas por los sujetos. Los jueces tenían que calificar con el número uno cuando encontraran rasgos depresivos, y con el cero cuando no existieran dichos rasgos.

Para recabar las calificaciones se diseñó una forma en la que apareciera el dato de identidad y seis casillas correspondientes a las seis láminas.

Una vez que cada juez calificó a cada uno de los sujetos, se sumaron los puntajes obtenidos y se aplicó la prueba estadística no paramétrica de "U" de Mann Whitney.

$$U = n_1 n_2 \frac{n_1 + n_2 + 1}{2} - R_1$$

Dicha prueba fue utilizada considerando que nuestra población es pequeña y fue sustraída al azar.

En el grupo de farmacodependientes se obtuvo una media de 17.6 con una "U" de Mann Whitney de 6.0, con 14 grados de libertad y un nivel de significancia de 55.

Para el grupo de no farmacodependientes encontramos una media de 12.2 con la "U" de Mann Whitney obtuvimos 235 con 14 grados de libertad con un nivel de significancia de 55.

De acuerdo a la regla de decisión que menciona que si el nivel de significancia .05 por lo que la hipótesis nula se rechaza al ser menor y se acepta la hipótesis alterna, que nos dice que sí hay diferencias estadísticamente significativas en tre los dos grupos en cuanto a rasgos depresivos.

A P E N D I C E S

APENDICE 1.
FACTORES O PATRONES DE RASGOS ENCONTRADOS EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

GRINKER	OVERALL	FRIDMAN
1) Tristeza, desesperanza.	1) Depresión de humor. a) Deprimido. b) Preocupación por la muerte. c) Desesperanza. d) Desamparo.	1) Clásica disposición de ánimo o depresión afectiva. a) Culpa. b) Duda. c) Pérdida de la autoestima. d) Tendencias psicológicas internalizantes.
2) Inquietud por pérdidas.	2) Culpa. a) Vergüenza, remordimiento. b) Auto-reproche. c) Auto-desprecio. d) Indignidad. e) Fracasos personales.	2) Retraído, apático retardado.
3) Culpa del paciente por sus errores.	3) Ansiedad, aprehensión.	3) Tipo hipocondríaco. a) Exigente. b) Quejoso. c) Notable conciencia corpórea y quejas físicas.
4) Carga de ansiedad.	4) Retardo psicomotor. a) Habla. b) Movimiento del cuerpo.	3) Reacción biológica con: a) Pérdida de apetito. b) Disturbios en el sueño. c) Constipación. d) Inhibición para trabajar. e) Pérdida de satisfacción.
5) Exigencia, irritación.	5) Experiencia subjetiva de deterioro funcional. a) Intelectual. b) Imposibilidad de trabajar, pérdida de interés. c) Imposibilidad de tomar decisiones. d) Pérdida de potencia sexual. e) Fatiga general.	
6) Disturbios cognoscitivos.	6) Preocupación anormal por la salud física.	
7) Agitado	7) Respuesta física a la tensión. a) Pérdida de apetito. b) Pérdida de sueño. c) Pérdida de peso.	
8) Rígido, inmóvil.		
9) Dependiente, suplicante.		

APENDICE 2.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DESORDENES DEPRESIVOS
 E ITEMS DE LA ESCALA QUE UTILIZAN
 ESOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS DE DESORDENES
 DEPRESIVOS

ITEMS DE LA ESCALA DE
 AUTO MEDICION DE LA
 DEPRESION

- | | |
|--|---|
| <p>1. Afecto profundo</p> <p>a) Depresivo, triste y melancólico.</p> <p>b) Crisis de llanto.</p> | <p>1. Me siento triste y decaído.</p> <p>2. Tengo ganas de llorar y a veces lloro.</p> |
| <p>2. Equivalencias fisiológicas</p> <p>a) Perturbaciones rítmicas</p> <p>1. Variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio a lo largo del día.</p> <p>2. Sueño: característico despertar temprano o frecuente.</p> <p>3. Apetito: disminuido en la cantidad de alimentos que se ingieren.</p> <p>4. Pérdida de Peso: asociada con disminución de alimentación, aumento del metabolismo y disminución del descanso.</p> | <p>3. Por las mañanas me siento mejor.</p> <p>4. Me cuesta mucho dormir por la noche.</p> <p>5. Como igual que antes.</p> <p>6. Noto que estoy adelgazando.</p> <p>7. Aún tengo deseos sexuales.</p> <p>8. Estoy estreñado.</p> <p>9. El corazón me late más rápido que antes.</p> <p>10. Me canso sin motivo.</p> <p>11. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.</p> |

DIAGNOSTICOS DE DESORDENES
DEPRESIVOS

5. Sexo: disminución de la
libido.

b) Otras perturbaciones

1. Gastrointestinales:
constipación.

2. Cardiovascular: taqui-
cardia.

3. Muscular: fatiga.

3. Equivalentes psicológicas

a) Actividades psicomotoras

1. Agitación

2. Retardo

b) Ideación

1. Confusión

2. Vaciedad

3. Desesperanza

4. Irresolución

5. Irritabilidad

6. Insatisfacción

7. Desestimación
personal.

8. Meditación suicida.

ITEMS DE LA ESCALA DE
AUTO MEDICION DE LA
DEPRECIACION

12. Hago las cosas con la
misma facilidad que
antes.

13. Mi mente está despeja-
da como siempre.

14. Encuentro agradable
vivir.

15. Tengo confianza en el
futuro.

16. Encuentro fácil tomar
decisiones.

17. Estoy más irritable
que antes.

18. Me gustan las mismas
cosas que antes.

19. Siento que soy útil y
necesario.

20. Creo que sería mejor
para los demás si me
muriera.

APENDICE 3

<u>Muy pocas</u>	<u>Algunas</u>	<u>Muchas</u>	<u>Casi</u>
<u>Veces</u>	<u>Veces</u>	<u>Veces</u>	<u>Siempre</u>

1. Me siento triste y decaído.
2. Por las mañanas me siento mejor.
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro.
4. Me cuesta mucho dormir por la noche.
5. Como igual que antes.
6. Aún tengo deseos sexuales.
7. Noto que estoy adelgazando.
8. Estoy estreñado.
9. El corazón me late más rápido que antes.
10. Me canso sin motivo.
11. Mi mente está tan despejada como siempre.
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
14. Tengo confianza en el futuro.
15. Estoy más irritable que antes.
16. Encuentro fácil tomar decisiones.
17. Siento que soy útil y necesario
18. Encuentro agradable vivir.
19. Creo sería mejor para los demás si estuviera muerto.
20. Me gustan las mismas cosas que antes.

APENDICE 4

	Muy pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Me siento triste y decaído.	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor.	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro.	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como igual que antes.	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales.	4	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando.	1	2	3	4
8. Estoy estreñado.	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes.	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan despejada como siempre.	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes.	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1

APRENDICE 4

	<u>Muy pocas</u> <u>Veces</u>	<u>Algunas</u> <u>Veces</u>	<u>Muchas</u> <u>Veces</u>	<u>Casi</u> <u>Siempre</u>
18. Encuentro agradable vivir.	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que antes.	4	3	2	1

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE EAMD

CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD	CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD	CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El fenómeno de las infracciones juveniles han surgido casi simultáneamente, en distintas partes del mundo alcanzando índices altamente significativos en los países de mayor desarrollo sociocultural e industrial. De igual forma se han incrementado el uso de las sustancias volátiles entre la población juvenil, mismas que vienen a satisfacer las demandas inconscientes provenientes de las defensas contra la ansiedad de separación y la amenaza de aniquilación.

Si tratáramos de conocer los factores que desencadenan la farmacodependencia, encontraríamos una interrelación primeramente a manera de explicación, la familia es el molde básico y será capaz de ubicar o atribuir aspectos o partes suyas en otra persona u objeto a lo que Freud denominó mecanismos de identificación, siendo esta la experiencia más precoz de la relación afectiva con otra persona.

En condiciones normales, la identificación proyectiva término creado por Melanie Klein determina la relación de empatía con el objeto, no sólo porque permite poder situarse en el lugar del otro y comprender mejor sus sentimientos sino también por lo que evoca en él. El sujeto produce siempre alguna resonancia emocional en el otro por la actitud con que se pre-

senta ante él, la forma en que lo mira, le habla o por el contenido de lo que le dice, o de sus gestos.

En sí cada personalidad está compuesta por sucesivas - identificaciones que contienen la historia de las respectivas relaciones de objeto, por lo que el YO del adicto es débil y no es capaz de enfrentarse al dolor depresivo recurriendo a los mecanismos maniacos que sólo pueden ser alcanzados con la ayuda de las drogas, ya que estas constituyen el estado en que el adicto ha perdido su poder de auto control con respecto a la droga y cae en intoxicaciones que implican un grave daño para sí mismo y los demás. Representando la droga diversos significados simbólicos relacionados con distintas fantasías inconscientes tendientes a "incorporar" un pecho idealizado que aumenta la omnipotencia del adolescente ayudándole a negar sus ansiedades persecutorias y depresivas.

Con frecuencia se da una relación masoquista con la droga por el penoso sufrimiento durante la abstinencia actitudes auto y hetero destructivas.

También Simmel está de acuerdo en que la mayoría de las adicciones constituyen defensas contra depresiones severas. Así como ocurre en los estados melancólicos, el adicto ha introyectado un objeto de amor frustrante (básicamente su madre) a la misma que ataca o intenta destruir dentro de sí.

Otras veces proyecta los aspectos persecutorios del obje

to en el mundo externo y reacciona con fuerte hostilidad contra el ambiente social que representa un sustituto de la madre o de su familia.

En todo caso el problema fundamental es la pérdida objetal, pero en lugar de incorporar el objeto perdido, como suele ocurrir en el duelo normal, los menores infractores farmacodependientes tienden a introyectarlo en el mundo externo con rabia y desilusión.

Su conducta antisocial es una forma de ataque al objeto como una especie de venganza y de control.

En relación a los datos obtenidos concluimos que los menores infractores farmacodependientes, presentan un cuadro depresivo más agudo que los no farmacodependientes, de acuerdo a los postulados de Melanie Klein esto se debe a que sus madres fueron personas muy conflictivas que no supieron satisfacer las necesidades de sus hijos o por el contrario les proyectaron inseguridad y necesidad de dependencia externa, por lo tanto aceptamos la hipótesis alterna.

Otros datos arrojados de la investigación es en la escolaridad del grupo de farmacodependientes, el 31.25% o sea, sólo cinco jóvenes concluyeron su educación primaria, posiblemente por la escasa motivación por parte de los padres, o bien por carecer de recursos económicos ya que en su mayoría provie

nen de familias numerosas, habitan en zonas marginadas y el nivel escolar de los padres es mínimo o nulo.

Además estos adolescentes provienen de familias incompletas, en donde sus roles no están bien definidos, esto lo comprobamos al analizar que el 62.5% del grupo de farmacodependientes provienen de hogares desintegrados no siendo ésta una causa determinante ya que no existe una diferencia estadísticamente significativa con respecto al otro grupo.

La edad de la muestra total se distribuye en forma homogénea siendo la edad promedio de dieciséis años.

El grupo de menores infractores farmacodependientes obtuvo un coeficiente intelectual de término medio y el grupo de menores infractores no farmacodependientes obtuvo un coeficiente intelectual inferior al término medio. A pesar de que el primer grupo cuenta con un C.I. de término medio, éstos no tienen los elementos necesarios para introyectar adecuadamente las normas y valores de conducta socialmente aceptados.

Aunado a esto, el momento de crisis por la pérdida del cuerpo infantil, el duelo por el rol y la identidad infantil que lo obliga a dejar depender de los padres y ubicarlo en las funciones propias del adulto.

En relación al daño orgánico encontramos el 31.25% para el grupo de menores infractores farmacodependientes y el 6.25%

en el grupo de menores infractores no farmacodependientes siendo ésta una de las causas de múltiples actitudes antisociales, como también lo es su escasa aptitud de adaptación.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El objetivo principal fue el haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a rasgos depresivos en el grupo de farmacodependientes.

Esto nos habla de la necesidad de implementar programas para detectar los estados depresivos y brindarles el tratamiento adecuado.

Además es necesario formar grupos de inducción para atender al joven en relación a su internamiento, con la finalidad de que conozcan el funcionamiento de la institución.

Informar oportunamente a los menores infractores sobre su situación de internamiento así como el tipo de tratamiento y metas a seguir.

Explicar al menor desde su estancia en el Consejo tutelar; los motivos por los cuales será trasladado a la Escuela de Orientación para Varones.

Se recomienda hacer una selección de la población de acuerdo a la edad, motivo de ingreso y sobre todo si estos son reincidentes.

De acuerdo a las características de personalidad elaborar programas para el tratamiento del menor infractor farmacodependiente.

dependiente.

Dentro de las limitaciones fue el no haber aplicado un pre-test del Zung y T.A.T., al ingreso de los alumnos al Plantel, para poder comparar con el post-test, si estos llegaron deprimidos o el internamiento lo provocó.

Otra es el no haber considerado si el daño orgánico fue ocasionado por el USO y CONSUMO de algún tóxico, o su origen es de otra índole.

Debido al número de la muestra no se pueden generalizar los resultados a la población denominada menores infractores, por lo que se sugiere en futuras investigaciones ampliar la muestra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abadi, M. Estructura de la Melancolía y de la Manía. Edit. Buenos Aires, Rev. de Psicoanálisis, XIII.
2. Aberastury, Armida. Adolescencia. Edit. Buenos Aires, Paídos 1978.
3. Aberastury, Armida. Adolescencia Normal. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1971.
4. Aberastury, Armida. La dentición, el caminar y la posición depresiva. Buenos Aires, Rev. de Psicoanálisis, XV.
5. Achard, José Pedro. Curso de Pedagogía Correctiva. Biblioteca Mexicana de Prevención y Readaptación Social. Secretaría de Gobernación. México, 1975.
6. Arévalo, Juan José. Adolescencia y Retorno. Edit. Paídos. Buenos Aires, 1941.
7. Ballesteros, Antonio. Adolescencia. Edit. Patria. México, 1971.
8. Bejar, Raúl. El Mexicano. Universidad Nacional Autónoma de México. Cuarta edición. México, 1986.
9. Bellak, Leopoldo. El uso Clínico de las Pruebas Psicológicas del T.A.T. y S.A.T. Edit. Manual Moderno. México, 1979.
10. Bolaños, Cacho. Los Menores Infractores. Secretaría de Gobernación, Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social. Ejemplar No. 15. México, 1976.

11. Bowlby, Jhon. La Pérdida Afectiva. Edit. Paídos. Buenos Aires. 1ª. edición 1983.
12. Blos, Peter. Psicoanálisis de la Adolescencia. Edit. Joaquín Mortiz, 1971.
13. Calderón, Guillermo Depresión. Edit. Trillas. México, 1985.
14. Cansino, Carmen. Estudio Comparativo sobre la Agresión en Adolescentes Infractoras, Prostitutas y no Prostitutas. Tesis; U.N.A.M. México, 1984.
15. Cárdenas, Olga. Toxicomanía y Narcotráfico. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1974.
16. Castro, Gabriela. La Madre Soltera como Infractora dentro de la Escuela Orientación para Mujeres. Tesis, Centro de Estudios Tecnológicos No. 51. México, 1985.
17. CEMEF, La Familia ante el Problema de las Drogas. México, 1979.
18. Contreras, Carlos. Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. Edit. Trillas, Primera edición. México, 1977.
19. Curso de Practicas del Tercer Nivel. Coordinación de Laboratorios. Facultad de Psicología. U.N.A.M. 2da. revisión.
20. Chazal, Jean. La Infancia Delincuente. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1978.
21. Dávalos, María Eugenia. Estudio Epidemiológico en Escuelas. Vol. I. Unidad de Investigaciones Sociales. C.I.J. México, 1981.

22. Deutsch, H. Melancolía y Estados Depresivos. Buenos Aires Rev. de Psicoanálisis, III. 1945.
23. Díaz, Rogelio. Psicología del Mexicano. Edit. Trillas 4^{ta}. edición, 1982.
24. Erickson E. Infancia y Sociedad. Edit. Horme, Buenos Aires, 1914.
25. Estrada Evangelina. La Depresión en el Adolescente con Padre Alcohólico. Tesis U.N.A.M. México, 1982.
26. Freud, Sigmund. Duelo y Melancolía. Obras Completas de Freud. Libro II. 1915. Edit. Paídos.
27. Gibbons, Don. Delincuentes Juveniles y Criminales. Edit. Fondo de Cultura Económica. 2^a. reimpresión. México, 1980.
28. Grinberg, León. Culpa y Depresión. Edit. Horme, S. A. E. 1957.
29. González, Manuel. Problemática Sociológica de la Juventud Edit. Científico. 1^a. edición. México, 1977.
30. H.B. English y A. CH. English. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1977.
31. Hurlock, E. Psicología de la Adolescencia. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1976.
32. Kolb, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. Prensa Mexicana. México, 1971.
33. Klein, Melanie. Psicología Infantil y Psicoanálisis de Hoy. Edit. Paídos. 3^a. edición. Buenos Aires, 1971.

34. Klein, Melanie. Amor, Odio y Reparación. Edit. Paídos, Buenos Aires, 1973.
35. Klein, Melanie. Envidia y Gratitud. Edit. Horme, S. A. E. Paídos. 5^{ta}. edición. Buenos Aires, 1984.
36. Lara, Héctor y colaboradores. Algunas Normas para la Medición de la Depresión. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Vol. 17. No. 1. México, 1976.
37. Levin, Bach. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Edit. Karla. Buenos Aires, 1977.
38. Lewin, B. Reflections on Depressive Illness in the Psychoanalytic Study Of the child, XVI. Londres. Int. Univ. Press, 1961.
39. Ley que crea el Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal. Secretaría de Gobernación. México, 1985.
40. Ochoa, Sergio. Factores Familiares e Individuales de los Menores Infractores en el Distrito Federal. Tesis U.N.A.M., 1981.
41. Recasens, Luis. Sociología. Edit. Porrúa, S. A. 3^a. edición. México, 1982.
42. Reidl, Lucy. Prisionalización en una Cárcel para Mujeres. Biblioteca Mexicana de Prevención y Readaptación Social. Instituto de Ciencias Penales. Secretaría de Gobernación. México, 1976.
43. Ríos, Onésimo. Antopografía de la Delincuencia Juvenil. Edit. Ateneo Cultural Oaxaqueño. México, 1979.
44. Sánchez, Jorge. Familia y Sociedad. Cuadernos Joaquín Mortiz. 3^a. reimpresión. Edit. Planeta. México, 1986.

45. Sánchez, Ricardo. Investigación Documental sobre Estudios Epidemiológicos de Farmacodependencia en Ciudades de Provincia de la República Mexicana. Centro de Integración Juvenil, 1970.
46. Spit, René. El Primer Año de Vida del Niño. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1974.
47. Stone, L. Niñez y Adolescencia. Edit. Horme. México, 1977.
48. Weiner, A. Desarrollo Normal y Anormal. Edit. Paídos. No. 218. Buenos Aires, 1976.
49. Winnicott, D. El Proceso de Maduración en el Niño. Edit. Laia. 3ª. edición. Barcelona, 1981.
50. Wolma, Benjamín. Teorías y Sistemas Contemporáneas en Psicología. Edit. Martínez Roca, S. A. Barcelona, 1955.