

10870/25
10870/20

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TELIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIFERENCIAS EN EL AUTOCONCEPTO ENTRE DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES DE CIUDAD JUAREZ, GRUPO "A" DE FARMACODEPENDIENTES Y GRUPO "B" DE NO FARMACODEPENDIENTES".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARCO ANTONIO ORTEGA MEZA

GUADALAJARA, JALISCO 1988



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.

I N D I C E

Pag.

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
LA FARMACODEPENDENCIA	3
1.1. Definición de la farmacodependencia	10
1.2. Características de la farmacodependencia	11
1.3. Grados de farmacodependencia	14
1.4. Tipos de fármacos y drogas	17
1.5. Efectos que producen los fármacos o drogas	19
1.6. Trastornos psiquiátricos por uso de sustancias tóxicas	23
1.7. Tipos de sustancias más usadas en México	27
1.8. Tipos de sustancias más utilizadas en países de América Latina	29
CAPITULO II	
CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA	31
2.1. Causas psicológicas de la farmacodependencia	33
2.2. Causas sociales de la farmacodependencia	39
2.3. Causas familiares de la farmacodependencia	42
2.4. Perfil del farmacodependiente	46
CAPITULO III	
ASPECTOS SOCIALES DE LA ZONA FRONTERIZA EN MEXICO Y EL GRUPO DE FARMACODEPENDIENTES	47
3.1. Aspectos sociales en la zona fronteriza de México	48
3.2. El grupo de farmacodependientes	49

	Pag.
CAPITULO IV	
ANALISIS Y CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA, FORMACION DE LA IDENTIDAD	53
4.1 Definición de adolescencia	53
4.2 Características generales de la adolescencia	55
4.3 Teoría del establecimiento de la identidad del Yo	58
4.3.1 Formación de la identidad	58
4.3.2 Factores que influyen en la formación de la identidad	59
4.3.3 Análisis de las etapas del desarrollo de la identidad según Erickson.	59
 CAPITULO V	
EL AUTOCONCEPTO	70
5.1 Formación del autoconcepto	71
5.2 Antecedentes históricos	71
5.2.1 Definición del autoconcepto	72
5.2.2 Componentes del autoconcepto	73
5.2.3 Influencias del Yo en el autoconcepto	73
5.2.4 Los pilares del autoconcepto	74
5.2.5 Algunas investigaciones que se han hecho sobre el autoconcepto	74
5.3 El autoconcepto en la adolescencia	86
 CAPITULO VI	
METODOLOGIA	88
6.1 Planteamiento del problema	89
6.2 Objetivo de la investigación	90
6.3 Limitaciones de la investigación	90

6.4	Sistema de hipótesis	91
6.5	Selección de la muestra	95
6.6	Características de la muestra	97
6.7	Variables que se controlaron	109
6.8	Descripción del instrumento de medición	110

CAPITULO VII

DATOS Y SU ANALISIS ESTADISTICO	123
7.1 Interpretación de los resultados	129
7.2 Síntesis interpretativa de los resultados_ obtenidos	142

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	145
APENDICE	149
BIBLIOGRAFIA	162

I N T R O D U C C I O N

La presente tesis tiene como objetivo ofrecer al lector y a todo profesionista dedicado a las áreas de la salud mental un panorama general de las diferencias que existen en el autoconcepto de acuerdo a la escala de -- Tennessee, entre adolescentes farmacodependientes y aquellos que no han hecho uso de las drogas.

Dicha escala da a conocer un perfil del autoconcepto de la persona, el cual permite seleccionar aquellos elementos que influyen para que éste se vea afectado. -- Así como también, ofrece la oportunidad de ser indicativo de qué áreas del autoconcepto son las que requieren mayor atención en un momento determinado en el tratamiento psicoterapéutico, aspecto que en esta investigación no se -- analizará.

Por otro lado es conveniente mencionar que esta escala a pesar de estar estandarizada en Estados Unidos, -- reúne una clara y sencilla tipificación para ser aplicada con población mexicana, de tal manera que resulta importante el dar a conocer una investigación que amplíe información acerca del autoconcepto de nuestra población, espe ccificamente de las características de los grupos con los que se trabajó.

En lo que corresponde a los capítulos teóricos se hizo una revisión de una serie de temas de sumo interés -- relacionados con el factor estudiado.

Tomando en cuenta que el hombre es un ser bio-psico-social, en los dos primeros capítulos de una manera gene-

ral se analizaron aquellos elementos que de una u otra forma contribuyen a que éste presente el síntoma de la -- farmacodependencia. Así como también, debido a que la investigación se realizó con población adolescente, se dedicó de manera especial un capítulo para tratar esta etapa -- del desarrollo, tomándose en cuenta la teoría de Erik -- Erickson ya que este autor en sus estudios muestra un ma--yor interés en el desarrollo de la identidad como caracte--rística primordial en los cambios que presenta esta etapa.

En cuanto al autoconcepto, se hizo un análisis en el capítulo 4 de las características y elementos que lo -- constituyen específicamente en la adolescencia, complementando esta información con una revisión de estudios ya -- realizados sobre este factor.

Para poder obtener datos confiables en esta inves--tigación se siguió una metodología y análisis estadístico de los resultados arrojados por el instrumento utilizado -- en las dos muestras de estudio, permitiendo realizar la -- comparación determinando así el apoyo o rechazo de las hipótesis planteadas.

Por último, en base a los resultados obtenidos se ofrecen conclusiones y sugerencias para un análisis más -- profundo del autoconcepto en adolescentes de acuerdo a -- las características que presentaron específicamente los -- sujetos empleados en esta tesis.

C A P I T U L O I

LA FARMACODEPENDENCIA

1.0 LA FARMACODEPENDENCIA.

Al abordar el presente capítulo sobre la farmacodependencia, será con la finalidad de establecer una definición que permita la mejor comprensión del mismo. Para esto es importante tomar en cuenta varios factores que enmarcan el término ya que en sí es demasiado complejo.

Al hablar de farmacodependencia es necesario ubicarlo en un contexto específico, tomando en cuenta que de esto dependerá que se le dé una explicación a lo que determina su aparición logrando de esta forma adquirir un significado. Así el término variará de acuerdo a la disciplina teórica que lo esté manejando, a los diferentes momentos históricos, al medio socioeconómico, si se le ubica desde la oferta o la demanda, desde su tratamiento o su prevención.

La palabra en sí es policémica (adquiere muchos significados) es decir, ¿qué representa?, ¿bajo qué circunstancias es usado el fármaco o sustancia?. Ya que es conocido que la farmacodependencia proviene desde tiempos inmemorables y que ha ido adquiriendo distintas modalidades, tomando nuevos giros como lo es y ha sido desde años atrás en los distintos continentes y culturas.

De acuerdo a investigaciones realizadas por grandes antropólogos y botánicos, el hombre ha hecho desde hace miles de años utilidad de las plantas como medio curativo.

En el viejo mundo ya había indicios de que aquellas civilizaciones utilizaban las plantas psicoactivas como una función mágica y fue en esto en lo que se funda-

mentaron los hombres de ciencias para asegurar que el uso de los mismos en el nuevo mundo era una propagación cultural de los euroasiáticos. LABARRE en sus investigaciones plantea lo siguiente:

"El uso mágico religioso de las plantas alucinógenas por los indios americanos representa la supervivencia de un antiquísimo estrato chamánico paleolítico y mesolítico, y que el ancestro directo probablemente sea una forma arcaica de los grupos chamanistas euroasiáticos de la "Amanita muscaria", que sobrevivió en Siberia hasta el siglo actual y que mientras profundas transformaciones religiosas y socioeconómicas produjeron la erradicación del chamanismo estático y del conocimiento de los hongos intoxicantes y de otras plantas en la mayor parte de Eurasia, un conjunto muy distinto de circunstancias favoreció la supervivencia y la elaboración de éstos en el nuevo mundo". (1)

De esta manera nos damos cuenta del interés del hombre por su preservación, ya que al ir en busca de nuevas tierras llevaba consigo los elementos necesarios para la propagación de las plantas curativas. Y también es importante hacer hincapié en la creencia del indígena americano de que existía algo superior al ser humano que podía ayudarlo en todos sus males lo cual hizo que el mismo auxiliándose de las plantas alucinógenas se dotara de poder para vencer los obstáculos que su mismo medio natural ofrecía.

(1) FURST T. Peter, "Alucinógenos y Cultura" Ed. Fondo de la Cultura Económica, Colección popular p. 16

Hay quienes mencionan que el indígena americano - desde hace miles de años era un moderno homínido que - en la búsqueda de su bienestar y conservación desarrolló su capacidad intelectual generando cambios en las sociedades. Al respecto SCHULTES señala:

"Los más primitivos recolectores de alimento poseen sofisticados y efectivos sistemas tradicionales de clasificación del medio natural, y algunos de ellos hace mucho tiempo descubrieron cómo preparar complejos compuestos farmacológicos y terapéuticos que el mundo industrializado tuvo a su disposición sólo desde el nacimiento de la bioquímica moderna. Después de todo, los indígenas mexicanos y peruanos experimentaron los efectos de los otros mundos de la mezcaltina miles de años antes que Aldous Huxley". (2)

Otros autores como T. Well toman una postura biológica argumentando: "El deseo de alterar periódicamente la conciencia es un impulso innato, normal, análogo al hambre o al impulso sexual". (3) Esta referencia nos hace suponer que ésta sería una explicación para la universalidad del uso de tóxicos independientemente de la cultura y aparentemente en todos los períodos de la historia humana. Sin embargo, sin dejar de ser válida presenta ciertas ambigüedades ya que aun cuando el hombre posea este impulso no se puede descartar la influencia del factor ambiental debido a que sin las plantas éste no se hubiera condicionado a usarlas. A pesar de esto hay que tomar en

(2) FURST T. Peter "Alucinógenos y Cultura" Ed. Fondo de Cultura Económica, Colección popular pp. 21 y 22.

(3) Ibid. p. 25

cuenta que las costumbres que van adquiriendo las sociedades no se crean de la nada, sino que se fueron transmitiendo de generación en generación.

Como ejemplo de este fenómeno en la República mexicana la utilización del peyote data de varios siglos - - atrás y continúa considerándose como algo sagrado que posee grande poder terapéutico para el cuerpo y la mente.

En las últimas décadas en las grandes sociedades industrializadas, este fenómeno ha tomado giros nuevos, - su percepción se ha modificado ofreciendo mayores facilidades en su consumo, la curiosidad se viene fomentando debido al gran avance de la tecnología y la ciencia ya que esto facilita en gran parte el comercio y la fácil adquisición del producto.

La juventud debido a sus características tanto individuales como psico-sociales, en su mayoría es el grupo de más alto consumo; esto generalmente está determinado - debido a que el joven tiene que enfrentarse a un sistema donde hay muy pocas oportunidades para satisfacer sus aspiraciones y como consecuencia, la farmacodependencia es una de las posibles soluciones ante sus frustraciones. -- Así pues, el hecho de ofrecer al usuario un producto muy bien industrializado y con buena presentación ayuda a que esa realidad sea más placentera y que por consiguiente se disfrute.

Hoy en día, debido a los grandes problemas que aco- gen a los países, como lo son: la crisis económica, la sobrepoblación, el gran índice de mortalidad, la contaminación, las enfermedades virales y contagiosas, la produc-

ción y contrabando de estupefacientes, etc., han hecho -- que tanto las autoridades legales como sanitarias tomen -- medida sobre el bienestar social para la perpetuidad del hombre.

Las diversas disciplinas dan un enfoque particular acerca de la farmacodependencia y la exponen de la si -- guiente manera:

"Desde el punto de vista legal, se considera a -- la farmacodependencia como un acto criminal s6- -- lo si la sustancia está prohibida; mientras que desde la sociología se la considera como una en -- fermedad producida por la facilidad de adquirir las sustancias en el contexto de los factores -- socioeconómicos, a la vez que la psiquiatría la entiende como la expresión y consecuencia de un impulso desordenado". (4)

Como se hace referencia en lo anterior, tomará con -- secuencias de tipo legal de acuerdo a lo que establece -- el código penal para el D.F. y que a su vez remite al có- -- digo sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, los tipos de estupefacientes que con considerados como tal, que -- atenten contra la salud y que en un momento dado tengan -- relación con algún delito que merezca ser sancionado.

Por otra parte, la sociedad toma un papel importan -- te al tratar de definir el término y es ahí donde tomando en cuenta los factores socio-ambientales se da un margen -- más amplio de éste.

(4) MEDINA A. Miguel A. "Evolución del concepto farmacode -- pendencia", Depto. de Investigación, Centros de Inte -- gración Juvenil Mayo 1986 p. 2

Esto nos encamina a la descripción que se hace sobre un problema social citándolo de la siguiente manera:

"Es una situación que exige remedio. Puede tener su origen en: 1) las condiciones de la sociedad_ o del medio social, o ser de naturaleza que 2) - su remedio sólo puede conseguirse mediante la -- aplicación de fuerzas e instrumentos sociales". (5)

Tomando en cuenta lo que determina esta disciplina nos encaminamos a especificar que la farmacodependencia - se encuentra ubicada dentro de los fenómenos y problemas_ de tipo social, ya que este marco de referencia ofrece - las causas y a la vez busca las alternativas posibles para llevar a cabo su exterminación o solución.

Otro punto de vista que determina en parte un enfo que a este fenómeno, es el área médica, ya que como ciencia del bienestar del individuo siempre va a procurar bus car las mejores condiciones de salud. Las bases que toma esta área son de tipo epidemiológicas, ya que sólo así se determinará qué condición ocupa la farmacodependencia, -- sea esto en términos de salud o de enfermedad. La Organi zación Mundial de la Salud nos dice: "La salud es un com pleto estado de bienestar físico, mental y social y no -- simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades".(6)

De acuerdo a lo expuesto en este planteamiento, se

(5) PONCE B. Manuel, "La prevención de la farmacodependencia en Centros de Integración Juvenil". Ponencia presentada en foro de Puebla, Mex. 1986 p. 3

(6) Ibid p. 4

establece que no puede ofrecerse un concepto sobre salud que no abarque los entornos y contornos del medio ambiente e históricos en el que se desarrolla el sujeto a quien se le puede llamar sano o enfermo, puesto que al hablar de farmacodependencia hay que hacerlo bajo realidades específicas, ya que por ejemplo, en un país como México se debe tener en cuenta que está en vías de desarrollo, de producción y tránsito de drogas, con una crisis económica brutal, un índice de desempleo altísimo, mortalidad considerable, etc. Por eso bajo estas propuestas no es posible hablar de falta de voluntad para quitarse de la ingesta, sin tomar en cuenta la falta de oportunidades que rodean al usuario. Es importante aclarar que al hablar de enfermedad no es posible encasillarse en lo somático ya que el abuso de drogas si bien no siempre atenta directamente contra la salud física, sí lo hace contra la salud mental.

1.1 DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA.

Tomando en cuenta los diversos puntos de vista y los factores físicos, mentales y sociales que influyen en dicho fenómeno cabe dar una definición amplia y general que abarque todos estos aspectos. La Organización Mundial de la Salud en sus tratados de Ginebra Suiza 1975, define a la farmacodependencia como:

"Estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de ex

perimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación".
(7)

Se tomó esta postura debido a que es la que ofrece un marco de referencia más amplio sobre los aspectos bio-psico-sociales que rodean al individuo, ya que al tratar de ubicar el fenómeno en diferentes contextos se evitará caer en un radicalismo que nos lleve a algo en particular.

Así pues, es importante coordinar esfuerzos de la sociedad en general y tomar medidas al respecto ya que este problema no corresponde a unos cuantos, sino a toda la humanidad en general.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

No se puede comprender en su totalidad un concepto si éste no es explicado en sus partes, así pues, se definirá cada uno de los aspectos o características que engloban el término de farmacodependencia.

A lo largo del tiempo en que ha existido este fenómeno, el término de droga ha sufrido modificaciones en su conceptualización lo cual hace suponer que para la realización de este estudio se requiere un criterio actualizado y que además sea comúnmente aceptado en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud define a la droga como :

- (7) KRAMER J.F. y CAMERON D.C., "Manual sobre dependencia de las drogas", Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1975 p. 13

"Aquella sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de éste. Sustancia que produce en un organismo vivo un estado de dependencia -- psíquica, física o de ambos tipos. Esta droga puede utilizarse con fines médicos o no médicos, sin producir necesariamente tal estado". (8)

Cabe mencionar que aunque existan diversas definiciones en cuanto a este término, debido a la importancia que tiene para este estudio se manejará como aquella sustancia química que tiene como función modificar el estado tanto físico como psicológico independientemente de que provoque dependencia o no.

Como la misma definición lo menciona, la droga causa dos tipos de dependencia:

Dependencia Psíquica: "Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar". (9)

Respecto a este estado mental es importante tomar en cuenta que se presenta con todo tipo de droga, mientras que como se mencionará a continuación, hay otro tipo de dependencia que toma características propias en la ingesta de tóxicos.

- (8) KRAMER y CAMERON, "Manual sobre dependencia de las drogas" Organización Mundial de la Salud, Ginebra - 1975 p. 14
- (9) Ibid p. 15

Dependencia física: "Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de un antagónico específico". (10) Respecto a esto, el individuo cuando entra en esta etapa de la farmacodependencia al querer lograr la adaptación y evitar el desequilibrio, debe procurar suministrar la sustancia cuando el organismo lo exija, ya que de no hacerlo así significaría la pérdida de sus funciones bio-psico-sociales.

Clinicamente se ha observado que aunado a estos trastornos provocados por la ingesta de drogas existen otros factores con ciertas propiedades que en forma directa estimulan que el sujeto aumente su dependencia hacia las mismas. Estas propiedades son: a) la tolerancia que hace que el individuo al no alcanzar el efecto deseado aumenta la dosis, procurando sentir el efecto que antes obtenía; b) síndrome de abstinencia: ésta presenta la peculiaridad de que el sujeto al suprimir la ingesta de la sustancia experimentará una serie de signos y síntomas de naturaleza física y psíquica evitando así la posibilidad de que él retire la ingesta de droga aumentando su dependencia; c) abuso: se emplea cuando el individuo excede el consumo de drogas sin indicaciones médicas. La Organización Mundial de la Salud define estos términos de la siguiente manera:

Tolerancia: "Es el estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de droga, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Esto tiene como consecuencia la necesidad del sujeto a con-

sumir una dosis mayor del fármaco para provocar el mismo efecto". (11)

Tolerancia cruzada: "Este es un fenómeno que aparece en algunos sujetos en quienes al tomar una droga aparece no sólo tolerancia para esa droga sino para otras de la misma familia y de otro tipo". (12)

Síndrome de abstinencia: "Son los malestares físicos que se presentan por la supresión de la droga, están integrados por una serie de síntomas y signos de naturaleza física y psíquica que varían según la droga". (13)

Abuso: "Se habla de abuso cuando la administración de la droga es con propósitos que no son los legítimamente médicos". (14)

Después de esta descripción, cabe especificar que al hablar del farmacodependiente no es lo mismo que delinuencia, puesto que es muy común que en una sociedad se tome como sinónimo, siendo una realidad que el adicto sólo atenta contra su salud y no siempre en perjuicio de los demás.

1.3 GRADOS DE FARMACODEPENDENCIA

En este punto se hará referencia en los elementos

(11) DE LA GARZA Fidel, Vega Armando, "La juventud y las drogas", Ed. Trillas Barcelona 1983 p. 6

(12) *Ibid* p. 6

(13) *Ibid* p. 7

(14) *Ibid* p. 8

que interactúan para que un sujeto que consume drogas se le determine en tal o cual grado de farmacodependencia.

Tomando en cuenta los aspectos históricos-culturales y teóricos se puede determinar que el consumo de drogas y su resultante -la farmacodependencia- son causados por los factores del individuo, de la droga en sí misma y del medio donde se ubique; con esto se aclara que por sí solas cada una de estas características no determinan tal fenómeno, en tanto sí como un conjunto.

Dicha manifestación no se presenta de forma repentina, sino como un proceso paulatino y lento, que inicia con la curiosidad del individuo hacia lo desconocido y -- peligroso y hasta cierto punto por la necesidad de adquirir posturas socialmente aceptables ante la vida.

Al llegar a utilizar las drogas el sujeto desea cubrir una serie de necesidades buscando que el efecto ofrezca placer, si el deseo es seguir tratando de alcanzar esa satisfacción el desarrollo a la dependencia será mayor -- dando paso a que el organismo se habitúe y provoque así - una adicción hacia las drogas. Reforzando esto se exponen los diversos grados de farmacoddependencia:

1) Consumo experimental: Se define usualmente como - aquel que consiste en consumir una droga de una a - - tres veces. Generalmente el individuo que toma la -- droga en este nivel, sólo la conoce de oídos, y por - ello la prueba cuando llega el caso teniendo como motivo principal para tal consumo inicial la curiosidad o la presión de compañeros de escuela o de amigos. - Casi siempre al quedar la curiosidad saciada, la mayo

rfa de los consumidores de drogas ilícitas a este nivel no vuelven a consumirlas. (15)

2) Consumo social u ocasional: Estos sólo recurren a la droga cuando está al alcance de la mano y en un ambiente donde su uso es corriente. Es decir, que los individuos clasificados en este nivel consumen la droga por motivos más bien sociales, pues generalmente la droga actúa como relajadora y facilita la interacción social. (16)

3) Consumo habitual- funcional: Esto depende de una serie de factores tales como la frecuencia, el tipo de droga y el punto de vista del observador o del juez; este nivel de consumo se distingue del intensivo por sus causas y por la intensidad de la necesidad. (17)

4) Consumo intensivo: Se define cuando el consumidor dedica gran parte de su tiempo y energías a obtener la droga y abusar de la misma, a hablar de sus efectos y a pasar la mayor parte del día con compañeros en su misma condición. (18)

En conclusión se puede asegurar que el avance de estos grados de farmacodependencia van a depender de la finalidad del usuario, de la intensidad y frecuencia con que la consume puesto que esto va a determinar su funcionamiento en las actividades que realice en su medio ambiente.

(15) Llanes B. Jorge, "Prevención de la farmacodependencia", Ed. Concepto Méx. 1982 p. 38

(16) Ibid. p. 39

(17) Ibid. p. 40

(18) Ibid. p. 41

1.4 TIPOS DE FARMACOS Y DROGAS:

El Centro Mexicano de Estudios de la Farmacodependencia clasifica en tres grupos los fármacos:

I.- ESTIMULANTES

- 1- Aminas Simpaticomiméticas
 - Anfetaminas
 - Dextroanfetamina
- 2- Cocaína
- 3- Alucinógenos o Psicoticomiméticos
 - LSD
 - Mezcalina
 - Mariguana

II.- DEPRESORES

- 1- Hipnóticos Sedantes
 - Barbitúricos
 - Barbital
 - Fenobarbital
 - No Barbitúricos
 - Hidrato de cloral
 - Hidrato de Butilcloral
 - Etanol (alcohol)
- 2- Ansiolíticos
 - Clordiazepóxido
 - Diazepam
 - Meprobamato
 - Metacualona
- 3- Analgésicos Narcóticos
 - Morfina
 - Codeína
 - Pentazocina
- 4- Inhalantes (grupo especial)
 - Xileno
 - Tolueno
 - Acetona
 - Eter
 - Oxido Nitroso

III.- Otros

- 1- Antihistamínicos
 - Difenhidramina
- 2- Anticolinérgicos o Parasimpaticolíticos
 - Escopolamina
 - Atropina

3- Antiparkinsonianos
 Levodopa
 Trihexifenidil (19)

Por su parte Centros de Integración Juvenil maneja la siguiente clasificación:

- a).- NARCOTICOS: Opio, morfina, codefna, herofna y metadona.
- b).- DEPRESORES: Hidrato de cloral, barbitúricos y - - tranquilizantes.
- c).- ESTIMULANTES: Cocaína, anfetaminas y clorhidrato_ de metifenidato.
- d).- ALUCINOGENOS: LSD, mezcalina y psilocibina.
- e).- CANNABIS: Marihuana y hashish.
- f).- INHALABLES: Thiner, gasolina, pegamentos, solventes, aerosoles.
- g).- ALCOHOL: Toda clase de bebidas alcohólicas.
- h).- ANALGESICOS: (no opiáceos) Acido acetil salicilico, pirazolonas, etc.

(19) Farmacos de Abuso, CEMEF y Procuraduría General de - la República, Méx. 1976.

1.5 EFECTOS QUE PRODUCEN LOS FARMACOS O DROGAS.

El abordar el problema de la farmacodependencia -- nos permite incluir el conocimiento de los efectos farmacológicos de las drogas dentro del contexto general del estudio del fenómeno.

Es sabido de acuerdo a la descripción que se ha venido haciendo sobre el problema, que el hombre desde su existencia ha ido en busca del alivio de sus sufrimientos, por eso al emprender el estudio de los efectos de las drogas se hará a través de la comprensión de su psicodinamia dando una explicación más amplia de la conducta del individuo hacia el consumo de las mismas.

En general, el farmacodependiente presenta una dificultad para que por sí mismo sin necesidad de un agente consolador o terapéutico (fármaco), pueda superar conflictos en su realidad, por eso es que habitualmente irá en busca de elementos gratificantes que le produzcan placer. Algo que hace referencia a lo anterior es lo siguiente:

"Los adictos tienen grandes dificultades para -- aceptar la realidad. Se trata de sujetos que no pueden reemplazar el principio de placer por el de realidad y desarrollan algún método que les sirve para evitar la frustración; uno de ellos, implica el uso de las drogas para distorsionar el hecho". (20)

A este respecto desde la perspectiva psicodinámica

el dolor psíquico se origina a partir de la respuesta del aparato psíquico a todas aquellas situaciones traumáticas que atentan contra la gratificación de las necesidades - primordiales; esto es, que imponen frustración, pérdida, carencia y heridas narcisistas no autorreparables. Estas situaciones pueden oscilar desde pérdidas de la integridad física como en las enfermedades orgánicas, la pérdida de objeto e ideales, lesiones a la auto-estima, hasta las pérdidas materiales y económicas, de prestigio social y de poder independientemente del origen de la situación traumática. Ésta producirá alguna de las manifestaciones del dolor psíquico.

Desde el punto de vista semiológico el dolor psíquico puede manifestarse de dos maneras: "o bien como angustia o bien como depresión". (21) Ahora bien, estas manifestaciones pueden combinarse provocando así una serie de reacciones en la conducta e impulsos del individuo que requieran de inhibición para que se dé la respuesta dolorosa y así buscar una intervención terapéutica que provoque alivio inmediato.

Como es sabido, la aparición de la ansiedad suele ser el motor que impulsa a las personas a adoptar conductas positivas; activar frente a las dificultades que plantea la vida por medio de los mecanismos defensivos que son a fin de cuentas los que configuran en los cuadros psicopatológicos. El toxicómano no puede manejar la ansiedad que es emergida por las situaciones conflictivas; por tal motivo la ingestión de drogas se convierte en la tarea básica y en el comienzo de un círculo vicioso, pues

(21) Dr. KOLTENIUK Miguel; "Art. Las drogas y sus efectos" Depto. de Investigación de Centros de Integración Juvenil-Méx.

como dice LAURIE:

"La toxicomanía se autoperpetuará porque cuanto más se evite la ansiedad menos fácil será enfrentarse con ella a solas y sin paliativos". (22)

De ahí que la ansiedad, como la depresión ocupen un lugar central en la psicopatología, y por ello, merecen atención especial en el estudio de la psicodinámica de la farmacodependencia.

Cabe mencionar que al tratar psicodinámicamente -- los efectos farmacológicos de las drogas sobre el dolor psíquico, se está permitiendo conocer que existen tres -- componentes que determinan la aparición de tal fenómeno . Estos son: la ansiedad, la depresión y las situaciones traumáticas; por tal motivo al consumir las drogas, los efectos deben incidir principalmente a:

- 1.- El alivio de la ansiedad.
- 2.- El alivio de la depresión,
- 3.- La destrucción alucinatoria de las situaciones traumáticas y su reemplazo por situaciones gratificantes -- alucinadas.

A este respecto se menciona lo siguiente:

Los efectos de la bebida y de la heroína, para tomar el caso de estas drogas en particular son distintos. Ambos tóxicos provocan efectos dispares mientras que el alcohol, frente a las difi--

cultades causadas por la sexualidad y el impulso agresivo, opera eliminando la ansiedad y las inhibiciones y permitiendo al sujeto actuar; la heroína, por el contrario, suprime el impulso y hace innecesaria la acción. (23)

De esta manera habrá drogas depresoras, estimulantes y alucinógenas; desde luego, las habrá de efectos mixtos y se diseñarán combinaciones de varias de ellas en la búsqueda del efecto deseado en cada caso particular.

Por otra parte es importante clarificar que tomando en cuenta todas estas condiciones, la farmacodependencia es empleada como un intento abortivo para aliviar el dolor, intento mal logrado que se constituye como síntoma pero que psicodinámicamente funciona como actividad terapéutica, como elemento restaurador del equilibrio psíquico perturbador, como sustituto de un tratamiento más o menos eficaz pero que proporciona resultados inmediatos y no como una enfermedad o padecimiento psiquiátrico que -- presente un cuadro nosológico específico que debe ser -- agregado a la clasificación de trastornos mentales, ya que es sólo un síntoma que puede estar incluido en éstos; este aspecto se expondrá de un modo más amplio en el siguiente punto.

En base a todo esto, se debe considerar que el estudio de los efectos farmacológicos de las drogas se vuelve más inteligible si tenemos en mente sus efectos generales sobre el dolor psíquico y si no perdemos de vista su carácter pseudoterapéutico sintomático capaz de acompañar

la sintomatología de cualquier cuadro nosológico descrito por la psiquiatría general.

Para fines didácticos de esta tesis las drogas se clasificarán de acuerdo a sus efectos en tres rubros:

- 1) ESTIMULANTES: Su función es eliminar la depresión.
- 2) DEPRESORAS: Su función es aliviar la ansiedad.
- 3) ALUCINOGENAS: Su función es destruir la realidad - de las situaciones traumáticas y substituirlas alucinatoriamente por situaciones ideales gratificantes. (24)

Los efectos específicos de cada una de las drogas no se describirán en este estudio, pero pueden ser estudiados en algunos textos del paquete bibliográfico que se ofrece al final del capítulo.

1.6 TRASTORNOS PSIQUIATRICOS POR USO DE SUSTANCIAS TOXICAS:

No se puede hablar de trastornos psiquiátricos por uso de sustancias tóxicas sin antes tomar en cuenta una serie de factores que determinan la aparición de sus signos y síntomas.

Haciendo una remembranza de lo ya descrito, se había mencionado que el consumo de drogas utilizado como un método terapéutico deja de ser enfermedad para considerar

(24) KOLTENIUK Miguel, "Las drogas y sus efectos"
 Depto. de Investigación, Centros de Integración Juvenil Méx. p. 8

como un síntoma más en las distintas patologías que presenta el individuo.

El Dr. Antonio Caso por su parte, menciona que la farmacodependencia sin dejar de ser un problema de tipo social, presenta un carácter de tipo intersocial y no únicamente como a veces se piensa, de tipo intrasocial. Con esto amplía el hecho de que aún cuando la influencia social ejerza una parte importante sobre el consumo de drogas, también los factores psicológicos y físicos presentan una necesidad quizá igual o de mayor carácter en el abuso de dichas sustancias provocando así un deterioro en la integración del individuo. Sobre esto HENRI EY y P. BERNARD en su libro de tratado de psiquiatría nos señala:

"La toxicomanía no se puede definir como el uso habitual de uno o de varios productos, sino que debe ser definida por la conducta específica, de tipo perverso, que constituye una regresión instintivo-afectiva, un verdadero y profundo desequilibrio de la integración de las pulsiones". - (25)

Este planteamiento aún cuando sea considerado válido, deja entrever que los individuos no sólo tienen la finalidad de calmar su realidad frustrante y que sus impulsos no sólo los lleva a vencer ese sufrimiento, sino que también los motiva a preservar la vida, haciendo de las sustancias una utilidad de tipo médico.

La relación que más se adecúa a las necesidades de

(25) HENRI EY y P. BERNARD y CH. BRISSET.
"Tratado de psiquiatría" Ed. Toray-Masson S.A. ed.
8va. Barcelona pp. 352, 353, 354.

tipo psiquiátrico y que determinará si hay un trastorno mental por uso de sustancias tóxicas, será expuesta por el DSM III, que para establecer un diagnóstico se ocupará de ver las condiciones de los cambios conductuales asociados a dichas sustancias y que a su vez afectan al sistema nervioso central. Así mismo el DSM III, hace una diferenciación de lo que serían los trastornos mentales orgánicos, de aquellos trastornos provocados por uso de sustancias tóxicas teniendo en cuenta los efectos conductuales desadaptativos asociados al uso más o menos regular de éstos; sin embargo, también se hace referencia de que se pueden considerar trastornos mentales orgánicos, siempre y cuando esto esté determinado por la intoxicación aguda o crónica que se refleje en las manifestaciones del sistema nervioso central.

De esta manera el abuso, tolerancia, intoxicación, dependencia y abstinencia a dichas sustancias, precisarán qué tipo de trastorno psiquiátrico presenta el individuo, si representa cambios en su conducta que determinen su actividad social o laboral, o si debido a la intensidad del consumo manifiesta alteraciones crónicas en las funciones mentales. Esto quiere decir que los parámetros para la clasificación de trastornos, va en función de la conducta y del aparato psíquico.

Respecto a esto el DSM III describe que el uso patológico de las sustancias tóxicas se divide en abuso y dependencia tal y como se define a continuación:

ABUSO DE SUSTANCIAS: Patrón patológico de uso.

Deterioro de la actividad social o laboral debido al uso de sus--

tancias tóxicas.

Duración mínima del trastorno: -
por lo menos un mes.

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS: Tolerancia o abstinencia.

Para la dependencia del alcohol y del cannabis se requiere una estructura de uso patológico o un deterioro en la actividad social o laboral, para la dependencia del tabaco, como excepción véase DSM III p. 187. (26)

A su vez, este manual da una serie de síntomas que hay que tomar en cuenta para determinar en forma específica el trastorno, siendo éstas: "Síntomatología asociada, edad del comienzo, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia de cada sexo y diagnóstico diferencial". (27)

La clasificación de trastornos por uso de sustancias tóxicas no se mencionará, pero se remite la información al (DSM III p. 173).

- (26) DSM III "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" Ed MASSON 1984, p 174
- (27) DSM III "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" Ed MASSON 1984, p. 174

1.7 TIPOS DE SUSTANCIAS MAS USADAS EN MEXICO.

Tomando como referencia las investigaciones realizadas por Centros de Integración Juvenil en la República Mexicana durante el año de 1983, la incidencia que se manifiesta es la siguiente: Marihuana reportó el 81% del total encuestado en provincia; el porcentaje más alto se registró en la zona noroeste y el menor en la zona centro.

En cuanto al patrón de consumo la mayoría tiene -- más de un año de utilizarla; la frecuencia de su uso es variable según la zona; mientras que en el norte predomina el uso diario, en la zona centro es de varias veces por -- semana sin llegar a ser diariamente.

Inhalables: representa el 50% del total de encuestados. La zona de mayor incidencia es la centro.

En una población de farmacodependientes la mitad -- registra más de un año de utilizarlos y un 25% reporta un uso diario.

Alcohol: Representa una tercera parte del total de encuestados; esto debido a que la persona no considera es ta sustancia como droga ya que es socialmente permitida. Sin embargo, quienes declararon haberla consumido tenfan más de un año de hacerlo con una frecuencia de varias veces por semana o diario en un 57% de los casos.

Depresores: En relación al total de pacientes que reportaron haber consumido algún tipo de droga de efecto -- depresor, se observa que el 43% corresponde a fármacos -- que tienen utilidad médica y 6% a los que no tienen nin--

gún uso terapéutico.

Más de la mitad de los pacientes que han utilizado este tipo de fármacos (65%) reporta que tiene más de un año de consumirlos; una tercera parte de ellos los usan diario.

Estimulantes: Según el número de encuestados un 30% de éstos han utilizado algún tipo de estimulantes. La mitad reporta que se trataba de productos de uso médico como anfetaminas y antidepresivos; en su mayoría reporta más de un año en su uso con una frecuencia de varias veces por semana.

Con lo anterior queda establecido un marco referencial que nos provee de una idea general del consumo de drogas en la República Mexicana.

1.8 TIPOS DE SUSTANCIAS MAS UTILIZADAS EN PAISES DE AMERICA LATINA.

Aquí se da a conocer información si existen diferencias en las drogas consumidas entre México y el resto de América; esto debido a que al tomar en cuenta países afines en sus condiciones tercermundistas que presentan realidades similares se puede analizar qué tanto es el problema en nuestro país en relación con el resto de América Latina.

Como anteriormente se planteó, el objetivo al dar esta información es para tener un conocimiento que permita identificar la magnitud y características del problema, su trascendencia, la población de riesgo y la que ya se ha visto afectada, conocimientos que en última instancia son fundamentales para operar sobre la realidad.

Las referencias que se mencionarán a continuación fueron obtenidas en base a un estudio de tipo epidemiológico realizado por parte del Departamento de Investigación de Centros de Integración Juvenil en México.

En términos generales, se observa que en Centroamérica y el Caribe el problema de la farmacodependencia se manifiesta en la existencia de usuarios de marihuana, inhalables, psicofármacos y en algunos países las llamadas drogas duras: heroína y cocaína.

En Costa Rica, Panamá y Cuba, se encuentra mayor índice de uso de psicofármacos por el desarrollo farmacéutico de éstos; en Puerto Rico se registró un gran incremento en el uso de la heroína, pero en general las sustan

cias que predominan en todos los países son la marihuana_ y los inhalantes; la marihuana se encuentra como el principal producto de consumo porque en esta región del centro de América predomina la producción del sector agrícola, y su uso se da principalmente entre jóvenes y adolescentes de 15 a 25 años de edad.

Respecto a América del Sur, las diferencias socio-económicas de los países que componen la región, determinan el tipo de sustancias más utilizadas, ya que en países menos desarrollados industrialmente la farmacodependencia se liga más estrechamente a las sustancias de tipo vegetal, en tanto que en países de mayor desarrollo industrial los datos obtenidos refieren más el consumo de psicofármacos como el aspecto principal del abuso de drogas.

Es así como podemos concluir que existe una gran similitud en el tipo de sustancias que se consumen en México y el resto de América Latina, así como también nos podemos percatar que en general todos los países se encuentran bajo el influjo de este fenómeno, pidiendo que se tomen mejores medidas en su prevención y control, ya que solamente así se podrán generar mejores condiciones de vida.

C A P I T U L O I I
CAUSAS DE FARMACODPENDENCIA

2.0 CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Considerando que el individuo se desarrolla bajo la influencia de los factores psicológicos e individuales, sociales y familiares, hay que determinar qué relación tienen éstos con la aparición del síntoma de la farmacodependencia. Además, se debe tomar en cuenta que el sujeto interactúa en un ambiente familiar y social y que no son sólo las características de él mismo quienes lo llevan a recurrir a las drogas, sino es en sí la conjugación de éstos con su medio ambiente quienes hacen que surja el problema, provocando a su vez efectos que agravan a estos mismos factores.

También hay que señalar que las razones que tiene el sujeto en su consumo inicial, responden a toda una gama de circunstancias y expectativas, un tanto más variadas y diferentes que las razones que influyen para la continuación de su consumo, hasta quedar francamente establecida esta conducta. Con esto se quiere decir que la preservación del síntoma va a depender de cómo estén constituidos y cómo estén interactuando los factores para con el individuo.

Aunque en la práctica es difícil definir los límites entre lo social, lo familiar y lo psicológico e individual dada su mutua interrelación, para la presente tesis se abordarán en forma separada estos factores.

2.1 CAUSAS PSICOLÓGICAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

El individuo por sí solo posee una personalidad -- que lo diferencia de los demás y que a su vez lo ayuda a definirse en un ambiente familiar y social. Como se mencionó anteriormente, para poder llegar a conocer las causas de la farmacodependencia, es indispensable estudiar - los factores que intervienen en dicha situación.

El ser humano, debido a la cualidad que se le atribuye al tener una estructura de personalidad formada a lo largo de su vida, permite que busque medios para poder establecer una adaptación con el mundo exterior. Sin embargo, su interés no es sólo satisfacer necesidades externas, sino también seguir fortaleciendo las necesidades internas que lo ayuden a preservar un nivel óptimo de adaptación. El farmacodependiente es incapaz de fortalecer esas necesidades internas por sí solo; de ahí que busque sustitutos proveedores de placer como lo son las drogas . Algunos autores como Fenichel refieren:

"La persona inicialmente pudo haber buscado un bienestar pasajero en su uso, pero ocurre que termina por usar el efecto de la droga para la satisfacción de otras necesidades, que son interiores y no siempre conscientes ni posibles de satisfacer por la persona misma, en condiciones normales, ni de manera adecuada". (28)

De acuerdo a lo expuesto por este autor, se considera que el origen y la naturaleza de la adicción no resi

(28) SALCIDO Reyna Mirna, "Psicopatología y farmacodependencia", Depto. de Diagnóstico y Tratamiento, Oficinas centrales, Méx. Mayo 1986, p. 2

den en consecuencia en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica de la personalidad del -- usuario, es decir, son personas que tienen una predisposición a reaccionar a los efectos de las drogas, de una manera tal, que satisfacen viejos anhelos de dependencia, pasividad, seguridad y de autoestima, todos ellos característicos de los primeros años de vida, en contraste con ciertos grados de incapacidad para tolerar estados de tensión, dolor, frustración y situaciones de espera establecidos también en los primeros años de vida como habilidades fundamentales para la subsistencia posterior.

Hofling, por su lado refiere lo siguiente: "La -- adicción puede ser producida en cualquier ser humano, pero si la estructura de personalidad básica es esencialmente normal, las probabilidades de la cura, después de la -- retirada son muy buenas". (29)

Con esto, se deja entrever que aquella persona que se le haya dirigido adecuadamente su energía libidinal, -- que haya tenido adecuados modelos de identificación, tendrá menos probabilidades de depender de las drogas, ya -- que esta estructura de personalidad bien cimentada le permitirá guiarse de forma independiente y madura.

Otros autores señalan que la finalidad más profunda del uso de tóxicos es satisfacer anhelos orales, arcaicos, propiciadores de seguridad o de manutención de autoestima; imposibles de ser alcanzados por medios adultos. Freud en sus tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad afirma que: "En los niños la zona erógena de --

(29) HOFLING, citado en el artículo "Psicopatología y farmacodependencia", Depto. de Capacitación, Centros de Integración Juvenil, 1985, Méx. p. 2.

los labios adquiere una gran significación y si esta regresión permanece activa en su significado, numerosas de estas personas fumarán o beberán en la vida adulta". (30)

Resumiendo la idea anterior, se podría decir que el pensamiento de Freud es que el uso de las drogas implica una regresión oral profunda, poseedora de componentes compulsivos a semejanza de la masturbación y que ellos son utilizados para combatir el estado depresivo. Sobre este lineamiento, algunos autores dan su criterio sobre la etiología de la adicción a las drogas. Simmel menciona lo siguiente:

"El uso de drogas representa primeramente la masturbación genital, acompañada de fantasmas y contenidos apropiados; pero más adelante aparecen conflictos de niveles más profundos del desarrollo, que se extienden retrospectivamente hasta la etapa oral. También demostró que para los adictos a las drogas, los órganos pueden representar objetos introyectados, lo cual está también de acuerdo con una regresión oral". (31)

Tomando este criterio, el autor nos da a entender que el individuo conforme va en el proceso de desarrollo se va enfrentando con una serie de situaciones las cuales, en ocasiones se le presentan de tal forma que no logra asimilarlas y procesarlas para dirigir las adecuadamente al medio externo. Esto hace que al no encontrar un objeto psicológico acorde a su contenido, lo introyecte ha-

(30) GUARNER Enrique, "Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico", Ed. Librería de Porrúa Hnos. Ed. 2da. Méx. 1984, p. 214

(31) FENICHEL Otto, "Teoría psicoanalítica de las neurosis", Ed. Paidós, Buenos Aires 1966, p. 426

cia sí mismo procurando dar lugar a un estado más placentero mediante la regresión. Por su parte el adicto a drogas busca obtener placer mediante el objeto sustitutivo - del seno materno, que es una manifestación de una fijación en la etapa oral. Respecto a esto, Rado dice: "La zona oral es la preponderante y compara la sustitución - del drogadicto con las experiencias del recién nacido en su relación al pecho materno". (32) En la misma dirección de Rado, Knight dice: "El deseo de beber es una búsqueda del pecho materno, pero al mismo tiempo constituye un desafío en contra de: la sociedad, la moral y los padres". (33)

Aquí nos damos cuenta que una completa integración de los elementos que conforman las figuras paternas durante las primeras etapas del desarrollo y más específicamente en la etapa oral, determinarán las bases en la estructura de personalidad del individuo, la cual ayudará para una adaptación satisfactoria con todos los objetos que se le presentan en el transcurso de su vida, ya que al fortalecer dichas estructuras, el individuo podrá hacer un manejo adecuado de sus impulsos y defensas, procurando buscar sustitutos que vayan de acuerdo al objeto real que -- provocó tal desajuste y no como el farmacodependiente que desvía el objeto psicológico tratando de evadir o enfrentar su realidad.

Merloo (1952), ha estudiado el problema de las drogas que producen éxtasis artificiales desde otro ángulo .

(32) GUARNER Enrique, "Psicopatología clínica y tratamiento analítico", Ed. Librería de Porrúa Hnos. y Cía., - Ed. 2da., México 1984, p. 215

(33) Ibid. p. 216

Este autor piensa que existen tres mecanismos fundamentales en la adicción: "Búsqueda de la experiencia artificial estática, impulso hacia la autodestrucción y una necesidad oral no resuelta". (34) De acuerdo a esto, el farmacodependiente revive una infelicidad que experimentó en su infancia y por medio del éxtasis busca la fusión del yo con el objeto, lo que sería la madre introyectada, hecho que hace que busque una necesidad oral-narcisista. Sin embargo, estas personas viven sin estimar verdaderamente sus relaciones con otros, lo cual constituye en ellos anhelos pasivos narcisistas de usar otras personas como fuente de gratificación, nutrición y calor y cuyas relaciones interpersonales dejan ver un terrible sentimiento de miseria íntima del cual procuran salir para alcanzar una felicidad ideal. Rosenfeld por su parte considera que: "El adicto a drogas obtiene omnipotencia por medio del efecto farmacotóxico; este enfermo se identifica con los objetos idealizados y niega las angustias depresivas y persecutorias". (35)

En concordancia con esto, las razones que tiene el adicto para volver a buscar los efectos de la droga son : o bien la existencia de frustraciones externas, es decir, situaciones de desdicha que uno quisiera olvidar y reemplazar por fantasmas placenteras, o inhibiciones internas que uno no se atreve a actuar contra el superyó sin dicha ayuda artificial, una de ellas son las inclinaciones depresivas.

Por otro lado, Fenichel nos dice que la finalidad

(34) GARNER Enrique, "Psicopatología clínica y tratamiento analítico", Ed. Librería de Porrúa Hnos. y Cía., - Méx. 1984, p. 217

(35) Ibid, p. 218

de los adictos es buscar el placer y que para ello están dispuestos a renunciar a toda forma de libido objetal; -- necesariamente son personas que nunca estimaron demasiado las relaciones de objeto; se hallan fijados a una finalidad narcisista-pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación; nunca en satisfacer a los demás.

En general, las contribuciones al estudio y comprensión de la adicción coinciden en la afirmación de: estar directamente relacionada con trastornos en la estructura de la personalidad, derivados de experiencias dolorosas y angustiantes, vivenciadas en los primeros años de vida y específicamente durante la etapa oral descrita por S. - Freud.

2.2 CAUSAS SOCIALES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Partiendo del hecho de que el consumo de drogas no puede considerarse exclusivamente como un problema individual o limitado a determinados grupos, sino como una problemática de la sociedad en que se produce, hay que buscar qué fenómenos de la misma han favorecido la propagación del consumo de drogas; algunos de éstos son comunes en diferentes sociedades y otros son particulares a una determinada. Con esto se da a entender que el uso de la droga es considerado como un problema de tipo social el cual requiere de alternativas dentro de sus mismos medios que lo generaron para poder combatirlo.

Esta exposición nos permite comprender más fácilmente que para tratar de explicar las causas por las que el comportamiento farmacodependiente se ha extendido vertiginosamente en los últimos años, necesitamos partir del hecho de que los tipos de desviación que aparecen en cada sociedad dependen de los factores socioculturales existentes en ella y de las influencias a que está expuesta. Al respecto numerosos autores han procurado darle explicación: "Cuando aparece un comportamiento desviado, generalmente existe un estado de anomia social y se presenta un enajenamiento psicológico. El estado de anomia o falta de unidad cultural se observa que ocurre fundamentalmente en sociedades cambiantes heterogéneas e inestables". (36)

De acuerdo a esta línea de pensamiento, la crisis cultural es más evidente, cuando se observan índices de -

(36) LLANES B, Jorge, "Crisis social y drogas", Ed. Concepto Méx. D.F. 1982, p. 35

comportamiento desviados más elevados; esto se puede deber a que cuando una sociedad niega la angustia provocada por situaciones de este tipo, o no es consciente de sus dimensiones, aparecen sintomáticamente en el orden social, comportamientos calificados como desviados, como por ejemplo el alcoholismo y la drogadicción. Así como también, cuando las discrepancias entre los objetivos y metas de una cultura son muy grandes, se habla de que hay anomia social, o sea el proceso de desintegración de los sistemas culturales.

En relación con esto, se puede afirmar que el fenómeno de la farmacodependencia se da en situaciones de anomia social y de rompimiento de valores. Por ello puede decirse que la utilización de drogas florecerá de modo inevitable en un medio que tiene por núcleo social una ética de "todo es lícito".

Por otro lado Jorge Llanes menciona que todos somos una sociedad "drogada" es decir, "enajenada", entendiendo por este último término "El perderse a sí mismo en el otro" y donde lo interpreta de la siguiente manera: "En un ambiente donde el sujeto se pierde así en lo que le rodea, fenómenos como el de la farmacodependencia vienen a ser una de tantas manifestaciones de la enajenación misma". (37)

Debemos pues, entender por esto que cuando el ser humano pierde el control sobre el medio que lo rodea provocará en él un estado de infelicidad que lo llevará a --

(37) LLANES B. Jorge, "Crisis social y drogas", Ed. Concepto Méx. D.F. 1982, p. 37

buscar soluciones rápidas, involucrándolo en el mismo desajuste social. Esto hará que sienta inseguridad en sí mismo para enfrentar tales acontecimientos llevándolo a la desintegración.

Ahora bien, haciendo un reconocimiento general sobre la situación actual del fenómeno, se puede afirmar -- que el uso de las drogas se ve acrecentado por parte de la generalidad de la población por múltiples factores. El conocimiento no siempre adecuado de algunos productos derivados de las mencionadas plantas permite que su uso sea impropio y a la vez creciente entre los jóvenes.

Por otro lado la gran urbanización, desarrollo económico, los desajustes sociales, la automatización creciente, etc., son elementos que favorecen la aparición de desajustes psicológicos.

En países como México y el resto de Latinoamérica, en donde grandes núcleos de población viven en la insalubridad y la miseria, el cambio social radical es necesario. Sin embargo, las posibilidades de tener una influencia que genere alguna acción al respecto es cada vez remota. Los jóvenes resienten este hecho y manifiestan su rebeldía en diversas formas, pero al no disponer de los instrumentos, ni tener posibilidad de resolver los problemas importantes del mundo, sus manifestaciones pueden desembocar en la agresión a sí mismos.

En este sentido la farmacodependencia puede ser -- interpretada como una expresión bizarra de tal rebeldía, cuyos miembros constructivos se ven obstaculizados.

La explosión demográfica, la pobreza, la contamina

ción, la aglomeración urbana, los mensajes contradictorios de los medios de comunicación, la imitación de fenómenos sociales de otras culturas, la producción y tráfico de drogas y un holocausto nuclear potencial, son algunos de los sucesos promotores de ansiedad que resultan demasiado abrumadores para el adolescente, el cual deseando crear una situación "ideal" o "paraíso artificial", fomentará el uso de las drogas.

De esta forma se puede concluir que las razones por las que el adolescente o joven utiliza fármacos alteradores de la mente son diferentes y múltiples, pero es evidente que la autoafirmación y la rebeldía propias del proceso de desarrollo y encuentro social del joven conforman un factor significativo.

2.3 CAUSAS FAMILIARES DE LA FARNACODEPENDENCIA.

Es indudable la importancia de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo, ya que es en el núcleo familiar donde a través de los parámetros establecidos, sean éstos dichos en forma explícita o implícita, el niño aprende las primeras pautas conductuales e instrumentos con los cuales manejarse en la vida.

La familia puede ayudar al individuo a tener confianza y seguridad en sí mismo y una adecuada percepción de la realidad o por el contrario proporcionarle una percepción alterada de sí mismo y de la realidad.

Diversas investigaciones realizadas sobre este problema han convenido en varias características que la familia del farmacodependiente presenta, siendo una de ellas

y quizá la de mayor relevancia la desintegración familiar. Al respecto Fort (1954) menciona:

"Muchos de los sujetos adictos, provienen de familias deshechas, haber tenido padres que eran distantes o estaban totalmente ausentes del hogar. - También destaca el hecho de que la madre del adicto suele ser una persona autoritaria, amargada, - en relación con los hombres, a los que rebaja en presencia de sus hijos". (38)

Con esto se da a entender que la desintegración familiar es un factor que se presenta cuando la pareja fundamental presenta un desajuste o conflicto que a su vez - se trasmite a los hijos. Así mismo, cuando no existe un establecimiento claro de roles provocará en la comunicación y en las relaciones de sus miembros, contradicciones.

Características como la presencia en el medio familiar de adicciones, también se ha llegado a observar que aumenta la predisposición de que un hijo surja a la farmacodependencia, ya que se puede afirmar que es difícil - que un individuo adquiera buenos hábitos en un ambiente - familiar disfuncional.

Se hace mención sobre dos tipos de familias que -- son portadoras de conflictos emocionales en sus integrantes. Una de ellas es la familia simbiótica, la cual se presenta bajo un funcionamiento de indiscriminación y pérdida de límites e individualidad; dicho en otras palabras, son familias a cuyos miembros le resulta poco menos

(38) ZAX Melvin, "Psicopatología", Ed. Interamericana, -- Ed. 2da. 1979, p. 281

que imposible reconocerse como personas, individuos diferentes unos de otros. Por otro lado, la familia cismática es representada como el polo opuesto, ya que en ésta - los miembros están separados de tal manera que para lograr interactuar o comunicarse necesitan hacerlo de uno - por vez, puesto que de otra manera sería difícil hacerlo, provocando peleas o desavenencias.

Otro elemento que distingue a la familia de adictos en todas las clases sociales, es la falta de un padre firme que cumpla su función de tal. Sobre esto, Chein y colaboradores demostraron que:

"En forma muy notable, el padre se encuentra en la familia del adicto varón, una figura borrosa, en el mejor de los casos, y totalmente ausente - en un alto porcentaje de ellos. Si está en la casa, es emocionalmente distante e inclusive hostil. Propende también a ostentar el ejemplo de una conducta inmoral, antiética o criminal". (39)

Es decir, la ausencia de un padre vigente provocará que no se establezcan normas, reglas de tal manera que se desarrollará en los miembros de la familia una escala de valores.

El factor comunicación, también forma parte importante en el surgimiento de este fenómeno, ya que la falta de ésta o la manera inadecuada de llevarla a cabo como lo serían los dobles mensajes que emiten los padres de "no lo hagas" y ellos lo hacen por así decirlo, provocan una

(39) ZAX Melvin, "Psicopatología" Ed. Interamericana, - Ed. 2da. 1979, p.p. 280, 281

una ambivalencia en el estado psicológico del hijo el -
cual lo lleva a no definir bien sus límites, ni los de su
realidad. Por lo tanto, hay que señalar que es esta inco
municación la que conduce a la droga y no la farmacodepen
dencia del adolescente la que conduce a la ruptura de las
relaciones familiares. Algo que también surgiría en base
a la falta de comunicación entre la pareja y que a la vez
fomentaría la desubicación del joven son los parámetros -
de conductas ambiguas. Es decir, cuando los padres en -
ciertas ocasiones y ante ciertos hechos se muestran permí
sivos mientras que en otros momentos censuran lo que en -
otras ocasiones aceptaron. Lo mismo sucede cuando existe
una división de la autoridad o la presentación de valores
entre padres, y uno permite lo que el otro prohibió, lo -
cual traduce en el adolescente en incertidumbre y en un -
no saber cuál de las dos valoraciones es la justa.

Por último es común encontrar casos de farmacode--
pendencia en familias donde la migración del campo a la -
ciudad trae aparejados fenómenos de transculturación y --
conflicto en los valores y sistemas de vida. Las angus--
tias de los padres son transmitidas a los hijos, quienes_
por la inestabilidad que esto provoca son presas fáciles_
de dependencias, de distinto género, incluidas aquellas -
respecto a la droga.

En conclusión, se puede decir que la sociedad de--
termina la estructura y modo de actuar de la familia, y -
que ésta a su vez influye en la estructura del grupo so--
cial; por lo tanto los factores observados en las fami--
lias de farmacodependientes diferirán de sociedad a socie
dad, de clase social a clase social y de familia --
a familia.

2.4 PERFIL DEL FARMACODEPENDIENTE.

No existe un perfil único del farmacodependiente , ya que cada persona es única e individual, pero tomando - en cuenta los factores que inciden a que el individuo presente este síntoma y que han sido mencionados en este capítulo y de acuerdo a la experiencia que Centros de Integración Juvenil en México tienen sobre éste, se hace una descripción de algunos rasgos de personalidad comunes que no necesariamente se pueden presentar en forma conjunta, - pero sí algunos de ellos en un caso en particular. Estos rasgos son:

- Un autoimagen devaluada.
- Carencia de relaciones íntimas y de confianza.
- Egocentrismo.
- Falta de control sobre sus impulsos.
- Falta de capacidad para aplazar una gratificación.
- Resentimiento ante figuras de autoridad.
- Ansiedad-depresión - miedos - desesperanzas, etc.
- Agresividad.
- Rebeldeza.
- Pasividad.
- Dependencia emocional.

C A P I T U L O I I I

ASPECTOS SOCIALES DE LA ZONA FRONTERIZA EN MEXICO
Y EL GRUPO DE FARMACODEPENDIENTES.

3.1 ASPECTOS SOCIALES EN LA ZONA FRONTERIZA DE MEXICO.

Un aspecto importante que es común observar en las ciudades fronterizas de la República Mexicana es su población flotante; esto debido mayormente a los habitantes rurales que llevan la intención de cruzar la línea fronteriza hacia el lado americano. Gran porcentaje de esta población no logra conseguir su objetivo quedándose a radicar en las fronteras, con la esperanza de encontrar un mejor sistema de vida, pero esto no resulta tan fácil, ya que el emigrante se encuentra con la problemática de que está incapacitado cultural y académicamente para enfrentar las condiciones de trabajo que ofrece una ciudad, lo cual trae como resultado una desadaptación psicológica y social con consecuencias catastróficas.

Otro aspecto que también se da en las ciudades - - fronterizas, en especial en Cd. Juárez y Tijuana es con respecto a las relaciones y tensiones sociales como consecuencia de la imagen que el mexicano tiene del norteamericano. El norteamericano proyecta en México lo que reprime en su propia cultura. Se ha observado a marineros y reclutas de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, que se quitan los zapatos, gritan y encienden cohetes en cuanto cruzan la frontera. Simbólicamente sacarse el calzado, gritar y encender cohetes expresan sus sentimientos de libertad de las restricciones que les impone su propia cultura. En esta situación el comportamiento del mexicano - es explotar sistemáticamente y dar a los visitantes lo que esperan encontrar. Esta es la forma en la que el mexicano, a pesar de su tristeza intrínseca, exporta alegría y felicidad.

3.2 EL GRUPO DE FARMACODEPENDIENTES.

El grupo desempeña un papel muy importante en la vida del joven farmacodependiente. El adolescente ante ese juego de valores y normas nuevas, se enfrenta continuamente a circunstancias adversas en su familia y su comunidad; en tales situaciones, el grupo resulta de incomparable valor, al brindarle apoyo, ayuda, y la oportunidad de satisfacer sus necesidades de afecto, comprensión y esparcimiento. Pero, así como le brinda ayuda cuando otros ambientes le son hostiles, de la misma manera lo presiona a permanecer dentro dificultándole separarse de él.

El consumo de drogas no originó la formación del grupo, pero actualmente en todas las reuniones se presenta la ingestión de fármacos, lo que parece ser un fuerte factor en el funcionamiento del mismo, aunque no lo único que lo mantiene unido.

En diversas investigaciones que se han realizado al respecto, se ha comprobado que la mayoría de los miembros de un grupo llegan a consolidarse como tal porque ya se conocían desde su niñez en la escuela o en el barrio. La cercanía física de vivienda, las actividades y experiencias en común, los consecuentes lazos de amistad que se fueron estructurando son elementos que contribuyeron a la integración y su consolidación a través del tiempo.

El grupo de farmacodependientes presenta ciertas características que lo hacen distintivo y único de los demás núcleos de jóvenes, siendo una de ellas y la más importante, el consumo de drogas. Este hecho hace que los encuentros que tiene el grupo sean algo especial, por - -

ejemplo, la ubicación donde se llega a reunir cualquier otro grupo adaptado a las normas sociales lo haría a la luz del día por así decirlo; en cambio los farmacodependientes lo hacen de una manera prohibida, a escondidas, en grutas, baldíos, esquinas, etc. Durante sus reuniones impera un ambiente de camaradería, chistes, bromas, y conforme va avanzando la conversación, se habla de temas variados, como comentarios de noticias, estudios, aspiraciones, aventuras personales, experiencias sexuales, etc.

María Isabel Chávez menciona: "El farmacodependiente es poco explícito en temas más personales, lo que se le facilita más en una relación individual que a nivel de grupo". (40) Esto nos hace suponer que en las reuniones generalmente evitan hacer alusiones a problemas del día, de su estado de ánimo personal o problemas familiares.

La posición que adquieren los miembros de un grupo también resulta interesante mencionarla y este tipo de organismo no es la excepción, debido a que se ha observado que estas personas dentro de un sistema presentan un nivel en una jerarquía. Por así decirlo características como una posición económica alta contribuye a dar más relevancia a la persona ya que éste tiene mayores posibilidades de adquirir la droga y compartirla con todos. Un nivel escolar alto también es valorado ya que se considera a la persona con más capacidad de independencia para solucionar problemas.

Factores relacionados con el consumo de tipos de -

(40) CHAVEZ DE Sánchez María. "Drogas y pobreza", Ed. Trillas, Méx. 1985, p. 78

droga también son tomados en cuenta ya que la persona que consume marihuana, se coloca en un status superior al del que básicamente consume cemento, esto quizá debido a la audacia que tiene la persona para conseguirla, ya que la primera es más difícil de adquirir y provoca mayor riesgo. El líder aparte de poseer una o varias de estas características, debe de contar con cualidades propias de su personalidad como por ejemplo, facilidad de expresión verbal, capacidad de mando y toma de decisiones, y sobre todo carisma y simpatía hacia los demás.

Las normas son también una de las características que debe predominar en el grupo. En los jóvenes farmacodependientes se ha observado que existe un ambiente de informalidad, permisividad y tolerancia que da a los miembros amplia libertad de acción y participación. No parece haber normas explícitas, pero hay una serie de reglas sutiles que son observadas por los miembros. Por ejemplo, el grupo está abierto a recibir nuevas personas que para ser aceptadas deben ser amigas del miembro que las incorpora, no hay un compromiso formal de asistencia y puntualidad a las reuniones. No se obliga, ni penaliza a aquel miembro que en un momento dado no pudiera cooperar económicamente; la persona que está en posibilidad de hacerlo lo hace, y aquel que no lo está se espera que lo haga cuando pueda. Para iniciar el uso de determinada droga o la cantidad que se pueda ingerir el permiso para ello está implícito, cualquier miembro puede proponer que principie el consumo. Algo que se desapruueba con gran severidad en el grupo, es que un miembro llegue después de haber consumido las drogas, se le critica por no haber invitado y si la pena es mayor se le incita a que obtenga la droga si ya no tiene.

La ayuda mutua entre los miembros se extiende a - otras actividades fuera del grupo, como por ejemplo, ayudarse a conseguir algún trabajo o ayudarse económicamente, claro que esto va a depender del grado de cohesión y amistad.

Por último, uno de los elementos que representa mayor compromiso entre los miembros de un grupo, es la lealidad y fidelidad, ya que siempre tratan de protegerse entre sí, sobre todo contra los ataques e intervenciones de la policía, por lo que el delator es sumamente penalizado, llegando a los golpes o la expulsión.

Es así como se puede concluir que el grupo de jóvenes farmacodependientes representa para sus miembros una unidad básica para la subsistencia de sus condiciones de vida.

Es importante mencionar que esta información se -- complementó con datos obtenidos por la práctica con pa- - cientes farmacodependientes en consulta y que se ha acumulado a través de la experiencia en la labor terapéutica - en Centros de Integración Juvenil.

C A P I T U L O I V

ANALISIS Y CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA,
FORMACION DE LA IDENTIDAD.

4.0 ANALISIS Y CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA, FORMACION DE LA IDENTIDAD.

Quando se habla de adolescencia es importante tomar en cuenta una serie de factores que tienen un alto relieve en el proceso de maduración y desarrollo de identidad en el individuo; si bien es decisivo tomar en cuenta las condiciones propias del individuo en este desarrollo, también es primordial la influencia de los aspectos sociales y culturales en que se desenvuelve y que lo ubican en un contexto en el que necesariamente juega un rol que estará determinado por funciones específicas de acuerdo a las exigencias del medio.

Lógicamente este papel no le es impuesto de manera espontánea sino que se ha ido perfilando a través de etapas previas de desarrollo en las que fue adquiriendo pautas de comportamiento transmitidas por sus padres y su interrelación con el núcleo social en el que ha evolucionado.

Así pues, este capítulo estará destinado a la revisión de las características y los puntos de vista que diversos autores hacen sobre esta etapa.

4.1 DEFINICION DE ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia proviene del verbo latino "Adolescere" que significa CRECER o CRECER HACIA LA MADUREZ.

Sorenson: La adolescencia es mucho más que un peñón - en la escala que sucede a la infancia. Es un período de transición constructivo, necesario para el desarrollo -

del yo. Es una deprecida de las dependencias infantiles_ y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado adulto. (41)

Peter Blos: Menciona que se presenta también una falta - de patrones de comportamientos rígid^os u obligatorios para la adolescencia en la sociedad occidental, junto con - una ausencia de modelos adultos claros que puedan servir_ como guía para una identificación con ellos. Esto, por - una parte permite un alto grado de diferenciación e individualización, pero por otra, debido a esta falta de modelos y por la fuerte tendencia a la autoafirmación, facilita el desarrollo desviado y patológico. (42)

Erickson: Dice que es una crisis normativa, una fase normal de conflicto acentuado que se resuelve por sí misma , contribuyendo a la estructuración final de la personalidad. (43)

Agrega que esta fase de conflicto acentuado es caracterizado por una aparente fluctuación en la fortaleza yoica y también por un alto potencial de crecimiento. (44)

De acuerdo a lo anterior se concluye que la adolescencia es una etapa en la que se produce un cambio físico, social y psicológico que necesariamente conlleva a un desarrollo de la estructura de personalidad.

(41) HURLOCK Elizabeth B. "Psicología de la Adolescencia", Ed. Paidós, Ed. 4a. 1980 España, p. 15

(42) CHAVEZ de S. Ma. Isabel, "Drogas y Pobreza", Ed. Trillas, 1997 México, p. 23

(43) Ibid, p. 22

(44) BLOS Peter, "Psicoanálisis de la Adolescencia", Ed. Joaquín Mortiz, Ed. 3a. 1980 México, p. 28

Por otra parte la adolescencia estaría comprendida en un período cronológico, acerca del cual diversos autores han hecho referencia sin llegar a ningún acuerdo. Si tuándose de manera generalizada de los 12 a los 21 años, dependiendo esto del contexto sociocultural, la alimentación, clases sociales, situación geográfica y las diferencias entre los sexos reconociendo de antemano que las mujeres maduran con mayor rapidez que los hombres.

4.2 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA.

Durante este proceso del crecimiento y del desarrollo denominado adolescencia todas las áreas configurativas del individuo se ven afectadas y así encontramos que físicamente sus órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar; esto se inicia con la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto, ambos sexos sufren cambios internos y externos que determinan las características sexuales primarias y secundarias lo cual origina un cambio de actitud hacia su propia imagen y una modificación de su concepción del Yo. Adquiere conocimiento sobre su sexualidad y de los roles sexuales con la intención de comportarse del modo aprobado por la sociedad; en este período aprende a expresar amor por otro individuo del sexo opuesto a la vez que manifiesta una preocupación por su aprobación cuidando su apariencia personal se vuelve exhibicionista y se llena de fantasías eróticas. Es posible observar que los varones responden más abiertamente al impulso sexual mientras que las mujeres son más románticas. Es evidente una motividad intensificada que consiste en reacciones borrascosas, desconcierto, estallidos emocionales, tensión, y una condición generalmente

perturbada que repercute en todas sus relaciones interpersonales. El grupo social en el que se desenvuelve espera de él que domine ciertas tareas como son: el establecimiento de relaciones nuevas y más maduras con adolescentes de ambos sexos, desear y alcanzar un compromiso socialmente responsable en el que se incluye el desarrollo de habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñarse como ciudadano y lograr una mayor autonomía por medio de la independencia económica, social y emocional respecto de sus padres y de otros adultos. A través de este entrenamiento de socialización su capacidad de análisis le permite descubrir que es necesario manifestar conductas y actitudes maduras para establecer contactos sociales y emotivos más duraderos.

La conciencia de status social se hace manifiesta por la posición que se ocupa en el grupo, la cual está -- determinada por el grado de aceptación que los demás le conceden; la vara que utiliza para medirse es el número de amigos, sus status y posición como líderes o seguidores dentro del grupo. Utiliza la posición de la familia y todo tipo de signos representativos de algo no visible como la ropa o la escolaridad como símbolos de status.

Los adolescentes desafían, critican y pretenden - cambiar las normas sociales con las que están inconformes y a las que se rebelan, razón por la cual no realizan buenos ajustes sociales pues están conscientes de las actitudes desfavorables que suscitan; esta percepción afecta a su vez sus posibilidades de adaptación personal. Los adolescentes inconformes y rebeldes tienen mayores probabilidades de una adaptación deficiente en comparación con los individuos conformistas. Sus anhelos a mejorar su condi-

ción son especialmente fuertes; sus niveles de aspiración sobresalen por su idealismo, romanticismo e ideas fantaseosas con relación a su futuro. El éxito los lleva al incremento de la propia estima mientras que el fracaso trae consigo amargo remordimiento y sensaciones de inadecuación personal; sus intereses primordiales están dirigidos a la clase de esfuerzo que los ayudará a progresar más -- que aquello que les produce satisfacción personal; les atraen los aspectos educacionales orientados al trabajo -- más que los meramente culturales. En sus actividades recreativas tienen acceso a una mayor libertad fuera de la supervisión paternal y lejos de la escuela. A las mujeres les es permitida la participación en juegos y actividades previamente exclusivos de los varones. Puede haber una inclinación hacia intereses y acciones que realizan -- en grupo o solitariamente, a la vez que una selección selectiva de lo que les gustaría hacer solos y lo que quieren compartir con los demás.

El adolescente reemplaza sus valores morales por -- una gafa de conducta que le sirva en la vida adulta comprobando a cada instante una mayor responsabilidad de sus actitudes y deseos; trata de hallar una doctrina que pueda satisfacer sus necesidades espirituales de mejor forma que el dogma religioso conocido desde la infancia.

Cada nueva generación de adultos desde tiempos inmemorables ve a la juventud encaminarse a la perdición, -- desposeída de respeto y valores y parecen olvidar su propia travesía a través de esta etapa de la vida o la consideran unos y otros menos violenta y retadora; la verdad -- es que esa fuerza nueva, esa sangre fresca es la que más tarde impulsa los cambios y las revoluciones que modifi--

can nuestro mundo.

El adolescente entra al fin al mundo de los adultos y se adapta a él como los ríos turbulentos y caudalosos llegan al mar y se confunden con él entregándole las riquezas de sus aguas.

4.3 TEORIA DEL ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD DEL YO

4.3.1. FORMACION DE LA IDENTIDAD.

El término de identidad fue introducido por Víctor Tausk en 1944; a partir de entonces otros han manejado este vocablo para indicar el proceso de percibirse a sí mismo en su manera individual de dominar la experiencia.

Erickson la designa crisis de identidad, entendiendo por esto la confrontación del individuo en un momento decisivo de su vida a un problema que deberá resolverse.

Mientras que en civilizaciones más primitivas, el niño tiene la oportunidad de una participación social responsable de acuerdo a su capacidad; y sus juegos están -- relacionados con las tareas que realizará más tarde, en nuestra cultura el juego se define por el hecho de que no se trata de un trabajo con lo que se excluye al niño de una temprana fuente para el sentimiento de identidad. Aunado a esto el hecho de que la civilización occidental -- tenga una tendencia expansiva que requiere una especialización y una separación estratificada de la experiencia -- obliga al individuo a incluir sólo una parte de la sociedad y por supuesto será aquella que sea pertinente a su existencia.

Desde el principio de la vida existe una relación_ entre el desarrollo interno y un medio ambiente estimulan_ te además de una capacidad del individuo para interactuar con un número mayor de personas e instituciones que tienen una disposición para hacerlo participe de una preocupación cultural presente.

4.3.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACION DE LA IDENTIDAD.

- Confianza básica que se desarrolla en la etapa oral a partir de la relación madre-hijo.
- Percepción del hijo de una relación heterosexual_ que le permita identificarse con su rol sexual.
- Familia como fuente primaria portadora de las exigencias culturales que pretende la formación de valores de acuerdo a las instituciones de una sociedad dada.
- Escuela, medios de comunicación y religión como fuentes secundarias que contribuyen a complementar la formación adquirida dentro de la familia.
- Amigos, vecinos y encuentros circunstanciales que son formas no organizadas de influencia igualmente valiosa por su contenido en mensajes dirigidos a lograr una adaptación psicosocial.

4.3.3 ANALISIS DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD SEGUN ERICKSON.

El individuo a través de su paso por cada etapa --

tiene una oportunidad para resolver sus conflictos universales en los que invariablemente se presentan las fases - inmadura , crítica y resolutive. El éxito o el fracaso - en cada una determinará la adquisición de capacidades más adaptativas y una vulnerabilidad disminuida. O por el -- contrario su dificultad para la integración yoica aumenta en situaciones cada vez más complejas.

1.- Confianza frente a desconfianza.

Erickson considera que durante el primer año de vida el bebé se enfrenta a un problema vital. En este pe- ríodo el infante se encuentra supeditado a los cuidados - de la madre debido a la incapacidad de valerse por sí mis- mo, pero aún así de manera innata puede confiar en la ca- pacidad de los propios órganos para enfrentar urgencias - mediante sus reflejos. Su primera demostración de con- - fianza social es la facilidad de su alimentación.

El psicoanálisis postula la etapa oral durante el primer año de vida donde el niño dirige su exploración hacia el mundo por medio de la boca siendo ésta una forma - de ganar confianza de sí mismo en base a lo que experimen- ta.

Así pues, el niño se encuentra entre dos alternati- vas: confiar o desconfiar de las cosas y las personas de su mundo. Si sus necesidades son satisfechas sin demasia- da frustración, se desarrolla un sentimiento de confian- za; en cambio si se crea un sentimiento de desconfianza , la suspicacia, reserva, el temor y la angustia serán sus - manifestaciones; el niño que ha de conseguir un sentimien- to básico de confianza ve sus alrededores como seguros y consistentes. Su primer logro social es dejar que la ma-

dre se aleje sin experimentar ansiedad o rabia porque - ella se ha convertido en una certeza interior y en algo - exterior previsible. Si la relación entre madre e hijo - es mutuamente satisfactoria, el bebé recibe oportunamente un sentimiento de bondad interna propiciando el sentirse aceptado y amado lo cual constituirá el elemento esencial del sentimiento de confianza básica.

A medida que sus necesidades aumentan y su conocimiento y sus capacidades, crece su relación con los estímulos externos, se torna más activo, se vuelve explorador, manipulador, capaz de agarrar aquello que necesita o quiere.

Los padres no sólo deben guiar a través de la prohibición y el permiso sino deben ser capaces de transmitir al niño una convicción profunda de que todo lo que hacen tiene un significado.

La confianza debe mantenerse a través de toda la vida frente al sentimiento de haber sido despojado, dividido, abandonado.

2.- Autonomía frente a vergüenza y duda.

Del año a los 3 años el niño alcanza un desarrollo de sus facultades perceptuales y musculares lo cual hace que adquiera una autonomía de acción creciente. Esto da pauta a la manera de responder o hacerle frente a las cosas ya que posee la capacidad de retenerlas o soltarlas.

Aferrar puede llegar a significar retener o restringir en forma destructiva y cruel y puede ser un patrón de cuidado, tener y conservar. Soltar puede ser una

liberación hostil de fuerzas destructivas o bien un amable dejar pasar, dejar vivir.

En vista del desarrollo que ha logrado el niño en sus funciones, las personas que conviven a su alrededor se convierten en dirigentes de sus deseos demandando disciplina higiénica. El hecho de negarse a cooperar con la madre le dará la pauta para relacionarse de igual manera con los demás. El ceder en ocasiones generará en él conductas hostiles y agresivas creando conflictos y vulnerabilidad a sentimientos de vergüenza y duda. La tendencia del niño a ser autónomo y satisfacer las demandas de su medio lo lleva a enfrentar frecuentes fracasos y frustraciones lo cual provoca un sentimiento de duda de sí mismo ya que esto no le ayuda a confirmarse en lo que es correcto o deseable o incorrecto o indeseable. De ahí la importancia de que las demandas de los padres sean equilibradas y ayuden a la formación de la autonomía. Esta duda produce una inconformidad excesiva con el bloqueo de impulsos y la falta total del respeto por la reglamentación y el control.

La vergüenza se genera cuando el ego está expuesto y se encuentra indefenso en una situación de examen desfavorable y deprimente, como lo es la censura y la desaprobación de los demás.

La vergüenza es en esencia rabia vuelta contra el sí mismo.

El sentimiento de culpa fomenta la duda de sí mismo de tal forma que todo aquello que se hace carece de valor.

Un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de -- autoestima da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo; la pérdida de autocontrol además de -- un sobrecontrol foráneo propicia de manera perdurable la duda y la vergüenza.

Si una persona desarrolla un sentimiento de autonomía en un buen grado, demostrará las virtudes de valor, -- autocontrol y fuerza de voluntad.

3.- Iniciativa frente a culpa.

El juego y el trabajo cobran una importancia específica de nuestra etapa para la adquisición de iniciativa en vista de que el fracaso en una tarea determinada se -- puede olvidar fácilmente y emprender otra nueva. En comparación con la teoría freudiana del complejo edípico o -- sexualidad infantil, el niño toma iniciativa en el galanteo primitivo hacia su madre, se vuelve activo, atrevido, pero en la medida en que actúa de esta manera se topa con personas poderosas que le crearán sentimientos de culpa.

El sentido de iniciativa resulta muy influenciado, por el desarrollo del super ego el cual consta de dos elementos: la conciencia (regulaciones internas, normas y tabúes) y el ego ideal (imágenes y modelos idealizados como aceptables). Cuando el super ego mantiene su posición infantil impide la libre expresión del yo y el desarrollo -- de iniciativa es bloqueado; si el super yo permite que el yo introyecte experiencias, conseguirá que tenga iniciativa encaminándolo a que se identifique con las personas -- importantes en su vida y a la vez que aprenda a realizar, -- trabajos que le reditúen cooperación y bienestar.

La iniciativa es una parte necesaria de todo acto_ y el hombre la necesita para todo lo que aprende y hace - desde lo más sencillo hasta lo más ambicioso y complicado.

4.- Laboriosidad frente a Inferioridad.

Considerando que el niño ha superado satisfactoriamente las tres crisis del desarrollo anteriores, entra en la etapa de laboriosidad concordando esto con el inicio - de la actividad escolar donde todas sus fantasías podránvertirse sobre elementos reales y socialmente aceptables, incrementándose o formándose así habilidades y conocimientos.

El niño tendrá la oportunidad de desarrollar su -- creatividad e irse familiarizando con tareas de la vida - adulta, de acuerdo a las pautas de las instituciones socio culturales.

Erickson hace una crítica al sistema educativo actual ya que en su opinión es un medio cultural que causadependencia y un desacuerdo con las necesidades reales de la vida, después de la escuela. La creatividad del estudiante se ve limitada situándolo en un solo molde impidiéndole ser activo e independiente.

Durante esta etapa el deseo de competencia en el - niño lo conducirá a descubrir sus propias capacidades para enfrentar responsabilidades y actuar en función de - - ellas. Además el hecho de llevar un método u orden en su aprendizaje podrá satisfacer de manera adecuada y de buena gana las demandas que se le formulen. El no lograr estas virtudes lo llevarán a un sentimiento de inferioridad.

Freud la denomina Etapa de Latencia y en ella los impulsos están inactivos.

5.- Identidad frente a Confusión de Rol.

La identidad yoica es en esta etapa más que la suma de las identificaciones infantiles. Es la experiencia acumulada a partir del surgimiento a la vida, basada en las potencialidades hereditarias y las oportunidades que brinda el contexto social.

"Por otra parte E. Erickson ha sostenido que la sociedad ofrece al niño una "moratoria social", refiriéndose con esto a que el niño necesita tomarse un tiempo para reconciliarse con su cuerpo, llevar a cabo los procesos de duelo que esto implica, para terminar de conformarse con éste, lo cual se logra cuando no sólo renuncia a su cuerpo de niño, sino que abandona su fantasía omnipotente de bisexualidad basada en su actividad masturbatoria, siendo todo este proceso el que lleva al adolescente a abandonar su identidad infantil y a tratar de adquirir una identidad adulta, que cuando se logra se conformará en una ideología con la cual se enfrentará al mundo circundante". (45)

Durante la adolescencia la autorrealización cobra proporciones sumamente críticas donde el individuo es valorado por los demás y por él mismo de acuerdo a sus logros.

(45) ERICKSON Erik H., "Identidad, Juventud y Crisis". Ed. Siglo XXI, México 1979, p. 139

Presenta confusión y dispersión de actividades en su afán de encontrar una que sea adecuada a sus necesidades. La elección de una profesión contribuye a su identidad sin dejar de considerar a la religión y filosofía de la vida como partes de su experiencia.

Su relación con un grupo y con personas de ambos sexos se hace imprescindible; el amor tiene características proyectivas en las que trata de encontrarse a través del reflejo en la otra persona; así pues, aquel joven que no posee un firme sentimiento de identidad tendrá dificultad para establecer su rol.

El logro de la identidad tiene mayor relevancia en comparación con las demás realizaciones y le son atribuidas dos cualidades: devoción y fidelidad.

El hombre sano tiene la necesidad de sentirse leal y honesto. Erickson reconoce la prioridad de esta etapa al dedicar una de sus obras a este solo aspecto.

6.- Intimidad frente a Aislamiento.

En contraste con la etapa anterior, en ésta el individuo puede ejercer su intimidad bajo estatutos sociales aprobados, como el matrimonio; para esto tendría que haber superado las etapas anteriores con éxito, lo cual brinda valores, sentimientos de fidelidad y una estabilidad.

El amor precisa cualidades como: compasión, simpatía, empatía, identificación, reciprocidad y mutualidad, por lo que un esfuerzo para desarrollar estas capacidades conducirá a que el amor sea recíproco en el sentido de --

que el ser humano tiene una necesidad equivalente de amar y ser amado. Si no es alcanzable se torna un sentimiento obsesionante de falta de plenitud.

La persona que logra resolver satisfactoriamente - esta etapa es poseedora de dos virtudes: la asociación y el afecto.

7.- Generatividad frente a Estancamiento.

El individuo alcanza una madurez física, psicológica y social completa; ante esto experimenta la necesidad de un trabajo productivo, permanente y de atención; se establece su vocación, educa a su familia y adquiere prestigio.

La falta de generatividad entendida como productividad y creatividad en todas las esferas de la vida origina un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal.

Interpretado en un sentido amplio, su vida no posee una corriente creadora de experiencias.

Para quien tiene éxito se le atribuyen virtudes -- como producción y atención.

8.- Integridad del yo frente a Desesperación.

Erickson la ubica entre los 45-50 años hasta la -- muerte y su principal objetivo consiste en la unificación plena de la personalidad y el dominio de la fuerza de ego sobre el Id y el Super ego.

La persona que haya vivido plenamente hasta este -

momento sin lamentar ni añorar tiempos pasados, se adapta con facilidad a su nueva situación de madurez y espera - tranquilamente el desenlace final. Sus logros son la rectitud y la intencionalidad.

Para Erickson el momento de enfrentarse con la posibilidad de la muerte no debe significar una experiencia dolorosa o aterradora a menos que el individuo no haya sido capaz de superar todas y cada una de las etapas previas del desarrollo.

Sin embargo, independientemente de la fortaleza - del ego, la muerte representa sin duda el reto más desa--fiante en la vida del individuo por ser algo tan indefinido y al mismo tiempo tan radical.

C A P I T U L O V

EL AUTOCONCEPTO

5.0 EL AUTOCONCEPTO.

5.1 FORMACION DEL AUTOCONCEPTO.

Desde la infancia el individuo se va creando una imagen de sí mismo en base a las actitudes, comportamientos y expresiones afectivas de las personas que lo rodean. Cuando percibe su imagen corporal esto influye ampliando las posibilidades de su formación de autoconcepto.

En cuanto a sus emociones, se van haciendo conscientes a medida que la persona es capaz de ver hacia dentro de sí mismo y puede definir las pautas establecidas de -- sus sentimientos.

En la adolescencia se vuelve a enfrentar a un nuevo replanteamiento de su lugar en el mundo; la necesidad de saber más sobre sí mismo se hace impostergable; la búsqueda de identidad, de una escala de valores que emerge de sus propios procesos intra-psíquicos y experiencias lo conducen a la construcción del autoconcepto.

Dada la importancia significativa que tiene esta característica de personalidad para el logro de una adaptación adulta, su desarrollo durante la adolescencia es relevante; de ahí el interés por llevar al estudio esta condición del ser humano en una tesis que pretende establecer los cambios que se producen bajo situaciones específicas de estilos de vida.

5.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.

La palabra autoconcepto es usada por primera vez -

por Erickson y Hartman dándole el significado de conocimiento de sí mismo.

Posteriormente Allport y William James ofrecieron sus propias aportaciones en este aspecto. Carl Rogers -- por su parte deja establecido que con la conciencia la -- persona sabe lo que sucede en su medio ambiente y en ella misma.

Por último William H. Fitts autor de la Escala -- "Tennessee Self Concept Scale" realiza el estudio más actualizado de que se tenga noticia hasta la fecha.

5.2.1. DEFINICION DEL AUTOCONCEPTO

JERSILD lo define: "Un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién es y qué es". (46)

KINCH lo describió como "La organización de cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo". (47)

CARL ROGERS: "Es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo". (48)

En conclusión, de una o de otra manera todos los -

(46) HURLLOCK B. Elizabeth, "Psicología del adolescente" , Ed. Paidós, España, Ed. 4ta. 1980, p. 537

(47) Ibid. p. 537

(48) ROGERS CARL, "Citado en la tesis Diferencias en el autoconcepto entre un grupo de adolescentes hijos de madres solteras y un grupo de adolescentes hijos de hogar integrado". U.N.A.M. Méx. D.F., 1983

autores coinciden en que el autoconcepto es en definitiva la manera de conocerse del sujeto.

5.2.2. COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO.

Autoimagen corporal.- Se refiere a la formación física evaluada por el sujeto mismo. La comparación inevitable en cuanto a estatura, obesidad, atractivo, imperfecciones o defectos congénitos o adquiridos.

Autoimagen psicológica.- Es la propia concepción de una pauta de respuesta a las condiciones del medio ambiente. El sujeto se sitúa dentro de un marco de referencia que le es conocido y así puede percibirse como honesto, agresivo, tímido, etc.

Autoimagen real.- "Imagen por reflejo", es la influencia que figuras significativas ejercen en el criterio que el individuo se forma de sí mismo. Dependiendo del trato y las actitudes que demuestren hacia él, determinarán su compromiso a cumplir con las expectativas esperadas y a la vez su autoestima.

Autoimagen ideal.- Es el nivel de aspiraciones -- basadas en el conocimiento de lo que la sociedad aprecia y que en un momento dado al adolescente le gustaría ser. El prestigio, la riqueza, la posición social, son medios que fomentan la ambición y los sueños de llegar a obtenerlos.

5.2.3 INFLUENCIAS DEL YO EN EL AUTOCONCEPTO.

Tomando en consideración que es el yo quien regula

la influencia del medio ambiente y quien está en contacto directo con las relaciones interpersonales que se establecen a diario, las experiencias y el modo de aprender a manejarlas, el control de los impulsos y la delimitación de las normas, será el yo quien de manera inevitable ejerza una influencia definitiva.

La debilidad del yo ocasiona intolerancia, impulsividad, retraimiento social, severidad y frialdad; mientras que la fuerza del yo proporciona participación social, tolerancia, control intelectual, calidez y permisividad.

5.2.4 LOS PILARES DEL AUTOCONCEPTO

Autoconciencia.- Es la capacidad del individuo de darse cuenta de los atributos de que dispone para adaptarse a su realidad.

Autoaceptación.- Disposición que se tiene para --comprenderse como un ser humano poseedor de cualidades y defectos, pero además significa la aprobación de uno mismo que requiere cierto grado de madurez.

Identidad.- Es la estabilidad que permite al hombre diferenciarse de los demás a la vez que lo sitúa dentro del grupo social.

5.2.5 ALGUNAS INVESTIGACIONES QUE SE HAN HECHO SOBRE EL AUTOCONCEPTO.

EL ROL DEL AUTOCONCEPTO DEL LOGRO ACADEMICO EN LOS COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON EL EXITO.

En los sistemas escolares numerosos investigadores han demostrado que los roles del autoconcepto tienen dos significados: como antecedentes y como consecuentes en los comportamientos relacionados con el logro escolar.

Supuestos de la investigación:

1.- La realización académica y el autoconcepto inicial del logro académico están relacionados.

2.- La realización académica y el autoconcepto inicial del logro académico influyen directamente en las expectativas iniciales de éxito.

3.- El autoconcepto inicial de logro académico, -- realización académica y expectativas iniciales de éxito -- influyen directamente en la ejecución resultante de una -- tarea académica.

4.- El autoconcepto inicial de logro académico, la realización académica, las expectativas iniciales de éxito y la ejecución resultante influyen directamente en las expectativas de éxito posteriores a la ejecución.

5.- El autoconcepto inicial de logro académico, la realización académica, las expectativas iniciales de éxito, la ejecución resultante de las expectativas de éxito -- posteriores a la ejecución influyen directamente en el -- autoconcepto de logro académico posterior a la ejecución.

Método:

Para este estudio se utilizó una muestra de 208 es

tudiantes, siendo 117 varones y 91 mujeres, inscritos en el octavo grado en una escuela suburbana de un distrito de Arizona. El distrito estaba compuesto predominantemente de jóvenes blancos de clase media.

Instrumentos:

Escala de autopercepción de logro Nicholls 1978, fue usada para medir el autoconcepto de estudiantes en cuanto a su logro académico. Se utilizó el Test-retest después de una semana obteniendo un grado de confiabilidad de 83%. Folletos de tarea académica; el folleto consta de 5 partes:

- a) Una página informativa que registra información biográfica.
- b) Una medida de las expectativas iniciales de éxito del sujeto.
- c) Seis problemas de anagrama.
- d) Una hoja de respuestas con solución a los problemas.
- e) Una medida de las expectativas de éxito del sujeto después de la ejecución de la prueba en tareas similares posteriores.

Pruebas de realización California: Fueron diseñadas para medir logro escolar en lectura, matemáticas y lenguaje.

Procedimiento:

Se administró primero la escala de autopercepción de logro Nicholls 1978; después se entregó a los estudiantes

tes los folletos que incluyen los 6 anagramas pasando de los más simples a los más difíciles. Los estudiantes fueron instruidos para indicar sus expectativas iniciales de éxito en los problemas. Al completar cada anagrama se pidió a los estudiantes que contaran sus aciertos para que observaran cuántos problemas habían sido capaces de contestar correctamente. Enseguida se les pidió que indicaran sus expectativas de éxito en tareas académicas similares.

La escala se administró nuevamente con lo que se adquirió la medida de autoconcepto de logro académico después de la ejecución.

Resultados:

Un análisis ordenado se llevó a cabo para examinar las relaciones propuestas entre logro académico, autoconcepto inicial de realización académica, expectativas iniciales de éxito y autoconcepto de logro académico después de la ejecución de la prueba.

1.- Puntos diseminados fueron producidos para cada relación directa entre variables. Estos puntos no indicaron evidencia de relaciones no lineales.

2.- Segundo, líneas preliminares de análisis se condujeron separados para hombres y mujeres. Como los resultados de este análisis fueron virtualmente idénticos, los datos posteriores se combinaron en los análisis subsiguientes.

3.- Tercero, una correlación momento-producto con valores probables fueron computados para todos los pares

de variables incluidos en este modelo. La correlación -- matriz con significados y desviaciones estándar para las variables se presentan en la tabla 1. Finalmente la figura 1 resume el total de la línea analizada para el modelo propuesto. Los valores asociados con cada línea en el modelo son coeficientes lineales.

Como los resultados de esta línea de análisis son numerosos los hemos presentado separadamente como corresponde a las seis suposiciones representadas en el modelo. Todos los supuestos fueron probados a niveles de .05 y .01 de significatividad estadística.

CUADRO 1

MEDIAS, DESVIACIONES ESTANDAR Y CORRELACIONES

			CORRELACIONES				
			1	2	3	4	5
GRADO ACADEMICO	M	66.06	.13	.34*	.03	.07	.40*
	Ds	20.74					
EXPECTATIVA INICIAL	M	4.83	.	.23*	.25*	.48*	.19*
	Ds	1.10					
CONCEPTO INICIAL DE SI MISMO	M	8.21			.20*	.24*	.76*
	Ds	5.26					
DESARROLLO	M	3.58				.77*	.25*
	Ds	2.28					
EXPECTATIVA DEL DESARROLLO	M	4.09					.28*
	Ds	1.71					
DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO DE SI MISMO	M	8.11					
	Ds	5.12					

P 0.1

NOTA: 1.- Expectativa Inicial; 2.- Autoconcepto Inicial;
 3.- Desarrollo; 4.- Expectativa del Desarrollo; -
 5.- Desarrollo del Concepto de si mismo.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAMBIOS EN EL AUTOCONCEPTO DURANTE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO. UNA COMPARACIÓN ENTRE FARMACODEPENDIENTES HOMBRES Y MUJERES.

RESUMEN: AUTOCONCEPTO de hombres y mujeres en tratamiento en una comunidad terapéutica a quienes les fue aplicada la Escala de Autoconcepto de Tennessee. La aplicación se realizó en cuatro etapas; la primera entre tres y seis meses después de iniciado el tratamiento y nuevamente a intervalos de aproximadamente cuatro meses. Los 127 hombres y 42 mujeres eran parte de un proyecto universitario de Daytop en el cual el efecto de estar matriculados como estudiantes fue una de las áreas sometidas a prueba. Cambios en los autoconceptos de hombres y mujeres medidos por cinco factores derivados empíricamente, más las escalas del Tennessee son investigadas. Particularmente agobiantes son los autoconceptos negativos de mujeres que se preparan para abandonar el tratamiento en las áreas de: Aceptación de la familia, yo y parejas. Un conocimiento de estas áreas problemáticas puede ayudar a sugerir diversas estrategias de tratamiento para mujeres a medida que se acercan al final del proceso.

Una dimensión sobre la cual los usuarios de drogas son personas diferentes. Un número de investigaciones se han realizado comparando variables de personalidad o autoconcepto en hombres y mujeres que utilizan drogas y están sometidos a tratamiento habiendo encontrado una amplia gama de resultados: Un estudio concluyó que: Hombres y mujeres tienen una motivación similar para el uso de drogas; mientras que otro encontró diferentes motivaciones, con un número significativamente mayor en mujeres que en hombres y cuya motivación se reporta como un gesto de in-

tento de suicidio.

La población para el primer trabajo eran residentes de una comunidad terapéutica, y la del segundo estudio, gente admitida en urgencias en un hospital por abuso de drogas.

En investigaciones que reflejan tipo de autoconcepto, psicopatología o diferencias de personalidad, algunos no han encontrado diferencias importantes entre los sexos mientras que otros han descubierto mayor patología en la autoestima de mujeres que en hombres.

Mientras que la mayoría de estudios de este género investigan el autoconcepto en un solo punto durante el --tratamiento y otros lo evalúan varios años después del --tratamiento, no se encontró ninguno que siguiera los cambios en éste a medida que el tratamiento progresaba. El conocimiento de cómo es alterado el autoconcepto durante el tratamiento puede ayudar al proceso. Este estudio fue diseñado de tal manera que siguiera los cambios en la autoestima durante el tratamiento y que comparara estos cambios en hombres y mujeres.

METODO

Los sujetos eran 127 hombres y 42 mujeres, parte de un programa universitario que involucraba un grupo experimental matriculado en tres semestres y a la vez participaban en la comunidad terapéutica; y un grupo control, que participaba en la comunidad terapéutica sin ser alumnos universitarios. Todos los estudiantes tenían su diploma de preparatoria o equivalente y eran residentes de

Daytop. El rango de la edad fluctuaba entre 19 y 44 años con una edad promedio de 25 años.

PROCEDIMIENTOS

Los sujetos fueron examinados con la Escala Tennessee de Autoconcepto, que consta de 100 preguntas que - - arrojaron marcadores sobre 29 escalas. De esta investigación se derivaron 5 factores analizando las 100 preguntas; estos factores son: Aceptación por la familia, Logro de estándares morales, Realización de uno mismo, Aceptación de Pareja y Neurosis.

La primera aplicación tuvo lugar entre los tres y seis meses después de iniciado el tratamiento; las siguientes tres aplicaciones fueron espaciadas a intervalos de cuatro meses aproximadamente.

RESULTADOS

Una distribución de frecuencia en hombres y mujeres combinados fueron programados para cada prueba; los puntajes obtenidos en la Escala de Tennessee de Autoconcepto fueron divididos en alto, medio y bajo.

En las primeras tres aplicaciones aproximadamente un cuarto de los marcadores fueron ubicados en los grupos altos y bajos y la mitad en el grupo medio; en la cuarta administración del cuestionario aproximadamente un tercio de los marcadores fueron ubicados en cada grupo. El número actualizado de puntos en hombre y mujeres en cada celda correspondiente a cada rango fue determi-

nado y computado basado en los porcentajes de hombres y mujeres de cada aplicación procediendo luego a la elaboración de gráficas estadísticas para cada aplicación.

ESTUDIO PILOTO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO DE - ADOLESCENTES.

La investigación fue realizada en 1973 en el seminario menor de la ciudad de Chihuahua, con 15 jóvenes cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 17 años. Ellos deseaban ingresar al seminario y continuar en él hasta ordenarse sacerdotes.

El propósito de este estudio fue establecer si las dinámicas de grupo utilizadas durante el preseminario lograban modificar el autoconcepto de dicho grupo de adolescentes.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos en la escala de autoconcepto se concluyó que son adolescentes que tienden a la defensividad y a presentar una imagen favorable de ellos mismos; cuyo nivel total de autoestima es más bien bajo. Entre sus características relevantes se encuentran: La pobre percepción de su identidad básica y el considerarse como personas de poca valía desde el punto de vista ético-moral. Además tienden a calificarse bajo en cuanto a estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

INVESTIGACION QUE REALIZAN MARIO CASTILLO HARRON Y DAVID TENA GARCIA SOBRE EL AUTOCONCEPTO EN JOVENES INFRACTORES EN LA ESCUELA ORIENTACION PARA VARONES.

La investigación se desarrolló en la escuela orientación para varones. Esta es una institución cerrada que proporciona un tratamiento tendiente a la rehabilitación.

social de menores infractores.

Población: Está constituida por 252 menores de edad infractores, varones exclusivamente y cuyas edades fluctúan entre los 15 y 18 años. Los niveles de escolaridad son bastante heterogéneos: desde analfabetas hasta bachilleres. Por lo que respecta al status socioeconómico de la población, predominan las clases baja y media baja.

Tamaño de la muestra: La muestra consta de 222 sujetos; del total de la población se excluyeron 12 débiles mentales y 18 analfabetas. La edad promedio de la muestra es de 16.5 años; el estudio incluye únicamente sujetos del sexo masculino; el rango de edades oscila entre los 15 y los 18 años.

Instrumento de medición: El instrumento utilizado en esta investigación fue la Escala de Autoconcepto de Tennessee, en su forma para orientación psicológica. Esta escala consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de sí mismo.

Tratamiento estadístico: Una vez aplicados y calificados los test se procedió a agruparlos de acuerdo a la infracción cometida. Luego se vaciaron los puntajes brutos de las 14 escalas y los datos de edad y escolaridad de cada sujeto en un formato especialmente diseñado para ello.

En términos generales, los resultados de esta investigación se inclinaron hacia lo teóricamente predecible, en base a la experiencia profesional de los sustentantes con la población bajo estudio. Se puede decir que

la aportación básica de este trabajo ha sido el proporcionar un sustento objetivo, científico, a una serie de apreciaciones de carácter puramente pragmático sobre el problema de la readaptación social.

El presente estudio reveló como rasgo característico del menor infractor interno su bajo nivel de autoestima. Este parámetro es el más representativo de la escala de autoconcepto de Tennessee pues engloba todas las puntuaciones de las subescalas. Estos jóvenes se ven a ellos mismos como indeseables, con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices y tienen poca fé o confianza en ellos mismos.

5.3 EL AUTOCONCEPTO EN LA ADOLESCENCIA.

El momento crucial que determina el autoconcepto es la adolescencia donde hacen crisis los valores, la sexualidad, la capacidad de amar, la emocionalidad, la identidad, la vocación, la relación familiar y las normas sociales. Esta transición dará origen a un nuevo planteamiento de lo que es ser.

A medida que se va consolidando el autoconcepto, de manera dinámica se establecen patrones de comportamiento que están estrechamente influidos por la manera de percibirse del sujeto. La posibilidad de adaptación hacia su medio ambiente es afectada por las pautas de conducta que el autoconcepto determina.

El tema es inagotable pues dependiendo de la historia individual el autoconcepto será una --

estructura única e irreplicable de donde nace la -
necesidad de un análisis profundo y cuantificable -
en relación a un factor específico para encontrar -
respuestas a las fluctuaciones que se observan en -
determinados grupos de adolescentes que comparten --
características comunes.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

6.0 METODOLOGIA

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la presente investigación se formula la siguiente pregunta: ¿Qué diferencias existen en el autoconcepto de acuerdo a la escala de Tennessee entre dos grupos de adolescentes, grupo A de farmacodependientes y grupo B de no farmacodependientes de Cd. Juárez, Chih.

Este planteamiento es hecho debido a que el objetivo es analizar si el autoconcepto difiere en grupos de adolescentes, y cómo puede influir el uso de sustancias tóxicas tomando como referencia el autoconcepto de adolescentes no farmacodependientes.

El propósito de buscar diferencias en el autoconcepto se fundamenta en que teorías como el psicoanálisis nos menciona que el individuo posee en su personalidad una identidad del yo, lo que lo hace distintivo de los demás en su medio ambiente; algunos autores como Erickson se refieren a esto mencionando que el yo es la organización general de una serie de identificaciones e introyecciones bajo el principio orientador de la función sintética del yo.

Esto nos indica que la creciente percepción que tenga el individuo de las áreas de su vida, junto con la adaptación y el sentido de sí mismo, lo llevarán a una formación de las estructuras de personalidad como un ser único.

En base a la experiencia que se tiene con pacientes farmacodependientes en Centros de Integración Juvenil, se

ha observado que presentan un autoconcepto devaluado; así también, careciendo de capacidad para aprender de la experiencia, lo cual nos indica que realizando un estudio al respecto y valorando cada uno de los aspectos que forman el autoconcepto se podrá dar una mejor pauta para la atención de este tipo de pacientes en el manejo psicoterapéutico, ya que la práctica indica que si no es por él mismo esta enfermedad no se detiene.

Además, debido a la preocupación por parte de los profesionistas que se dedican al bienestar social, a la salud mental y a que la farmacodependencia es un factor alarmante en instituciones de readaptación y dado que se carece de información acerca del tema, se ve la importancia de realizar esta investigación.

6.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.

a) Analizar si hay diferencias en el autoconcepto de acuerdo a la escala de Tennessee, entre un grupo de adolescentes farmacodependientes "A", y un grupo de adolescentes no farmacodependientes "B" de Cd. Juárez, Chih.

6.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.

a) Para realizar esta tesis sólo se tomarán sujetos del sexo masculino, ya que estadísticamente son los que registran un mayor índice de farmacodependientes lo cual facilita la obtención de la muestra.

b) Se amplió el margen de escolaridad a 4to. de primaria tomando en cuenta que el farmacodependiente carece

ce de preparación académica, por lo cual se llevará a cabo las aplicaciones de la escala de Tennessee en forma individual permitiendo así un mejor manejo de la misma, ya que así se requería debido a que no era posible sujetarse a la escolaridad que exige la prueba por las condiciones del farmacodependiente antes mencionadas.

c) A pesar de que la escala de Tennessee no está -- estandarizada en México, se eligió para esta investigación por ser una de las pruebas psicológicas más completas para medir el autoconcepto; asimismo demuestra que en estudios realizados en México los resultados se ajustan a las características de la población.

d) Considerando que el paciente farmacodependiente presenta un alto índice de deserción y de pobre capacidad intelectual se tomará una muestra representativa de la población que acude a Centros de Integración Juvenil, así -- como también para la muestra no farmacodependiente se tomará un número representativo de una escuela secundaria -- para trabajadores ya que presentan características al grupo anterior.

e) La obtención de las variables en el grupo de -- farmacodependientes, se tomarán de los expedientes, excepto el C.I., ya que para obtenerlo se aplicará el Test de Raven.

6.4 SISTEMA DE HIPOTESIS.

a) Hipótesis operacionales.

Ho.- No existen diferencias significativas en el

"Perfil de la Escala de Tennessee de Autoconcepto" entre - el grupo de adolescentes farmacodependientes y el grupo - de adolescentes no farmacodependientes de Cd. Juárez.

H₁.- Si existen diferencias significativas en el "Perfil de la Escala de Tennessee de Autoconcepto" entre - el grupo de adolescentes farmacodependientes y el grupo - de adolescentes no farmacodependientes de Cd. Juárez.

b) Hipótesis de Trabajo.

Se elaboró una hipótesis nula y una alterna para - cada una de las escalas de la prueba.

H₀.- No existen diferencias significativas en la escala de "autocrítica" entre los adolescentes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₂.- Si existen diferencias significativas en la - escala de "autocrítica" entre los adolescentes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la escala de "Identidad básica" (Hilera 1) entre los adolescentes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₃.- Si existen diferencias significativas en la - escala de "Identidad básica" (Hilera 1) entre los adolescentes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la - escala de "Autosatisfacción". (Hilera 2) entre los adolescentes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₄.- Si existen diferencias significativas en la -
escala de "Autosatisfacción" (Hilera 2) entre los adoles-
centes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala de "Conducta" (Hilera 3) entre los adolescentes --
farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₅.- Si existen diferencias significativas en la -
escala de "Conducta" (Hilera 3) entre los adolescentes -
farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala de "Yo físico" (Columna A) entre los adolescentes_
farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₆.- Si existen diferencias significativas en la -
escala de "Yo físico" (Columna A) entre los adolescentes_
farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala del "Yo ético-moral" (Columna B) entre los adoles-
centes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₇.- Si existen diferencias significativas en la -
escala del "Yo ético-moral" (Columna B) entre los adoles-
centes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala del "Yo personal" (Columna C) entre los adolescen-
tes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₈.- Si existen diferencias significativas en la -

escala del "Yo personal" (Columna C) entre los adolescentes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala del "Yo familiar" (Columna D) entre los adolescen-
tes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₉.- Si existen diferencias significativas en la -
escala del "Yo familiar" (Columna D) entre los adolescen-
tes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala del "Yo social" (Columna E") entre los adolescen-
tes farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₁₀.- Si existen diferencias significativas en la
escala del "Yo social" (Columna E) entre los adolescentes
farmacodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la
escala de "Variabilidad total" entre los adolescentes far-
macodependientes y los no farmacodependientes.

H₁₁.- Si existen diferencias significativas en la
escala de "Variabilidad total" entre los adolescentes far-
macodependientes y los no farmacodependientes.

H₀.- No existen diferencias significativas en la -
escala de "Distribución" entre los adolescentes farmaco--
dependientes y los no farmacodependientes.

H₁₂.- Si existen diferencias significativas en la
escala de "distribución" entre los adolescentes farmaco-

pendientes y los no farmacodependientes.

6.5 SELECCION DE LA MUESTRA.

Para la realización de esta investigación se tomaron dos muestras: adolescentes farmacodependientes y adolescentes no farmacodependientes.

Primero se pensó obtener la muestra de farmacodependientes ya que resultaba más difícil reunirlos debido a las condiciones que presenta este tipo de sujetos, por lo que se requería de más tiempo. Esta decisión se tomó pensando que resultaba más fácil obtener a los adolescentes no farmacodependientes, puesto que al estar cautivos en las escuelas, resultaba más rápido seleccionarla.

Para la muestra de farmacodependientes se estimó una población promedio de 300 pacientes que acuden a recibir tratamiento a la institución Centros de Integración Juvenil de Cd. Juárez, donde se dio facilidades para realizar las aplicaciones de las 2 pruebas psicológicas que requería esta investigación.

En primer lugar, se hizo una selección al azar de 75 expedientes que reúnan las condiciones exigidas por el estudio. Se citó a los pacientes elegidos en secciones individuales para establecer rapport y así poder aplicarles los test.

Debido a que se controlaría la variable de coeficiente intelectual en un límite de por lo menos inferior al término medio superior, se procedió en segundo lugar -

a aplicarles el test de inteligencia de RAVEN (ver apéndice 5), para descartar aquellos sujetos que no cumplieran con este requisito. Se esperaba reunir 50 pacientes pero por el control de las variables de escolaridad y grado de farmacodependencia sólo se lograron aceptar 25.

Se consideró que este número de muestra podría ser representativa de la población de pacientes farmacodependientes que acuden a dicha institución, por lo que se dejó en esta cantidad.

El tercer paso fue aplicarles la Escala de Tennessee de Autoconcepto, quedando así constituida la muestra.

En lo que respecta a la muestra de adolescentes no farmacodependientes, se hizo un sorteo al azar de las 3 - escuelas secundarias para trabajadores que existen en Cd. Juárez, seleccionando sólo una, la cual se consideró representativa de la población de éstas.

Se tomó este tipo de escuelas porque reúnen características similares con la muestra de adolescentes farmacodependientes descartándose las demás instituciones de educación media debido a que sus características resultaban demasiado dispares para realizar la comparación.

Después de la elección de la escuela se procedió a pedir autorización a las autoridades del plantel para llevar a cabo las aplicaciones que requería el estudio, a lo cual no hubo objeción. Para esta muestra se necesitaba reunir 50 sujetos de estudio, ya que era la cantidad propuesta desde un principio, resultando además representativa para la población de no farmacodependientes.

El primer paso que se realizó fue reunir 100 alumnos tomados al azar entre una población de 500 del turno vespertino, ya que esta escuela sólo tiene este turno, -- los cuales presentaban las condiciones exigidas, en donde se hizo una labor de convencimiento (rapport) para que -- cooperaran en la investigación. Posteriormente se les aplicó un cuestionario (ver apéndice 1) que tenía como fi nalidad captar adolescentes que no hubieran probado alguna vez las drogas determinando así los sujetos no farmaco dependientes. Ya obtenidos éstos se continuó con el segundo paso, que consistía en responder al test de inteli gencia de RAVEN.

De igual manera que con el grupo farmacodependiente se requería un coeficiente intelectual que por lo menos fuera inferior al término medio. Dependiendo del con trol de esta variable se procedió por último a la aplicación de la Escala de Tennessee de Autoconcepto logrando -- así concentrar el número esperado para esta muestra.

6.6 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

Para efectos del presente estudio la muestra consta de 75 casos (25 adolescentes farmacodependientes y 50 no farmacodependientes).

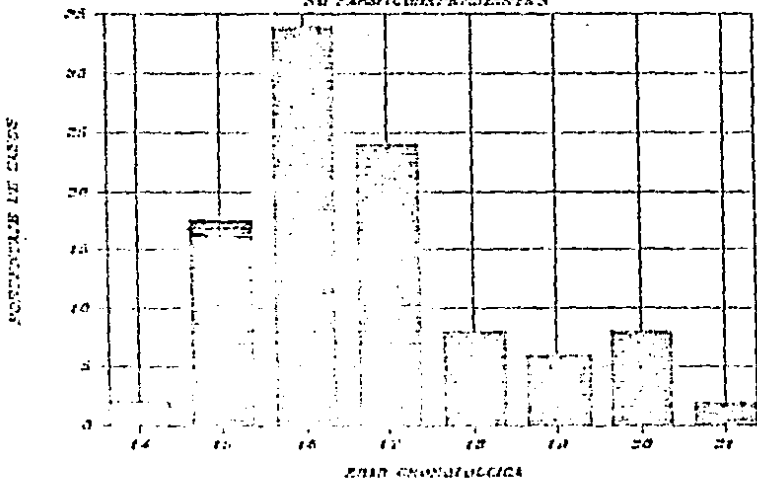
A partir de este momento, para describir las carac terísticas de la muestra, nos referiremos a ella como gru po de farmacodependientes y grupo no farmacodependientes.

a). EDAD.

El rango de edad de la muestra oscila entre los 15

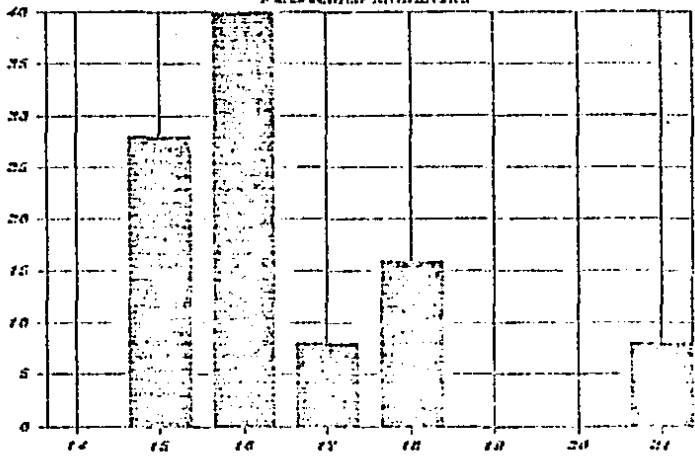
y 21 años. La edad promedio, resultante de la muestra, - es de 16.30 años. En el grupo de adolescentes farmacodependientes el promedio de edad es de 16.52 años. Y en el grupo de no farmacodependientes es de 16.16 años. - Los porcentajes de edades de ambos grupos se presentan a continuación en forma separada.

COMPORTAMIENTO NO FAMILIARDEPENDIENTES



15 años.....	18%
16 años.....	34%
17 años.....	24%
18 años.....	8%
19 años.....	6%
20 años.....	8%
21 años.....	2%

COMPORTAMIENTO FAMILIARPENDIENTES



EDAD CRONOLÓGICA

15 años.....	28%
16 años.....	40%
17 años.....	8%
18 años.....	16%
19 años.....	0%
20 años.....	0%
21 años.....	8%

b) SEXO.

Para las dos muestras se tomarán sujetos del sexo masculino, quedando en la proporción que se muestra a continuación:

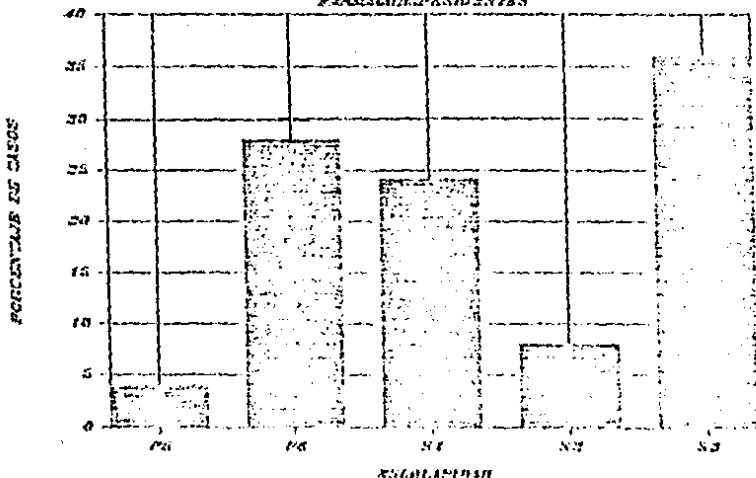
GRUPOS:	No. DE CASOS SEXO MASCULINO
Adolescentes F.D.	25
Adolescentes no F.D.	50
PORCENTAJE TOTAL DE AMBOS GRUPOS:	
Farmacodependientes	33.33%
No farmacodependientes	66.33%

c) NIVEL DE ESCOLARIDAD.

El intervalo del nivel de escolaridad que se dio para obtener la muestra fue de 4to. de primaria hasta 3ero. de secundaria, esto debido a que el farmacodependiente generalmente no logra terminar su educación primaria, ampliando así la posibilidad de que no se rechazara un gran número de casos.

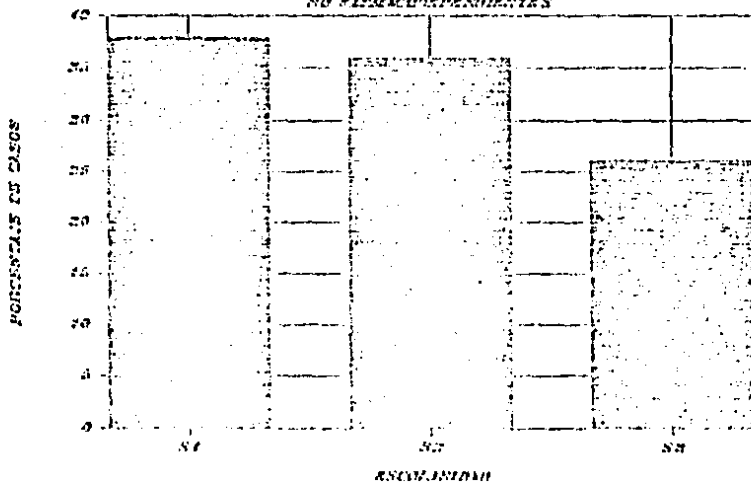
De cada una de las muestras está representado el porcentaje que sí se dio del nivel de escolaridad en las siguientes gráficas.

COMPORTAMIENTO FARMACOPENSIVENTES



4to de primaria.....	0%
5to de primaria	4%
6to de primaria	28%
1ero de Secundaria	24%
2do de Secundaria	8%
3ero de Secundaria	36%

COMPORTAMIENTO NO REPLICATIVAMENTE



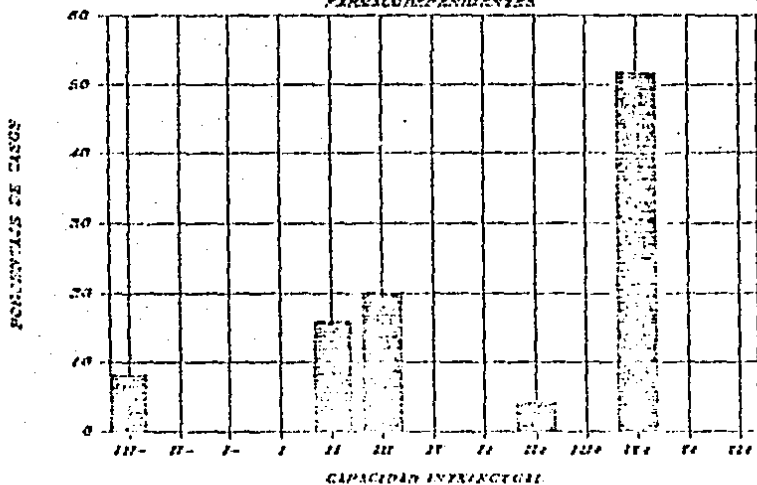
4to de primaria.....	0%
5to de primaria	0%
6to de primaria	0%
1ero de Secundaria	38%
2do de Secundaria	34%
3ero de Secundaria	26%

d) CAPACIDAD INTELECTUAL.

Esta variable puede ser de suma importancia para - que el adolescente estructure un autoconcepto favorable o desfavorable de sí mismo, ya que generalmente la capacidad intelectual está íntimamente relacionada con el éxito o fracaso en las actividades que realiza una persona. Se considera que el autoconcepto estará influido por las condiciones ambientales que rodean al adolescente, así como también el hecho de que el individuo reciba estimulación académica determinará la manera de responder ante las situaciones que se le presentan en la vida.

Ahora bien, para cada muestra el nivel de capacidad intelectual está representado con los siguientes porcentajes :

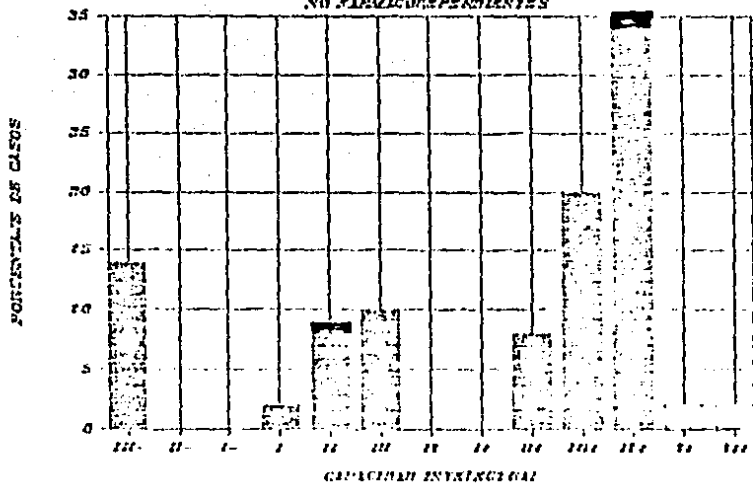
COMPORTAMIENTO FARMACODIPENDIENTES



Rango I	....."Superior"	.....	0%
Rango II+	....."Superior al término medio"	.....	4%
Rango II	....."Superior al término medio"	.....	16%
Rango III+	....."Término medio"	.....	0%
Rango III	....."Término medio"	.....	20%
Rango III-	....."Término medio"	.....	8%
Rango IV+	....."Inferior al término medio"	.....	52%

COMPORTAMIENTO

NO FARMACODIPENDIENTES



Rango I	....."Superior"	.....2%
Rango II+	....."Superior al término medio"	.....10%
Rango II	....."Superior al término medio"	.....8%
Rango III+	....."Término medio"	.....20%
Rango III	....."Término medio"	.....10%
Rango III-	....."Término medio"	.....14%
Rango IV+	....."Inferior al término medio"	.....36%

e) TIPO DE DROGA.

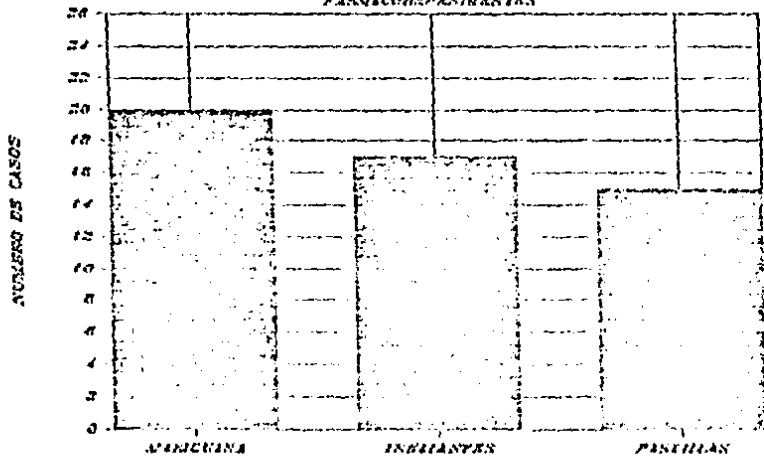
Esta variable sólo se tomó en cuenta para el grupo de adolescentes farmacodependientes. Considerando el nivel de consumo y las condiciones de adquirir ciertos tipos de drogas en Cd. Juárez, se determinaron 3 tipos de ellas: Marihuana, inhalables y pastillas.

En la gráfica correspondiente se aprecia el porcentaje de su uso. (Véase página 108).

f) GRADO DE FARMACODEPENDENCIA.

Se tomó un nivel III, debido a que estos sujetos presentan un funcionamiento en sus actividades todavía adaptativo, el cual resulta posible comparar con sujetos no farmacodependientes.

COMPORTAMIENTO PARACOMPONENTES



Marihuana..... 80%

Inhalables 68%

pastillas60 %

6.7 VARIABLES QUE SE CONTROLARON.

1.- La muestra está conformada por:

- 25 adolescentes farmacodependientes.
- 50 adolescentes no farmacodependientes.

2.- Edad.

El rango de edades oscila entre 15 a 21 años - con un promedio de 16.52 años.

3.- Sexo.

Para los dos grupos se tomó en cuenta el sexo masculino.

4.- Nivel de escolaridad.

Se tomó un rango de escolaridad de 4to. de primaria a tercero de secundaria.

5.- Coeficiente intelectual.

Se tomó como límite de rango IV+ inferior al término medio de acuerdo al test RAVEN.

6.- Tipo de drogas.

Los sujetos farmacodependientes sólo tenían -- que haber utilizado por lo menos una de las siguientes drogas: marihuana, inhalables o pastillas.

7.- Grado de farmacodependencia.

Funcional.

6.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

El instrumento utilizado en esta investigación fue la "Escala de Autoconcepto de Tennessee", en su forma de orientación psicológica (ver apéndice 2). Las razones para la elección del instrumento son las siguientes:

- Es una de las pruebas psicológicas más completas para medir autoconcepto.

- Es una prueba que ya ha sido aplicada en investigaciones en México, encontrando que los resultados obtenidos se ajustan a las características del joven mexicano.

- Esta prueba brinda la posibilidad de obtener una mayor cantidad de datos tanto cuantitativos como cualitativos que forman parte de la integración total del autoconcepto, lo cual nos permite crear un juicio más objetivo en la comparación de los dos grupos estudiados.

La escala consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para mostrar la imagen que tiene de sí mismo. Su forma de aplicación puede ser individual, colectiva o en autoadministración. Puede usarse con sujetos de doce años o más que tengan un nivel escolar por lo menos de 6to. año de primaria; también se puede aplicar a una gran variedad de ajustes psicológicos, desde sujetos sanos y bien ajustados hasta pacientes psicóticos.

La prueba se encuentra disponible en dos formas:

- 1.- Forma para orientación psicológica,
- 2.- Forma clínica y de investigación.

Ambas formas usan exactamente el mismo cuestionario. La diferencia entre las dos se centra en la calificación y en los perfiles.

1.- La forma para orientación se califica más rápida y fácilmente pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la autointerpretación que se le proporciona al paciente.

2.- La forma clínica y de investigación es más compleja en términos de calificación, análisis e interpretación y no es apropiada para la autointerpretación y re- -troalimentación del sujeto, además de ser todavía sujeta a investigación.

La calificación para ambas formas puede realizarse en forma manual o computarizada. La mayoría de los sujetos emplean de 10 a 20 minutos para contestar la prueba. La calificación manual requiere de 6 a 7 minutos para la forma de orientación y aproximadamente 20 minutos para la forma clínica o de investigación.

a. Desarrollo de la escala.

El autor William H. Fitts empezó a trabajar en el desarrollo de esta escala con el Departamento de Salud -- Mental de Tennessee en 1955. El propósito original era - desarrollar un instrumento de investigación que pudiera - contribuir al difícil problema del criterio en investigación en salud mental. En realidad ha resultado útil también para muchos otros propósitos.

En el desarrollo original de la escala el primer -

paso fue compilar un gran conjunto de ítems autodescriptivos. El conjunto de ítems original se derivó de otros -- instrumentos que midían el autoconcepto, incluyendo los - desarrollados por Balester (1956, Engel (1956) y Taylor - (1953). Los ítems también se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes.

Después de un análisis considerable, se desarrolló un sistema fenomenológico para clasificar los reactivos - sobre la base de lo que ellos mismos decían. Esto evolucionó hasta el esquema bidimensional 3 x 5 empleado en la hoja de puntajes de ambas formas. Esta parte de la escala contiene 90 ítems, divididos por igual en positivos y negativos. Los 10 ítems restantes componen la escala de Autocrítica.

Una vez redactados los ítems se contrataron 7 psicólogos clínicos como jueces para clasificarlos de acuerdo al esquema 3 x 5 arriba indicado; también juzgaron cada uno de los reactivos en cuanto a si era positivo o negativo en su contenido. Los 90 ítems que finalmente se utilizaron fueron aquellos en los que hubo un perfecto -- acuerdo por parte de los jueces.

b) Naturaleza y significado de los puntajes.

Forma para Orientación.

El Puntaje de Autocrítica (A-C). Esta escala está compuesta por 10 ítems tomados de la escala L del M.M.P.I. Todos ellos son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a sí mismas. Los individuos que niegan la mayoría de estas

afirmaciones son generalmente defensivos y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos. Los puntajes altos generalmente indican una apertura normal y saludable y una capacidad para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99) indican que al individuo pueden faltarle defensas y puede, de hecho, encontrarse patológicamente indefenso. Los puntajes bajos indican defensividad, y sugieren que los puntajes positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

Los Puntajes Positivos (P). Estos puntajes derivan directamente del esquema de clasificación fenomenológica ya mencionado. En el análisis original del conjunto de ítems, las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: 1) ESTO ES LO QUE YO SOY, 2) ESTO ES COMO YO ME SIENTO CONMIGO MISMO, y 3) ESTO ES LO QUE YO HAGO. Sobre la base de estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales. Estas aparecen en la hoja de puntajes como Hileras 1, Hileras 2, Hileras 3 y así nos referiremos a ellas de aquí en adelante. Los puntajes hileras constituyen tres subpuntajes que, al sumarse, dan por resultado el total Positivo o puntaje total P. Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual el individuo se describe a sí mismo.

El estudio más profundo de los ítems originales indicó que éstos también variaban considerablemente en términos de un marco de referencia más externo. Aún dentro de la misma categoría de Hileras las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido. Por ejemplo, con la Hileras 1 (la categoría .Lo que yo soy) las afirmaciones se refieren a lo que yo soy físicamente, --

moralmente, socialmente, etc. En consecuencia, el conjunto de ítems fue ordenado de nuevo de acuerdo a estas categorías verticales, que son los cinco puntajes, columna de la hoja de puntajes. Así el conjunto total de ítems se encuentra derivado de dos maneras: verticalmente en columnas (marco externo de referencia) y horizontalmente en hileras (marco interno de referencia) contribuyendo cada ítem y cada celdilla a dos puntajes diferentes.

Puntaje Total P. (TP). Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo el más importante de la forma para orientación. Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos tienden a estar contentos consigo mismos, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen. La gente con puntajes bajos dudan de su propio valer, se ven a ellos mismos como indecibles, con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices y tienen poca fe o confianza en ellos mismos.

Si el puntaje de Autocrítica (A-C) es bajo, los puntajes P altos se tornan sospechosos y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva. Los puntajes extremadamente altos (generalmente sobre el percentil 99) son anormales y suelen encontrarse solamente en personas perturbadas tales como esquizofrénicos paranoides quienes, como grupo, muestran muchos puntajes extremos, tanto altos como bajos.

Hilera 1 Puntaje P-Identidad (I-B). Estos son los reactivos "Lo que yo soy". Aquí el individuo describe su identidad básica lo que él es, basado en cómo se ve.

Hilera 2 Puntaje P-Autosatisfacción (A-S). Este puntaje viene resultando de aquellos ítems en los que el individuo describe cómo se siente con respecto al "sí mismo" que percibe. En general este puntaje refleja el nivel de autosatisfacción o autoaceptación. Un individuo puede tener puntajes muy altos en las hileras 1 y 3 y puntuar bajo en la hilera 2 debido a los estándares y expectativas demasiado altos que tiene sobre sí mismo. O bien, puede tener una pobre opinión de sí mismo, indicada por los puntajes de las Hileras 1 y 3 y sin embargo puntajes de autosatisfacción altos según la hilera 2. Por lo tanto, los subpuntajes son mejor interpretados cuando se comparan el uso con el otro y con el puntaje Total P (T-P).

Hilera 3 Puntaje P-Conducta (C). Este puntaje proviene de aquellos ítems que dicen: "esto es lo que yo hago, ésta es la manera en que yo actúo". Entonces este puntaje mide la percepción del individuo sobre su propia conducta o en la forma en que él funciona.

Columna A Yo Físico (Yo Fis). Aquí el individuo presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B Etico-Moral (YoMor). Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia ético moral-valfa moral, creencias religiosas, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala y satisfacción con la propia religión o la falta de ella.

Columna C Yo Personal (YoPer). Este puntaje refleja el sentido que el individuo tiene de su valor personal, su sentimiento de adecuación como persona y su eva-

luación de su propia personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.

Columna D. Yo Familiar (Yo Fam). Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, mérito y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a su círculo de allegados más cercanos e inmediatos.

Columna E. Yo Social (Yo Soc). Esta es otra categoría del yo como se percibe en relación a otros. Refleja el sentido de adecuación y valer de la persona en su interacción social con otras personas en general.

c) Los puntajes de Variabilidad (V). Los puntajes V proporcionan una medida simple de la cantidad de variabilidad, o inconsistencia, de una área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que el sujeto es muy variable en este aspecto, mientras que los puntajes bajos indican una variabilidad baja que puede ser considerada como rigidez si es extremadamente baja (por abajo -- del primer percentil).

V Total (V) representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los puntajes altos indican -- que el autoconcepto de la persona varía tanto de un área a otra que refleja poca unidad o integración. Las personas con altas puntuaciones tienden a encasillar ciertas áreas de su autoimagen y a visualizarlas como muy separadas del resto del yo. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media, pero por encima del primer percentil.

V Total Columna (VCOL1.). Este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

V Total Hilera (V Hil.). Este puntaje es la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

d) El puntaje de Distribución (D). Este puntaje representa la suma que el individuo obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar a los ítems de la escala. Se puede interpretar también como medida adicional de la autopercepción: La certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a "sí mismo". Un puntaje alto indica que el sujeto está muy definido y seguro en lo que dice sobre sí mismo, mientras que un puntaje bajo significa todo lo contrario. También a veces se encuentran bajas puntuaciones en personas que asumen actitudes de defensa y reserva. Estas se evaden y evitan entregarse, confiarse realmente mediante el empleo de opciones 3 en la hoja de respuestas.

Los puntajes extremos en esta variable, en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas. Por ejemplo, a menudo los pacientes esquizofrénicos usan casi exclusivamente -- respuestas "5" y "1", dando lugar a puntajes D muy altos. Otros pacientes perturbados son extremadamente inseguros y desconfiados en sus autodescripciones con predominancia de las respuestas "2", "3" y "4" y puntajes D muy bajos.

e) El Puntaje de Tiempo. Este puntaje es simplemente una medida del tiempo que el sujeto requiere para completar la escala. Sólo recientemente el autor ha rea-

lizado algún estudio de esta variable, y hasta el momento es poco lo que se sabe con respecto a su significado.

Los datos obtenidos hasta ahora indican que, suponiendo que el individuo tenga la suficiente educación, -- inteligencia y capacidad de lectura para manejar esta tarea, deberá resolver la Escala en menos de 20 minutos. - Estos requisitos son muy importantes: si no se cumplen, - el puntaje de tiempo obviamente tiene poco significado. - Se ha encontrado que los pacientes psiquiátricos en general requieren más tiempo que los no pacientes. Esto es - particularmente cierto con respecto a aquellos que son -- exageradamente compulsivos, paranoides o depresivos.

f) Administración de la escala.

La escala se autoadministra y no requiere más instrucciones que las que están indicadas en la cubierta interior del folleto. Sin embargo, es conveniente hacer no un punto que requiere la atención especial del examinado. La hoja de respuestas está organizada en tal forma que el sujeto responda en forma alterna a los ítems en la hoja de respuestas. Algunos sujetos pueden confundirse - momentáneamente en relación a este punto, y es por tanto, conveniente que el examinador esté preparado para esta posibilidad.

g) Datos Psicométricos de la Escala.

N o r m a s

El grupo de estandarización a partir del cual se - desarrollaron las normas fue una muestra amplia de 626 su

jetos. La muestra incluyó gente de varias partes de la - Unión Americana y sus edades fluctuaban entre los 12 y - los 68 años. Había aproximadamente, igual número de sujetos de diferente sexo, individuos tanto negros como blancos, representantes de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales y niveles educativos desde sexto -- grado hasta personas que tenían doctorado.

Actualmente sería posible ampliar considerablemente el grupo normalizado. Esto no se ha hecho por dos razones: Primero, se ha visto que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma apreciable, considerando que son muestras lo suficientemente amplias (75 o más sujetos). Segundo, los efectos de variables demográficas tales como el sexo, la edad, la raza, la educación y la inteligencia, sobre los puntajes de la escala, son insignificantes. De tal manera que las -- evidencias sugieren que no es necesario establecer normas por separado por edad, sexo, raza u otras variables. Sin embargo, el grupo normal no refleja a la población como -- un todo en proporción de su composición nacional. Las -- normas están sobrerrepresentadas en número de estudiantes preparatorios, sujetos blancos y personas en el rango de edades de 12 a 30 años.

Los datos normativos para los puntajes de la forma para Orientación, se reportan en la Tabla 1, que también incluyen los datos de confiabilidad -- sobre estos puntajes.

T A B L A 1

MEDIAS, DESVIACIONES ESTANDAR Y COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD.

SUBESCALA	MEDIA	DESV. ESTANDAR	CONFIABILIDAD
Autocrítica	35.54	6.70	.75
Total Positivo	345.57	30.70	.92
Hilera 1	127.10	9.96	.91
Hilera 2	103.67	13.79	.88
Hilera 3	115.01	11.22	.88
Columna A	71.78	7.67	.87
Columna B	70.33	8.70	.80
Columna C	64.55	7.41	.85
Columna D	70.83	8.43	.89
Columna E	68.14	7.86	.90
V Total	48.53	12.41	.67
D	120.44	24.19	.89

h) Confiabilidad de la Escala.

Los datos de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria en un periodo de dos semanas. Sin embargo, otros estudios han demostrado que las características distintivas de los perfiles individuales se encuentran presentes, para la mayoría de las personas, un año o aún más tiempo después.

i) Validez de la Escala.

Los procesos de validación para esta Escala son de cuatro clases:

Validez de Contenido.

El propósito aquí ha sido asegurarse de que el sistema de clasificación empleado para los puntajes de Hileras y los puntos de Columnas es digno de confianza. Como se explicó antes, sólo se retuvo un ítem en la Escala si había un acuerdo unánime entre los jueces sobre su correcta clasificación. Así, podemos asumir que las categorías usadas en la Escala son lógicamente significativas y públicamente comunicables.

Discriminación entre grupos.

La teoría de personalidad y la investigación sugieren que los grupos que difieren en ciertas dimensiones psicológicas deben diferir también en su autoconcepto. Por ejemplo, debemos esperar diferencias entre pacientes psiquiátricos y no-pacientes, entre delincuentes y no delincuentes, entre la persona promedio y una persona psicológicamente bien integrada. Una aproximación a la validez ha sido determinar cómo la Escala diferencia a tales grupos.

Correlación con otras medidas.

Otra manera de evaluar la validez es determinar la correspondencia entre puntajes de la Escala y otras medidas para las cuales se deben predecir las correlaciones. Tales datos correlacionales se encuentran disponibles en abundancia. Algunos de ellos son:

Correlaciones con el MMPI

Correlaciones con el Inventario de Preferencias personales de Edwards.

Cambio en la personalidad bajo condiciones particulares.

Es lógico esperar que ciertas experiencias de la vida tendrán consecuencias en el modo en que una persona se ve a sí misma. Debe esperarse que la psicoterapia u otras experiencias positivas produzcan un reforzamiento del autoconcepto, mientras que la tensión o el fracaso traerán como resultado una autoestima disminuida.

j) Escala Tennessee de Autoconcepto.

En el apéndice I se presentan los cien reactivos que integran la escala y las instrucciones, según versión y adaptación castellana de Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos, que fue utilizada para este trabajo. Al final de la prueba se presentan las hojas de respuestas y los perfiles correspondientes. (Ver apéndices 3 y 4).

C A P I T U L O V I I
D A T O S Y S U A N A L I S I S E S T A D I S T I C O

7.0 ANALISIS ESTADISTICO

Una vez aplicados y calificados los test de inteligencia RAVEN y la Escala de Tennessee de Autoconcepto se listaron los puntajes y resultados de cada sujeto de -- acuerdo al grupo al que pertenecían (adolescentes farmaco dependientes y no farmacodependientes). Se diseñó un formato especialmente para vaciar los puntajes brutos de las catorce escalas de cada adolescente.

Para identificar el método estadístico más apropiado para el tratamiento de los datos, se tomó en cuenta lo siguiente: La muestra se obtuvo completamente al azar, -- lo cual nos indica que todos los eventos tenían la misma probabilidad de ocurrir o no; además de acuerdo al cálculo de los grados de libertad la distribución a la que se ajustaban más era la normal.

Los parámetros de esta distribución se calculan de la siguiente manera:

$$\text{Media } \bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$\text{Desviación estándar } S = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n-1}}$$

$$\text{Varianzas} = S^2$$

La desviación estándar y la varianza, son una medida de la dispersión o variación de los valores alrededor de la media; si los valores tienden a concentrarse alrededor de la media, la varianza es pequeña, en tanto que si los valores tienden a distribuirse lejos de la media, la

varianza es grande.

Con las medidas de cada una de las pruebas de auto concepto localizadas en la hoja de perfil, se obtuvieron los puntajes percentiles y los puntajes T de cada grupo, al mismo tiempo que se trazó el perfil global de autoconcepto de cada grupo estudiado para hacer un análisis comparativo visual entre ambos perfiles.

Conclusiones que se obtuvieron de la comparación visual - de los perfiles.

Para comprobar las hipótesis formuladas al principio de este capítulo, se calcula el área bajo la curva - que siguen los datos obtenidos de las pruebas. En la distribución normal los datos se ajustan a una curva en forma de campana.

Si el área bajo la curva se le tomó como un 100% , esta área se puede dividir en dos partes: una región crítica o de rechazo de la hipótesis y la región de acceptación de la hipótesis; esto determinado por las siguientes condiciones:

a) El ensayo se efectuó a dos colas, es decir que por la simetría de la curva se tomaron en cuenta los dos extremos de la misma y son las áreas de rechazo de hipótesis.

b) Se tomó un 95% de nivel de confianza como área de aceptación de hipótesis.

Los valores de porcentaje del área bajo la curva -

se obtuvieron en base al nivel de confianza para dos colas, el cual equivale a un intervalo de valor Z entre -1.96 y 1.96. En base a este rango para la comprobación de hipótesis se calcula un valor tomando la "t" de student para cada una de las escalas; si este valor está dentro del intervalo antes mencionado la hipótesis se apoya, si no, se rechaza. El parámetro de la "t" de student se obtiene de la siguiente manera:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 2) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

Si $|t| > 1.96$ se rechaza H_0

Donde \bar{X}_1 es la medida del grupo de adolescentes farmacodependientes

\bar{X}_2 es la media del grupo de adolescentes no farmacodependientes.

S_1^2 es la varianza del grupo de farmacodependientes.

S_2^2 es la varianza del grupo de no farmacodependientes.

n_1 Tamaño de muestra del grupo de farmacodependientes.

n_2 Tamaño de muestra del grupo de no farmacodependientes.

EJECUTOS NO-FORMACIOEDEFENDIENTES

NUM	YO CRITICO	TOTAL	IDENT	AUTO	SATIF	COMP	YOFIS	YDOR	YOFER	YOFAN	YSSOC	WARTOT	D	C.I.
1	22	345	123	111	109	72	65	67	76	62	49	102	111	*
2	26	294	105	103	97	64	55	60	56	61	33	72	11	
3	25	268	110	115	120	75	71	79	73	69	60	141	10*	
4	29	278	97	83	90	82	51	49	56	57	51	74	10*	
5	29	245	106	93	99	65	54	59	62	56	29	45	10*	
6	33	314	120	96	94	63	58	61	63	61	41	77	10*	
7	24	252	135	110	107	63	65	54	71	72	51	127	111	
8	26	327	117	102	93	65	55	66	60	61	46	101	111	
9	24	300	117	84	77	56	57	62	60	65	59	105	111*	
10	32	287	116	95	94	65	53	52	52	54	52	69	10*	
11	47	263	106	95	93	60	55	61	59	54	41	106	111-	
12	40	311	114	100	97	69	62	63	49	63	57	122	10*	
13	37	324	124	97	103	69	63	70	65	59	43	107	11	
14	24	299	98	94	89	61	50	53	59	59	37	56	111	
15	26	247	124	107	116	77	67	66	72	65	62	155	111*	
16	46	291	102	94	95	55	51	59	54	60	35	94	10*	
17	35	277	110	80	94	56	50	54	61	56	53	125	10*	
18	24	247	126	91	131	71	70	76	58	72	76	137	111-	
19	24	310	117	103	93	69	62	68	59	53	59	113	10*	
20	24	250	110	89	92	59	56	64	55	64	49	79	10*	
21	31	246	123	114	107	76	64	70	73	63	50	116	1	
22	30	221	118	102	101	74	66	64	61	62	42	96	10*	
23	40	265	97	79	90	55	47	59	52	54	43	101	10*	
24	35	293	102	91	90	65	44	54	60	70	63	110	10*	
25	31	219	116	85	117	70	55	64	68	61	61	148	111*	
26	39	322	120	101	151	69	69	65	65	64	44	128	11*	
27	22	245	124	107	114	76	65	74	72	59	65	127	10*	
28	26	278	111	97	96	59	53	62	62	62	37	72	111*	
29	37	292	95	94	95	59	55	61	57	50	29	55	111-	
30	27	321	116	94	112	59	60	64	70	65	42	82	11*	
31	27	323	98	103	112	70	59	73	63	69	67	116	11*	
32	32	313	112	93	117	69	56	64	64	61	59	97	10*	
33	27	276	123	111	162	74	65	69	66	63	50	115	111	
34	34	322	119	96	110	69	65	62	65	63	42	95	11*	
35	29	261	95	78	88	56	52	53	61	49	38	84	111-	
36	34	327	112	99	114	66	61	72	69	60	44	113	111*	
37	37	289	106	92	93	64	57	56	59	54	39	80	111-	
38	28	314	111	97	94	59	62	61	61	61	48	89	111-	
39	37	307	112	101	93	71	59	61	60	62	43	95	111-	
40	24	266	121	116	121	69	69	63	75	71	45	119	111*	
41	24	260	108	81	101	56	56	57	46	53	41	90	111*	
42	27	323	119	104	121	68	67	60	59	69	38	79	111*	
43	31	274	113	92	101	59	60	53	62	62	42	85	111*	
44	29	326	127	96	103	72	60	65	67	62	46	87	11	
45	40	270	116	91	95	60	57	59	67	57	50	92	11*	
46	39	286	101	39	94	59	54	59	59	57	47	71	10*	
47	24	301	108	91	102	61	59	59	63	60	31	71	10*	
48	37	277	97	69	92	57	56	59	56	54	41	73	111	
49	32	324	112	93	102	70	62	64	68	60	48	72	11	
50	32	294	126	86	102	68	57	55	61	63	46	70	10*	

RESULTADOS DE LA MUESTRA NO-FARMACODPENDIENTE

TOT	1637	15484	5658	4802	5024	3281	2919	3141	3119	3024	2345	4897
I	32.74	307.68	113.15	95.94	100.38	65.62	58.38	62.82	62.38	60.48	45.09	50.14
S	5.38	14.55	6.94	10.35	10.56	6.46	6.05	6.99	6.32	5.72	9.63	25.70
S*	28.96	211.85	48.15	107.39	111.63	41.74	36.76	48.96	49.03	32.76	93.39	650.49

SUJETOS FARMACODPENDIENTES

MUM	YO CRITICO	TOTAL	IDENT	AUTO SATIF	COMP	YCFIS	YDOR	YDPER	YCFAM	YDSCC	VARTOT	E	C.I.
1	37	269	93	83	91	59	57	53	51	50	44	78	19*
2	35	254	86	87	91	50	49	53	51	49	39	54	111
3	33	284	94	86	84	55	45	57	55	52	32	79	19*
4	41	243	96	68	79	54	46	46	51	46	59	125	111
5	41	240	73	87	80	55	37	49	53	45	39	79	11
6	46	265	103	77	65	54	53	48	52	58	45	111	19*
7	38	284	103	98	83	57	53	57	60	57	36	78	111-
8	33	297	104	97	96	62	52	62	65	56	45	84	20*
9	33	290	112	88	90	59	52	61	63	55	38	93	19*
10	28	318	118	97	103	71	63	65	62	57	40	102	11
11	37	261	90	88	83	51	48	50	59	53	40	95	19*
12	32	275	91	92	92	59	50	57	59	51	23	33	111-
13	39	263	104	91	89	66	54	54	56	53	61	62	11*
14	36	274	103	78	93	60	50	50	53	64	48	78	19*
15	28	296	103	96	96	63	58	60	59	56	33	78	111
16	34	247	91	74	82	54	53	44	46	50	33	149	11
17	41	207	123	95	89	73	45	58	67	59	77	109	111
18	38	295	103	90	102	70	55	54	50	66	65	195	19*
19	25	282	98	56	98	62	54	59	44	63	70	169	19
20	43	341	133	105	103	70	62	60	60	69	55	159	11
21	33	334	124	101	109	69	65	69	67	65	36	93	19*
22	35	283	102	92	89	63	55	53	55	55	42	76	19*
23	34	335	100	112	93	59	61	62	61	62	43	79	19*
24	38	259	83	83	93	52	46	47	57	57	41	86	19*
25	40	298	106	93	99	60	59	62	63	54	26	166	111

RESULTADOS DE LA MUESTRA DE FARMACODPENDIENTES

TOT	869	7654	2533	2249	2751	1511	1722	1410	1417	1404	1121	2479
F	35.80	282.56	101.32	89.95	91.24	60.44	52.98	56.4	56.68	53.16	44.44	97.12
S	4.74	26.38	13.49	9.65	8.13	7.08	6.51	7.99	6.22	6.12	13.33	35.84
S*	22.50	695.92	181.48	92.12	86.02	50.17	42.44	63.83	38.64	37.47	177.59	145.36

7.1 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

El objetivo principal al llevar a cabo esta investigación era determinar si existían diferencias en el autoconcepto, en base a la Escala de Tennessee, entre dos grupos de adolescentes: farmacodependientes y no farmacodependientes.

Considerando lo anterior se postularon varias hipótesis las que nos permitirían determinar si existían diferencias significativas en el autoconcepto entre ambos grupos.

Antes de dar la interpretación de los resultados, es necesario precisar la nomenclatura de la prueba, de la cual se hará referencia a partir de este momento. (Véase cuadro 1).

Incluir cuadro dos.

CUADRO II
NOMENCLATURA

CUADROS	PERFILES	SIGNIFICADO
A-C		Auto-crítica
T-P	Puntaje Positivo Total	Nivel total de Autoconcepto
I-B	Hilera 1	Identidad Básica
A-S	Hilera 2	Autosatisfacción
C	Hilera 3	Conducta
Yo Fis.	Columna A	Yo Físico
Yo Mor.	Columna B	Yo Etico-Moral
Yo Per.	Columna C	Yo Personal
Yo Fam.	Columna D	Yo Familiar
Yo Soc.	Columna E	Yo Social
V	Variabilidad	Variabilidad total
V. Col.	Total Columnas	Variabilidad total de Columnas
V. Hil.	Total Hileras	Variabilidad total de Hileras
D	D	Distribución

Del análisis de los datos estadísticos se obtuvo el perfil global de autoconcepto para ambos grupos (estos datos se presentan resumidos en el cuadro 2). En la gráfica 10 se presentan los perfiles de autoconcepto de acuerdo a la Escala de Tennessee de Autoconcepto.

Ahora bien, en relación a las hipótesis planteadas se ofrecen los siguientes resultados, que nos permitirán apoyarlas o rechazarlas.

a) Hipótesis General de Autoconcepto.

Para la comprobación de esta hipótesis se deben comparar los dos grupos en los puntajes "Total Positivo", por lo que se procede a presentar la interpretación de los resultados del análisis estadístico.

Como $t/ = -5.748 > 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_1 , concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL PERFIL GLOBAL DE LA ESCALA DE TENNESSEE ENTRE EL GRUPO DE ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y EL GRUPO DE ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES DE CD. JUAREZ.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES TIENDEN A ESTAR CONTENTOS CONSIGO MISMOS, SIENTEN QUE SON PERSONAS DIGNAS Y VALIOSAS, TIENEN CONFIANZA EN SI MISMAS Y ACTUAN DE ACUERDO CON ESTA IMAGEN, MIENTRAS QUE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES DUDAN DE SU PROPIO VALER, SE VEN A ELLOS MISMOS COMO INDESEABLES; CON FRECUENCIA SE SIENTEN

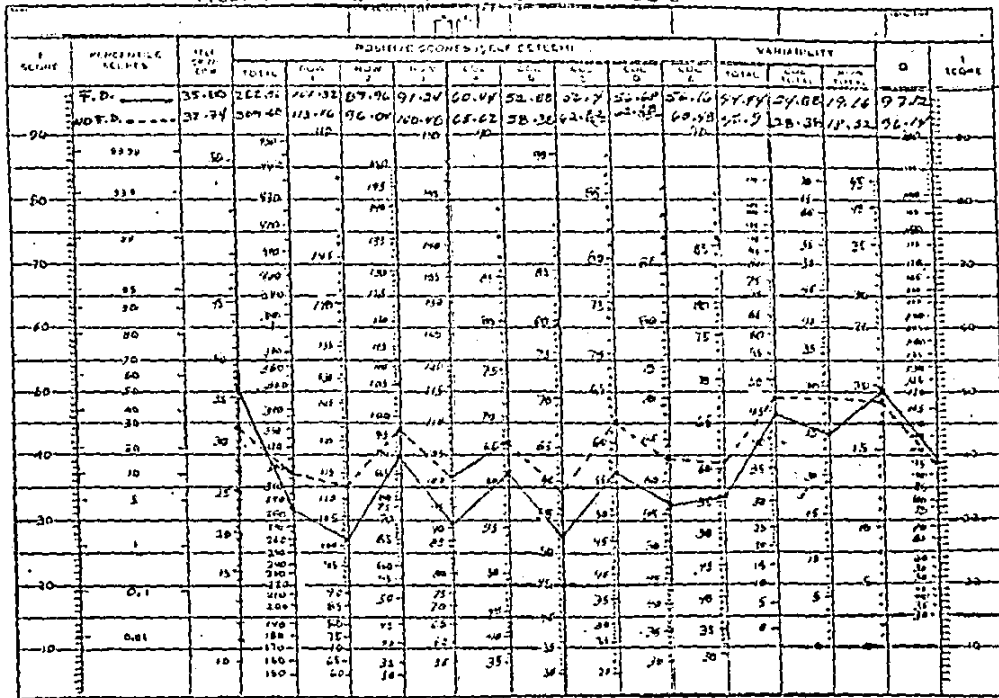
CUADRO 3
PERFIL GLOBAL DE AUTOCONCEPTO DE CADA GRUPO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ESTADISTICO.

NOMBRE DE LA ESCALA	YO CRITICO	TOTAL POSITIVO	IDENTIDAD BASICA	AUTO SATISFACCION	COMPORTAMIENTO	YO FISICO	YO MORAL-ETICO	YO PERSONAL	YO FAMILIAR	YO SOCIAL	VARIABILIDAD TOTAL	DISTRIBUCION
ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES												
\bar{X} Puntaje bruto	35.80	282.56	101.32	89.96	91.24	60.44	52.88	56.4	56.68	56.16	44.44	97.12
\bar{X} Puntaje percentilar	49	4	2	16	3	10	2.5	10.5	4	7	35	18
S Desviación Estándar	4.74	26.38	13.49	9.65	8.13	7.08	6.51	7.99	6.22	6.12	13.33	33.84
Varianza	22.50	695.92	181.98	93.12	66.02	50.17	42.44	63.83	38.64	37.47	177.59	1145.36
ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES												
\bar{X} Puntaje bruto	32.74	309.68	113.16	96.04	100.48	65.62	58.38	62.82	62.38	60.48	46.9	96.14
\bar{X} Puntaje percentilar	29	11	7.5	26.5	10	22	6	34	16	15	45	17
S Desviación Estándar	5.38	14.55	6.94	10.35	10.56	6.46	6.06	6.99	6.32	5.72	9.66	25.70
Varianza	28.96	211.95	48.15	107.30	111.60	41.74	36.76	48.96	40.03	32.76	93.39	660.49
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ESTADISTICO E HIPOTESIS ACEPTADAS												
Valor "t" student	2.411	-5.748	-5.030	- 2.45	-3.837	-3.170	-3.613	-3.572	-3.698	-3.010	-.914	.139
Hipótesis Aceptadas	H ₂	H ₁	H ₃	H ₄	H ₅	H ₆	H ₇	H ₈	H ₉	H ₁₀	H ₀	H ₀

Si /t/ 1.96 se rechaza H₀.

Lo que implica que SI existen diferencias significativas entre ambos grupos.

MEDIAS DE LAS MUESTRAS DE ESTUDIO



ANSIOSOS, DEPRIMIDOS E INFELICES Y TIENEN POCA FE Y CONFIANZA EN ELLOS MISMOS.

b) Hipótesis secundarias.

Se ha planteado, para cada una de las escalas de la prueba una hipótesis, la cual se intentará comprobar en base a los resultados obtenidos del análisis estadístico.

ESCALA DE AUTOCRITICA (A-C)

Como $t = 2.411 > 1.96$ se rechaza H_0 y se apoya H_2 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "AUTOCRITICA" ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES PRESENTARON UNA ACTITUD DE APERTURA NORMAL Y NATURAL ANTE LA SITUACION DE PRUEBA CON LA CUAL DEMUESTRAN UNA CAPACIDAD NORMAL PARA LA AUTOCRITICA, MIENTRAS QUE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES PRESENTARON UNA ACTITUD DEFENSIVA ANTE LA SITUACION DE PRUEBA, CON EL OBJETO DE DAR UNA IMAGEN FAVORABLE DE SI MISMOS, OCASIONANDO ESTO QUE AL RESPONDER LA PRUEBA NO FUERAN LO SUFICIENTEMENTE HONESTOS.

ESCALA DE IDENTIDAD BASICA (I-B)

HILERA 1

Como $t = 5.036 > 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_3 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "IDENTIDAD BASICA" (Hil. 1) ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la escala Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES SE PERCIBEN ADECUADAMENTE LO CUAL HACE QUE LA CONCEPCION QUE TIENEN DE SI MISMOS SEA BASTANTE BUENA, NO SIENDO ASI PARA LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES QUIENES PRESENTARON UNA CONCEPCION BASTANTE DEVALUADA DE SI MISMOS.

ESCALA DE AUTOSATISFACCION (A-S)

HILERA 2

Como $t = 2.45 > 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_4 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "AUTOSATISFACCION" (Hil. 2) ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la escala Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES SE SIENTEN POCO SATISFECHOS CON RESPECTO AL "SI MISMO" QUE PERCIBEN

Y CONSEQUENTEMENTE TIENEN UN BAJO NIVEL DE AUTOACEPTACION CON RESPECTO A LO QUE SON Y LO QUE HAN LOGRADO HASTA EL - MOMENTO; ESTO QUIZA DEBIDO A LAS ALTAS EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN A SI MISMOS. LOS ADOLESCENTES - FARMACODEPENDIENTES NO ESTAN SATISFECHOS CON RESPECTO AL "SI MISMO" QUE PERCIBEN Y CONSEQUENTEMENTE SU NIVEL DE - AUTOACEPTACION ES MUY BAJO.

ESCALA DE LA CONDUCTA (C)

HILERA 3

Como $t = -3.837 > 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_5 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "CONDUCTA" (H11. 3) ENTRE LOS ADOLESCENTES - FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoria de la Escala_ de Tennessee, la interpretaci3n que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES PERCIBEN - QUE OCASIONALMENTE SU CONDUCTA ES INADECUADA CON RESPECTO A LOS ESTANDARES SOCIALMENTE VIGENTES Y QUE SU NIVEL DE - FUNCIONAMIENTO SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LO QUE LOS DE-- MAS ESPERAN DE ELLOS, ESTO A DIFERENCIA DE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES QUIENES PERCIBEN SU PROPIA CONDUCTA COMO SI FUERA TOTALMENTE INADECUADA CON RESPECTO A LO ESPERADO SOCIALMENTE.

ESCALA DEL YO FISICO (YO FIS.)

COLUMNA A.

Como $t/ = -3.170 \searrow 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_6 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DEL "YO FISICO", ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACO DEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoria de la Escala de Tennessee, la interpretaci3n que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES SE PERCI-- BEN CON ALGUNAS FALLAS EN SU ESTADO DE SALUD FISICA, NO - SE SIENTEN MUY APTOS PARA ALGUNAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS; TAMBIEN PRESENTAN ALGUNAS CONFUSIONES CON RESPECTO A SU - SEXUALIDAD. LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES POR SU PARTE PERCIBEN INADECUADO SU ESTADO DE SALUD, LES DESAGRA DA CASI TOTALMENTE SU APARIENCIA FISICA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS; TAMBIEN SE CALIFICAN COMO PERSONAS TORPES PARA REALIZAR ACTIVIDADES PSICOMOTRICES Y PRESENTAN SERIOS CON Flictos PARA ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES.

ESCALA YO ETICO-MORAL (YO MOR.)

COLUMNA B

Como $t/ = -3.613 \searrow 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_7 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "YO ETICO-MORAL", ENTRE LOS ADOLESCENTES FAR MACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES:

Por lo tanto, de acuerdo a la teoria de la Escala_

de Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES SE PERCI--
BEN CON CIERTAS FALLAS CON RESPECTO A SUS ACTITUDES MORA--
LES SIN QUE ESTO LOS LLEVE A CALIFICARSE COMO PERSONAS TO--
TALMENTE MALAS; TAMBIEN PRESENTAN ALGUNAS CONFUSIONES CON
RESPECTO A LAS NORMAS RELIGIOSAS O CREENCIAS RELIGIOSAS A
LAS QUE PERTENECEN. LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES
TIENEN UNA SENSACION DE VALER MUY POCO DESDE EL PUNTO DE
VISTA MORAL. ADEMAS PRESENTAN UNA EXTREMADA CONFUSION -
CON RESPECTO A LA CANALIZACION DE SUS CREENCIAS RELIGIO--
SAS LO CUAL LES GENERA MARCADOS SENTIMIENTOS DE CULPA.

ESCALA YO PERSONAL (YO PER.)

COLUMNA C

Como $t = -3.572 > 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_a
concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN
LA ESCALA DEL "YO PERSONAL", ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMA--
CODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala--
de Tennessee, la interpretación que se da concluye lo si--
guiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES SIENTEN -
QUE TIENEN VALOR COMO PERSONA Y QUE ESTO LOS HACE FACILI--
TAR EL PODER DEMOSTRAR SUS SENTIMIENTOS PARA RELACIONARSE
CON LOS DEMAS. MIENTRAS QUE LOS ADOLESCENTES FARMACODE--
PENDIENTES DUDAN DE SU PROPIO VALER COMO PERSONAS, SE - -
SIENTEN A DISGUSTO CON SU FISICO Y SE LES DIFICULTA PODER
EXPRESARSE EN SUS SENTIMIENTOS.

ESCALA YO FAMILIAR (YO FAM.)

COLUMNA D

Como $t/ = -3.698 \searrow 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_9 concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DEL "YO FAMILIAR", ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala de Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES SE SIENTEN CON MENOR VALOR QUE LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA; SIN EMBARGO JUSTIFICAN SUS MALAS RELACIONES BASADOS EN LA POCA COMPRENSION Y FALTA DE APOYO QUE LOS ADULTOS LES BRINDAN. POR OTRO LADO LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES TIENEN LA TENDENCIA A PERCIBIRSE COMO INADECUADOS Y DE POCA VALIA CUANDO SE JUZGAN EN RELACION A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA, ES DECIR COMO EL MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TIENE MAYORES CONFLICTOS E INCLUSO LLEGAN A SENTIRSE CULPABLES POR LOS PROBLEMAS QUE EXISTEN EN SU GRUPO FAMILIAR.

ESCALA YO SOCIAL (YO SOC.)

COLUMNA E

Como $t/ = -3.010 \searrow 1.96$ se rechaza H_0 y apoya H_{10} concluyendo que SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DEL "YO SOCIAL", ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala

de Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES PERCIBEN - QUE LA FORMA EN QUE ELLOS INTERACTUAN Y SE RELACIONAN CON LAS DEMAS PERSONAS ES INADECUADA, SINTIENDOSE GENERALMENTE CULPABLES POR DICHAS RELACIONES; ESTAS PERSONAS PRESENTAN CARACTERISTICAS DE TIMIDEZ E INTROVERSION. A DIFERENCIA DE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES QUE AUN - CUANDO TAMBIEN PERCIBEN SUS RELACIONES CON LOS DEMAS COMO INADECUADAS E INESTABLES, ESTOS NO SE SIENTEN CULPABLES - NI RESPONSABLES DE LOS CONFLICTOS QUE TIENEN CON LAS PERSONAS CON QUIENES SE RELACIONAN.

ESCALA DE VARIABILIDAD TOTAL (V)

Como $t/ = -.914$ se apoya H_0 concluyendo -- que NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "VARIABILIDAD TOTAL" ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala de Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

AQUI SE COMPRUEBA QUE EN AMBOS GRUPOS NO DIFIERE - EL AUTOCONCEPTO DE UNA AREA A OTRA, LO CUAL NOS INDICA - QUE LA IMAGEN QUE TIENEN DE SI MISMOS SE MANTIENE EN FORMA ESTABLE SIN FLUCTUACIONES SIGNIFICATIVAS.

ESCALA DE PUNTAJE DE DISTRIBUCION (D)

Como $t/ = .139$ se apoya H_0 concluyendo --

que NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE "DISTRIBUCION" ENTRE LOS ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES Y LOS NO FARMACODEPENDIENTES.

Por lo tanto, de acuerdo a la teoría de la Escala de Tennessee, la interpretación que se da concluye lo siguiente:

AMBOS GRUPOS PRESENTAN CARACTERISTICAS MUY SIMILARES EN CUANTO A LA POCA SEGURIDAD O CERTEZA SOBRE LA MANERA EN QUE SE PERCIBEN A SI MISMOS O DE LA FORMA EN QUE SE DEFINEN A TRAVES DE LA PRUEBA.

7.2 SINTESIS INTERPRETATIVA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

La imagen promedio global del autoconcepto que se obtuvo de cada uno de los grupos estudiados, puede ser resumida de la siguiente manera:

El grupo de adolescentes no farmacodependientes está caracterizado por un nivel total de autoconcepto, donde éstos tienden a estar contentos consigo mismos, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas actuando de acuerdo con esta imagen. Presentan una capacidad normal y natural para autovalorarse, lo cual hace que la concepción que se forman de sí mismos sea bastante buena. Esto les ayuda a mejorar su nivel de autoaceptación con respecto a lo que son y a lo que han logrado, brindándoles la posibilidad de lograr las expectativas y objetivos que se planteen. En lo que respecta a su conducta se percibieron poco inadecuados con respecto a lo que los demás esperan de ellos.

Por otro lado, se describieron como poco saludables físicamente y con algunas confusiones respecto a la sexualidad. Esto estrechamente relacionado con sus actitudes de tipo moral, en donde sin considerarse malos si manifiestan sentirse confusos.

Sin embargo, esto no les impide el poder relacionarse con las demás personas, ya que demostraron poder hacerlo, pero aún así, sienten la necesidad de ser comprendidos y aceptados por los adultos para un mejor desenvolvimiento en su medio social ya que esto ha hecho que se tornen tímidos e introvertidos sintiéndose generalmente culpables por dichas relaciones.

Con respecto al grupo de adolescentes farmacodependientes el nivel global de autoconcepto se caracterizó de la siguiente forma: dudan de su propio valer, se ven a --ellos mismos como indeseables, con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices y tienen poca fé y confianza en ellos mismos. Presentan una actitud defensiva ante las situaciones de vida ocasionando con esto que res pondan de una manera poco honesta. Esto ha hecho que la concepción que tienen de sí mismos sea bastante devaluada, y que a su vez el nivel de autoaceptación sea muy bajo.

Con respecto a su comportamiento lo percibieron --totalmente inadecuado a lo esperado socialmente. Esta --característica estrechamente relacionada con el concepto que tienen acerca de su apariencia física ya que les desagrada en gran medida. También se percibieron inadecuados en su salud y en la incapacidad para establecer relaciones interpersonales. Se consideran que valen poco desde el punto de vista moral y en cuanto a sus creencias religiosas tienen dificultad para manejarlas sin sentir culpabilidad. Este factor ha provocado que como personas du den de su propio valer y que a la vez se les dificulte poder expresarse afectivamente. Así como también ha provocado que en un ambiente familiar no puedan llevar adecuadas relaciones con sus miembros y que incluso sientan que son los causantes de los problemas que ahí se generan.

Con respecto a las relaciones que logran establecer con los demás se percibieron como inadecuadas e --inestables, carentes de todo compromiso y lazos --afectivos.

Por último, se hace referencia de que en -

ambos grupos la imagen que tuvieron de sí mismos se mantiene en forma estable sin presentar fluctuaciones significativas. Así como también el hecho de que sienten inseguridad al percibirse por ellos mismos.

C A P I T U L O V I I I
C O N C L U S I O N E S Y S U G E R E N C I A S

B.O CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En términos generales los resultados que se obtuvieron en esta investigación se inclinaron hacia lo que teóricamente se esperaba, aunque no se manifestaron diferencias significativas en el total de las áreas que presenta la Escala de Tennessee de Autoconcepto, si las hubo en diez de ellas, lo que significa que ambos grupos presentan rasgos específicos de personalidad relacionados con el factor estudiado.

Resumiendo, el grupo de adolescentes farmacodependientes presentó una imagen de sí mismo más desfavorable que el grupo de adolescentes no farmacodependientes. En relación a esto se puede decir que las condiciones reales que vive el usuario de drogas tales como: la desintegración familiar, la falta de modelos adecuados que reafirme la personalidad del joven, la pobreza y en sí el síntoma de la farmacodependencia resultan determinantes a que el concepto que se formen de sí mismos durante esta etapa de la vida sea lo suficientemente devaluado.

Analizando la capacidad intelectual en ambos grupos se pudo comprobar que este factor influye en gran medida en el autoconcepto del adolescente, ya que en su mayoría los farmacodependientes presentaron menor capacidad para evaluarse a sí mismos así como también una pobre iniciativa a responder ante la situación de prueba, no siendo así con el otro grupo, quienes mostraron flexibilidad y disposición a valorarse a sí mismos y a responder de manera más afirmativa ante la misma situación. Además resulta importante tomar en cuenta en relación a este punto, que el hecho de ingerir algún tipo de droga va a afec

tar el funcionamiento normal de la mente, por lo cual es de esperarse que este tipo de personas ya no respondan de la misma manera ante su realidad a como lo hacían antes - de ser farmacodependientes, por lo que resulta factible - que su imagen se adecúe a ese ambiente.

También resulta interesante mencionar que los resultados arrojados en el análisis interpretativo pueden - ser de gran utilidad en la atención terapéutica del adolescente sea éste o no farmacodependiente, ya que aún con población sana la Escala de Tennessee es indicativo de - conflicto en el autoconcepto, puesto que así se pudo observar en este estudio con el grupo no farmacodependiente.

SUGERENCIAS.

Considero que el trato que se le debe de dar a un adolescente debe ser de forma especial y más aún presentando algún tipo de desajuste; sin embargo, en base a este estudio se ha podido constatar que son capaces de mantener una concepción de sí mismos un tanto estable que facilite su comprensión. Aún así, es conveniente tomar en cuenta que es una etapa donde se van manifestando futuros cambios los cuales van enriqueciendo y modificando, creando una manera distinta de percibirse, por lo que resulta conveniente entenderlos en el momento que se vive.

Por otro lado, para poder obtener resultados más - significativos en investigaciones futuras es necesario augmentar el número total de la muestra y que también exista la posibilidad de que participen grupos de adolescentes - de distintos estratos sociales para establecer la posible influencia del nivel socioeconómico en la formación -

del autoconcepto.

También considero indispensable que se realice la estandarización en México de la Escala de Tennessee de -- Autoconcepto con el fin de obtener normas que se adapten_ a las características de nuestra cultura lo que permitiría la obtención de resultados que se ajusten más a nuestro contexto socio-cultural.

Por último para complementar mayormente los resultados sería muy positivo que se utilizara al mismo tiempo otra prueba que mida el autoconcepto para correlacionar - los datos que de ambas pruebas resulten, lo que sería de gran utilidad para poder obtener resultados más exactos.

A P E N D I C E S

El motivo que se tiene a que tú contestes este cuestionario, es con fines estadísticos sobre el uso y -- abuso de drogas; te suplicamos seas lo más sincero posible, ya que tu información será de gran utilidad pero ade más será totalmente confidencial.

FICHA ESTADISTICA:

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ EDAD _____
 SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 LUGAR DE RESIDENCIA: _____
 OCUPACION: _____

DATOS ESCOLARES:

ESCOLARIDAD _____
 HAS REPETIDO ALGUN GRADO ESCOLAR SI () NO ()
 MOTIVO POR EL CUAL REPROBASTE _____

DATOS FAMILIARES:

VIVE CON: SU PADRE () SU MADRE () CON AMBOS ()
 CON OTROS: _____
 MOTIVO: _____
 VIVEN AMBOS PADRES: SI () NO () CUAL: _____
 ESTADO CIVIL: CASADOS () UNION LIBRE () DIVORCIADOS ()
 CASADOS SOLO POR EL CIVIL ()
 OCUPACION: PADRE: _____
 MADRE: _____
 ESCOLARIDAD: PADRE: _____
 MADRE: _____

MIEMBROS QUE INTEGRAN LA FAMILIA: _____
 ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA: SI () NO ()
 QUIENES: _____
 ANTECEDENTES DE FARMACODEPENDENCIA EN LA FAMILIA: SI () NO ()
 QUIENES: _____
 ANTECEDENTES DELICTIVOS EN LA FAMILIA: SI () NO ()
 QUIENES: _____
 POR QUE DELITOS: _____

DATOS SOCIOECONOMICOS:

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TRABAJAN: _____
 NIVEL DE INGRESOS DE LA FAMILIA:
 SALARIO MINIMO ()
 MENOR AL SALARIO MINIMO ()
 MAS DEL SALARIO MINIMO ()
 TIPO DE VIVIENDA: INDIVIDUAL ()
 COMPARTIDA ()
 COLECTIVA ()
 CASA PROPIA O RENTADA: _____

CONTESTA EN FORMA BREVE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1.- ¿Has oído hablar de drogadicción? _____
- 2.- ¿Para tí que es drogadicción? _____

- 3.- Menciona qué drogas conoces, aunque no las hayas probado _____
- 4.- ¿Qué piensas de las personas que se drogan? _____

- 5.- ¿Por qué crees que las personas usan drogas? _____

- 6.- ¿Has usado alguna droga? _____
- 7.- Menciona cuáles drogas utilizaste _____

- 8.- Explica desde cuándo iniciaste y cuántas veces al día la usabas. _____

- 9.- En caso de ya no usarías. Sí () No ()
Explica el motivo por lo que las dejaste _____

- 10.- ¿Usas en la actualidad alguna droga? _____
- 11.- Menciona cuál o cuáles drogas usas actualmente _____

GRACIAS POR TU COLABORACION.

ESCALA DE TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO.

INSTRUCCIONES: "En este folleto encontrarás una serie de afirmaciones en las cuales te describes a tí mismo, tal como tú te ves. Contesta como si tú te estuvieras describiendo a tí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACION. Lee cada afirmación - cuidadosamente y después escoge una de las cinco respuestas, ENCIERRA EN UN CIRCULO EL NUMERO de la respuesta que escogiste; si deseas cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borres; escribe una "X" sobre la respuesta marcada y después marca el círculo en la respuesta que deseas. Escribe solamente en la hoja de respuestas y no escribas en este folleto".

Al calce de cada hoja del cuadernillo se encuentran impresas las cinco opciones con que pueden ser contestados los reactivos:

Completamente falso	casi totalmente falso	parte falso y parte verdadero
1	2	3
	casi totalmente verdadero	Totalmente verdadero
	4	5

Item

No.

1. Gozo de buena salud.
3. Soy una persona atractiva.
5. Me considero una persona muy desarreglada.
19. Soy una persona decente.
21. Soy una persona honrada.
23. Soy una persona mala.
37. Soy una persona alegre.
39. Soy una persona calmada y tranquila.
41. Soy un "don nadie"
55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.
57. Pertenezco a una familia feliz.
59. Mis amigos no confían en mí.
73. Soy una persona amigable.
75. Soy popular con personas del sexo masculino.
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.
91. Algunas veces digo falsedades.
93. En ocasiones me enojo.
2. Me agrada estar siempre arreglado y pulcro.
4. Estoy lleno de achaques.
6. Soy una persona enferma.
20. Soy una persona muy religiosa.
22. Soy un fracaso en mi conducta moral.
24. Soy una persona moralmente débil.
38. Tengo mucho dominio sobre sí mismo.
40. Soy una persona detestable.
42. Me estoy volviendo loco.
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.
58. Mi familia no me quiere.
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.
74. Soy popular con personas del sexo femenino.
76. Estoy disgustado con todo el mundo.

Item

No.

78. Es difícil entablar amistad conmigo.
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.
7. No soy ni muy gordo ni muy flaco.
9. Me agrada mi apariencia física.
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.
25. Estoy satisfecho con mi conducta moral.
27. Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios.
29. Debería asistir más a menudo a la iglesia.
43. Estoy satisfecho de lo que soy.
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.
47. Me desprecio a mí mismo.
61. Estoy satisfecho con mis relaciones familiares.
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debería.
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.
79. Soy tan sociable como quiero ser.
81. Trato de agradar a los demás pero no se excedo.
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
95. Algunas de las personas que conozco me caen mal.
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.
8. No soy ni muy alto ni muy bajo.
10. No me siento tan bien como debería.
12. Debería ser más atractivo para con personas del sexo opuesto.
30. Debería mentir menos.
26. Estoy satisfecho con mi inteligencia.
46. Me gustaría ser una persona distinta.
48. Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.
62. Trato a mis padres tan bien como debería.

Item

No.

64. Me afecta mucho lo que dice mi familia.
66. Debería amar más a mis familiares.
80. Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.
82. Debería ser más cortés con los demás.
84. Debería llevarme mejor con otras personas.
96. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.
13. Me cuido bien físicamente.
15. Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.
17. Con frecuencia soy muy torpe.
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.
33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo -
que no debo.
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.
51. Acepto mis faltas sin enojarme.
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien.
67. Trato de ser justo con mis amigos y familiares.
69. Me intereso sinceramente por mi familia.
71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás.
87. Me llevo bien con los demás.
89. Me es difícil perdonar.
99. Prefiero ganar en los juegos.
14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.
16. Soy malo para el deporte y los juegos.
18. Duermo mal.
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.
34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelan-
te.
36. Me es difícil comportarme en forma correcta.
50. Resuelvo mis problemas con facilidad.
52. Con frecuencia cambio de opinión.
54. Trato de no enfrentar mis problemas.

Item

No.

- 68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.
- 70. Riño con mis familiares.
- 72. No me comporto en la forma que desea mi familia.
- 86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.
- 88. Me siento incómodo cuando estoy con otras personas.
- 90. Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.
- 100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy.

ROW TOTALS

TERMS OF	COLUMN A FIVE-GAL SELF	COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	COLUMN E SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS	
OW 1.	P-1 P-2 P-3 P-4 P-5 P-6 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-10P-20P-31 P-32P-33P-34 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-37P-38P-39 P-40P-41P-42 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-55P-56P-57 P-58P-59P-60 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-72P-73P-74 P-75P-76P-77 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-81 P-82 P-83 P-84 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P1 P2 P3 P4 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	59 65 97 98
OW 2.	P-7 P-8 P-9 P-10 P-11 P-12 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-25P-26P-27 P-28P-29P-30 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-43P-44P-45 P-46P-47P-48 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-61P-62P-63 P-64P-65P-66 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-79P-80P-81 P-82P-83P-84 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-89 P-90 P-91 P-92 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N	63 65 97 98
SELF SATIS- FACTION OW NE OW NE OW NE	P-13 P-14 P-15 P-16 P-17 P-18 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-31P-32P-33 P-34P-35P-36 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-49P-50P-51 P-52P-53P-54 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-67P-68P-69 P-70P-71P-72 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-85P-86P-87 P-88P-89P-90 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N	59 100	
OW 3.	P-19 P-20 P-21 P-22 P-23 P-24 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-37P-38P-39 P-40P-41P-42 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-55P-56P-57 P-58P-59P-60 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-73P-74P-75 P-76P-77P-78 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-91 P-92 P-93 P-94 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N	59 100	
HAVIOR OW NE ASSE	P-13 P-14 P-15 P-16 P-17 P-18 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 1 1 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-31P-32P-33 P-34P-35P-36 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-49P-50P-51 P-52P-53P-54 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-67P-68P-69 P-70P-71P-72 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-85P-86P-87 P-88P-89P-90 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N P + N P - N	59 100	
PLUM OW NE ASSE	TOTAL POSITIVE (P + N) E (Approved) P - N E (Non-Approved) P - N V. (Type of Scale)					Total Positive or P + N Total Net Conflict (P - N) Total Conflict Col. Tot. V.	59 100	

DISTRIBUTION OF RESPONSES

NUMBER OF 59-69 PS 73-77 = 90 TIF =
 SELF CRITICISM = 10
 TOTALS XI XI XI = 100
 D = + + +

*As high as possible
 possible
 100
 100*

EMPIRICAL SCALES

DP =
 GM =
 PSY = (100 +) =
 PD =
 N =
 PI =

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

- ACHIRICA Lorenzo; "El proceso Diagnóstico, El yo en la formación diagnóstica", Depto. de Tratamiento y Rehabilitación de Centros de Integración Juvenil, 1985. Méx.
- ALBA Víctor; "Historia social de la juventud, Ed. Plaza y Janes S. A., Barcelona 1975.
- ARAMONI Aniceto; "El Mexicano ¿un ser aparte?". Ed. - - - OFFSET, Méx. 1984.
- BLOS Peter; "Psicoanálisis de la adolescencia", Ed. Joaquín Martiz, Ed. 3era. Méx. 1980.
- CHAVEZ DE Sánchez Ma. Isabel; "Drogas y pobreza", Ed. Trillas, Méx. 1985
- CASO Muñoz Agustín; "Fundamentos de psiquiatría", Ed. - - Limusa, Ed. 2da. Méx. 1982.
- Código Penal para el D. F.; "Ley y códigos de México", - Ed. Porrúa S. A., Méx. 1984.
- DSM III "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Ed. MASSON 1984.
- DE LA GARZA FIDEL; "La juventud y las drogas", Ed. Trillas, 1era. Rep. 1983 Barcelona.
- Diccionario de Psicología; Ed. Fondo de Cultura Económica, Méx. 1984.

- DI CAPRIO Nicholas S.; "Teorías de la personalidad", Ed. Interamericana. Méx. 1976.
- DUNN L. C.; "Herencia, Raza y Sociedad", Ed. Fondo de Cultura Económica, Méx. 1949.
- ERICKSON Erik H.; "Sociedad y adolescencia", Ed. Siglo XXI, ed. 10, Méx. 1986.
- ERICKSON Erik H.; "Infancia y Sociedad", Ed. Hormé, Ed. - Bva. 1980, Buenos Aires.
- ERICKSON Erick H.; "Identidad, Juventud y Crisis", Ed. Siglo XXI, Méx. 1979.
- EY Henry; "Tratados de Psiquiatría", Ed. Toray Masson, -- Ed. Bva. Barcelona.
- FREUD Sigmund; "Obras Completas". Tomo III. Ed. Biblioteca Nueva, Ed. 4ta., Madrid España, 1981.
- FENICHEL Otto; "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis", - Ed. Paidós, Buenos Aires 1966.
- GIRAL Federico; "Los drogadictos", Colección los marginados, Ed. DOPESA 2, Barcelona.
- GUARNER Enrique; "Psicopatología Clínica y tratamiento -- Analítico". Librería de Porrúa Hnos. y Cía., S.A., Ed. -- 2da. Méx. 1984.
- HORTON B. Paul y Hunt; "Sociología", Ed. Mc. Graw Hill, -- 2da. Ed., 1977. Méx.

- HURLOCK Elizabeth B.; "Psicología de la Adolescencia", -- Ed. Paidós, Ed. 4ta., 1980 España.
- H.G. English; "Diccionario de Psicología y Psicoanálisis", Biblioteca Lexicon Paidós, 1977.
- J.F. Kamer y D.C. Camerón; "Manual sobre dependencia de - las Drogas, O.M.S. Ginebra Suiza, 1975.
- KOLTENIUK Miguel; "Las drogas y sus efectos", Oficinas -- Centrales, Depto. de Prevención, Mayo 1986, Méx.
- KARDINER Abraham; "El individuo y su sociedad", Fondo de Cultura Económica, Méx. 1945.
- LENERO Otero Luis; "El fenómeno familiar en México", Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. 1983, Méx.D.F.
- LLANES B. Jorge; "Crisis Social y Drogas", Ed. Concepto - 1982, Méx. D. F.
- LLANES B. Jorge, "La Juventud y Las Drogas", Ed. Concepto 1982, Méx. D. F.
- LLANES B. Jorge; "Prevención de la Farmacodependencia", - Ed. Concepto, Méx. 1982.
- FARMACOS DE ABUSO, CEMEF 1976, Procuraduría General de la República.
- FREEDMAN Alfred M., KAPLAN y SADOCK; "Compendio de Psiquiatría", Ed. Salvat Barcelona, 1984.

MEDINA H. Miguel; "Evolución del concepto Farmacodependencia", Depto. de Prevención de C.I.J. Mayo 6, 1986, Inéditas. Méx.

FURST Peter T; "Alucinógenos y Cultura", Ed. Fondo de Cultura Económica, Ed. 1980 Méx.

MACKINNON, Michels, "Psiquiatría Clínica Aplicada", Ed. - Interamericana. 1973, Méx. D. F.

HIDRIFF Robert M.; "Role of Selfconcept of academic - - - attainment in achievement-related behaviors", Pshichological Reports 1986, Feb. Vol. 58, p. 151-159.

POINCE B. Manuel; "La prevención de la Farmacodependencia en C.I.J.", Oficinas Centrales, Depto. de Prevención, - - Méx. 1986.

RAMIREZ Santiago; "Infancia es destino", Ed. XXI, 9na. - Ed. 1986, Méx.

RAMIREZ Santiago; "El mexicano, Psicología de sus motivaciones", Ed. Enlace Grijalbo, 9na. Ed. 1977, Méx.

SALCIDO Reyna Mirna; "Psicopatología y Farmacodependencia", Oficinas Centrales de C.I.J., Depto. de Prevención, Méx. Mayo 1986.

SALDOVAL Dolores H.; "El mexicano, psicodinámica de sus relaciones familiares", Ed. Villlicaña, S.A. 1984, Méx.

THOMPSON Clara; "El psicoanálisis", Ed. Fondo de Cultura Económica, Ed. 2da. 1971, Méx. D. F.

WAGNER E. Fernando; "La investigación acerca de la farmacodependencia en C.I.J.". Oficinas Centrales del Depto. - de Investigación de CIJ Méx. mayo 1986.

WHEELER, Barbara L.; "Changes in self-concept drug therapeutic community treatment; A comparisin of male and - - female drug abuses, Journal of Drug Education 1986, Vol. 16(2) p. 191-196.

ZAX Melvin y Comen; "Psicopatología", Ed. Interamericana Ed. 2da., 1979.