

315625
1
2ej

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS
DE LA EDUCACION, A.C.**

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**“AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES
FARMACODEPENDIENTES Y
AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES
NO FARMACODEPENDIENTES.
ESTUDIO COMPARATIVO”.**

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DE LOURDES DERFLINGER COLIN

ASESOR DE TESIS: LIC. MARIA ELIZABETH RAMIREZ L.

MEXICO, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I ADOLESCENCIA	
1.1. Breves antecedentes históricos y conceptos - básicos sobre adolescencia	1
1.2. Desarrollo físico	11
1.3. Desarrollo psicosexual	16
1.4. La familia y el adolescente	23
1.5. El adolescente y su grupo de iguales	28
1.6. El adolescente y la escuela/trabajo	32
CAPITULO II FARMACODEPENDENCIA	
2.1. Introducción	36
2.1.1. Breves antecedentes sobre farmacodependencia	38
2.1.2. Estudios realizados sobre farmacodependencia	41
2.2. Definiciones básicas	47
2.3. Etiología y psicodinamia	52
2.3.1. Factores sociales	65
2.3.2. Factores familiares	69
2.3.3. Factores individuales o psicológicos	76
2.4. Motivaciones principales en el abuso de sus- tancias	78
2.5. Características de personalidad del adoles- cente drogadicto - su mundo interno -	82
2.5.1. Identificación de los usuarios	92

CAPITULO III AUTOCONCEPTO

3.1.	Antecedentes históricos	96
3.1.1.	Self	98
3.1.2.	Identidad	106
3.1.3.	Autoestima	112
3.2.	Definiciones de autoconcepto	119
3.2.1.	Diferencia entre autoconcepto y otros términos que se han utilizado como similares	122
3.3.	Estudios realizados sobre autoconcepto	126
3.4.	Desarrollo del autoconcepto (El concepto de sí mismo. Patrón de desarrollo)	136
3.4.1.	Componentes del autoconcepto	146
3.4.2.	Factores que influyen, modifican y participan en la configuración del autoconcepto ...	151
3.5.	Importancia del autoconcepto	156
3.6.	Escala Tennessee de Autoconcepto	162

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1.	Planteamiento del problema	176
4.2.	Hipótesis	177
4.3.	Definición de variables	"
4.3.1.	Definición conceptual de variables	178
4.3.2.	Definición operacional de variables	"
4.3.3.	Control de variables extrañas	179
4.4.	Descripción de la muestra	"
4.5.	Instrumento	182

4.6.	Procedimiento	183
4.6.1.	Escenarios	185
4.7.	Tipo de Investigación (Diseño)	"
4.7.1.	Análisis estadístico	186
CAPITULO V	RESULTADOS	
5.1.	Resultados	188
5.2.	Análisis e interpretación de resultados ..	195
CAPITULO VI	CONCLUSIONES	
6.1.	Conclusiones	213
6.2.	Limitaciones del estudio	218
6.3.	Sugerencias	220
ANEXOS	225
BIBLIOGRAFIA	235

INTRODUCCION

En un período histórico como el actual en el que se han agudizado -- los conflictos políticos, económicos, sociales, tecnológicos e individuales por citar algunos, se hace patente ahora más que nunca, la preocupación que el hombre ha tenido desde hace siglos por crear aparatos, instrumentos y adelantos sofisticados y complejos, que han llevado al descuido del aspecto humano como tal. Sin embargo, y pese al sombrío panorama existente, desde las últimas décadas, uno de los temas que mayor inquietud ha causado a numerosos estudiosos e investigadores es la adaptación o inadap tación en el desarrollo evolutivo del ser humano, aspecto importante que impide hasta cierto punto, que se siga sufriendo el desequilibrio entre - tecnología y humanismo, destacándose las actitudes de colaboración, metas, objetivos, potencialización de capacidades del sí mismo -inherente al hom bre- y control de males del siglo XX (delincuencia, farmacodependencia y conductas antisociales en general) que destruyen al ser desde los prime-- ros años de vida.

Ante estas situaciones, se demuestra que no debe cesar la considera ción de la importancia que posee la motivación y atención humana desde la niñez hasta la adolescencia para lograr vivencias de satisfacción de nece sidades y deseos, rechazando la hipersensibilidad a los aspectos negati-- vos del medio y realizando actitudes de autonomía, control y autorrealiza ción de potencialidades, capacidades, talentos, creatividad e integración, necesarias para la conciencia de aquello que se desea y conviene dentro - de una realidad palpable y cotidiana.

El interés despertado para la elaboración del presente trabajo, además de lo ya expresado, surgió a raíz del servicio social realizado en el Centro de Integración Juvenil "Naucaipan", institución especializada en prevención, orientación y tratamiento de problemas de farmacodependencia en el Distrito Federal y área metropolitana, labor exhaustiva dada la magnitud insospechada que ha tenido este fenómeno desde la década de los sesenta cuando se inició una inusitada incursión en el consumo de drogas como epidemia especialmente en jóvenes, aumentándose a pasos agigantados durante los últimos años en los que se han suscitado cambios considerables en todos los terrenos.

Específicamente en esta ciudad, suman ya infinidad de casos en que menores de edad y adolescentes mueren por intoxicación y sobredosis química por fármacos, aserto alarmante por constituir un constante proceso de expansión y síntoma patológico de nuestros días, cuya acción no respeta edades, estatus social ni sexo, pues lo mismo afecta a jóvenes que a adultos, a ricos que a pobres, a hombres que a mujeres, sin existir condición alguna (a excepción de un desarrollo óptimo personal, familiar y social), que garantice la ausencia del uso o abuso de drogas, variando únicamente los tipos de fármacos que se consumen según la clase social a la que se pertenece.

Ahora, si aunado a las presiones diarias, se encuentra que el individuo posee bases dudosas en la formación de su autoconcepto, el problema se agrava; a partir de este punto es que se decidió considerar este aspecto básico inherente al ser humano, pues pese a que el autoconcepto es una estructura de la personalidad desconocida para el lego, es de ca-

pital importancia prestarle mayor atención en la totalidad de sus manifestaciones. Por lo general, la gente sólo lo conoce a través de la definición de cualidades que posee un individuo, por ejemplo, se dice que "ese chico es triunfador, optimista, seguro, confiado y creativo" o bien "fracasado, pesimista, inseguro, desconfiado y rígido", epítetos que se adjudican a una persona sin conocer más allá la razón por la que es o se comporta de esta o aquella manera, y sobre todo, sin saber si se es presa de malestar o bienestar psicológico-emocional, sinónimo de evolución sana o enfermiza.

El ser humano debe pues, llevar a cabo una serie de importantes -- adaptaciones psicológicas, de cuya elaboración dependerá su desenvolvimiento y realización individual, dentro de una sociedad con todo lo que ello implica, ya que de no ser así, pueden acarrear manifestaciones -- destructivas a través de sentimientos de depresión, angustia, inseguridad en sí mismo y necesidad de reconocimiento a cualquier precio entre -- otros, puesto que el hombre de alguna manera y por razones de liberación de sus problemas psicológicos, busca la forma de disminuir el estado emocional en que se encuentra.

Por tanto, dado que el autoconcepto es primordial en la enfermedad -- o en la salud, adaptación o inadaptación, equilibrio o desequilibrio humano, se considera importante incluir y lanzar un llamado de alerta para que la sociedad no olvide los tópicos tratados; establecer una revisión bibliográfica sobre los aspectos básicos y psicodinámicos de la farmacoddependencia, así como el desarrollo y evolución del autoconcepto como --

estructura desde una perspectiva clínica; realizar un análisis y estudio comparativo entre el autoconcepto de un grupo de adolescentes farmacodependientes vs. el autoconcepto de un grupo de adolescentes no farmacodependientes; intentar demostrar que los jóvenes adictos poseen un autoconcepto más bajo, pobre y deficiente en contraposición a un autoconcepto más sano, rico y eficiente en adolescentes no adictos con diferencias implícitas entre ambos en las subescalas que constituyen la Escala Tennessee de Autoconcepto (W. Fitts), donde en caso de confirmarse la hipótesis, se podrá enfatizar más la necesidad de atención al farmacodependiente en cuanto al concepto de sí mismo a través de diversos programas destinados a ello, considerando no sólo el control, sino el mejor manejo de prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia y de otros conflictos que afectan al individuo, generaciones futuras y a la sociedad en general; promover un instrumento que permite conocer el estado emocional de adolescentes que por motivos particulares, requieran de ayuda especializada y asimilar que el problema de la farmacodependencia y el estudio de las vicisitudes del autoconcepto atañe no únicamente al psicólogo a buscar oportunidades y alternativas para poblaciones de alto riesgo, sino a la comunidad conjunta, padres de familia, maestros, investigadores, médicos, sociólogos y a todas las personas que de una u otra forma puedan orientar a los jóvenes para participar en el intento de neutralizar los efectos tan devastadores de la toxicomanía, por medio del fortalecimiento del autoconcepto, aunado a un ambiente de apoyo y comprensión que proporcione seguridad y confianza básica en el individuo.

Con los objetivos planteados, esta investigación está destinada a todos aquellos que de alguna manera están interesados en el contenido del presente trabajo, así como en la conflictiva actual.

La primera parte que consta de tres capítulos, conforma una revisión bibliográfica. En el Capítulo I se aborda la adolescencia. El Capítulo II versa sobre farmacodependencia. El Capítulo III refiere el tema autoconcepto y revisión de la Escala Tennessee de Autoconcepto.

La segunda parte asimismo, está constituida por los tres capítulos restantes alusivos a la investigación propiamente dicha, resultados y conclusiones. El Capítulo IV, contiene lo correspondiente a la metodología propia de la investigación. En el Capítulo V, se señalan los resultados y análisis e interpretación de los mismos. El Capítulo VI, aborda conclusiones del trabajo, limitaciones, sugerencias para futuras investigaciones y alternativas para evitar y/o tratar el problema de la farmacodependencia. Finalmente, los anexos muestran la constitución de la Escala Tennessee de Autoconcepto (hoja de respuestas, score y perfil de la prueba).

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

1.1. Breves antecedentes históricos y conceptos básicos sobre adolescencia

La adolescencia, tema de gran interés desde tiempos remotos por ser considerada como una etapa de turbulencia e inestabilidad, no fue investigada científicamente, sino hasta fines del siglo pasado, cuando se convirtió en tema de investigación por sí misma; el interés que surgió del estudio de la adolescencia como etapa del desarrollo del individuo, ha ido evolucionando a partir de las obras escritas en base a las aportaciones que datan desde la época de los grandes filósofos.

Platón ya se preocupaba por la educación de la juventud y destacaba lo modificable de sus actitudes. Aristóteles, legó numerosos escritos acerca del "carácter apasionado e irascible" de los adolescentes, así como de sus posturas extremas y paradójicas.

Posteriormente, algunos autores empezaron a concebir a la adolescencia, como un período del desarrollo humano, hasta que surgieron los valiosos aportes del que es llamado "padre de la adolescencia" en América, G. Stanley Hall en 1904, quien estableció una psicología de la adolescencia empleando métodos científicos; recopiló datos basados en vivencias de sujetos, cuyo desarrollo procedía a la infancia y antecédía a la adultez.

Así, Hall y Sigmund Freud, interpretaron la adolescencia como un -

período de Sturm and Drang (borrasca e ímpetu), partiendo del supuesto -- aristotélico de que las presiones del mundo externo pueden impedir que - determinado individuo alcance la madurez.

Literalmente, la palabra adolescencia, deriva de la lengua latina: - ad-a, hacia más; olescere - forma incoactiva - de olere, crecer. Significa la condición o el proceso de crecer (Aberastury,1982,p.158).

La palabra pubertad, proviene del latín pubertas de púber; adulto, - que significa "edad viril", capacidad de engendrar (Idem,p.159).

La pubertad, se refiere a un conjunto muy complejo de fenómenos con rápido crecimiento del cuerpo, cambios hormonales, aparición de características primarias y secundarias del sexo. Es la manifestación física de la maduración sexual (crecimiento de pelo, cambio de voz, menarca, etc.).

La adolescencia se refiere a los procesos y reacciones psicológicas de adaptación a estos cambios propios de la pubertad (Schock,1946).

Peter Blos, destacó la importancia de las dimensiones física y psicológica, dadas las transformaciones de la personalidad en la pubertad. "El suceso biológico de la pubertad, produce un nuevo impulso y una nueva organización del yo" (Blos,1981,p.16), cuya integración dependerá de la - primera década de la vida, pues la complejidad de la adolescencia está -- construída sobre antecedentes específicos que residen en la niñez temprana.

En seguida, se revisará la concepción de diversos autores acerca de la adolescencia:

Peter Blos (1981), define a la adolescencia como "la suma total de -

los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo" (Blos,1981, - p.82).

Erik Erikson (1956), considera a la adolescencia como un esfuerzo - de Integración, donde el sujeto debe reevaluarse a sí mismo, buscando -- aprobación. El autor visualiza esta etapa no como una aflicción, sino como una "crisis normativa", una fase normal de conflicto acentuado dentro del crecimiento.

Mauricio Knobel (1973), la definió como "la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos - biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil" (Aberastury,1982,p.40).

Irene Josselyn, apuntó que la adolescencia "abarca un vasto período de acelerado crecimiento físico y psicológico, cuyo comienzo puede ser - determinado mediante la observación de cambios físicos; psicológicamente, termina con el establecimiento de normas relativamente coherentes para - encarar los conflictos interiores y las exigencias de la realidad con que se enfrenta el individuo físicamente maduro" (Josselyn,1979,p.9-10).

Recopilando, la visión psicoanalítica sostiene al respecto que la - adolescencia es un momento de crisis en el desarrollo del ser humano, dado el crecimiento y maduración fisiológica rápidas que suelen ir acompa--

nados de inestabilidad conductual y turbulencia emocional por la reactivación de conflictos preedípicos entre otros impulsos . La energía del joven se centrará pues, en adecuar tales necesidades físicas y psíquicas para lograr una integración total.

El adolescente se centra en su medio familiar, escolar y social que le exigen demandas ante lo que aún no se halla preparado, es entonces -- cuando viene un gran descubrimiento: el crecimiento implica una gran lucha entre su propio ser y el ser que debe ser aceptado socialmente.

Por todo este cuadro propio del adolescente, la sociedad suele ubicarlo dentro de las "personalidades marginales"; sin embargo, Anna Freud (1936), considera a toda conmoción de este período de la vida como "normal" y lo "anormal" sería la presencia de un equilibrio o estabilidad. También, Arminda Aberastury (1982), trata a la adolescencia como "síndrome normal" dado que los "síntomas" y características de la etapa son -- "normales" por su naturaleza transitoria.

Dentro de las características o "síntomatología" propia de la adolescencia, predomina la turbulencia e inestabilidad en todas las esferas de su vida, debido a la ambivalencia que existe en el pensamiento y conducta del joven, ama y odia a sus padres, se rebela por un lado, y se -- somete por el otro, desea independencia y anhela sentirse dependiente y seguro; esto se presenta principalmente porque el adolescente con frecuencia, siente y actúa como niño, necesita que se le trate como adulto, pero siempre existen temores ante una situación tan incierta y por demás desconocida.

Estos temores, aunados a un "ello relativamente fuerte confrontado-

a un yo relativamente débil" (Anna Freud, 1936), hacen que el chico requiera de medidas externas para prevenir la desintegración, lo cual, consume enormes cantidades de energía psicológica, reduciéndose así los procesos adaptativos temporalmente, y causando la inestabilidad, irritabilidad y turbulencia inevitable.

Las constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo, se deben, en parte, al lugar preponderante de la ansiedad ligada a crisis emocionales y existenciales de la más diversa índole, dependiendo de la personalidad, interés, medio ambiente familiar y cultural del sujeto. Puede existir pasividad o actividad exagerada, por el empobrecimiento del yo, que intenta salvaguardar los elementos del funcionamiento mental dentro del contacto con la realidad, mediar entre impulsos y mundo externo, de ahí las oscilaciones, regresiones y estancamientos, entre otros aspectos.

Las contradicciones típicas del joven se deben principalmente, a que la personalidad de éste, es esponjosa, permeable, recibe y proyecta constantemente, y en este ir y venir cambia de opinión rápidamente, sin considerar lo que defendía hasta hace un momento y ahora ataca, se contradice una y mil veces, y cuando se le hace notar se enfurece y muestra explosiones de cólera o bien se ríe desenfrenadamente, siendo esto mismo, contradictorio per se.

La marcada preocupación por lo que parece ser ante los ojos de los demás y su sentido de sí mismo, lo llevan a cuestionarse ¿ QUIEN SOY YO ? ¿ PARA QUE SIRVO ? ¿ A DONDE VOY ?, y para ello adopta posturas extremas, o se aísla y retrae exageradamente, o se acerca demasiado al grupo de iguales para sentirse seguro y valioso.

Tiene que establecer su identidad (mismidad y continuidad), integrando lo pasado y aceptando lo futuro para lograr una continuidad en su ser y a lo largo del tiempo; pero este proceso, no es nada sencillo, pues al no saber quién es él, manifiesta un choque constante con los padres, les demanda y exige libertad de actuación, autonomía, que cuando al fin logra, se convierte en sentimientos de abandono para el joven; esto, aunado a los cambios físicos tan acelerados para poder adaptarse de la noche a la mañana, origina rebeldía, negativismo, desconfianza, incomprensión, falta de espontaneidad, imágenes cambiantes de sí mismo, temor al ridículo, exagerada conciencia de sí mismo en cuanto a lo físico, pero descuido en su apariencia personal, lo cual acarrea aún más inseguridad con actitudes egocéntricas y exhibicionistas, como conductas compensatorias que lo hagan sentir digno de valor y estimación frente a sí mismo y frente a los demás.

Friedenberg (1959), destacó el cuestionamiento que el adolescente se hace a sí mismo como medio "para llegar a saberse quién es y qué va a hacer" (Grinder, 1982, p.21).

Tenemos entonces la importancia de la identidad: A. Aberastury (1964) planteó que "existe una circunstancia especial, que es la característica propia del proceso adolescente en sí, una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez" (Aberastury, 1982, p.39).

Erikson (1968), expresó que el joven debe desarrollar una conciencia de sí mismo consistente, una identidad e individualidad coherente e inte-

gral del concepto de sí mismo, que consiste de autoimágenes, valores, actitudes y pensamientos.

"Un óptimo sentido de identidad ... es experimentar-se meramente como un sentido psicológico de bienestar. Sus más obvias connotaciones son un sentido de bienestar en el hogar, en el cuerpo de uno, un sentimiento de 'conocer a dónde va uno' y una garantía de reconocer anticipadamente de aquello con quien - uno cuenta", (Adams, 1976, p.160).

James Marcia (1964-1966) destacó cuatro estatutos de identidad básicos en este proceso:

1 Logros, el adolescente resuelve exitosamente sus crisis.

2 Cierre de identidad, donde no se resuelven crisis y se asumen las elecciones parentales.

3 Moratoria psicosocial, período durante el que se experimentan roles, aceptan transformaciones y se prueban metas, por esto, se dice que es una etapa de pruebas y ensayos más que de avances.

4 Difusión de identidad, donde escasean logros y predominan fracasos por no comprometerse con nada.

El adolescente llega a los extremos cuando hay confusión ideológica o marginalidad de identidad, pudiéndose presentar delincuencia, autodes-trucción y conductas negativas, la mayoría de las veces transitorias.

Otro aspecto que puede considerarse "sintomático" es la identidad --negativa si predomina un componente agresivo destructivo, con identificación a figuras negativas, siendo pues, una base al problema de pandillas,

grupos homosexuales, adictos a drogas, etc. Por lo tanto, para que el adolescente se convierta en un adulto confiado de sí mismo, su autoestima de be avanzar al ritmo de su creciente identidad.

Muy relacionado con este proceso de búsqueda de identidad, se tiene la tan particular desubicación temporal, en la que el chico suele conver tir el tiempo en presente y activo, caracte rístico del proceso primario, donde las urgencias son enormes y las postere rgaciones irracionales, no admi tiendo demoras en satis factores ni tolerancia a la frustración, desea dominar el mundo, pues aún no ha logrado inte grar los vínculos espaciales (partes del self), temporales (continuidad y mismidad) característicos de la identidad como tal.

Para concluir con este cuadro típico "sintomatológico" del adolescen te, pasemos a considerar dos aspectos adicionales; la tendencia grupal cu yo fin, entre otros, es lograr la separación progresiva de los padres, ob teniendo a cambio de la relación con éstos, uniformidad, seguridad y esti ma personal; sin embargo, es frecuente hallar tendencias antisociales entre otras cosas, como intentos de afirmación de sí mismo y el deseo de ser algun en, lo cual se ve favorecido porque "el adolescente mexicano entiende a sentirse el 'único', el 'diferente' " (Patino, 1980, p.202). Este aspecto se refiere a la imperiosa necesidad de intelectualizar y fanta sear como mecanismos defensivos para compensar las pérdidas que ocurren dentro del adolescente, aunado a las típicas crisis religiosas que pueden ir del ateísmo al misticismo más fervoroso, principalmente por la preocu pación metafísica en un intento por solucionar la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificación positiva y del enfrentamiento de la muer te definitiva de parte de su yo corporal.

Todo lo visto hasta ahora, es clásico de este estado y no evidencia enfermedad alguna, pues representa la imagen externa de un mundo interno en constante lucha por encontrarse a sí mismo diferenciándose de los demás y hallar un lugar en el mundo al que siente hostil y ajeno a su compleja problemática.

Para poder "superar" este "síndrome normal" de la adolescencia, se -- hace necesaria la elaboración de los tres duelos fundamentales a los que hace referencia Aberastury (1964). El primero de ellos, es el duelo por - el cuerpo infantil perdido; las modificaciones biológicas del adolescente lo hacen sentirse pasivo, impotente, confundido, por lo que se requiere - una reestructuración en el nuevo yo corporal e identidad. El segundo, es el duelo por la identidad y por el rol infantil; el desprenderse de su - mundo infantil donde vivía cómoda y placenteramente en dependencia, con - necesidades satisfechas y roles bien establecidos, lo lleva a una gran -- inestabilidad, lo cual puede ir elaborándose al girar al grupo de pares - junto con las relaciones que este presupone. El tercero, es el duelo por los padres de la infancia; el romper comunicación con ellos es un proceso doloroso, pero necesario, que se verá compensado también por el grupo en el que se insertó el adolescente.

Por otro lado, es menester cubrir una serie de aspectos para lograr "pasar" esta etapa tan desconcertante y complicada tanto para el joven co mo para todas aquellas personas que le rodean.

Como se acaba de mencionar, este período tan difícil para la persona en desarrollo, lleva implícita la necesidad de lograr ciertas tareas, objetivos o metas, imprescindibles para que el adolescente quede por fin in

serto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida.

No existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichas metas, pues cada individuo es único y particular en cuanto a su nivel y pautas de desarrollo, no obstante, es un hecho que debe cubrir toda una serie de metas y propósitos.

Una tarea primordial es adaptarse a un físico que está cambiando rápidamente y usar con eficacia el cuerpo, esto irá implicando el logro de un papel social masculino o femenino.

El adolescente, precisa lograr la independencia, separación y autonomía con respecto a sus padres o figuras sustitutivas, para lo cual debe ir adquiriendo aptitudes sociales, establecer relaciones nuevas y más maduras con su grupo de iguales de ambos sexos.

Esta independencia abarca el ámbito emocional, no sólo físico, ya que la presencia de los padres empieza a hacerse innecesaria porque están internalizados y es entonces el momento de iniciar el proceso de individuación.

El sujeto al preguntarse ¿Quién soy yo? solidifica y prueba su autoconcepto e identidad. De este proceso, surge otro objetivo, alcanzar un sentido de sí mismo como persona que tiene su propio valor, reforzando su capacidad para desarrollar habilidades académicas y vocacionales necesarias, así como la primera noción de compromiso.

El lograr estas metas va preparando el terreno para el matrimonio, la vida familiar, la adquisición de valores y sistemas éticos como guías de conducta del futuro adulto.

Esta visión del adolescente con sus vicisitudes y pormenores, no debe tomarse en tal forma que refuerce el rechazo e incluso temor de tener cerca a un adolescente, el hecho de que no se consideren en la literatura general los aspectos positivos, se debe en gran parte, quizás a que lo escrito al respecto, ha sido realizado por adultos, sin considerar los aspectos constructivos del chico que atraviesa por esta etapa.

No debe menospreciarse el que éstos, también cuentan con actitudes y conductas positivas; por ejemplo, son capaces de sacrificios para defender lo que ellos desean, se comprometen con su época fervorosamente, se entregan, actúan y luchan por aquello que consideran justo; su preocupación existencial por problemas actuales ya sean políticos, religiosos, económicos, de solidaridad, debería fomentarse para crear un mundo que no pocas veces es ideal, aunque suela ser utópico en muchos sentidos; no obstante, lo valioso radica justamente en la visión y apasionamiento con que tratan de salir adelante y ¿por qué no? enseñarnos nuevas pautas de vida, al fin y al cabo, son el futuro del mundo.

1.2. Desarrollo Físico

El comienzo de la adolescencia, se sitúa con el advenimiento de la pubertad, como se señaló previamente, G. Stanley Hall, reconoció la importancia de la adolescencia en el desarrollo psicológico; el considerar esta noción, indica que es el inicio de los cambios fisiológicos (aspectos y transformaciones corporales con la maduración sexual del organismo), que acarrearán trastornos psicológicos transitorios en la mayor parte de la

población adolescente.

El término trastornos, no debe considerarse como algo alarmante, dada su transitoriedad, pues el joven debe adaptarse e integrar dichos cambios dentro de su contexto como etapa evolutiva y de desarrollo, mediante la elaboración de duelos indispensables como en todo cambio radical.

Además, los cambios psíquicos son consecuencia natural de las transformaciones físicas y fisiológicas; de aquí, que la adolescencia sea un nuevo renacimiento de rasgos del cuerpo y sus cualidades en general.

Los cambios físicos y trastornos son importantes por muchas razones que se mencionarán a continuación:

Colocan al individuo en una situación en que experimentan 'algo' físico que antes no experimentaban.

"Los cambios implican la búsqueda de una nueva identidad que sólo se logra cuando el adolescente acepta sus aspectos de niño y adulto y sus cambios corporales", (Aberastury, 1982, p.16).

Entre los trastornos de esta época, destacados por Anna Freud (1958), se encuentran con frecuencia, verdaderos síntomas hipocondríacos, dado que predomina un conocimiento exagerado de la propia sensación corporal, pues la libido catectiza las representaciones de partes corporales. Asimismo, la presencia de acné, desarrollo de percepciones del cuerpo, desarrollo de características sexuales secundarias, torpeza predominante en esta etapa por fallas en la coordinación motora hasta integrar el tamaño de las extremidades y la imagen de ellas, pueden ser base de problemas psicológicos relacionados con el concepto del yo físico del individuo.

Conviene aclarar que la imagen corporal es esencial por sus implicaciones dentro del desarrollo físico; su introducción en el psicoanálisis

se debe a Schilder en 1927, año a partir del cual surgieron diversas definiciones al respecto.

La imagen corporal es "la representación central de las partes del cuerpo como un todo" (Cameron, 1982, p. 208). "Es la representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo integrado por sensaciones" (Grinberg, 1980, p. 45). Piéron la definió como "representación que cada uno se hace de su cuerpo y que le sirve de punto de referencia en el espacio, fundada en datos sensoriales múltiples propioceptivos y exteroceptivos" (Rocheblave, 1980, p. 36).

En la juventud, la imagen del propio cuerpo es modificada por cómo uno cree que es visto por los otros; y esto es importante por ser el criterio por el que el sujeto se percibe a sí mismo. La imagen del yo físico pues, participa en las representaciones de la imagen del yo, papeles sociales y opinión que el individuo se formule sobre sí mismo y sobre los demás, ya que su base radica en las normas culturales y en las interpretaciones de dichas normas que son aceptadas por el grupo de iguales.

El niño siempre está consciente de su cuerpo, tamaño, habilidades, deficiencias y sexo, pero "con la maduración de los genitales y la aparición de características sexuales secundarias en la pubertad, la concepción del cuerpo se revoluciona y la imagen es revisada radicalmente" (Blos, 1981, p. 282). Este cambio está acompañado por lo regular de sentimientos temporales de despersonalización, es decir, el joven confunde entre los límites corporales y los objetos y hay alteraciones del self mental y corporal.

"Un cambio en la autoimagen empieza y una reevaluación del ser a la luz de nuevos poderes y sensaciones físicas son dos de las consecuencias

psicológicas del cambio en el estado físico" (Idem,p.282).

Todas estas concepciones remiten al esquema corporal, como la imagen que el sujeto tiene de sí mismo y que va más allá del cuerpo, abarcando - ropa, carro, relaciones sociales, etc.

Así como el niño primero individualiza las partes del cuerpo, sin integrar y luego las integra en un conjunto, asimismo, el adolescente des--pués del caos debe reintegrar las partes de su propio cuerpo en un contexto estable. Si el chico no lo logra, predominarán la inseguridad por un - cuerpo familiar perdido, los miedos y nuevas sensaciones, ya que dicho - cuerpo, se convierte en símbolo, en que invierte sensaciones de seguridad, valor y competencia (Maddock,1973).

La conducta dependerá de la historia propia del sujeto y del medio - ambiente en que el joven crece para que el proceso de transformar un evento biológico en una experiencia psicosocial sea adecuada, es decir, que - las expectativas de sí mismo y las valoraciones realizadas por otros, -- coincidan y se llegue a formar un concepto de sí mismo y una identifica--ción integral y coherente.

Schonfeld (1963) subrayó la importancia de la interacción social en la imagen corporal por ser producto de experiencias reales y fantaseosas que provienen de su desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y de expectativas culturales.

Grinder (1960), sostuvo que de las experiencias de los otros y de su valor, el adolescente infiere un concepto de su propia importancia y status ante los demás. La imagen que del cuerpo se tiene es producto del --aprecio respecto del propio desarrollo físico, de la estima que los camaradas tienen de las cualidades físicas y de la percepción de los estándar-

res de la sociedad.

Es menester considerar la preocupación por el propio atractivo físico y cuerpo en general, así como los niveles de desarrollo.

El patrón de desarrollo y crecimiento no es uniforme en todo el cuerpo ni coincide con la edad cronológica entre unos y otros adolescentes. Existen aceleraciones y retardos que producen una distribución desigual - en todo el organismo, lo cual requiere adaptación física y mental, y aún más porque los brotes de crecimiento, suelen ir acompañados por estados - emocionales.

"La maduración precoz, retrasada o asimétrica, puede introducir perturbaciones severas en la imagen corporal" (Blos, 1981, p.23).

Son numerosos los estudios que se han realizado al respecto. Frazier y Lisonbes (1950), investigaron una población de adolescentes desarrollados prematura o tardíamente, concluyendo que esta situación influye en la estima que tienen de sí mismos.

Se destacó que los chicos que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer autoconcepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía (Mussen y Jones, 1958).

En otras investigaciones (Frazier y Lisonbes, 1950; Arnhoff y Damianopoulos, 1962; Kurtz, 1969), donde se les preguntó a los sujetos si deseaban modificar ciertas partes corporales, respondieron afirmativamente, - los chicos deseaban músculos bien desarrollados y proporciones ideales; - las chicas, ser esbeltas y con proporciones ideales.

Gran porcentaje de adolescentes que se perciben a sí mismos con des-

viaciones físicas dan muestras de enorme preocupación. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste físico y psicológico.

1.3. Desarrollo psicosexual

Dada la importancia que tiene en este estudio el desarrollo psicosexual del individuo, se analizarán las características fundamentales de este desarrollo, en base al enfoque de Sigmund Freud, quien hizo hincapié en el hecho de que cada persona pasa por una serie de etapas psicosexuales caracterizadas por una zona particular del cuerpo, cuya excitación es responsable de cierta energía que se genera durante cada etapa.

Al respecto, Lhermitte destacó que "las zonas erógenas presentan el papel de líneas directrices en el desarrollo de la estructura de nuestra imagen", (Rocheblave, 1980, p.37), de ahí que sea indispensable tomar en cuenta este concepto.

Prosiguiendo, para Freud este desarrollo reviste una gran trascendencia, dado que la parte más importante de la evolución psicológica ocurre durante los primeros cinco años de vida (tres primeras etapas: oral, anal y fálica) en la formación de la personalidad del individuo. En seguida, se pasará revista a las etapas psicosexuales destacadas por el autor mencionado.

ETAPA ORAL: Es la primera etapa de la infancia, dura aproximadamente del nacimiento hasta el año y medio. Se caracteriza por ser la boca, los labios y la lengua los órganos de obtención de placer y gratificación como zona erógena primordial.

Las experiencias orales forman la base para que el infante vaya construyendo su realidad, y son el fundamento de la calidad de futuras relaciones con los demás. Dan al ego un sello personal oral que el individuo nunca perderá. Freud menciona dos fuentes de placer:

a) Fase de succión, donde la satisfacción se encuentra en el chupeteo y el movimiento de la boca.

b) Fase sádica, donde la satisfacción es hallada ahora en el morder o el masticar, por la aparición de los dientes.

La unidad simbiótica y dependiente que se da con la madre es básica, pues debe formarse una unión con la figura materna, que funcionará como un sustituto temporal del ego, además de que incorporando, se afianza más aún la unidad con el objeto (la madre), a la que se ha cedido la omnipotencia.

Si el lactante vive esta etapa con exceso o carencia de gratificaciones, tendrá lugar la fijación y regresión en etapas posteriores, dándose posiblemente conductas como el beber, fumar, comer en exceso, consumo de drogas, etc.

Esta etapa se ampliará en el capítulo II por ser la base etiológica de la farmacodependencia o abuso de sustancias, así como del grado del autoconcepto personal, aspectos sobre los que versa la presente investigación.

ETAPA ANAL: Considerada como la segunda etapa; tiene lugar durante el segundo y tercer año de vida.

En este caso, la atención del niño se centra en el ano, que constituye la zona más importante de gratificación y de tensiones sexuales. Las sensaciones de agrado y desagrado están asociadas con la expulsión y/o -

retención de las heces fecales.

Las subfases de este período son:

a) Fase expulsiva: El niño obtiene el máximo placer al arrojar o expulsar las heces a través del ano.

b) Fase retentiva: El niño retiene las heces a voluntad, lo cual le provoca placer.

Los padres se preocupan por establecer un control adecuado de los esfínteres del pequeño, entrenamiento importante para la ulterior formación de personalidad.

ETAPA FALICA: Tercera fase. Su advenimiento se establece una vez que se ha superado la etapa anal, a partir de los tres años a los cinco aproximadamente.

Las zonas de mayor placer son el pene en el niño y el clítoris en la niña, quienes descubren que al acariciar o estimular sus genitales obtienen gratificación erótica. Con ello, se incrementan las tendencias genitales y la necesidad de un objeto que pueda apoyarlo para alcanzar su deseo.

Obviamente, dicho objeto es buscado en su ambiente, es decir, entre quienes le rodean, principalmente su madre o figura sustitutiva.

El conflicto psicológico resultante es el "Complejo de Edipo", donde se manifiesta una rivalidad hacia el progenitor del sexo contrario. Esta situación se agrava, pues el niño observa a su madre como el objeto deseado, pero sabe que no puede poseerla, desde que existe un poderoso rival - en el afecto de ella, su padre. En la niña sucede lo contrario, siendo su rival, la madre.

Una resolución adecuada a esta situación, se da cuando el niño-a, rechaza estos sentimientos hacia el objeto deseado y se identifica con el -

progenitor del mismo sexo.

El grado en que el Complejo de Edipo ha quedado resuelto, afectará - los procesos de identificación básicos en el autoconcepto y la segunda re solución por así llamarlo, de la reactivación de este mismo complejo en - el período adolescente.

ETAPA DE LATENCIA: De los seis a los doce años aproximadamente se ex tiende este período de relativa estabilidad, pues el superyo logra mante- ner bajo control los impulsos agresivos y sexuales. La energía que provie- ne de los impulsos sexuales es aprovechada para la estructuración del yo, dicha energía se encuentra "adormecida" principalmente, por la sublima--- ción o canalización del impulso sexual hacia fines académicos, deportivos, afiliativos, etc.

Los intereses del niño se centran en trabajar y jugar (socialización).

ETAPA GENITAL: Esta etapa se considerará con mayor detalle por ser - el adolescente el protagonista del presente trabajo. Este período, abarca de los trece o catorce años hasta los dieciocho o veintiún años aproxima- damente, con el advenimiento de la maduración sexual, ubicado en la puber- tad.

Las zonas erógenas depositarias de placer son los genitales (pene y vagina), donde la gratificación implica el orgasmo de la energía libidino- sa. Afloran los impulsos sexuales y existe subordinación de instintos -- sexuales a la supremacía de las zonas genitales.

Entonces, la adolescencia se considera un continuum del desarrollo - psicosexual, pues es una reactivación de procesos que se habían desarro- llado durante la infancia; los períodos turbulentos implican interrupcio- nes e incluso retrocesos o regresiones.

En la pubertad, el joven debe enfrentarse a cambios en muchos ámbitos; partamos del notable aumento de estatura, peso, características sexuales que no sólo lleva a transformaciones corporales, sino actitudes del sujeto frente a su cuerpo (esquema corporal) y el ambiente que repercute en su representación que tiene de sí mismo.

La antigua imagen del cuerpo se hace incompatible con la nueva percepción de la apariencia física y dimensiones del yo, de aquí los titubeos y el que la estimación propia se ve puesta en duda.

Deben asumirse nuevas imágenes de uno mismo, entonces, la reelaboración del esquema corporal es básica. "El cuerpo, que sirve de soporte, para todas las identificaciones y que es uno de los puntos fijos de nuestra experiencia existencial, se inserta gradualmente en la opinión que uno tiene de sí mismo, del sentido del yo y sobre todo del sentimiento que puede tener del propio valor o no valor personal" (Rocheblave, 1980, p.33).

Al afrontar esto y los procesos regresivos propios de la adolescencia se permite la reconstrucción del desarrollo temprano, donde nuevas identificaciones juegan un importante papel, lo cual evoca excitaciones y tensión, de ahí las regresiones y luchas por recuperar un equilibrio psicológico sacudido por la pubertad.

Uno de los principales cambios psicológicos del período adolescente es una disminución en el narcisismo y un aumento en las catexias con personas y objetos externos, sin embargo, es necesario otro cambio, debido a la reactivación del complejo edípeo (apegos incestuosos a los progenitores), donde el joven debe reemplazar por otros objetos de amor. Antes de que se elabore este hecho, el adolescente dado el impacto radical que vive, caracterizado por la confusión, aislamiento y soledad, recurre a dos

mecanismos defensivos (Anna Freud, 1936), a saber, el ascetismo, cuyo principal propósito es prohibir la libre expresión de instintos renunciando a los placeres, manifestando hostilidad del yo contra las pulsiones y aislándose, retrayéndose en un mundo reservado y sin cabida aparente a sus impulsos sexuales.

Por otro lado, la intelectualización, consistente en vincular los procesos instintivos en contenidos ideacionales para hacerlos accesibles a la conciencia y sujetos a control; permite la descarga de agresión en una forma desplazada; es decir, el adolescente ocupa sus pulsiones, pero bajo un aspecto puramente teórico, separando afectos y transformando en ideas abstractas lo que siente.

Ambos mecanismos reflejan la lucha del yo vs. los instintos, son medidas temporales de emergencia que el individuo irá dejando en el olvido, si su desarrollo y evolución son satisfactorios.

Pero antes de que esto ocurra, los impulsos viran hacia la genitalidad, los objetos libidinosos cambian a objetos heterosexuales, y para lograr esta consolidación, existen oscilaciones entre actividades masturbatorias y el comienzo del ejercicio genital, es decir, el joven con frecuencia, atraviesa por algunas etapas en su evolución sexual hacia las relaciones heterosexuales adecuadas; por su descontrol y falta de experiencia puede pasar por períodos de rodeo, tanteos, pruebas para afianzar y desarrollarse en su papel sexual adulto.

Estos rodeos, si son transitorios, no deben ser preocupantes, y de hecho, se espera que se vivan en algún momento decisivo, pues en la mayoría de los casos coadyuvarán al desarrollo psicológico sano e integral de la personalidad, de ahí que se consideren en el terreno psicosexual.

Esto no quiere decir que el adolescente deba forzosamente pasar por estas etapas, que son:

- Masturbación: Gratificación autoerótica genital, cuyo principal propósito es regular la tensión sexual y emocional por medio del escape o desahogo del instinto sexual, también produce placer sexual aunado a la fantasía inherente a tal automanipulación. Su importancia radica en que se trata de una conducta de rodeo o evolución para llegar a la relación heterosexual propiamente dicha.

- Homosexualidad: Etapa de la evolución psicosexual del individuo. Es la tendencia sexual hacia individuos del mismo sexo; considerada como ensayo que expresa miedo, inferioridad, timidez ante el otro sexo.

La favorecen: el narcisismo (preocupación excesiva de sí mismo, donde se necesita al otro que es usado como espejo para valorizarse); temor a perder la identidad sexual (donde el sujeto sigue a su sí mismo y atributos viriles amenazados); fijación a la madre (por ser hijo único, mujer infeliz en su matrimonio o por problemas en la etapa oral, ya sea por exceso o falta de gratificación, que lleva a permanecer ligado al objeto ideal).

- Relaciones con prostitutas: En muchas ocasiones no es necesario es te rodeo para "aprender algo" con personas que supuestamente conocen todo lo implicado en una relación sexual. Por lo general, no existe relación afectiva, sino únicamente relación a nivel corporal.

Gradualmente, el objeto heterosexual se posibilita por el abandono de bisexualidad y narcisismo que se tenía presente todavía, y que se convierte en base y cimiento permanente del desarrollo sexual y psicológico pues se afrontaron con éxito las necesidades y cuestiones propias de la -

adolescencia.

Por lo tanto, si existen nuevas identificaciones en los casos favorables, restaurarán el sentimiento de identidad y la estima de sí mismo, gracias al grupo de pares al que el chico se inclina, aunado a sus primeras experiencias infantiles, principalmente de la etapa fálica.

En resumen, la verdadera autonomía (afirmación del yo) consiste en una integración armoniosa de las formas de sociabilidad y a una gran afectividad que se logra al reintegrar su nueva imagen.

"Las orientaciones, sueños y fantasías van cambiando progresivamente según el joven se va acercando anatómica, fisiológica, experimental y socialmente a la madurez sexual y social plena" (Engel, 1959, p.212).

Por todo lo anterior, se concluye que este es un período de maduración para elaborar exigencias y llegar a un yo estable y a una organización del impulso básico en la salud mental del individuo.

1.4. La familia y el adolescente

La familia (grupo primario), desempeña un papel vital desde que el niño nace, por ser la estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), por ser el modelo natural de interacción grupal y por ser la fuente de identificaciones más importantes para el niño.

Como se recordará, la identificación empieza cuando el pequeño intenta por primera vez imitar el comportamiento de sus padres. La imitación es sustituida por la asunción del rol, cuando el adolescente ya actúa de manera muy diferente a como lo hacen sus padres.

Es en este ámbito donde por ser un núcleo de socialización, conocimientos e información, entran en juego desde un principio, valores personales y sociales que guiarán la conducta del individuo a través de la vida.

La influencia familiar en el adolescente dependerá de las imágenes - que este se haya formado de ella, para satisfacer sus necesidades personales por medio de moldes de comportamiento que lo preparen para la vida adulta.

Puede ser que durante la niñez la situación familiar haya sido estable y libre de conflictos graves, sin embargo, la entrada al período adolescente es dolorosa, tanto para los padres como para el chico mismo, por varias razones que se suscitan dada la brecha generacional.

En primer lugar, estamos ante la situación de que para los padres es difícil aceptar los procesos conflictivos regresivos y progresivos del hijo, ya que ambas partes se encuentran ante un contexto donde no saben cómo comportarse.

En segundo lugar, este cambio del hijo suele producir angustia y ansiedad por la incipiente genitalidad y expansión de la personalidad del adolescente; puede suceder que les remueva o reedite a los progenitores - aspectos de su propia evolución, problemas pasados, que no elaboraron o superaron satisfactoriamente, o bien el temor a que los hijos cubran o no lo que se espera de ellos.

En tercer lugar, cuesta mucho trabajo aceptar que los hijos, pequeños y manejables hasta hace poco, ahora se convierten en seres con deseos de autonomía y libre expresión de palabra y acción, capaces de pensar y -

juzgar, entonces, los padres deben elaborar la separación progresiva imprescindible para ambas partes.

Si los padres comprenden el cambio y lo viven sin miedo, conservando la firmeza sin autoridad ni tiranía, la situación será favorable para que el chico se establezca en su anhelada independencia mediante la potencialización de un yo claramente diferenciado.

Por otro lado, el adolescente se aleja de su familia también por varias razones, entre ellas, la necesidad y lucha vivida para lograr independencia, pues se siente que está prisionero dentro de las normas impuestas por el grupo primario, el cual, lo empuja a despreciar y manifestar hostilidad hacia éste no en pocas ocasiones.

Uno de los cambios que ocurren en las relaciones entre padres e hijos, es el conflicto que surge por el control de los recursos que el joven quiere o considera como suyos. Con una autonomía cada vez mayor, al chico se le hace casi imposible someterse a la autoridad paterna, pretenden cierta cantidad de dinero para gastar libremente, el uso del automóvil familiar y el derecho de entrar y salir a su gusto. Por ello, se apartan de los padres y toman a su grupo de iguales como marcos de referencia para adoptar las normas y criterios de sus compañeros.

También, la reactivación del complejo edípico aleja al chico de su familia, pues siente culpa y angustia ante este hecho, de aquí, gira hacia su grupo de coetáneos para tener nuevas identificaciones. En este proceso de abandonar a sus familias, los adolescentes se fijan en otros de su propia edad, los cuales influyen en sus actividades y sobre la imagen que tienen de sí mismos.

En los grupos se ven las necesidades de identificación, se proyectan objetos y fantasías básicas para el desarrollo integral.

Otra razón, es que el joven "busca una víctima fuera de sí mismo sobre la cual desahogar su ira, puesto que al enojarse con otro, niega su decepción propia" (Josselyn,1979,p.63). Esta protesta contra sí mismo, -- por reconocer su propia debilidad, impotencia e inseguridad frente a sus padres, trata de negar estos sentimientos por medio de la rebeldía, Inconformismo, incomprensión, pero esto no es sino una defensa para eludir la depresión por el "desprendimiento de los padres infantiles y por la desidealización de las figuras parentales, junto con la tendencia a permanecer ligado, reasegurado" (Aberastury,1982,p.24).

Ahora bien, como el control que ejercen los padres influye notablemente en el desarrollo de la personalidad del adolescente y en su desarrollo social, debe tenerse en mente, la toma de precauciones en cuanto a la relación familiar-hijo, pues éste último es vulnerable para asimilar los impactos proyectivos de personas significativas para él; es un "receptáculo" propicio para asumir los aspectos más enfermos de su medio, y verse entonces, envueltos en graves problemas como drogas, conductas antisociales, prostitución, etc.

La calidad de los vínculos familiares determinan las ulteriores relaciones, por lo tanto, las actitudes de la familia (padres, hermanos), será decisiva para facilitar u obstaculizar la madurez del individuo.

Cuando la relación entre los padres no es buena y predomina la figura ausente ya sea por fallecimiento, viajes, separación, divorcio, desintegración, desinterés, incapacidad, se crean tensiones emocionales que --

perturban el equilibrio de todos sus miembros, lleva a una gran inestabilidad e inseguridad que afectará sin duda sus siguientes elecciones y relaciones de pareja.

La estructura familiar débil produce la insatisfacción de las necesidades afectuosas y de seguridad e infunde sentimientos de inseguridad, soledad y vacío emocional.

Un aspecto básico es el que los padres deben estar conscientes de - que su hijo está creciendo, sin embargo, muchos aceptan este hecho a medias y se propician los llamados dobles mensajes tan nocivos para el sujeto en formación. Por una parte le recuerdan al adolescente constantemente que está creciendo, le dicen que deberá asumir mayores responsabilidades y pensar más por sí mismo y depender menos de ellos en cuanto guías, pero por otra parte, cuando tratan de ser más independientes, le recuerdan que pese a todo, siguen siendo sus padres y que es demasiado joven para saber lo que le conviene.

En cuanto a la educación y papel de los padres en la familia, tenemos que existen progenitores autoritarios y permisivos; los primeros dirigen y restringen totalmente al chico, los segundos, son despreocupados y negligentes, dan demasiada libertad, lo cual es vivido por el adolescente como abandono.

A más presión parental e incompreensión al cambio, más violencia y - desesperación. Al respecto, dice Marcuse: "Si son violentos, es porque están desesperados" (Idem, p.29).

Cuando los padres ejercen un poder legítimo (democrático) y explican la razón de sus peticiones, éstos tienden a imitar la conducta de sus padres, son independientes y confiados en sí mismos, con grandes motivacio-

nes en todos los ámbitos (Elder,1963). La disciplina y compañerismo, hará un ser más confiado y con sentimientos de ser más aceptado por los demás.

Por último, se destacará que para que la familia ayude verdaderamente al joven, debe ser estable y existir una relación gratificante padres-hijos, con una buena comunicación para que se lleve a cabo una adecuada identificación que facilite al adolescente una idea de sí mismo halagadora y claramente definida, con menos conflictos entre sí mismo, aquellos que le rodean y la sociedad en general.

1.5. El adolescente y su grupo de iguales

En esta etapa de la vida, son básicos los agentes de socialización, profesores, amigos, líderes de la comunidad, pero muy especialmente los grupos de iguales, que pasan a ser una importante fuente de identificación extrafamiliar.

Estos últimos son indispensables en el círculo del adolescente, pues necesita, quizás más que en cualquier otro momento de su vida compartir sus emociones, confusiones, dudas, sueños y buscar apoyo y respuesta a sus interrogantes; la identificación con un ser semejante a uno mismo, quien comparte los mismos problemas y angustias, explica el enlace tan intenso que existe entre el grupo de pares, excluyendo al mundo adulto por completo para el que no en pocas ocasiones, los conflictos del adolescente son exagerados y nimios; además de que el compañero sufre y experimenta cambios muy semejantes a él, mientras que los padres no.

Entonces, es el grupo, en donde el chico halla un refugio necesario

para descubrir, interpretar y controlar su yo cambiante, y la base de los sentimientos de estima de uno mismo. En este continente o resguardo grupal, se da la identificación masiva en donde todos los integrantes se identifican con todos y cada uno de sus miembros, transfiriendo gran parte de su dependencia, miedos, etc., teniendo así la posibilidad de lograr la individualidad necesaria para la vida adulta.

El adolescente busca grupos en que distintas partes de sí mismo pueden ser proyectadas en los diferentes miembros, que son el sostén del yo, otro yo idealizado, que devuelve al sujeto una imagen tranquilizadora de sí mismo.

Ahora bien, las características de los grupos de coetáneos son muy variadas, por su naturaleza inestable, dado que los miembros desean constantemente pasar por nuevas experiencias, además de que su función dependerá de los diversos propósitos o necesidades mismas de los adolescentes que forman parte de una u otra asociación.

En cuanto a su composición, lo más frecuente, es hallar individuos de aproximadamente el mismo nivel de desarrollo emocional y cuya fuerza cohesiva es la mutua simpatía emocional existente.

El grupo de pares involucra ventajas y funciones básicas que el adolescente no podría suplir por medio de otras instituciones, ya que al enfrentarse a sí mismos y a la sociedad tienen que realizar colectivamente diversas tareas.

Este grupo es quien da la primera independencia de los adultos, facilitando la transición de la dependencia a la familia, a la relativa libertad y autonomía que tanto requiere el adolescente. Esto se logra, transfiriendo a dicho grupo, gran parte de la dependencia por la que hasta hace

poco tiempo se regía el joven.

Los iguales brindan nuevas pautas de reciprocidad: intereses, pensamientos, sentires, expectativas y exigencias, junto con nuevos roles que deben jugar para sentirse autónomos.

También su trascendencia, deriva del hecho de que se encuentra un sustituto de la familia, en cuanto locus de autoridad y de normas, de ahí que las actuaciones de los coctóneos, representan la oposición a las figuras parentales y algo distinto al medio familiar, aunque no por ello, abandonen totalmente las prohibiciones que los padres han impuesto antes a cada individuo. No obstante, la pertenencia a algún grupo, permite la posibilidad de pasar por adulto, pues al sentirse miembro con valores y normas establecidas, siente una de las primeras responsabilidades de la vida comunitaria, pues tiene a su alcance intentos probatorios, alternativas, ensayos, sobre el lugar que ocupará en la estructura social.

Esta asociación domina el pensamiento y comportamiento del adolescente, por lo que le resulta difícil, si no imposible, violar deliberadamente las normas del grupo al que pertenece. El control ejercido en ellos, - está basado en la empatía hacia sus miembros, por lo que el chico se convierte en esclavo de las reglas, modas y dictados del grupo, principalmente en cuanto a vestimenta, costumbres y preferencias se refiere; el peligro que entraña esta sobreidentificación, es precisamente el interjuego de conductas antisociales, ociosas e incluso el empleo abusivo de drogas, lo cual puede verse facilitado por el hecho de que el adolescente protesta contra sí mismo, y su propia debilidad que quiere negar por cualquier medio.

Otra función del grupo, es cubrir la necesidad del adolescente por ser aprobado en un grupo de amigos, donde la unión se da básicamente como escape y código de virilidad, más que nada, encubriendo los cambios internos propios de la adolescencia, como el contrarrestar sus sentimientos de vacío, aislamiento y soledad.

Cabe mencionar en este sentido la importancia de lo que Erikson llamó identidad social como "la solidaridad que siente un individuo con los ideales y valores de un mismo grupo" (Nuttin,1973,p.222).

En su búsqueda de identidad, el adolescente recurre como comportamiento defensivo al logro de uniformidad que brinda seguridad y estima personal, por ello, la fuerza del espíritu grupal. Esta relación recíproca entonces, supone otras personas con algún significado para la propia definición de sí mismo, para poder comprenderse a sí mismo, y para tener un índice de comparación con los otros miembros en cuanto éxito o fracaso, como medio para llegar a la autodefinition.

Al respecto, Laing dice que "la identidad propia depende de la identidad que los otros atribuyen, y de las identidades que él atribuye a los otros" (Grinberg,1980,p.76).

El grupo, al hacerse depositario de su yo, brinda la aceptación, pues implica sensación de seguridad, estima personal y sentimiento de la propia identidad, que obtiene al buscar una razón de ser, un ideal del yo, que apacigue su inquietud interior y le devuelva el sentimiento de su valor y afirmación.

Por otra parte, no debe desdeñarse la otra cara de la moneda; el grupo también puede presentar desventajas importantes que obstaculicen el

logro satisfactorio de las funciones positivas del mismo.

El principal peligro radica en la misma vulnerabilidad y receptividad del adolescente, ya que su personalidad no ha acabado de formarse y al estar insatisfecho con la imagen que tiene de sí mismo, busca otra imagen que le sirva de modelo y a la cual imitar. Las implicaciones de tal imitación pueden ser nocivas, si el grupo elegido como modelo presenta actitudes y conductas antisociales, delictivas, de farmacodependencia, etc.; el adolescente prefiere muchas veces entrañar algo negativo que pasar --- inadvertido o permanecer sumergido en el anonimato.

Por otro lado, el grupo, que en un primer momento, es una solución momentánea para los conflictos del adolescente y una preparación para la condición de hombre, puede trocarse en una muleta desviada que impida toda afirmación personal; muleta, porque puede llegar a abandonarse toda reflexión personal, ser dependiente sin autonomía, presentar conductas que lo hagan sentirse "valeroso" ante sus propios ojos y de los demás, pero destacando en comportamientos negativos, por interesarse en bienes materiales y placeres inmediatos, para escapar y negar su inferioridad, carencias y/o debilidades.

Por todo esto, es que debe considerarse la influencia del grupo de coetáneos en todos los aspectos vitales del adolescente.

1.6. El adolescente y la escuela/trabajo

Después del grupo primario, se encuentra la escuela como medio fundamental de socialización del individuo.

Este proceso de socialización connota diversas concepciones, una de

ellas, considerada como la más completa, es la que nos proporciona Inkeles en 1969, "proceso mediante el cual, los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidad, actitudes, valores, necesidades, motivaciones ... todas las - cuales, conformarán la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en que viven". (Grinder,1982,p.19).

De esta noción, se desprende que el hombre, objeto y sujeto de la acción educativa, forma parte de la sociedad, y a su vez, es producto de ella. Es precisamente a través de la socialización y educación que se -- transmiten valores que permiten la permanencia de las tradiciones cultura les y de la idiosincracia de cada sociedad; así se proporciona el sustrato necesario a sus miembros en crecimiento que les permita el desenvolvimiento social.

Como el hombre es un ser social por naturaleza, es importante la edu cación como instrumento de socialización con el fin de internalizar la cul tura y principios del grupo. Por tanto, la educación no se reduce simplemente a la imposición de reglas o normas de conducta externa, sino que ri ge las relaciones de los miembros entre sí y su organización para la inte gración con el medio ambiente.

Las escuelas son el principal fundamento entre generaciones fuera de la familia que, a través de la instrucción, enseñanza actual de un cuerpo de conocimientos, actitudes y filosofías para relacionar y organizar tareas de la vida, debe reflejar normas y expectativas de la comunidad y - exponer al adolescente el criterio que cada sociedad ha establecido para la adultez.

Para el joven, la escuela secundaria es una institución de una importancia extraordinaria, en cuanto valores y orientación, por ello, debería fomentar el empleo de la libertad de manera constructiva, no sólo en formación o conocimientos, sino en cuanto a roles y elección profesional primordiales para las responsabilidades de un nuevo mundo en el que entrará y que está saturado de individuos con aspiraciones profesionales, vocacionales y económicas.

Lo que el adolescente hace en la secundaria no es un fin en sí mismo, sino un medio para un fin.

El joven está bajo la autoridad de otras personas distintas de sus padres, están rodeados de muchos iguales, básicos como agentes para labrar su propia identidad.

Nuevamente estamos ante la propia estima que el chico debe experimentar en esta etapa. La aportación de Fiedenberg (1959) en este ámbito, es que "un valor muy importante para la adolescencia es la estima que tienen de sí mismos, una de las tareas principales de la escuela es la de probar y valorar" (Mc. Kinney, 1982, p. 187).

El valor que los adolescentes poseen de sí mismos está basada en una evaluación externa, dado que están en el proceso de esclarecer su propia experiencia personal (formación de identidad) y son especialmente vulnerables a la valoración externa.

Todas las personas adultas, incluyendo al grupo de compañeros, les dice constantemente qué es lo que tienen que hacer y qué es lo que no tienen que hacer, qué es lo aceptable e inaceptable, de ahí su crítica exagerada hacia maestros, lo cual se ve incrementado si tienen conflictos con la autoridad, que datan de sus primeras experiencias familiares.

Morrow y Wilson (1961) observaron que el chico de alto rendimiento - en la mayoría de los casos, proviene de un hogar en el que recibió una -- buena dosis de alabanza y aprobación, donde había un sentido muy intenso de pertenencia a la familia y donde se identificaba muy íntimamente con - ellos. Por el contrario, los chicos de logros mediocres, provenían de una familia con padres exageradamente restrictivos con buena dosis de tensión y desacuerdo parental, con baja estima en su propio valor personal.

En lo que al trabajo se refiere, influye negativamente en el adolescente, el hecho de que nuestra sociedad contemporánea exige más años escolares, con cierto grado de especialización y preparación para poder ha-- llar un trabajo que gratifique al joven, relegándolo y abundando las mejores oportunidades para gente de mayor edad, quien es considerada con más respeto y en quien se puede depositar gran monto de confianza y responsabilidad.

Ya Freud destacaba la frase "amor y trabajo" como elementos primor-- diales de la salud mental, como contribuyentes al bienestar general del - hombre, por ello se hace necesario considerar que debería darse oportunidad laboral al joven, ya que ésta cubre también una función concreta, conectar al individuo con la realidad, ligándolo a la comunidad humana y - colaborando a una descarga considerable de impulsos libidinosos, narcisistas, eróticos y agresivos, indispensables para la subsistencia y existencia de la sociedad de la que forma parte el adolescente.

CAPITULO II

FARMACODEPENDENCIA

2.1. Introducción

"Su sensación de felicidad existía ahora.
Era sólo una delgada capa, bajo la cual
la angustia y la obsesión de la muerte -
se van despertando".

André Malraux.

La farmacodependencia, nombre técnico de la drogadicción, es un fenómeno tan antiguo como el hombre mismo, sin embargo, fue durante fines de la década de 1960 y comienzos de los 70's, que se expresó gran alarma por el rápido incremento observado en el uso de toda una variedad de drogas, principalmente por la población adolescente y en especial de tóxicos como la marihuana y los alucinógenos.

La farmacodependencia se conceptualiza como un síntoma de la crisis existencial, agravada por el auge tecnológico y las presiones de la vida moderna que lleva al deseo de escapar de una realidad agobiante y matizada de frustraciones que se acrecientan día con día; parecería una epidemia por su prevalencia y desmesurada expansión en todas las edades, sexos, razas, grados educativos y niveles socioeconómicos sin distinción de ninguna clase.

En cuanto a la epidemiología y según estudios nacionales e internacionales, se observa que cualquier persona puede ser blanco perfecto para hacerse farmacodependiente dado que existen múltiples factores individua-

o/v

les, familiares y sociales, que al interactuar, dan lugar a peligrosos -- disturbios emocionales, entre los que puede encontrarse la toxicomanía.

En la Cd. de México, la mayoría de consumidores de drogas son varo-- nes, cuyas edades oscilan entre los 14 y los 24 años, perteneciendo en su mayoría, al nivel socioeconómico medio bajo y bajo de zonas urbanas.

La relación por sexo es aproximadamente de 13 hombres por cada mujer según Investigaciones actuales (1986-1989) realizadas por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), institución abocada a la prevención y trata -- miento de la farmacodependencia.

En cuanto a las drogas más empleadas en México, están la marihuana - (piedra angular de la adicción) y los inhalantes, debido a su disponibili-- dad universal y a su bajo precio comparado con otros tóxicos y medicamen-- tos.

Con respecto a las principales causas predisponentes de la drogadic-- ción, se tiene que las presiones sociales, políticas y económicas acumula-- das en las últimas décadas, propician el aumento de farmacodependencia en el sentido de que los jóvenes manifiestan su inconformidad a través de la ruptura con los cánones establecidos. A esta situación, se añade la pro-- blemática moral y social que desborda psicopatologías típicas en nuestra época, por lo general, el consumo de drogas es un indicio o síntoma de - trastornos emocionales, cuya predisposición se relaciona con el valor -- adaptativo a determinado consumo.

La susceptibilidad a las drogas es reflejo del relativo aspecto adap-- tativo que poseen los narcóticos, y la adicción dependerá de aquello hacia lo que les brinda beneficios, es decir, si le permite satisfacer necesida-- des como superación de pobreza, carencias afectivas o desorganización so--

cial.

Es a través de la sustancia, que se entrevé la posibilidad de una -- adaptación química al medio interno de tensiones insostenibles; es un intento del hombre para poder con sus entornos internos (emocionales) y externos (sociales).

Además, los adolescentes no privilegiados al contemplar un futuro -- sin esperanza, en el que se enfrentan a discriminaciones económicas, sociales y raciales dentro de una descomposición total, esperan hallar por medio de recursos artificiales, efectos positivos inmediatos como sedación, disminución de ansiedad, bienestar, euforia, mejor calidad en relaciones humanas, incrementar su autoconcepto, su imagen, autoestima, seguridad y confianza en sí mismo y en los demás, en una realidad satisfactoria, aunque solamente ilusoria que tarde o temprano los llevará a la destrucción total, anomía social y muerte.

Sobre estas bases y considerando a la farmacodependencia, una enfermedad que se presenta como una forma de enfrentarse al mundo hostil, desequilibrado o angustiante, debe enfatizarse la atención a la población adolescente como grupo de alto riesgo para así poder si no erradicar, por lo menos decrementar el número de sujetos que padecen este mal, dejando a un lado la marginalidad y la negligencia, pues se está ante aquellos que son el futuro, que actuarán el día de mañana y de los cuales depende que se viva en un mundo sano y libre de conflictos, al menos en lo que a las -- adicciones se refiere.

2.1.1. Breves antecedentes sobre farmacodependencia

El problema de la farmacodependencia no es exclusivo de nuestro siglo, no se trata de un fenómeno reciente; ya desde tiempos remotos, el ser humano recurría al uso de sustancias tóxicas o drogas extraídas de plantas que poseían efectos psicodislépticos, con la finalidad de ayudarse en su constante lucha contra la fatiga, el dolor, la angustia y la búsqueda de placer y bienestar.

En la antigüedad y en todas las culturas del mundo, el uso de la extensa herbolaria se orientaba principalmente al aspecto ritual, ceremonial, religioso o médico, desconociéndose sus efectos a corto y a largo plazo.

La Biblia menciona que Noé tuvo en su arca una embriaguez etílica con trastornos de conducta.

En el papiro de Ebers (S. XVI A.C.), que es el tratado más arcaico de Medicina, se halla un remedio, la amapola para atender el llanto excesivo de los niños; mezclaban ésta, con excrementos de mosca a manera de pasta, para cesar todo llanto de los pequeños.

La historia hace referencia al opio como una de las primeras drogas utilizadas; en tablillas sumerias existen testimonios (3000 y 4000 años A.C.) de su uso en China, Asiria, Egipto y Grecia.

Desde Herodoto e Hipócrates hasta Virgilio y Plinio el Viejo, numerosos autores griegos y romanos citaban la adormidera y su producto el opio, que rápidamente llegó a ser un grave problema social, particularmente en China, donde el gobierno entró en conflicto con Gran Bretaña (La "Guerra del Opio", 1839-1842), como resultado de prohibir la importación de ese estupefaciente. Esta influencia se propagó y en 1913, trece países llegaron a considerarlo un problema tan grave que crearon la Comisión Interna-

cional del Opio para encarar los efectos nocivos de la droga.

En cuanto a la Cannabis Sativa, mejor conocida como marihuana, la primera descripción detallada aparece en el terreno médico por el emperador chino Shen Nang (2737 A.C.).

La cocaína también tiene sus orígenes desde tiempos remotos; se consumía en la cordillera andina, pues sus propiedades eran exaltadas al masticarse, se cobraban nuevas fuerzas, escapaban al cansancio y angustia.

Las drogas legales como el tabaco, el café y el té, vinieron de Europa durante los siglos XVI y XVII como consecuencia de los descubrimientos geográficos procedentes del auge de la navegación.

Después de la Primera Guerra Mundial en Estados Unidos, el acto Harrison marcó un intento por hacer ilegales a las drogas psicoactivas. Su uso se restringió a grupos minoritarios (artistas, cantantes, pintores, etc).

Sin embargo, desde la Segunda Guerra Mundial, el empleo de drogas se hizo más generalizado y extenso, ya que no solamente atacó a grupos minoritarios como hasta ese momento se sabía, sino a sectores de la población aún más grandes, lo cual acarrió un grave incremento de adicción, aunado al hecho de que cada cultura tiene un tipo de droga que acepta y permite, lo que implica una imposibilidad para erradicar totalmente la farmacodependencia.

Específicamente en México, los tóxicos usados desde tiempos precolombianos, han causado crisis sociales que sólo atrajeron una verdadera atención hasta la última década.

Jenaro Pérez (1886) se refirió al abuso de drogas; estudió exhaustivamente la marihuana por la importancia que merece su abuso desde el pun-

to de vista médico-legal. Antes de 1960, la única droga de abuso en México era la marihuana que gozaba de una especial preferencia entre los soldados del ejército del más bajo nivel y agentes de status sociales marginales en ambientes sofisticados, generalmente artísticos (1968).

De ahí el uso/abuso de drogas, se ha extendido paulatinamente a pasos agigantados a todos los estratos socioeconómicos, sin importar edades, sexos, ideologías, religiones, etc.; bajo este panorama, debe intensificarse una labor concienzuda por parte de todo el país y profesionistas para decrementar este gran problema con repercusiones tan nefastas para la sociedad y para el individuo mismo, involucrado en esta "enfermedad epidémica y social".

2.1.2. Estudios realizados sobre farmacodependencia

Las investigaciones que giran en torno al problema de la drogadicción son extensas y abundantes; abarcan diferentes enfoques y puntos de vista al respecto. Es por ello, que se revisarán a continuación algunas de ellas intentando establecer orden cronológico para un mejor encuadre del presente estudio.

Rosenberg (1968), seleccionó a cincuenta personas dependientes a drogas, para sondear la prevalencia de uso y las características de dicho fenómeno.

Trabajó con un grupo mixto entre catorce y veinte años de edad, retomando los hallazgos de Bender (1963), Liebert (1967) y Zinberg (1967), referentes al hecho de que los niños que fuman desde los seis - siete años, se encuentran más propensos a beber y a ser farmacodependientes en la

adolescencia, dados los defectuosos contactos con una madre poco proveedora e interesada por satisfacer las necesidades del niño.

Rosenberg concluyó, al igual que los autores citados, que la edad -- promedio de uso/abuso es de diecisiete años, y lo más importante de todo, que existe una gran diferencia entre los jóvenes adictos y los no adictos, destacando los primeros, su fuerte dependencia emotiva a la figura materna por no cubrir sus necesidades de hambre, ansiedad y comodidad.

De ésto, resultó una exhortación para vigilar las arcaicas etapas -- del niño con la finalidad de esquivar posteriores regresiones a la etapa oral.

Goode (1969), planteó que el fumar mariguana, ayuda a entablar relaciones sociales que fortalecen la valía, concepto favorable del individuo y autoestima, al menos en la mente de aquellas personas que requieren de "algo" externo para sentirse dotados y proveídos de lo que carecen.

Mc. Agree (1969-1972) por su parte, concluyó que los adictos muestran más trastornos emocionales que la población no usuaria en todas las esferas de la vida.

Ya en los 70's, Lloyd Johnston y colaboradores (1970,1973,1977 y -- 1980), es considerado en Estados Unidos hasta la fecha, como uno de los principales aportadores en el terreno de la toxicomanía.

El realizó un seguimiento de diez años en estudiantes de high school de clase baja, para comparar características de adolescentes usuarios con no usuarios; los hallazgos revelaron la mayor incidencia de casos correspondientes al sexo masculino, cuando los chicos iniciaban a muy corta edad el consumo de drogas legales como el tabaco y el alcohol, cuando los pa--

res los inducían y al provenir de familias rotas, desintegradas, aspectos que al interactuar favorecían las adicciones en personas con estas peculiaridades.

La edad de mayor riesgo se centraba en la adolescencia. En cuanto al I.Q. de los usuarios por lo general, era superior al normal, "pero su falta de motivación y su deseo de escapar de la realidad era lo que influía en el fracaso escolar" (Robins, 1980, p. 216).

La droga más utilizada, la marihuana, es accesible universalmente y su peligro radica en que es la "puerta de entrada" hacia sustancias adictivas potencialmente peligrosas. Como factores significativos en el desarrollo de la farmacodependencia se incluyeron la genética, familia, grupo de pares, cultura, nivel socioeconómico y psicológico.

En México (1970-1976), Castro llevó a cabo un estudio titulado "Los jóvenes y las drogas. Reflexiones sobre investigaciones con jóvenes mexicanos", en el cual, refirió que la prevalencia de farmacodependencia en la población juvenil es inferior a la reportada por los chicos de otros países como USA y Canadá.

La edad de mayor riesgo resultó ser la que va de los catorce a los dieciocho años en la Cd. de México, sobre todo en lo que a marihuana, inhalantes y anfetaminas se refiere.

Respecto a las características, los usuarios presentaron rasgos psicosociales significativamente diferentes comparados con los no usuarios, especialmente en cuanto al manejo de la realidad y percepción del medio ambiente social y familiar considerado como "distal" o lejano.

Centros de Integración Juvenil (1970-1976) investigaron la edad pro-

medio de adictos y hallaron que predomina la población de dieciséis años, 90% sexo masculino y nivel socioeconómico medio bajo y bajo.

Otro estudio (1971) realizado por Bárbara Reardon y Penélope Griffing intitulado "Factors related to the self-concept of institutionalized white, male, adolescent drug abusers", tuvo como objetivo examinar la relación entre droga, familia y autoconcepto de adolescentes con un grupo control (Pulliam et al) y grupo experimental.

Se utilizó la Escala Tennessee de Autoconcepto, un cuestionario familiar, un índice de status socioeconómico y una entrevista para coleccionar datos de los ciento cuarenta sujetos que participaron en la investigación.

Destacaron la compleja interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos para llegar a la farmacodependencia. También plantearon que la investigación en el área de cómo los adolescentes adictos se ven a ellos mismos se encontraba aún muy limitada, - pues pese a que existían muchas discusiones sobre el autoconcepto de tales poblaciones, pocos habían profundizado en este aspecto y menos aún - aportaban datos empíricos para apoyar sus observaciones. Esto es de sorprender, por el hecho de que psicólogos y teóricos consideran al concepto de uno mismo como el factor clave en el desarrollo de la personalidad.

No obstante, se encontró que el autoconcepto de los sujetos farmacodependientes era significativamente más bajo y pobre con respecto a individuos no drogadictos en diferentes áreas vitales, por ejemplo, a nivel corporal, familiar, ético, escolar, laboral, social, etc. El autoconcepto de los no adictos, según reportaron las autoras, caía dentro de lo "normal" sin presencia de conflictos graves. A partir de esto, Wilkens y Bol-

ter (1971-1977), apoyaron y confirmaron que el autoconcepto de no usu--- rios serfa significativamente más alto que aquellos que abusan de drogas.

Wells y Stacey (1976) concluyeron que los adolescentes adictos pre-- sentaban mayor monto de ansiedad en el hogar y en la escuela, alcoholismo y problemas laborales, en contraposición a los no adictos que no manifes-- taron conflictos de este tipo.

Wright y Wishnie (1977), citaron la "autoimagen pobre" como razón pa-- ra el abuso de drogas y plantearon que los chicos farmacodependientes tie-- nen un "frágil sentido de autoestima que siempre cuelga o pende de una ba-- lanza."

A esta misma conclusión llegaron Kaplan, Steffenhagen (1979-1980), - destacando que la edad, nivel socioeconómico y droga influían en el auto-- concepto del ser humano.

Cohen (1977), expuso que con frecuencia, los usuarios de sustancias tóxicas, poseían baja autoestima y decrementaban su propio valor. A par-- tir de ahí Manning y Vinton describieron a la farmacodependencia como una "epidemia".

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, encontró que el abu-- so de drogas, es un problema que crece diariamente. Sin embargo, hay poca evidencia de la razón por la que algunos adolescentes buscan los fármacos y otros no, bajo las mismas condiciones.

Lo imprescindible es extender la noción de que la droga es peligrosa tanto en lo ffsico como en el funcionamiento social-emocional.

Debe empezarse por romper con el mito de que los problemas pueden -- resolverse y de que el dolor puede calmarse con las adicciones.

Kandel (1978), en Nueva York seleccionó a alumnos de high school para observar roles de padres y pares en la introducción del uso de drogas. Presentaron los chicos adictos más síntomas depresivos que los no usuarios, actividades sexuales a edades tempranas, comisión de actos desaprobados socialmente, eran en su mayoría ateos, nada hogareños e inconformes con su estilo de vida. Se sentían humillados, con pocos éxitos y con gran monto de agresión, dolor y angustia.

Otra investigación de Linda A. Svobodny, "Biographical, self-concept and educational factors among chemically dependent adolescents", se basó en la preocupación por los adolescentes y la farmacodependencia como grave problema social.

Proporcionó una clara evidencia de que el autoconcepto de los adictos y su aprovechamiento escolar es bajo en comparación con los no usuarios. Ackerman describió conflictos para establecer relaciones positivas y para tener confianza básica, lo cual ocasiona baja autoestima, interacciones familiares pobres y autoconcepto bajo principalmente.

La tesis "Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes (inhaladores vs. no inhaladores) a través del MMPI y del EPQ", de Mónica Balzaretí y Guadalupe Muñoz López (Méx. 1980-1981), abarcó población usuaria del D.F. en el Centro de Integración Juvenil Sur. Proporcionó información sobre si existen estructuras de personalidad diferentes en sujetos adictos y no adictos, concluyendo que ambos grupos presentan características neuróticas, aunque en mayor grado en el grupo experimental. Predominó el sexo masculino de quince años de edad.

Los rasgos predominantes en cuanto a personalidad del grupo farmacodependiente

dependiente fueron esquizoides, psicopáticos y depresivos.

Para concluir, la tesis "La farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la desintegración familiar" de Fernando Manuel Martínez Cabrere (Méx.1985), trata a la drogadicción como una forma de evadir las situaciones angustiantes por las que atraviesa un individuo y que son originadas en una familia con severos conflictos internos y faltos de integración.

Se concluyó que la farmacodependencia en adolescentes de once-diecisiete años de medio socioeconómico bajo tiene correlación con la desintegración familiar.

Después de esta revisión bibliográfica se abordan las definiciones básicas en torno al tema de farmacodependencia.

2.2. Definiciones básicas

La Organización Mundial de la Salud (1969-1974), ofreció una serie de connotaciones referentes a este gran problema de salud pública, cuya importancia no puede omitirse al tratar de una "enfermedad" de tan graves dimensiones.

Estas aportaciones son la base para comprender la farmacodependencia; en seguida se revisarán algunas de ellas.

FARMACODEPENDENCIA (1974): "Es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma

continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación".

DROGA O FARMACO: "Cualquier sustancia química que afecta a una persona de manera tal que origina cambios fisiológicos, emocionales o de comportamiento". "Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones". Se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental.

ABUSO: "Es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual". "Es el uso excesivo, persistente o esporádico de un medicamento, sin relación con la práctica médica aceptable". Existe disminución del bienestar físico, mental, emocional o social del usuario.

DEPENDENCIA: "Es la necesidad física o mental generada por el uso continuo o periódico de una droga".

DEPENDENCIA FISICA O ADICION: "Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga, creando así el síndrome de abstinencia". "Estado fisiológico anormal que aparece cuando una droga se ingiere o se administra en forma repetida, para impedir que aparezca una enfermedad característica que se llama síndrome de abstinencia". Sus características son tolerancia y síndrome de abstinencia.

DEPENDENCIA PSICOLOGICA O HABITUACION: "Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un -

grave peligro para el individuo". "Uso de la droga debido a que dicha droga proporciona alivio a la tensión y a la incomodidad emocional". "Es una condición en la que la droga promueve una sensación de satisfacción que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia".

TOLERANCIA: "Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud". "Un efecto cada vez menor de la misma droga, cuando esta se administra en forma repetida durante un período determinado". Como resultado de la tolerancia, se hace necesario aumentar la dosis para obtener un efecto de la magnitud inicial". "Es la capacidad de resistencia que adquiere el organismo de los usuarios a ciertas drogas, obligándoles a tomar cantidades cada vez mayores de éstas, para producir los efectos que antes obtenían con dosis menores".

La tolerancia y la dependencia física se desarrollan conjuntamente.

SINDROME DE ABSTINENCIA: "Conjunto característico de síntomas fisiológicos (o psicológicos) adversos, que tienen lugar después del desarrollo de la dependencia física cuando se suspende bruscamente la droga o cuando su efecto es obstaculizado por una droga que bloquea o neutraliza los efectos de la otra".

Síntomas principales: alteraciones de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración, presencia de sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de conciencia e incluso muerte.

DROGAS ESTIMULANTES: "Son fármacos que incrementan la actividad re-

fleja, la actividad motora y las respuestas a estímulos ambientales. Drogas que aumentan y aceleran la actividad mental". Producen estados de -- excitación.

DROGAS DEPRESORAS: "Son fármacos que producen decremento de la actividad refleja así como disminución y pérdida de la actividad motora y las respuestas a estímulos ambientales. Son drogas que retardan la actividad mental, que deprimen el sistema nervioso central y que, por lo tanto, producen depresión".

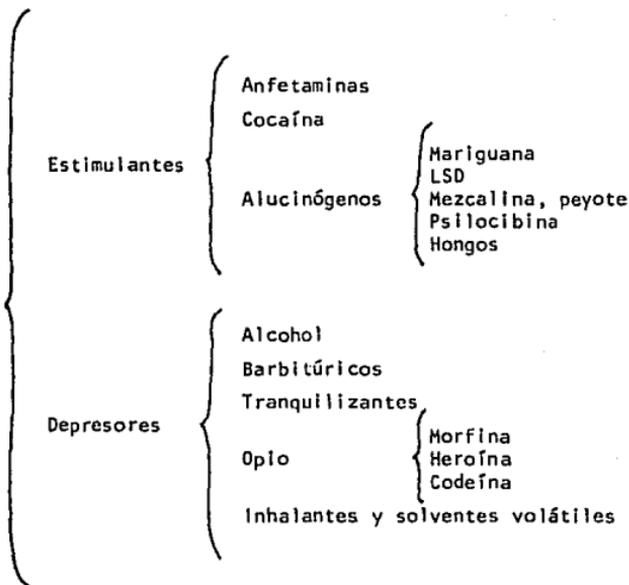
TOXICOMANIA: "Es un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial para el individuo y para la sociedad, engendrada por el consumo repetido de una droga (natural o sintética)".

Sus características son:

- 1) Deseo invencible o necesidad de continuar consumiendo la droga y procurársela por todos los medios.
- 2) Tendencia a aumentar la dosis.
- 3) Dependencia de orden psíquico en relación a los efectos de la droga.

La clasificación de drogas capaces de provocar farmacodependencia es la siguiente:

Fármacos capaces de provocar dependencia.
(OMS)



Respecto al patrón de consumo, se han distinguido cuatro grados en los usuarios:

Grado I "Experimentador": Consumen drogas por curiosidad y deseo de experiencias nuevas.

Grado II "Social u ocasional": Usan drogas en un contexto de grupo con fines de recreación, interacción grupal, pertenencia, rebeldía contra valores sociales establecidos, resolver conflictos pasajeros de la adolescencia, o simplemente para seguir la moda.

Grado III "Funcional": Son personas que requieren drogas para mantener su estilo y ritmo de vida. Existe dependencia, pero hay contacto con áreas familiares, educativas y/o laborales, a pesar de necesitar la droga para funcionar en sociedad. Sólo hay trastornos cuando no pueden

conseguir el fármaco.

Grado IV "Disfuncional": Dejan de funcionar en sociedad. Toda su vida gira en torno a la droga y su actividad entera la dedican a conseguirla y consumirla.

2.3. Etiología y psicodinamia

"La problemática del toxicómano puede encontrar un lugar en el campo del psicoanálisis" (Mannoni, 1986, p. 71), y es precisamente dentro de esta orientación que se presentará la etiología de la farmacodependencia.

Dentro de esta teoría, Otto Fenichel (1982, p. 425), cita a Glover: "El origen y la naturaleza de la adicción no reside en el efecto de la droga, sino en la estructura psicológica del paciente"; y a Rado (1933): "El factor decisivo, es por lo tanto, la personalidad premórbida, cuyas bases se encuentran en el desarrollo psicosexual"; los adictos son personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico.

Las toxicomanías son enfermedades psíquicamente determinadas y artificialmente inducidas por motivos psíquicos; es decir, el drogarse es un síntoma que posee un significado o un sentido oculto que se halla estrechamente ligado a la vida psicológica del enfermo.

El problema de abuso de sustancias debe entenderse en términos de -- múltiples pautas de desarrollo. No basta con un simple vistazo de drogadicción como un acting out inconsciente del conflicto con la autoridad, -- como una profunda depresión o como parte de un patrón de características antisociales crónicas, sino como un conjunto de factores complejos en --

constante interacción, de ahí que se considere el principio psicoanalítico de múltiple determinación, tesis que sostiene que toda conducta es producto de una gran variedad de aspectos conscientes e inconscientes, genéticos, adaptativos, estructurales y dinámicos.

Desde esta perspectiva, es necesario atender al origen psíquico del individuo para comprender sus posteriores conductas y patrones guías de desarrollo.

Al principio de la vida, la primera relación con el exterior es catastrófica, (trauma del nacimiento); el recién nacido se siente desamparado y agredido, pues ingresa a un mundo que le parece hostil desde que es expulsado y por ende, arrancado de un medio placentero donde todas sus necesidades, hasta hace poco, se encontraban resueltas y satisfechas.

Con este gran acontecimiento, deviene la primera depresión, el pequeño piensa que todo tiempo pasado fue mejor y se angustia por su entrada a un mundo nuevo, desconocido, (Spitz 1957), donde predomina un completo dualismo, es decir, el bebé no posee la capacidad de distinguir entre yo, no yo, interior, exterior, ni conciencia de sí mismo como ser separado de su madre. En esta época, gobierna el principio de placer-dolor, el pequeño sólo es consciente de sus tensiones (hambre) o relajamiento (gratificación); sus necesidades -de todo tipo- deben ser satisfechas inmediatamente sin postergaciones de ninguna clase, porque el niño carece aún de tolerancia a la frustración. Gradualmente, dichas necesidades deben esperar para que se vean gratificadas y con ello establecerse el concepto de realidad (yo), que servirá para lograr la separación y diferenciación entre el bebé y todo lo que le rodea, es decir, el niño debe percatarse y comprender que él no es parte de su madre, sino que es una entidad separa

da de ella, un ser pequeño y dependiente de los suministros externos que lo proveen de lo necesario para satisfacer sus urgencias inmediatas.

Precisamente con esta diferenciación yo, no yo (niño-madre), que se establece aproximadamente entre los 18 y los 20 meses de edad, cuando el objeto se desprende del yo (instancia psíquica) para volverse sustancia - autónoma y donde el cuerpo (noción piel-continente) ya es concebido como un "objeto", deviene la segunda depresión, puesto que el niño empieza a tener noción de que no es omnipotente y de que en muchos sentidos es impotente para valerse por sí mismo y de que su ansia por ser unificado con el objeto idealizado es imposible e irracional (Rosenfeld, Herbert, 1960-1964). Sin embargo, después de este logro, la imagen corporal constituye la idea del yo como opuesta al no yo y ayuda a controlar la angustia de desintegración durante las primeras fases de desarrollo, al traducir una unificación personal, que se extiende de las fronteras más allá del propio cuerpo.

Ahora bien, dentro del desarrollo existen implicaciones que deben revisarse para tener una visión global del mismo y por su trascendencia en el tema central. Se abordan las generalidades del yo, mecanismos y defensas principales, así como la etapa oral fundamental en la etiología del adicto. Es difícil seguir un orden teórico, ya que todo lo anteriormente expuesto se da simultáneamente; sin embargo, se irá abordando con una secuencia previamente establecida.

Como primer paso, se exponen las implicaciones del ego. Al empezar a surgir el ego, con la percepción sensorial, esta instancia se convertirá en el agente de memoria, juicio, voluntad, etc., rama ejecutora de la per

sonalidad. Consciente en gran parte, el yo (principio de realidad) es el intermediario entre los impulsos del ello (principio de placer) y el superyo (principios o reglas morales). El yo prueba el ambiente y su organización es la que hace decir a cada uno de nosotros "Yo", designándose a sí mismo como la primera persona.

Entonces, el "Yo" constituye "la suma de sentimientos, emociones, impulsos, deseos, capacidades, talentos y fantasías del individuo, fuerzas y formaciones psíquicas" (Grinberg,1980,p.29). "Conjunto de procesos psicológicos, pensar, percibir, recordar, sentir, que organiza y regula el self para satisfacciones internas y exigencias ambientales (Idem,p.30).

La imagen del yo abarca pues, los aspectos sociales externos e internos; ambas perspectivas interactúan para producir la imagen o concepto del yo, para lo cual, es imprescindible la separación yo, no yo, interior, exterior y la conciencia de sí mismo.

Desde el origen y especialmente a partir de éste momento, se inicia el proceso de integración psicológica, donde existen impulsos que buscan la satisfacción de las necesidades básicas de supervivencia, así como -- afectivas. Para que este proceso sea posible, es primordial establecer -- una relación objetal con la madre o sustituta, vínculo afectivo entre un sujeto y un objeto personalizado, quien satisfaga las necesidades de alimento, calor y seguridad, objeto que influirá en las experiencias afectivas sobre la vida entera del individuo y base para cimentar la salud o la enfermedad mental del mismo.

Al respecto, René Spitz (1957), postula la primera relación objetal como la piedra angular de la personalidad y el germen de todas las relaciones sociales ulteriores, pues coadyuva a la formación de identidad, -

fuentes de identificación y puntos de referencia para la diferenciación.

En esta etapa, la idealización e internalización poseen una importante función por ser un proceso en el cual, el infante adquiere cualidades y funciones de las figuras parentales en el curso de maduración. A través de éstas, la persona es capaz de cuidar de sí misma y de ejercer cierto control sobre su persona; al respecto, Rado y Rosenfeld (1960) destacaron que "toda internalización es aquella donde el yo tiene a los objetos a su completo, incondicional e inmediato servicio" (Garza,1974,p.86). Aberastury por su parte, anotó "un buen mundo interno surge de una relación -- satisfactoria con los padres internalizados y la capacidad creadora que - ellos permiten" (Aberastury,1982,p.57).

Si este proceso se presenta exitoso, si los primeros cuidados maternos son cálidos y permanentes, establecen la base para un prolongado sentimiento de satisfacción, seguridad y confianza en uno mismo y en los demás, y por ende, existirá coherencia del self y su consiguiente integración, lo cual se verá reflejado en las relaciones del individuo y en el aumento del concepto que de sí mismo posee la persona; si por el contrario, predominan fallas en la relación objetal y en la internalización, de vendrán trastornos narcisistas por una fijación al objeto pasivo-narcisista sin estructuración adecuada del self y único interés en el logro de gratificaciones inmediatas, además de desconfianza, inseguridad, desvalorización, inferioridad y baja autoestima. Freud (1914) apuntó "que todo lo que una persona posee o realiza, todo remanente de los sentimientos de omnipotencia que su experiencia ha confirmado, ayuda a incrementar su -- autoestimación" (Blos,1981,p.193). Kohut (1971) y Otto Kernberg (1975), enfatizaron que los trastornos en la niñez temprana especialmente alrede-

dor de la crianza y dependencia, llevan a complicaciones narcisistas pre-disponiendo a ciertos individuos a la adicción, pues intentan defenderse contra sus deseos pasivos, vulnerables y ganar autoestima.

Según Anna Freud (1958), "la privación de relación materna estable - en los primeros años es peligroso para la coherencia interna de la personalidad" (idem, p.264), pues influirá a lo largo de la vida del individuo, pudiendo empeorar durante la adolescencia.

Por tanto, para consolidar la relación objetal, debe elaborarse un duelo, con el fin de abandonar o renunciar al vínculo simbiótico (con la madre), lo cual es difícil, dado que es doloroso dejar a un lado la posición narcisista y omnipotente que el niño cree tener antes de la separación con el objeto primario, sin embargo, es necesario ya que de la seguridad engendrada por éstos primeros intercambios dimanará más tarde la autoestima, que es la manera de hacerse cargo de la distancia que separa al sujeto de la omnipotencia primitiva.

En vista de lo anterior, y dado el papel fundamental que juega la madre en el incremento o decremento del funcionamiento de los procesos internos de la personalidad, se pasará revista al período de lactancia (psicoanalíticamente etapa oral), y a sus implicaciones y procesos involucrados.

Se denomina etapa oral, por ser la boca donde se centran los intereses, sensaciones y actividades a través de las cuales se obtiene satisfacción; esta etapa es la base de toda percepción, siendo importante la incorporación oral, mecanismo inconsciente donde se "asimila la representación de un objeto al individuo por medio de la ingestión oral simbólica, es una forma de introyección y mecanismo primario de identificación" --

(Freedman,1975,p.844), del que más tarde se hablará.

Primero, el bebé busca desesperadamente una homeostasis, sus impulsos primitivos empiezan a organizarse alrededor de la oralidad para alcanzar placer y satisfacción a través de la boca y piel, zonas hipersensibles (focos vitales) que deben ser colmados para un total bienestar y para lograr la confianza básica en sí mismo y en los demás (Erik Erikson, -1959), pues este desarrollo es el comienzo de una experiencia constante de continuidad en la relación madre-hijo que lo llevará, si ésta es favorable, a una esencial seguridad plena en los otros y en uno mismo. En el continuo desarrollo, lo que el sujeto hace, piensa y siente en cualquier área y en determinado momento, estará vinculado a la imagen que la persona tiene de sí mismo, y dependerá de la confianza o desconfianza básica -según actitudes de la misma madre. Erikson (1959), planteó que "la etapa oral forma en el niño los resortes del sentido básico de confianza y el sentido básico de desconfianza que siguen siendo la fuente autógena de la esperanza primordial y la condena durante toda la vida" (Cuadernos de Psicoanálisis,1977,p.69).

El intenso temor del niño por perder al objeto, al tomar conciencia de que su madre y él son dos entidades separadas, hace que sobrevenga en el pequeño un deseo exagerado de succionar el pecho que la madre ofrece o no ofrece acorde a las cualidades de este primitivo objeto.

Es importante aclarar, que todos los infantes perciben a la madre, -en un principio, como "activa", ubicándose ellos mismos como pasivos-receptivos; es de esperarse que una identificación con la madre activa, lleve a su fin la etapa de pasividad, para lograr un incremento en la autoestima del individuo.

Ahora bien, no sólo importa la presencia física de la madre, pues el niño registra los momentos afectivos conscientes e inconscientes del objeto, los introyecta (hace fluir al interior partes del exterior), por ello, debe cuidarse la calidad de todas las experiencias y reacciones que el pequeño "absorbe" y que formarán la base para la "salud" o "enfermedad" del sujeto.

Entonces, las "necesidades orales" abarcan tanto la satisfacción física, como la estereotipación por el juego de caricias, gestos y palabras, ya que por medio de estos signos, el niño va gradualmente introyectando "la imagen en espejo que le suministra la actitud del objeto hacia él y el proceso narcisista de la estima de sí mismo comienza con esta posibilidad de sentirse bueno, porque se siente buena a la madre" (Reymond, 1980, p.57). Sin embargo, si la relación no es satisfactoria el niño proyectará sobre el objeto aquello "malo" que le provoca tensión, ansiedad y la seguridad de problemas futuros en sus relaciones con los demás y consigo mismo.

Es conveniente aclarar los conceptos que se han venido utilizando para su mejor entendimiento y aplicación.

El mecanismo de introyección se da antes que la identificación. "El niño introyecta o percibe experiencias de placer o dolor, de las cuales deriva imágenes buenas o malas de su ser" (Kolb, 1983, p.112). Cuando se da este mecanismo no existe aún diferencia entre sí y el agente que lo frustra; la representación psíquica de un objeto amado u odiado es incorporado al yo del sujeto.

Muy relacionado con este mecanismo está la proyección donde la perso

na atribuye a otros las ideas, pensamientos, sentimientos e impulsos que forman parte de sus percepciones internas, pero que son inaceptables para él, con éste, el individuo, se protege de la ansiedad consecuente a un conflicto interno.

La identificación es básica por ser un mecanismo en el cual una persona incorpora a ella misma la imagen mental de un objeto para configurarse a sí mismo a semejanza de dicho objeto que le sirve como modelo. El niño se identifica con los aspectos que percibe en la conducta del progenitor, incluyendo aquello que le produce tensión o placer.

Si los padres son personas emocionalmente maduras, el proceso adaptativo de identificación produce un crecimiento sano, por ser un enlace afectivo que alivia la tensión a causa de las frustraciones. Por todo lo expuesto, es fundamental este mecanismo en "el crecimiento del yo, satisfacción de deseos e individuación adulta".

Ahora el niño debe ser capaz de tolerar la frustración y de renunciar a un placer inmediato por una gratificación en el futuro.

No obstante, existen casos donde este desarrollo no es satisfactorio, y entonces tendremos un paro o regresión de la estructuración del yo, es decir, se espera que suceda una fijación o una regresión.

La fijación se da cuando el desarrollo de algún aspecto de la personalidad puede detenerse en una etapa incompleta de su evolución psicosexual de lo que resulta una persistencia de ciertos elementos inmaduros. Se trata de una "detención en el proceso de desarrollo ya sea por negarse o renunciar a un nivel de satisfacciones y carencias excesivas" (Idem, p.121).

La regresión implica regresar a un nivel inferior de integración pa-

ra recuperar la satisfacción de un período anterior. La regresión a la -- dependencia de la lactancia o de la niñez alivia los miedos e inseguridad que surgen por la vida adulta, es un modo de encarar las situaciones de - la vida; entonces, "la persona vuelve parcialmente o totalmente a pautas de adaptación anteriores" (Freedman,1975,p.855).

Dadas estas posibles vicisitudes, el fracaso en el logro de la capacidad para un balance homeostático en el contexto de objeto materno pudie ra ser un determinante del posterior abuso de sustancias, fumar, beber, - baja autoestima, etc., para por éstos medios tratar de alcanzar la homeos tasis aunque sólo sea ilusoriamente.

Ahora bien, considerando lo hasta aquí expuesto, se pasará a realizar la dinámica de las adicciones, haciendo hincapié en las vicisitudes de la etapa oral, así como las situaciones no resueltas que pueden impregnar - este período.

En base a los antecedentes revisados, la farmacodependencia se relaciona con el empleo de sustancias que trabajan en un nivel psicológico y fisiológico representativo para el logro de la experiencia básica homeostática, vinculada a la interacción propia madre-hijo pues la valoración del ser tiene sus raíces en la relación primitiva con la madre (primer -- año de vida).

Las desviaciones en el desarrollo ocurren en un principio, si el infante no logra la capacidad de apego a un objeto humano por carencia de - éste, por defectos en la habilidad de apego, por falta o exceso de gratificaciones, por predominio de pulsiones agresivas y/o demandantes, falta de comprensión empática, perseverancia en narcisismo y omnipotencia origi nal, etc; que originan severos traumas psíquicos, por no elaborar duelos

ni Introyecciones, entonces el objeto amado se siente perdido para siempre y el individuo busca continua y desesperadamente en el exterior suministros necesarios para su supervivencia y bienestar.

Posteriormente el abandono y la dificultad para controlar la ansiedad de separación o la pérdida no elaborada a través de los duelos, las experiencias traumáticas por el fracaso en regulación y balance homeostático, puede llevar al fracaso o sobreestimulación que acarrear graves dificultades para el sujeto.

Todas éstas situaciones, suelen generar regresiones y fijaciones a niveles pregenitales del desarrollo psicosexual. De hecho, numerosos autores destacan este aspecto en las toxicomanías.

En Tres Ensayos sobre la Sexualidad (1905), Freud sugirió que la oralidad exagerada origina severos problemas de dependencia y por lo tanto, conductas revestidas de patología.

Erik Erikson (1959,1968); Yorke (1970) y Khantzian (1974) expresaron que "la oralidad interviene en toda drogadicción".

Rado (1926,1933), Fenichel (1945), Wieder y Kaplan (1969) dieron suma importancia a la regresión oral y sus satisfacciones y analogizaron la droga con las experiencias del recién nacido al pecho materno con predominio de componentes compulsivos del adicto para combatir el profundo estado depresivo; el niño se desteta de los padres y el farmacodependiente se pega a la droga como compensación a sus frustraciones.

De aquí que los procesos de incorporación y destete sean vitales en la drogadicción, donde se aspira, ingiere, inhala o succiona.

Estas son experiencias infantiles que se reactivan en las toxicomanías, es decir, se trata de una reactivación o repetición del conflicto -

primario iniciado en los primeros años de vida, donde la autoestima muchas veces se ve minada por las actitudes del objeto primario.

A partir de ésto, surgieron tesis que apoyaron tales nociones, donde la relación entre desvíos del comportamiento y los episodios regresivos y fijaciones a anteriores estadios son cruciales por su situación dentro de las fases pregenitales en la evolución libidinal (Peter Blos,1972).

Así, se tiene que "la toxicomanía nos remite al nivel de una regresión en el estadio oral: todas las posibilidades de placer van a parar a este nivel de las satisfacciones primitivas" (Oughourlian,1977,p.135); - por tanto, "ser oral, es ser dependiente" (Biro,1985,p.65).

Quede claro que "la dependencia oral frente a los suministros externos, constituye la esencia de las adicciones" (Fenichel,1982,p.426).

Retomando el tópico de la farmacodependencia, se tiene que "la drogadicción es un sustituto del primer apego o vinculación" (Greenspan,1977, p.75), lo cual, revela aspectos no resueltos de absorción y/o separación.

Para algunos sujetos, la vinculación sólo es posible bajo la influencia de la droga, pues le brinda un estado de sentimiento interior, una salida somática para vivir en un mundo interno, intentando volver a la satisfacción total que el infante siente cuando se le colma de gratificaciones indispensables para su bienestar.

Entonces, las carencias afectivas llevan a la toxicomanía como sustitutos artificiales del objeto perdido y por la que se sienten transportados a un sitio omnipotente que son incapaces de conseguir por sus propias fuerzas.

"El fármaco no sirve como un sustituto de amor u objeto amado o para lograr una relación con éste, pero sí como un reemplazo por una deficien-

cia en la estructura psicológica", (Khantzian,1980,p.46); sin embargo, el adicto bajo los efectos de las drogas se siente proveído de alimento y calor.

Rado (1933) expuso que no es el agente tóxico lo importante, pero sí el impulso a usar drogas lo que hace adicta a una persona, el estado psicológico y emocional para resolver problemas por lo que, las bases deben buscarse en una relación individuo-ambiente que conduce fatalmente a seguir estados artificiales agradables.

Con respecto al manejo negativo del objeto, diferenciación yo, no yo y la consiguiente pérdida de omnipotencia y dominio, viene un decremento en la autoestima. El sujeto tiene la necesidad de seguridad y autosuficiencia pues sigue requiriendo satisfacciones a sus anhelos orales físicos y afectivos. Si no se cubren estas expectativas, es probable que se recurra a las drogas para fantasear un "poder" sobre gente y cosas en general para obtener un sentimiento de omnipotencia identificándose con "algo" ideal que el tóxico proporciona para negar la angustia, es decir, por su misma ansia de ser unificados con el objeto idealizado se adhieren a suministros externos para cubrir sus carencias o deficiencias afectivas.

Al darse defectos del self, la droga actúa como un sustituto del self que lo hace sentirse omnipotente, unido al objeto, elevando su autoestima, sensación de aceptación y confianza (Heinz Kohut,1971). Es de este modo, como el yo introduce una sustitución mágica que desaparece el dolor, el sufrimiento, la miseria e incrementa el placer.

Para concluir con esta sección, se enumeran una serie de aspectos propuestos por Krystal (1973), de las necesidades que cubren las drogas -

en aquellas situaciones donde el individuo muestra una alta predisposición.

Por lo tanto, por medio de fármaco, la persona desea consciente o inconscientemente:

- 1) Recuperar el objeto considerado ambivalentemente.
- 2) Negar sentimientos de abandono.
- 3) Lograr un estado de satisfacción.
- 4) Sacar componentes sádicos y masoquistas de rabia no resuelta.
- 5) Lograr por medios químicos estados del ego que no logra por sí mismo.
- 6) Poder afrontar las deficiencias del ego.
- 7) Llenar vacíos de su estructura personal y mediar rupturas entre su vida racional y psíquica.

Esta es la etiología de toda adicción, sin embargo, las toxicomanías son respuesta a una compleja interacción de fuerzas sociales o culturales, familiares e individuales o psicológicas que se revisarán a continuación.

2.3.1. Factores sociales

Entre las causas sociales que predisponen al individuo hacia la farmacodependencia, existe un sinnúmero de factores que ejercen influencia determinante en cuanto a su valor dentro de la psicología de quien posee un alto riesgo de caer en las adicciones.

No debe menospreciarse la trascendencia de los aspectos que se revisarán en todas sus modalidades y manifestaciones, pues entrañan el mismo

pelligro como factores precipitantes y predisponentes, de una enfermedad - considerada social.

El acelerado proceso de urbanización, transformó notablemente la sociedad contemporánea, con sus adelantos técnicos e industriales que suponen una vida agitada y en constante cambio en el estilo de vida y mentalidad del ser humano por los desequilibrios en valores, actitudes y motivaciones.

Estos cambios, conllevan transformaciones positivas, por ejemplo, en cuanto a la facilidad de tener acceso a un mayor bagaje cultural, prestigio y ascenso social, pero a costa de pagar un precio bastante caro por los aspectos negativos asociados a ellos, como el hacinamiento, alienación, violencia, deshumanización, indiferencia, cambios socioeconómicos rápidos, etc.

Este rápido crecimiento y mala planeación de la población, lleva a la desesperación, contradicción personal y social, insuficiencia de satisfactores no sólo económicos, sino psicológicos y personales, por las fatigas del trabajo impersonal, los largos trayectos en metros abarrotados, arterias obstruidas, insuficiencia de centros recreativos, espacio vital limitado, incomprensión, desconfianza, tensiones, entre otros "males tares sociales" que aquejan a las comunidades modernas.

Con todos estos avances y la difusión de las "mejores oportunidades y comodidades" de la vida citadina surgió un nuevo problema, el de la migración del medio rural al urbano, que involucra por sí misma una conflictiva de gran trascendencia por sus implicaciones a nivel social; este éxodo del campo a las grandes urbes, presupone en la mente de los emigrantes

un extenso campo de trabajo y riqueza de oportunidades con inherentes satisfacciones materiales, psicológicas y sociales que no existen en la realidad.

El choque con esta situación de problemas económicos, pobreza, presión por escasos recursos, analfabetismo, mejores empleos para los más preparados, así como las carencias afectivas y conductas generales de desorganización social, expectativas frustradas de bienestar y marginalidad, aunado a la ausencia de marcos de referencia estables, ruptura de costumbres y estilos de vida (choque cultural), considerados hasta hace poco como únicos, lleva al sentimiento de fracaso, desilusión, confusión y crisis de valores y desadaptación que pueden influir u orillar al deseo de huír de esta nueva realidad por cualquier medio.

Entonces, la búsqueda de ascenso personal, éxito, prestigio y renombre, cánones de la valfa que exige la sociedad actual, empuja al hombre a tratar de lograr metas a cualquier precio, aunque tenga que recurrirse a la agresión y al acercamiento de escapes ilusorios y pasajeros con fines destructivos y fulminantes, haciendo a un lado los escrúpulos y devaluando la ética y los ideales por la confrontación del hombre con sus capacidades y oportunidades exteriores para la realización de sus satisfacciones materiales que otorgan poder y posiciones privilegiadas dentro de una competencia sin fin.

El pertenecer a una clase social sitúa al individuo en una serie de circunstancias socioeconómicas que condicionan los estímulos que va a recibir y los valores donde es socializado y su manera de interpretar el mundo.

Ahora bien, en cuanto a la población juvenil, que es la más afectada

por encontrarse en período de formación y ante toda conflictiva que vive dadas las transformaciones internas y externas, no es difícil que se sienta desilusionada de todo lo que le rodea, principalmente, los medios de comunicación masiva y su mensaje consumista publicista, juegan un importante papel, dado que saturan al adolescente con un "bombardeo" de información de todo tipo, llevándolo a pensar en todo menos en sí mismo; tratan de aislar y de crear una realidad ficticia que produce frustración.

Venden utopías que confunden simplemente porque el chico ya vive de por sí un caos interno y porque además deben ordenar y seleccionar estímulos que pocas veces procesan de manera adecuada, incrementando la desorientación y desintegración.

Entonces, al captar la publicidad, buscan ahora con más ahínco, estímulos nuevos, como medio de defensa y como manifestación de rechazo a las normas culturales, inconformismo, oposición, rebeldía, etc.

Otro factor social que merece consideración es la búsqueda de grupos extrafamiliares por parte de los adolescentes con los cuales puede identificarse según su cambiante concepto de sí y del mundo más próximo a él.

Al insertarse en un grupo, el chico se ve sometido a presiones para ser aceptado y reconocido como miembro de la pandilla; la cuestión es que muchos individuos adoptan una ideología por sometimiento, por temor a quedar excluidos de una determinada asociación de coetáneos. La vulnerabilidad del joven lo hace ser leal a las normas y reglas del grupo al que pertenece, y si este les proporciona o facilita la disponibilidad de la droga, puede recurrir al uso y abuso de sustancias para evadirse y huír de sí mismo y de una realidad probablemente displacentera.

La función de la droga dentro del grupo puede simbolizar la unidad,-

cohesión y solidaridad de los miembros, lo cual incrementa el peligro de caer en una farmacodependencia grave.

Relacionado con este factor se encuentra el ocio o los ratos libres que vive el adolescente, pues durante éstos, se añaden más elementos a su confusión con repercusiones particulares sobre algunas personas; se da - alienación, dependencia, impotencia e inseguridad por los temores y crisis existenciales propias de la época, y que pueden llegar a ser la llave de un "paraíso artificial", ficticio.

2.3.2. Factores familiares

Es bien conocida la influencia que ejercen los progenitores en el desarrollo y buen funcionamiento del hijo que forma parte de una determinada familia.

De la madre, padre y grupo primario en general, depende que el mundo interno del adolescente esté mejor o peor equipado de imágenes positivas que coadyuven a la adaptación y salud mental.

Numerosos autores han estudiado la constelación familiar de los farmacodependientes y acordaron que se trata de familias desventajadas en - todos los sentidos con ciertas características comunes en la mayoría de - los casos; en esta sección se revisarán dichos rasgos predominantes y posibles causas del fenómeno toxicómano.

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de salud y enfermedad, de ahí que deba cuidarse la dinámica por la cual se rige e involucra a - sus miembros.

Rosenberg (1969-1971), estudió a veintiséis familias de adolescentes

farmacodependientes y manifestó que existía patología psíquica en veintiuno de los padres como alcoholismo y depresión en las madres participantes de la muestra.

Zinrer y Shapiro (1974-1975) investigaron también a un grupo de familias, donde uno de los miembros era farmacodependiente; hallaron que existían conflictos y problemas que empujaban a alguien de la familia a recurrir al uso y/o abuso de drogas, para permanecer en un nivel dependiente o bien para escapar de algún tipo de deprivación económica y sus relaciones perturbadoras consiguientes.

Más tarde, Tudor, Peterson (1980), vislumbraron el abuso de drogas por parte del adolescente como reacción hacia ciertas actitudes y conductas de los padres.

"Las relaciones negativas padres-adolescentes y el rechazo se asoció al uso de drogas" (Reardon, 1983, p.30). Al no encontrar respuestas adecuadas, son objeto de creencias de diversa índole que los conduce a buscar caminos para obtener satisfacción, pudiendo tomar la vía de la farmacodependencia.

El chico busca suplir estas carencias con su grupo de amigos, donde el uso de sustancias es conducta aceptada; por la droga intenta recuperar la autoestima, disminuir y aliviar el disgusto con la propia imagen por las actitudes de los progenitores.

En seguida, como se planteó en un inicio, se revisarán las características comunes en las familias de farmacodependientes, así como algunas causas que facilitan la drogadicción.

Mucho se ha discutido sobre la trascendencia de las pautas, conduc--

tas y actitudes conscientes e inconscientes de los padres como figuras decisivas en la vida de los hijos.

Se tratará primero a la madre, por ser el objeto primario por excelencia con quien se establecen los primitivos vínculos al empezar la vida.

La figura materna y su importancia respecto al consumo de drogas por parte del adolescente ha sido comentada por varios autores (Aberastury, Ackerman, Rosenberg, etc.), en las últimas décadas.

Por lo general, la conducta de las madres de los farmacodependientes suele ser extremista. Por un lado, se tiene a aquellas que actúan guiadas por la opresión y manipulación sin importarles las necesidades y deseos de los miembros de la familia. Su única motivación es dominar, llegando incluso a comportarse de manera castrante, hostil, posesiva, agresiva y virilizante; con frecuencia son portadoras de normas y reglas rígidas que impiden la espontaneidad y libertad requerida para la evolución y el desarrollo o desenvolvimiento adecuado y satisfactorio.

Por otro lado, aquellas madres, cuyo comportamiento se inclina a la indulgencia y sobreprotección que pueden ser manifestación de una grave formación reactiva. Siempre tratan de satisfacer a su hijo, lo cual orienta al individuo a que busque el pecho materno, la pasividad y permisividad en los otros y que al no lograrlo se frustre y reaccione con rabia y resentimiento.

Dicha formación reactiva promueve el que la mujer se sienta acosada por sentimientos de culpa que compensa con seducción hacia el niño.

Ambos tipos de madres son ambivalentes, rechazantes, con predominio de mecanismos que encubren actitudes inconscientes que afectan al hijo.

Sea como sea, caen en una falta o exageración total de gratificación que puede llevar a regresiones y fijaciones dadas las pautas erráticas - (oscilación de afecto), superficialidad, vanidad y dedicación de escaso tiempo a la familia.

También, suelen caer en la escrupulosidad, ansiedad, perfeccionismo y expectativas muy altas para sus hijos, lo cual incrementa en éstos últimos, los sentimientos de fracaso, frustración y necesidad de satisfacciones inmediatas sin postergaciones de ninguna clase.

En cuanto a los padres, existe una marcada tendencia a la pasividad, indulgencia y pobreza. Son figuras indiferentes o ausentes, caracterizadas por frialdad e inefectividad.

Esto ocasiona que el hijo al no poder identificarse con una imagen fuerte, se queden en seres dependientes, pasivos e inferiores, incapaces de ganar autonomía y de tener un papel claro por la misma inseguridad, ante lo cual, el hijo no tiene más remedio que identificarse con la figura femenina quedando fijado a ella.

Al respecto, Aberastury destacó que la falta de figura paterna produce una fijación a la madre con autoimagen perturbada, ambivalente y subsiguiente pérdida de autoestima.

La contraparte también afecta al individuo, es decir, el padre dominante, autoritario y/o sobreprotector, fomenta los sentimientos de inferioridad y devaluación.

Estos tipos de padres facilitan los dobles mensajes que sólo acarreen incongruencia y vínculos inadecuados que confunden y desorientan al joven que pronto entrará en la vida adulta para lo que requiere seguridad y confianza en sí mismo y en los demás.

El término medio es lo adecuado, una figura fuerte, disciplinaria, - pero al mismo tiempo cálida y afectuosa con bases justas y democráticas.

Prosiguiendo con las causas que promueven la farmacodependencia en - éste ámbito, tenemos las siguientes:

- La desintegración familiar, que abarca: Padres ausentes física o - emocionalmente, ya sea por abandono, divorcio, muerte o separación de éstos, que afecta el mundo interno del niño, manifestándose apatía, ignorancia, falta de diálogo, de acuerdo y apoyo, de comunicación, identificación e identidad sexual y responsabilidad en la dinámica familiar.

- La ausencia de figuras parentales o sustitutas porque ambos cónyuges trabajen, hace que exista un descuido hacia los miembros de la familia y hacia aspectos como preparación, diálogo, intimidad y amor, lo cual puede originar ambigüedad o confusión de roles y desequilibrio en valores dada la mediocre calidad en las relaciones interfamiliares.

- Los problemas económicos que causan stress dada la insuficiencia o carencia de recursos para manutención y supervivencia del núcleo.

- El alcoholismo por parte de alguno de los progenitores o de ambos, pues son el modelo en base al cual el hijo actúa. Mucho se ha discutido - sobre si esta enfermedad se hereda o se adquiere sin llegarse a saber a ciencia cierta, pero lo que sí se sostiene es que lo básico es la transmisión del hábito a las generaciones siguientes si existe ya el problema en algún adulto cercano al sujeto en crecimiento.

- Las tensiones dentro del grupo primario originan la inadaptación, la incapacidad para internalizar normas y valores en un contexto claro -- con problemas y conflictos en muchos terrenos. El alejamiento emocional -

en los miembros por diferentes motivos lleva a una gran deficiencia para satisfacer necesidades de afecto y seguridad que se traducen en ausencia de comunicación, incomprensión, aislamiento, inseguridad, minusvalía, -- inhibición, angustia y búsqueda del pecho materno como desafío a la sociedad, a la moral y a los padres mismos.

En términos generales, y compilando un poco los hallazgos de los autores, que versan sobre el tema, se tiene que cuando la relación entre - los padres no es buena, se crean tensiones emocionales en la familia, que perturban el equilibrio de todos sus componentes.

Con raras excepciones, las familias de los farmacodependientes son - conflictivas, antagónicas, con organización frágil y enfermiza.

La estructura emocional de la familia se refleja en:

- Sistema de roles emocionales.
- Tono de relaciones entre sus miembros.
- Capacidad de resolver problemas emocionales.
- Ambiente de sentimientos, expresión y comunicación.
- Autonomía, individualidad e interdependencia.

En las familias enfermas, estas características se ven empañadas o - ausentes del todo por lo que domina la incertidumbre, desorientación, con fusión y desesperanza.

En éste ambiente, el farmacodependiente desempeña el rol de portavoz emergente de la situación grupal familiar. El paciente es el depositario de las ansiedades y tensiones. Enferma como forma de preservar al resto - del grupo del caos y la destrucción (Rivier Pichón, 1967).

No hay metas comunes, las relaciones son frías y automatizadas, falta cohesión e imperan dudas e incongruencias que conllevan frustración, -

resentimiento y hostilidad.

En la constelación familiar es frecuente hallar una liga simbólica a una madre sobreprotectora o posesiva y falta de identificación con el padre, por ausencia, rechazo o pasividad dominante y devaluativa.

El autoritarismo pues, supone rebeldía del adolescente para fastidiar a los padres y es un medio o signo de descontento y angustia por el medio ambiente imperante en situaciones de stress e incomodidad. La democracia, en cambio, proporciona recursos psicológicos y valores positivos (Morales y Vergara 1974, Mendiola de la Garza y Rábago 1976).

Existe pues, más incidencia de farmacodependencia en familias desorganizadas o desestructuradas donde el equilibrio entre afecto-disciplina es nulo. Todas estas cuestiones intractuarán para producir drogadicción en los sujetos ya predispuestos por la combinación de los factores ya expuestos.

Para concluir, sólo se añadirá que dada la importancia de la familia en el desarrollo de la identidad del adolescente, si existe un buen nivel de comunicación entre padres e hijos, si la relación es suficientemente compensadora, de manera que sea una identificación positiva, tal adolescente tendrá una percepción favorable y claramente definida de sí mismo y probablemente presentará menos conflictos.

La influencia que las actitudes positivas y negativas ejercen sobre el chico hace necesario el reencontrarse consigo mismo y la reconstrucción de las relaciones familiares, para lograr una dinámica integradora que produzca un desarrollo sano y positivo.

2.3.3. Factores individuales o psicológicos

Las razones personales que llevan al adolescente a consumir drogas son diversas. Entre los principales factores y causas, cabe destacar la tan importante predisposición del sujeto hacia la farmacodependencia, que viene dada por una serie de características arraigadas en la personalidad del hombre, desde que éste nace, hasta la adolescencia considerada como una etapa compleja y decisiva para la consolidación de rasgos permanentes que guíen los comportamientos y actitudes del individuo.

Según la teoría psicoanalítica, habría que remontarse a la infancia, a la dependencia total del niño con su madre, donde el primero, fantasea tener todo para él sólo y al momento en que quiere, pues es donde se asientan las bases de la confianza básica y la capacidad para posponer gratificaciones inmediatas.

En el caso en que predominen los aspectos negativos por falta de estimulación ambiental, inmadurez y carencias afectivas y materiales, se generarán fuertes sentimientos de inferioridad, menoscabo en la autoestima, inseguridad, devaluación, timidez, pasividad, apatía, desinterés, ansiedad, depresión y trastornos de conducta en general, que pueden "mitigarse" y hallar salida posteriormente, a través de las adicciones.

Así, el bebé que se siente seguro con la madre, es como el farmacodependiente que se siente seguro con la droga.

El siguiente trance, de difícil solución si las bases son débiles, es la adolescencia como etapa crucial en el desarrollo físico, psicológico y social acompañado de consiguientes cambios como inestabilidad emocional, sensación de incompreensión, tendencia a la introversión, idealismo y

una marcada avidez por experiencias nuevas que lo hacen particularmente vulnerable a las influencias del medio en que éste se encuentra inmerso.

El adolescente al romper con la simbiosis que antes tenía con sus progenitores, cae en un estado de ansiedad que lo sumerge en la soledad y vacío emocional, que se vuelve más serio por el proceso de identidad, clave en esta etapa, por ser un aspecto que evoluciona constantemente, que se va moldeando por la interacción con el ambiente y que requiere del apoyo de la familia y comunidad que le rodea.

El chico se siente desorientado, por un pasado que ya no le sirve y por un futuro incierto.

El joven llega a los extremos cuando hay confusión ideológica o marginalidad de identidad, aunado a rebeldía, delincuencia o autodestrucción; esto significa la adopción de una identidad negativa (Erikson, 1956), donde destacan las agresiones a los objetos o a sí mismos tomando como base las identificaciones con figuras negativas pero reales, que constituyen el cimiento del pandillerismo, la delincuencia y/o la drogadicción.

El apego a uno como yo es definitivo contra las deficiencias de iden tidad cuando hay peligro al establecer la propia identidad e imagen de uno mismo.

Algunos adolescentes buscan identidades negativas con tal de esclarecerse y de elevar su autoestima o sentimientos de valía a los ojos de los demás, entonces, la drogadicción es una alternativa a una baja autoestima y el empuje hacia la independencia y adultez para hacer frente a lo cotidiano (Mitchell 1975, Leipsitz 1977).

Los sentimientos de pérdida, desilusión y necesidad de autodefini--- ción con características propias, valor por uno mismo, mismidad y conti---

nidad hacen que se busque en el ambiente "algo" para llenar el vacío, -
adhiriéndose a personas o cosas con las cuales pueda crear el individuo -
su vínculo simbiótico; el uso de drogas es el sustituto con que se inten-
ta una recuperación del equilibrio que aunque ficticia, crea ilusiones en
un breve lapso.

Ese bienestar le hace eludir problemas y responsabilidades, por me-
dio de escapes que impidan vivenciar inseguridad, devaluación e inferiori-
dad para adaptarse a las situaciones actuales.

Por lo tanto, si el yo se siente débil e inseguro, necesita algo que
le demuestre su valía y refuerce las estructuras internas del individuo -
que de otro modo, y por sí mismo no podría conseguir para vivir sana y --
homeostáticamente, de ahí que deba considerarse la calidad de los aspectos
y relaciones que rodean al chico para que éste crezca seguro de sí mismo,
con capacidad de tomar iniciativas, explorar nuevos mundos, ensayar nue-
vas cosas, es decir, aprender y crecer, como alguien único, individual y
valioso con dotes, capacidades y competencia, sin necesidad de medios o -
recursos externos para lograr su bienestar físico y mental.

2.4. Motivaciones principales en el abuso de sustancias

Las razones que proporcionan los individuos para consumir drogas, -
son extensas y varían de una persona a otra, e incluso de momento a momen-
to.

En seguida se contemplarán algunas de las razones y motivaciones pa-
ra incurrir en el uso y/o abuso de sustancias tóxicas.

Como se ha visto hasta este momento, los seres humanos recurren a la

farmacodependencia como medio de escapar a una serie de situaciones que - de alguna manera afectan los sentimientos, actitudes, valores y conductas que Imperan en algunas crisis vitales; entre las razones que orillan hacia la toxicomanía, se tiene la necesidad de satisfacciones que provean - un sentido de valía, de poder, de éxito y una disminución del dolor y la frustración, precio que debe pagarse al vivir en un ambiente tan acelerado y difícil como el actual.

Sin embargo, esto se ha venido dando desde hace muchas décadas. Al - respecto, Sigmund Freud destacaba que "el hombre suele aplicar cánones - falsos en sus apreciaciones, pues mientras anhela para sí y admira en los demás el poderío, el éxito y la riqueza, menosprecia, en cambio, los valores genuinos que la vida le ofrece", (Freud,1981,p.3017), y "que la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones y empresas imposibles", (Idem,p.3024), por lo que muchas personas recurren al uso de "muletas", principalmente de tres especies:

- Distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria.
- Satisfacciones sustitutivas que la reducen, y
- Narcóticos que nos tornan insensibles a ellas.

Por medio de dichas "muletas" deseamos evitar el dolor y buscar el - bienestar; ante ello, "el más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación es el químico: la intoxicación" (Idem,p.3026); se sabe que con ese "quitapenas" se podrá escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para la sensibilidad.

También Merleau (1952) ya destacaba tres mecanismos o motivaciones

fundamentales en la adicción:

- La búsqueda de la experiencia artificial para obtener gozo.
- El impulso hacia la autodestrucción, lo cual liberaría al individuo de sus sufrimientos y pesares.
- Una necesidad oral no resuelta que se ve aligerada al depender de un "algo externo" que provee satisfacción.

Khantzian anotó que Rado (1933-1957), Savitt (1954) y Fenichel (1945) apreciaron la depresión y la tensión como motivos para consumir drogas.

Entre las principales motivaciones para recurrir a los fármacos, se encuentran las siguientes:

- Puede suceder que se incline hacia las drogas con propósitos específicos en situaciones pasajeras, por ejemplo, con la esperanza de resolver u olvidar alguna crisis o conflicto que ataca al individuo y ante lo cual no sabe como actuar o responder.

Este caso no se toma como farmacodependencia declarada, dado que puede no volver a consumirse ninguna droga o sustancia una vez superada dicha situación problemática.

- El deseo del adolescente de experimentar con drogas por curiosidad o diversión, principalmente como manifestación de su rebeldía, desaffo, - Inconformismo y descontento. Numerosas ocasiones se ven atacados por el - ocio, el hastío, aburrimiento y monotonía, y en su incesante búsqueda de placer, de experimentar sensaciones novedosas, recurren al uso de un "juquete nuevo" sin conocer muchas veces, el peligro tan enorme que encierra este entretenimiento, o aún sabiendo el riesgo, deciden afrontarlo como - recurso para aumentar sus expectativas de reto, osadía e intrepidez.

- En ocasiones, se buscan los fármacos por sus propiedades para bajar de peso, obtener energía, permanecer despierto, para preparar exámenes, conciliar el sueño, disminuir la angustia, trabajar, etc., llegando a hacerse tan necesarios que cuando la persona se percata ya cayó en una grave dependencia.

- En la adolescencia, se es especialmente vulnerable a toda estimulación ambiental, debido a la difícil etapa que implica una serie de transformaciones corporales o físicas y psicológicas.

En el proceso de búsqueda de identidad puede ser que se opte por una identidad negativa, donde el adolescente se identifica con aspectos negativos y destructivos que pueden ser aportados por el grupo de pares.

En este contexto, el consumo de drogas puede actuar como signo o símbolo, como rito de iniciación o incluso como actividad que otorga categoría; el chico piensa que es mejor ser reconocido aunque esto implique - desaprobarción, que permanecer en la oscuridad del anonimato e indiferencia.

Se ha encontrado que los móviles de farmacodependencia, se relacionan con aspectos psicológicos como iniciativa, imitación, necesidad de pertenencia a un grupo, aceptación, status, prestigio, etc.

Si aunado a esto, se considera la fuerte oposición que ejerce el grupo de amigos, no es raro encontrar que el adolescente incurra en la grave situación de verse involucrado en drogas.

Se concuerda en que "los motivos principales son la curiosidad y la presión de compañeros o amigos" (Nowlis, 1975, p.35).

- Cuando el joven empieza a sentirse abrumado por una serie de circunstancias que antes no experimentaba, como el hecho de enfrentarse a -

una nueva vida, el romper con las ligas infantiles para lograr autonomía, el encarar situaciones no resueltas como la elección de vocación y toma de decisiones importantes, etc., se implican mayores responsabilidades y obligaciones que pueden desorientar al individuo.

En este trance, es muy posible que si existe abandono, negligencia y/o sobreprotección, el adolescente desee cambiar la forma en que se siente, escapar del dolor, ansiedad o frustración a través de medios artificiales, que ayuden ilusoriamente "por instantes" a aliviar o aligerar la pesada carga que ahora debe sobrellevar.

- La droga suele buscarse también como un escudo que brinda seguridad, que ayuda a ocultar temores, a dominar la ansiedad, a romper con -- inhibiciones, a sentirse osado y poderoso.

En realidad esta es la razón más expuesta por los adolescentes para recurrir a la farmacodependencia como un paraíso donde no tienen cabida la frustración, fracaso, autodevaluación y minusvalía.

No obstante, deben aceptarse estas razones en un plano más o menos consciente para el individuo, pues las motivaciones o tendencias hacia la adicción no existirían, si no se conjuntaran las interacciones familiares, individuales y sociales, aunadas a una etiología ya expuesta que incluye elementos primitivos orales y por ende, en gran medida inconscientes.

2.5. Características de personalidad del adolescente drogadicto

-su mundo interno-

La comprensión de la problemática del farmacodependiente no es tarea

simple, pues convergen diferentes fuerzas motivacionales que presuponen su aparición; involucra un medio adverso con características económicas, culturales y afectivas, así como la disponibilidad de determinadas sustancias que actúan para cubrir necesidades personales a manera de paliativo contra afecciones tanto emocionales como sociales que implican conflictos internos en el individuo ya predispuesto.

Precisamente por tratarse de un fenómeno multicausal, el lugar que ocupa la drogadicción dentro de la psicopatología es aún muy incierto, -- además de que no se presenta con exclusividad en algún cuadro patológico, pues cada individuo posee su propia y particular constitución nosológica.

En este sentido, no basta saber que se trata de una toxicomanía y -- describir sus manifestaciones, es indispensable comprender el psiquismo -- del adicto, es decir, su mundo interno y sus principales modalidades y -- síntomas.

Pese a que los farmacodependientes no pertenecen a ningún cuadro específico de personalidad y de no ser privativos a ningún orden de causa, existen condiciones o rasgos comunes donde por aquella necesidad de alejamiento de la realidad, se presentan con mayor riesgo las adicciones.

Si bien no existe un patrón de personalidad premórbida específica, -- persiste hasta nuestros días, la discusión sobre la prevalencia de ciertas características comunes en los toxicómanos, así como de rasgos aislados que están presentes en las clasificaciones psicopatológicas.

Las evidencias demuestran que al menos gran parte de los adictos juveniles presentan trastornos o disturbios individuales severos (Gerard y Kornetsky, 1955), como conductas antisociales, rasgos esquizoides, paranoideas, psicopáticos y depresivos, con dificultades de personalidad, así

como mecanismos de defensa típicos, predominando la escisión, negación e identificación proyectiva asociados a percepciones del mundo que les rodea, con percepciones hostiles y amenazantes (Khantzian, 1974 y Valliant, 1975).

Por lo tanto, existen "condiciones tóxicas que se integran en un con texto neurótico, psicótico y sobre todo psicopático" (Oughourlian, 1977, p. 146).

Se trata de sujetos antisociales, pero el neurótico y el psicótico - están predispuestos desde un inicio por sus problemas afectivos y alteraciones emocionales características de estas patologías.

Los adictos en su mayoría son casos borderline con carencias y deterioro en las funciones del yo, predominio de desconfianza, recelo, suspicacia, pensamiento concreto, manipulación, dependencia, ambivalencia y -- autoestima volátil.

Presentan también autoconcepto pobre, acompañado de emociones fuertes y primitivas, del tipo "todo o nada" y agresión principalmente.

Todos estos rasgos se agravan durante los efectos del tóxico y quizás hubieran permanecido secretos y latentes sin su encuentro con las dro gas.

Entonces, el uso de sustancias es un "coextensivo" de la patología, parte de las vicisitudes dinámicas que constituyen la naturaleza compulsiva del adicto, de aquí que, su vida mental se caracterice por un intenso deseo de intoxicarse y experimentar los efectos del fármaco; los adictos pues, son individuos para quienes la predisposición lo es todo y la ocasi ón casi nada.

Ahora bien, como se ha expresado, las primeras etapas de la vida son

básicas para comprender la psicodinamia del adicto.

Las tempranas relaciones objetales dan un sello muy particular al su jeto; la salud o enfermedad dependen de la calidad de vínculos establecidos entre el niño y la madre, donde la satisfacción de necesidades como - alimento, calor y amor juegan un papel fundamental, porque de no ser adecuadas, se establecen en un gran porcentaje de casos las bases de las -- adicciones.

Para una mejor comprensión del tema en cuanto a los rasgos distintivos de los farmacodependientes debe considerarse que:

En primer lugar, los adictos son personas orales, fijadas libidinalmente a la primera etapa del desarrollo psicosexual, ya que centran todos sus intereses alrededor de la boca y sensaciones cutáneas; al respecto - Khantzian y Kates (1976), destacaron que 'muchas de su conducta es motivada dinámicamente y deficiente por naturaleza, así como sintomatológica de regresión', por ello la dependencia, egocentrismo, exigencia para lograr gratificaciones sin dar nada a cambio, etc. De aquí que se trate de perso nalidades pasivo-agresivas con franca ausencia de confianza en sí mismos y en los propios actos, necesitando que los demanden, apoyen y guíen; se encuentran atormentados por conflictos internos graves, incapaces de proponer el logro de satisfacciones inmediatas y preocupados por buscar alejarse de una realidad interna y/o externa que no toleran y que el efecto del tóxico les proporciona.

En segundo lugar, "la mayoría de los adictos a narcóticos son personas cuyo desarrollo se detuvo en las áreas del yo y superyo ... el adulto no desarrolla controles internos, espera satisfacciones inmediatas para - sus necesidades y al mismo tiempo se ve frustrado en forma continua debi-

do a sus demandas exageradas, Inmadurez psicosexual y la falta de capacidad yoica para posponer sus deseos esforzándose de manera persistente para lograr sus objetivos y así obtener satisfacciones" (Kolb,1983,p.628).

En tercer lugar, los adictos son individuos "infantiles", puesto que persisten, aún en la vida adulta, estados emocionales que se caracterizan por dependencia y actitudes que exigen de manera urgente el cumplimiento de sus deseos sin responsabilidades ni consideración para con los otros, con episodios de rabia cuando no obtienen gratificaciones demandadas.

En cuarto lugar, debe considerarse la trascendencia de estos aspectos, para tener una explicación del círculo vicioso en el que cae el farmacodependiente. La necesidad de gratificación continua que requiere el individuo, lo lleva a la regresión que refuerza la conducta adictiva, -- pues la droga alivia al menos pasajeramente, su carencia física y ansiedad, pero el malestar pasado y la anticipación del futuro esclavizante, - estimula los sentimientos y manifestaciones de culpa, además de una inmensa frustración, angustia, soledad y desesperación que le es imposible con tener; por ello, mientras más realiza esa actividad, más degradado se -- siente y más descende su autoestima (Lemert,1967), pues la sensación de poder es ilusoria; al disiparse la euforia sobreviene un estado intolerable que lo sumerge en un profundo estado depresivo con sentimientos negativos y destructivos.

En quinto lugar, debe conceptualizarse a la farmacodependencia como un "síntoma", puesto que revela en su aparición un "algo" que determina lo que está sucediendo en particular con el individuo.

Puesto que las carencias afectivas y frustraciones dejan marcas profundas en la estructura psíquica, debe tomarse en cuenta que las personas

predispuestas muestran ciertos rasgos o síntomas semejantes que pueden perdurar durante toda la vida.

Sobre éstas bases, se tratarán los rasgos comunes que destacan en la personalidad del adicto.

En el farmacodependiente existe deterioro del yo, de ahí que todo su funcionamiento dinámico falle y predomine una gran debilidad estructural en todos los ámbitos de su vida. Por lo tanto, la naturaleza del yo pre-- dispone a la farmacodependencia por deficiencias en el manejo de afectos, percepción hostil del medio por unas figuras parentales no satisfactorias (Khantzian, 1978).

El adicto es incapaz de demandar, reclamar, confesar y ejercitar varias partes de sí mismo y sentir que le están prohibidas y destinadas a los objetos parentales. (Raskin, 1970, Krystal 1975).

Si bien es cierto que todas las drogas alteran la percepción del individuo, existe una gran variedad de tóxicos que particularizan aún más su dinámica emocional; los daños psicológicos se relacionan pues, con los motivos por los cuales se ha iniciado el consumo.

Sea como fuere, la toxicomanía es una compensación, una búsqueda -- maníaca por alejar el vacío de contacto y amor, una manera de huír de sus atormentadores sentimientos de inferioridad, inadecuación, debilidad, desesperación, depresión y el deseo de un refugio en un mundo imaginario de seguridad, paz y felicidad.

La necesidad de incorporación propia del adicto, lo lleva a incorporar aquellas partes del mundo que le son plácidas y bondadosas y que al tenerlas en sí le proporcionan bienestar y le hacen experimentar una sensación de bondad e internalización; en esto radica el vínculo tan estre--

cho con las problemáticas existenciales, omnipotentes, narcisistas, mágicas y místicas de éstas personas.

Usan drogas para manipular sus estados afectivos y para ganar confianza y seguridad (Krystal,1973). Es aquí, donde se cristalizan los rasgos comunes de los farmacodependientes en todos los ámbitos en que éstos se desenvuelven.

Su vida se caracteriza por:

a) Inmadurez e inestabilidad emocional: que impide al individuo vivir con eficiencia crítica de su propio acontecer por fallas para controlar impulsos dados los conflictos internos graves, principalmente de tipo oral y sexual de los que es presa el adicto (Kalant y Hawkins,1869).

Precisamente por la falta de capacidad yoica, deviene la inhabilidad para posponer el placer o las satisfacciones inmediatas y la intolerancia a la frustración, al dolor y a la espera.

Al respecto, Rado 1933 y Fenichel 1945, establecieron que los toxicómanos se caracterizan por carencia de impulsos ordenados y donde el yo - está subyugado por una arcaica necesidad de gratificación oral con dificultades en el desarrollo psicosexual.

La persona queda fijada al mundo de los deseos orales, mostrando una enorme ausencia o deterioro en el cuidado de sí mismo, irresponsabilidad, exagerado narcisismo, desconsideración de los demás y extrema pasividad, lo cual lleva a asimilar cualquier influencia por el deseo de ser dependiente, guiado y dirigido, encontrándose a merced de toda una gama de estímulos de su medio más cercano (Zermeño, Pinzón, Schnaas y Serna,1976).

b) Hipocondriasis: Herbert Rosenfeld (1960-1964), destacó que "la mayoría de los adictos son individuos inadecuados, que tienden a presentar

quejas somáticas sin base física alguna", (Guarner,1984,p.222), debido a la vulnerabilidad e hipersensibilidad propia de la personalidad de éstos sujetos.

Entonces, no es raro encontrar asimismo, fuertes sentimientos de despersonalización, con alteraciones del self mental-corporal, y por ende, - confusión entre los límites corporales y los objetos o personas que le rodean.

Ambos estados, orillan al individuo a una desesperada búsqueda de - placer y bienestar que no hallan bajo sus medios propios de satisfacción, inclinándose a la huída o escape del malestar con recursos artificiales - que les ayuda a negar sus quejas somáticas y psíquicas.

c) Tendencias autodestructivas o pulsiones de muerte: Cuyas bases radican en las gratificaciones que derivan de un acto que mantenga obturada una falta que no puede ser simbolizada.

Es menester que los adictos pongan en palabras sus sentimientos, -- aquello que está obturado por la droga; sin embargo, el mayor problema es triba en que éstos, son incapaces de identificar y verbalizar sus sentimientos (Khantzian,1972,1974).

En este caso, el síntoma ocupa el lugar de una palabra no dicha; el aspecto autodestructivo del farmacodependiente se refiere a deseos inconscientes de muerte para evitar sentimientos dolorosos. La agresión deficientemente manejada, la angustia y los impulsos retrovertidos hacia sí - mismos, los imposibilitan para elegir y valorar su propia conducta.

d) Impulsividad: Vinculada a las tendencias autodestructivas; su objetivo es servir como compensación ilusoria para obtener seguridad, omni-

potencia y así, negar la frustración por medio de rebeldía, hostilidad y agresión.

Las conductas peligrosas y violentas no son sino manifestaciones que adoptan estos sujetos para contrarrestar sentimientos de abandono y depresión contra su exacerbadamente vulnerabilidad, de ahí que traten de vivir el presente sin preocuparse del futuro siendo partícipes de comportamientos antisociales, en un gran porcentaje de casos.

e) Sentimientos de fracaso, frustración, stress, ansiedad, futilidad y depresión: Que acarrearán repercusiones negativas en todos los ámbitos; - por ejemplo, incapacitan al individuo para asumir y enfrentar roles adultos adecuados en su familia y en la sociedad en general, para interesarse poco en lo que le rodea, para mostrar bajo anhelo en logros y por ende, - actitudes negativas hacia la escuela, con pobre aprovechamiento, problemas ocupacionales, productivos, carencia de metas definidas, motivaciones débiles y desajustes sexuales y sociales.

f) Pobres o nulas relaciones interpersonales: Debido a que estas personas sienten a los objetos como malos, lo que estimula la estructuración de un yo limitado; proyectan al mundo exterior con hostilidad, perversión y peligrosidad, lo cual impide una relación satisfactoria y adecuada con los otros.

La superficialidad, la incapacidad de establecer lazos afectivos profundos, los conflictos con la autoridad y la introversión son el reflejo de la sustitución de relaciones interpersonales por una intensa vinculación con la droga; de esto, derivan sentimientos de soledad y vacío emocional, cuya gravedad dependerá de que el niño haya o no desarrollado ca-

pacidades de confianza básica, seguridad y mutualidad con la madre, así - como la importancia de la alimentación, estimulación y relaciones ambiva- lentes que se darán a lo largo de la vida por la misma compulsión a la -- repetición, reflejada en las posteriores relaciones interpersonales.

g) Inseguridad, desconfianza, inadecuación, devaluación, inferiori-- dad y autoderrota: Desencadenan graves desajustes psicológicos por la pre sencia de sentimientos fútiles, depresivos y de fracaso inminente.

Rado (1933), Krystal y Raskin (1970), destacaron que los problemas - del adicto se relacionan con sentimientos negativos de sí mismo, que ori- ginan una pobre autoimagen y bajo nivel de autoestima y autoconcepto. Es- to es, el individuo se evalúa a sí mismo en términos de sus percepciones, si predominan las valoraciones negativas, se tiene como resultado, una - baja autoestima, variable clave en la presencia de la farmacodependencia.

Estrechamente vinculado a la adicción, se encuentra en estas perso-- nas un autoconcepto pobre, ya que cuando el concepto de uno mismo es favo- rable, es menos común que se cometan actividades insanas (Woody Rowell, - 1981).

Por lo tanto, una baja autoestima aunada a un pobre autoconcepto ori- lla a la búsqueda de satisfacciones inmediatas dada la inseguridad e hi-- persensibilidad que hacen de los individuos predispuestos un blanco per-- fecto para la entrada en el mundo de las drogas.

Los tóxicos son usados pues, para salvaguardar la estima, para prote- ger, facilitar y rehuír responsabilidades, para elevar el concepto, la - imagen y la depresión por medio de un cambio mágico, sin esfuerzo; el po- der imaginario ayuda a mitigar los sentimientos negativos y a "protegerse

contra tensiones insoportables relacionadas con hambre o sentimientos de culpa; las adicciones son intentos infructuosos de dominar la culpa, la dependencia o la angustia, mediante la actividad" (Fenichel,1982,p.431).

La droga les ayuda a verse a sí mismos de manera más positiva, pues sus efectos coadyuvan a expandir los límites del ego, rebasar sus limitaciones, pretextando que si no fuera por el tóxico, serían capaces de tener éxitos por sí mismos.

Asimismo, los ayuda a vencer temores, timidez, inhibiciones, a sentirse sexualmente satisfechos, llenos de comida, libres de ansiedad, -- poseedores de una autoestima de la que carecen, y una sensación de aceptación, reaseguramiento, sociabilidad, alivio, omnipotencia, aparente libertad, poder, prestigio, confianza en sí, fuerza, etc., al menos mientras - duran los efectos farmacotóxicos, pues al aumentar el estado de ánimo simultáneamente, se eleva la autoestima y con ello, el autoconcepto.

Entonces, la farmacodependencia, es un síntoma de profundos problemas emocionales y miedo de enfrentarse a la vida. La ansiedad misma, es - signo de conflictos internos que indican verdadera impotencia y sentimientos de poco valor personal, así, la necesidad de sentirse superior o de - compensar la insuficiencia, se han descrito como atributos generales de - los consumidores de drogas (Steffenhagen,1974).

2.5.1. Identificación de los usuarios

Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la - persona que las consume. Existen sin embargo, datos generales que permiten sospechar que un individuo es farmacodependiente o que es susceptible

a serlo en alguna época de su vida.

Estos datos se refieren a:

- Cambios más o menos súbitos en las conductas habituales; este aspecto debe ser sometido a una cuidadosa evaluación, dado que la adolescencia en especial, está caracterizada por diversas transformaciones psicológicas que invariablemente originan modificaciones en el proceder del chico ante diversas situaciones.

Por ejemplo, la preocupación excesiva por la independencia y autonomía personal, la superación de duelos, las situaciones de incontinencia, sentimientos de rechazo y las frustraciones existenciales, llevan a la búsqueda de identidad y nueva ubicación frente al mundo y al futuro, entonces, con frecuencia se espera un espacio donde tengan cabida satisfacciones, inquietudes y deseos que le permitan al joven conocer su realidad y realizar sus anhelos, no importando el medio o recurso para conseguirlos, de aquí la susceptibilidad de esta etapa del desarrollo, y el peligro que encierra el abuso de drogas, aunque sólo se presente temporal o pasajeramente.

Por ello, la dependencia psicológica esencialmente entre los grupos de jóvenes no necesariamente augura características de patología severa, siempre y cuando los problemas se presenten y declinen al pasar este difícil período.

- Cambios bruscos de humor sin razón aparente; estados de ánimo inestables caracterizados por oscilaciones exageradas que van de la alegría a la tristeza, enojo a cordialidad, interés a apatía y de la actividad aumentada a la somnolencia, es decir, severas fluctuaciones en la persona

lidad.

- Rechazo a antiguos amigos y sustitución del círculo de amistades.

Si cuenta con nuevas compañías a las que no quiere presentar a su familia, o que sean totalmente distintas a las que hasta la fecha ha tenido.

Si evita al grupo primario y pasa mucho tiempo sólo cuando está en casa, o bien se le ve poco en el hogar por estar ausente la mayor parte del día o de la noche.

Si ha empezado a llegar tarde a casa, se muestra renuente a revelar dónde o con quien estuvo, se rebela o molesta en extremo al tratar de su vida privada, se puede sospechar que el joven está en peligro de presentar alguna desviación conductual.

- Descuido de la apariencia física o cambios en el lenguaje o en el vestido, así como actitudes incompatibles con su tradicional modo de ser y existir.

- Exigencia extraordinaria para los gastos personales.

- Presencia de algún olor específico en el cuerpo o en la ropa.

- Uso de anteojos oscuros o de camisas de manga larga. Este dato debe cuidarse, pues por sí mismo no indica una grave situación, debido a que la moda muchas veces influye en estos aspectos, además de que los nuevos métodos de administración de drogas, así como el uso de gotas oftálmicas, puede originar confusión y dudas con respecto a este tópico. Deben considerarse actitudes y costumbres que antes tenía el individuo y posibles cambios suscitados en breves lapsos.

- Surgimiento de problemas relacionados con la salud como tos persistente, acné exagerado, pérdida de peso, gripes frecuentes u otras enfermedades.

- Dificultades para aceptar responsabilidades, disminución de eficiencia y ausentismo en escuela o trabajo. Este aspecto, incluye el ir de mal en peor en las calificaciones, acompañado por comentarios de que piensa dejar de estudiar para dedicarse a trabajar o el abandonar toda actividad, las quejas de maestros o jefes sobre su comportamiento, trastornos de atención, disciplina, rendimiento, la pérdida de interés en sus pasatiempos favoritos, deportivos o actividades en general que solía desarrollar.

- Comisión de robos o asaltos, problemas judiciales y surgimiento de serias dificultades cuando se trata de controlarlo.

Debe serse muy cuidadoso con éstas características para no confundir con las particularidades de la adolescencia, no obstante, estas conductas son índices para sospechar que se está ante un caso de farmacodependencia declarada o bien ante un individuo que es blanco perfecto para padecer esta grave enfermedad.

Pueden presentarse todos o algunos de los comportamientos antes señalados, pero debe considerarse que un simple tópico podría indicar que el adolescente está o puede estar en breve, lidiando con dificultades de este tipo, de ahí que deba estarse al pendiente con los jóvenes y tal vez así, se esté a tiempo de eludir futuros problemas o al menos reducir la gravedad de un fenómeno con tan serias implicaciones y/o consecuencias.

AUTOCONCEPTO

3.1. Antecedentes históricos

Una de las características que distingue al ser humano de los demás seres, es la capacidad que tiene de verse a sí mismo como si estuviera - desde fuera, y este sí mismo (self), lo lleva a considerar su imagen corporal, su sentido de aceptación y la idea de que los demás piensan "cosas de él".

Lo que más interesa al hombre pues, es el sí mismo, su apariencia y toda una amplia gama de sentimientos respecto de sí, lo cual consume y - absorbe energía; se preocupa de lo que parece ser ante los ojos de los de más, en comparación con el concepto que de sí posee la persona.

Esta situación, se intensifica especialmente en la adolescencia, -- puesto que el joven se enfrenta a la vida con una conciencia acentuada, - tratando de definir su identidad, su autoconcepto e intentando sentirse - sí no superior, al menos como la mayoría de sus semejantes en cuanto a ca pacidades, habilidades, aspiraciones y logros principalmente.

Estas características, inherentes a la naturaleza humana, inquietaron a los primeros investigadores humanistas, quienes sintieron la necesi dad de explicar aspectos que clarificaran lo que ocurría en la psique así como los móviles de la conducta individual.

Así, el interés despertado por los estudios del yo, dió lugar al desarrollo de una de sus dimensiones, que es el autoconcepto (William Ja---

mes, 1980; Cooley, 1902; Adler, 1928-1930; Fromm, 1939; Carl Rogers, 1951, entre otros).

Entonces, el término del autoconcepto, se comenzó a perfilar primera mente a través de las investigaciones del yo dentro de la personalidad y posteriormente con el estudio de la identidad, hallándose muy asociado a éstas.

En un inicio, dentro de la teoría psicoanalítica, no existía una dis tinción entre yo y sí mismo; de hecho en la actualidad, existen términos conceptuales que se han empleado como sinónimos y utilizados de manera si milar para referir aquello que se relaciona con la persona y sus estructu ras o componentes.

De acuerdo a la recopilación y análisis de información sobre el te-- ma, es posible observar que con gran frecuencia el término de autoconcep to es asociado a conceptos como: concepto del yo (Marvin Powell, 1981), - autorretrato, autodescripción, autoimagen e imagen de sí mismo (Solomon - 1982, Beckman 1978), entre otros.

Todos ellos, se refieren al autoconcepto, por ser términos mediante los cuales una persona habla de sí misma y de cómo se conceptúa y conside ra a sí misma.

Sin embargo, la mayoría de los autores esclarecen poco la duda de: ¿Qué es el autoconcepto? No obstante, muchos se refieren únicamente a que éste es un factor cuantificable, observable y modificable, siendo sus - transformaciones y sus características particulares un antecedente de im portancia en la determinación de la conducta del hombre.

Dado lo expresado anteriormente, se considera útil presentar una bre

ve revisión de las aportaciones acerca de diferentes concepciones que comprenden el término de autoconcepto, que ayude a esclarecer un poco más el tema de interés.

Lo que se verá en seguida se refiere a los antecedentes para que surgiera el estudio del autoconcepto y algunos conceptos que forman parte de sí mismo, comenzando con los trabajos sobre el self, identidad, autoestima y finalizando con el autoconcepto propiamente dicho.

La revisión del self se hará de manera cronológica por ser el punto de partida para el estudio del autoconcepto; en cuanto a identidad y autoestima, se considerará un breve panorama de cada concepto para concluir - con algunas generalidades de la autoconcepción y su diferencia con otros términos básicos asociados a ésta.

3.1.1. Self*

En un principio, el "self" era conceptualizado como sinónimo de alma o persona, poco después, en la literatura psicoanalítica, se le consideró como parte del yo, persona, sí mismo, uno mismo, no existiendo una clara distinción entre estos términos; sin embargo, se realizará una breve revisión de la evolución del término self de manera general desde sus orígenes, hasta las aportaciones más recientes con las connotaciones particulares de este concepto básico inherente a la naturaleza del ser humano.

Con William James (1890) es que se le dió más importancia al sí mis-

* Se considera aquí al self como sinónimo de sí mismo.

mo, pues preparó la teorización que faltaba para la comprensión de los principales móviles de la conducta y su entendimiento en general.

Así, definió al sí mismo o yo empírico como: "la suma total de todo cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes; sus posesiones materiales; su familia, sus amigos y sus enemigos; su vocación y sus ocupaciones, y muchas otras cosas" (Hall, 1984, p.8).

"El sí mismo permite tener una experiencia global del cuerpo" (Salaazar, 1979, p.232).

Así, James consideró al sí mismo según tres aspectos:

I a) Sí mismo material: Referente a las posesiones materiales del individuo.

b) Sí mismo social: Referido a cómo es considerada la persona por sus semejantes.

c) Sí mismo espiritual: Referente a las facultades y disposiciones psicológicas del sujeto.

Más tarde, añadió el Yo puro, como aquello que define la corriente del pensamiento que constituye el propio sentimiento de identidad. Diferenció dos componentes del self: el yo y el mí.

II Los sentimientos del sí mismo, como organización dinámica de la personalidad, integrada tanto por la internalización de los valores y actitudes, como por aquello que produce adaptación individual a ellos (mí) y reacción de la personalidad al ambiente (yo).

Se refirió al "yo" como el sujeto activo (aspecto del self que activamente percibe, experimenta, siente y elige el proceso); y al "mí" como el sujeto pasivo, (el mí = self como objeto, lo material: el cuerpo, lo social, reconocimiento, es decir, colección íntegra de estados persona

les de consciencia). Las personas incorporan las actitudes de otros hacia él dentro de mí, dentro de un self como objeto.

III Las acciones destinadas a la búsqueda y preservación del sí mismo. Para James, el sí mismo fue siempre un fenómeno enteramente consciente, en donde las evaluaciones que hace una persona de sí misma dependen de sus aspiraciones.

Charles Horton Cooley (1902), quien después de William James, es considerado una gran figura del estudio del self, definió al sí mismo como lo que significa para mí mismo un individuo, el modo en que actúa una persona con referencia a sí misma.

Cooley, propuso tres dimensiones básicas del self:

1. La percepción que tiene uno mismo para semejarse al otro.
2. La percepción que tienen las otras personas de uno mismo y el aprecio de esta apariencia, y
3. El valor de sí mismo que influirá para que se forme su concepto de sí mismo.

Una vez que el sujeto haya formado su concepto de sí mismo le ayudará a tener una concepción de su autenticidad e integridad personal.

Destacó un self somático, como las concepciones del cuerpo y un self social, como conductas involucradas con los demás; ambos forman una estructura total adquirida por la experiencia, surgiendo primero el self somático y luego el self social.

Alfred Adler (1928-1930), habló de que el sujeto nace con un sentimiento de inferioridad que debe convertirse en superioridad para su propio bienestar psicológico.

El individuo crea una estructura del self (sí mismo), a partir de su pasado hereditario, buscando nuevas experiencias que lo hagan sentirse - funcional. La motivación real del hombre es la superioridad, lograda por medio de un self creativo (estructura del sí mismo) para alcanzar metas y superarse.

Erick Fromm (1939), destacó la relación entre el juicio que tiene una persona de sí misma, así como la forma en que se relaciona con los demás. La definió como una experiencia y necesidad humana. El self es la no ción de que la identidad es la experiencia que le permite a un individuo decir "yo".

Hartmann (1939), se refirió al hecho de que en psicoanálisis no siem pre se había hecho una distinción entre yo, sí mismo y personalidad. El - se refirió al yo como aquella estructura que:

- a) Organiza y controla la motilidad y la percepción.
- b) Sirve como barrera protectora.
- c) Comprueba la realidad.
- d) Sirve como defensa y anticipación.
- e) Coordina e integra.

Y se refirió al sí mismo como a nuestra propia persona, y al yo como sistema psíquico. A partir de aquí, ya se le dió mayor importancia al autoconcepto, partiéndose del self o sí mismo.

E.R. Hilgard (1949), abogó por el estudio del sí mismo para comprender los mecanismos de defensa freudianos, pues todos implican autorreferencia.

Destacó que el "sentirse culpable es concebir el sí mismo como un agente capaz de buenas o malas elecciones", es decir, si se pretenden comprender las defensas de alguien, debe conocerse la "imagen" que de sí tiene la persona.

Para Hilgard, el sí mismo es la propia imagen o autoconcepto. Y es precisamente con esto, que se interrogó: ¿Cómo determinar la naturaleza de la autoimagen o del autoconcepto?. Surgen estos términos para hacer referencia al autoconcepto propiamente dicho. El rechazó el recurso de preguntar a la persona qué pensaba de sí, dado que el autorretrato consciente podía ser distorsionado por factores inconscientes. Optó, pues, por inferir la autoimagen a partir del material no introspectivo obtenido de técnicas proyectivas y entrevistas clínicas.

Habló de dos concepciones del sí mismo:

- a) El sí mismo como proceso (ejecutor, activo, lo que hace).
- b) El sí mismo como objeto (lo que puede pensar de él en un momento dado).

El sujeto tiende a verse como el activo ejecutor de su propia conducta (autodeterminación y responsabilidad de sus acciones).

P.M. Symonds (1951), se basó en la teoría psicoanalítica y definió al yo como "un grupo de procesos (como el pensar, percibir y recordar) -- que son los responsables del desarrollo y ejecución de un plan de acción destinado al logro de la satisfacción, a modo de respuesta a impulsos internos"; y al sí mismo como "las formas de reacción del individuo ante sí".

Proporcionó cuatro características del self:

1. Cómo se percibe a sí mismo.
2. Qué piensa de sí mismo.
3. Cómo se evalúa.
4. Cómo intenta mediante diversas acciones engrandecerse o defenderse.

Estos aspectos pueden ser conscientes o inconscientes; una persona puede tener una consciencia de sí misma opuesta a la que se mantiene inconsciente, es decir, lo que un sujeto dice sobre sí mismo, no es siempre una representación exacta de sus sentimientos auténticos.

Symonds sostuvo que tanto el yo como el sí mismo estaban en interacción íntima de tal manera que si el yo, con todas sus funciones, era eficiente al enfrentar las exigencias del medio ambiente, entonces la opinión de sí mismo se tornaba más favorable y a la inversa, si se poseía una elevada autovalorización realista, los procesos del yo funcionarían con mayor eficacia, puesto que existía una autoestima y una confianza en sí mismo, como base sólida.

Carl Rogers (1951), propuso la más extensa y popular teoría del self en Estados Unidos y dió auge al autoconcepto, para ello, se fundamentó en el desarrollo y estructura de la personalidad, basándose en el sí mismo.

Fue uno de los primeros autores que a partir del self, derivó una noción bastante clara del autoconcepto.

Se refirió a las experiencias vividas conscientes o inconscientes como constitutivas del "campo fenoménico", que es el marco de referencia individual, conocido sólo por la persona.

Para Rogers, el sí mismo es una parte del campo fenoménico que se diferencia poco a poco y se convierte en el sí mismo o autoconcepto, es -

decir, el sí mismo es la Gestalt conceptual, organizada y coherente, compuesta de percepciones características del 'yo' o del 'mí', junto con los valores vinculados a esas percepciones que particularizan al sujeto.

Enfatizó al autoconcepto como determinante de la conducta humana, - pues el ajuste psicológico existe cuando el concepto del self es tal, que todas las experiencias sensitivas y viscerales del organismo son asimiladas en el nivel simbólico dentro de una relación con el concepto de sí mismo.

Expresó que el resultado final de un desarrollo sano de la personalidad es una congruencia entre el autoconcepto del individuo y sus experiencias fenomenales o fenomenológicas (el mundo como él lo percibe y experimenta).

Cuando opera esa congruencia, el sujeto funciona de una manera abierta, relajada, flexible; cuando tal congruencia falla, la persona se torna ansiosa, defensiva y psicológicamente rígida.

Friedman (1955) mostró una descripción del sistema del self, refiriéndose a un autoconcepto proyectado, considerado como una configuración organizada de percepciones del self y relaciones que influyen en el individuo en la manera como estructura una situación.

Buhler (1959-1962), propuso una teoría evolutiva del sí mismo. Distinguió entre el sí mismo fenoménico y el sí mismo central; el primero, - consiste en las autopercepciones y el autoconcepto. El segundo, comprende los procesos básicos de la vida, es decir, satisfacciones de las necesidades, adaptación creadora y mantenimiento del orden interno.

Heinz Kohut (1971), elaboró trabajos sobre el "análisis del sí mismo y el narcisismo", donde subrayó que los objetos arcaicos de origen narcisista agrandan la autoestima.

Los problemas narcisistas, según su teoría, son consecuencia patológica de la integración del yo, superyo y self derivados de la relación de objetos anormales con fuertes desequilibrios en el sí mismo personal.

Ellis y Davis (1982), emplearon el término "self" para describir "la totalidad psicológica y física de la persona" que abarca todos los términos como yo, sí mismo y autoconcepto que conforman la personalidad del individuo.

Después de esta revisión de conceptualizaciones del "self o sí mismo", numerosos autores tomaron estas primeras ideas, bases del sistema teórico, para llegar a una concordancia en lo que a éste término se refiere, y así, se considera al self como: "la constelación de percepciones individuales que consisten de la imagen visual de la apariencia del cuerpo, el nombre, sensaciones quínestésicas, tensión visceral, memoria, etc." (Adams, 1976, p.152).

El self abarca "las formas en que el individuo reacciona a sí mismo, en que se percibe, piensa y valora a sí mismo y cómo mediante acciones y actitudes trata de estimarse o defenderse" (Grinberg, 1980, p.30).

Es intermediario entre relaciones intrapsíquicas y las experiencias interpersonales; engloba pues, a la persona total, incluyendo cuerpo, sus partes y la organización psíquica. La representación del self en el yo contiene:

1. Características, potencialidades y funciones del cuerpo, aparlen-

cia corporal, anatomía y fisiología.

2. La Imagen del yo (sentimientos, percepciones, pensamientos, deseos, impulsos y actitudes conscientes y preconscientes) y la propia conducta.

3. El ideal del yo y superyo (ideales, valores y autocrítica).

La Psicología moderna considera al sí mismo en sus dos aspectos:

I Actitudes y sentimientos de alguien respecto a sí mismo (sí mismo como objeto), es decir, actitudes, sentimientos, percepciones, evaluaciones del sí mismo como objeto, lo que la persona piensa de sí.

II Proceso psicológico que gobierna la conducta y adaptación (proceso ejecutor activo, piensa, recuerda y percibe).

Para concluir, se dirá que en gran medida el concepto de sí mismo -- surge de las interacciones de uno con otro, lo cual influye en el mantenimiento o cambio de actitudes hacia sí mismo. De la definición y permanencia del self depende la consolidación de la identidad, que se revisará en seguida, por sus aportaciones en el concepto que de sí mismo tiene la persona.

3.1.2. Identidad

A partir de las investigaciones del self, surgió interés por estudiar sobre lo que el individuo piensa acerca de quién es él y a dónde va, buscando respuestas a sus interrogantes principales.

Uno de los primeros estudiosos sobre la identidad fue Erik H. Erikson, cuyas aportaciones son consideradas hasta nuestros días como las más formales y el motor para todo tipo de trabajos posteriores relacionados con este tópico: la identidad.

Antes de abordar la teoría de Erikson, se revisan algunos autores - que brindaron importantes tesis sobre el tema que ocupa esta sección.

El primero en introducir el término "identidad" en la literatura psicoanalítica fue Víctor Tausk en 1944, quien destacó cómo el niño descubre gradualmente objetos, al self y posteriormente lucha por conocer y experimentarse a sí mismo.

Este redescubrimiento, llevó a algunos investigadores a tratar de explicar al constructo de la identidad:

Para Sorenson, la identidad era "la creación de un sentimiento interno o íntimo de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocido por otro, es el saber quién soy" (Aberastury, 1982, p.50).

Grinberg, la definió como aquello que "implica la noción de un yo - que se apoya esencialmente en la continuidad y semejanza de las fantasías inconscientes referidas primordialmente a las sensaciones corporales, a las tendencias y afectos en relación con los objetos del mundo interno y externo" (Idem, p.50-51).

Para Grinberg, la identidad abarcaba tres vínculos:

1. Vínculo espacial: Que comprende las partes del self (corporal).
2. Vínculo temporal: Que incluía la continuidad y la mismidad.
3. Vínculo social: Que se refería al self y a los objetos.

Para él, la identidad consta de dos aspectos, el self y el yo, como resultado del proceso de individuación-diferenciación, para lo cual es básica:

a) La imagen corporal (representación que se forma mentalmente del propio cuerpo).

b) El esquema corporal (imágenes que el sujeto tiene de sí mismo y que va más allá del cuerpo, abarcando ropa, carro y posesiones en general).

Al respecto, Arminda Aberastury (1982), remarcó que el cuerpo y el esquema corporal son dos variables relacionadas con el proceso de definición de sí mismo y la identidad. Para ella, el esquema corporal "es una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, de la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo, como consecuencia de sus experiencias en continua evolución; esta noción del individuo se va estableciendo desde los primeros movimientos dinámicos de disociación, proyección e introyección que permiten el conocimiento del self y del mundo externo, es decir, del mundo interno y del mundo externo" (P.48, 49).

M. Mahler (1968), subrayó el hecho de que la identidad está determinada por las sensaciones corporales, la imagen corporal como cimientos de ésta, pues la imagen del self comienza en lo corporal, de ahí la importancia de la relación entre el niño y los objetos a través de los sentidos.

Lo que el individuo manifiesta internamente como suyo se encuentra en los parámetros del self, se da continuidad y mismidad si se ha tenido un exitoso proceso de separación-individuación.

James Marcia (1964-1980), estudió la identidad y cómo el individuo se concibe a sí mismo y cómo lo perciben los otros (evaluación del sí mismo). La identidad es el paso final de la internalización de valores (Erikson, 1959 y Marcia, 1966). Ambos coinciden en su idea de identidad en todos

sus puntos.

Por su parte, Ronald Laing (1978), estudió la identidad para lograr una seguridad básica que permita relacionarse auténticamente con nosotros mismos y con nuestros semejantes.

Laing conceptualizó a la identidad como aquello por lo que uno siente que es él mismo, en este lugar y en este tiempo, tal y como en aquel tiempo y en aquel lugar pasados o futuros; es aquello por lo que se es -- identificado, para lo cual, es necesaria la participación de otras personas, pues toda identidad requiere de un otro.

Para Laing, la identidad del yo es la historia que cada uno se cuenta a sí mismo de quién es uno; es la experiencia que le permite a un individuo decir "yo".

Tras esta revisión de autores, se considerará de manera breve, la tan importante aportación de un investigador que postuló una teoría básica sobre el modo en que se configura la percepción de un individuo sobre su - mismidad.

Para Erik H. Erikson (1964-1968), la facultad principal del hombre - es la conciencia de sí mismo como persona distinta que existe en un con- texto de presente, pasado y futuro, para cuyo logro, debe responderse a - la pregunta: ¿Quién soy yo?.

Y es a partir de éste cuestionamiento, que se considera la defini- ción del yo, que para Erikson es "un instrumento por el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige acciones de manera adaptativa e integra las capacidades -

de orientación y planteamiento. El yo positivo produce una identidad y estado de bienestar que es el que uno siente cuando lo que es y hace está - muy cerca de lo que se desea y siente que debe ser y hacer" (Freedman, -- 1975, p.128).

El "yo" tiene dos significados:

a) Como objeto, designa al sistema de actitudes, sentimientos o percepciones que un individuo tiene de sí mismo, así como evaluaciones de sí como un objeto.

b) Como proceso, designa al grupo de procesos psicológicos que rigen la conducta y el ajuste, y por el que el sujeto se da cuenta de su auto--percepción.

El extenso estudio de Erikson hizo que destacara la identidad del yo y la identidad personal (1964-1968 y 1978).

La identidad del yo, se refiere a la percepción de hechos en que otros reconocen la mismidad y continuidad, permite sentir continuidad y estabilidad conductual de acuerdo a las autopercepciones.

Textualmente la definió como: "Hecho de que hay continuidad o igualdad en los métodos de síntesis del yo y del significado de uno para los - otros" (Toussieng, 1968, p.307).

La identidad personal o identidad propiamente dicha, se basa en la - percepción de mismidad y continuidad de la propia existencia en el tiempo y espacio.

Se refirió a ella (1950), como la configuración intensificada de la realidad y continuidad interna que se ha preparado en el pasado, correspondiendo a la realidad que uno tiene para los demás; consta de una constelación de rasgos, valores y actitudes que toma la percepción que la per

sona tiene de su "yo".

Por ende, la identidad posee facetas del sí mismo y del yo (1959).

Erikson sostenía que la formación de la identidad comienza con la vida misma y continúa a través de toda la vida, pues se trata de un proceso que surge de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones fragmentarias de la niñez que a su vez, presuponen un contener exitoso de las introyecciones tempranas, es decir, depende de las fuentes de identificación y de la acción satisfactoria con la madre, familia y más tarde - el grupo de pares y personas que tienen relación con el sujeto.

De éste modo, la socialización es sinónimo de formación de identidad (Erikson, 1966-1968). Advirtió que la identidad no equivale a una mera -- identificación con otro, sino a una identificación persistente y contínuamente integrada que hace al individuo apto para reconocerse a sí mismo y para sentirse reconocido, es decir, la identidad forma una Gestalt integrada, determinada por aspectos psicológicos y sociales.

Para que el proceso de identidad sea adecuado, se requiere que el -- proceso de asimilación de las primeras etapas sea satisfactorio.

"La identidad es parcialmente consciente y parcialmente inconsciente. Es continuidad y sí mismo" (Evans, 1975, p.51), pues debe establecerse una continuidad entre pasado y futuro significando una integración de todas las identificaciones y autoimágenes previas, reestructurándose todas las identificaciones anteriores a la luz de un futuro previsto.

Es por esta estructuración y reestructuración que se presenta la crisis en la adolescencia, pues no es sino hasta este período en que la persona se ve realmente a sí misma como única, con un pasado y un futuro.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a situaciones

que le brindan seguridad y estimación personal, por medio de un 'otro' - cuya relación y a través de la cual, se realice la identidad de cada yo.

Toda relación implica una definición por parte del otro y uno del otro por parte del yo.

Durante la búsqueda constante, el individuo se apoya en algunos elementos como son: roles psicosexuales, autoconcepto, autoimagen y autoestima; y no es difícil que se aprecie el esfuerzo del adolescente por definirse y redefinirse basándose en las experiencias que ha tenido anteriormente.

Por tanto, según Erikson, el joven tiene sobre sí mismo una tarea complicada, pues debe desarrollar una conciencia de sí mismo consistente, una identidad individual, coherente e integral del conocimiento de sí mismo, cuya clave se encuentra en la capacidad del yo de mantener la misma y continuidad frente a un destino cambiante dentro de un proceso biopsicosocial.

Para concluir, se dirá que el proceso adolescente acaba cuando el sujeto ha subordinado sus identificaciones infantiles a una nueva clase de identificaciones. Un sentido de identidad óptimo se experimenta como un sentimiento de estar cómodo en el propio cuerpo, de bienestar psicosocial, un sentido de saber a dónde va uno y "una seguridad interna del reconocimiento anticipado de aquellos significativos para uno" (Erikson, 1968).

3.1.3. Autoestima

Se partirá del hecho de que lo más valioso para el hombre en su desarrollo psicológico y motivacional es la estimación que de sí mismo tenga,

por ser un sentimiento que incluye respuestas emocionales que guiarán en gran medida su conducta y su sentido de bienestar o malestar en toda actividad que realice en la vida.

"Una emoción es el producto de una evaluación, de una valoración que influye en los pensamientos, deseos, valores y metas del hombre. El juzgarse a sí mismo, es una necesidad básica, urgente e imperiosa" (Branden, 1980, p.109), que requiere de una visión positiva de sí mismo, ya que de lo contrario, se tiende a la evasión, represión y distorsión para evitar encarar lo que afecta el self.

S. Freud (1914), decía que "todo lo que una persona posee o realiza, todo remanente de los sentimientos primitivos de omnipotencia que su experiencia ha confirmado, ayuda a incrementar su autoestimación" (Blos, 1981, p.193).

Jacobson (1953, 1973), destacó que "la autoestimación es la expresión emocional de la autoevaluación y la correspondiente catexis libidinosa o agresiva de las autorrepresentaciones; la autoimagen expresa la discrepancia o la concordancia del concepto del deseo del ser y las autorrepresentaciones" (Idem, p.199).

Dijo que la madre es reguladora de la autoestima y que cualquier discrepancia entre el ideal del yo y la autorrepresentación es sentida como disminución de la autoestima. Para que ésto no suceda, debe experimentarse una armonía entre las representaciones del self y lo deseado del self.

Greenacre (1958), extendió la noción de que una autoestima normal va a depender de una buena retroalimentación, adquirida en una atmósfera de amor y cuidado por parte de los padres, lo cual facilitará el conociemien-

to de uno mismo y configurará una autoestima que ayude a aceptarse uno mismo.

Pero también estudió que si la confianza básica de los primeros años de vida y el yo ideal se encuentra lejos del yo real, el individuo poseerá una baja autoestima.

Entonces, según sea la autoestima, así será la imagen que de sí mismo tenga la persona, pues esto se relaciona con el rasgo global del auto-concepto, es decir, que como la estima se forma gradualmente a través del tiempo, debe existir la convicción humana de valor y eficacia en todas las etapas del desarrollo para confiar en la propia capacidad que lleve al logro de valoraciones, tales como el decir "Yo puedo" en las situaciones que se presenten en uno u otro momento.

En cuanto a la autoestima no ha habido ningún cambio importante en el esquema teórico desde 1959, por lo que los investigadores llegaron a un acuerdo y proporcionaron su propia definición al respecto.

Stanley Coopersmith (1967), conceptualizó a la autoestima, como "la evaluación que el sujeto hace y mantiene en referencia a sí mismo", expresa actitudes de aprobación o desaprobación y cómo ésto se extiende para ser capaz, significativo y valioso. Es el juicio personal de valor, que es expresado en las actitudes que el sujeto mantiene ante sí mismo.

Rosenberg y Simmons (1967,1973), definen a la estimación propia como el aspecto evaluativo del conocimiento del yo, destacando que "si los otros significativos tienen actitudes favorables, el chico suele tener una alta autoestima" (Louden,1980,p.37-38), lo cual quiere decir, que ésta última, se basa en el éxito logrado al conseguir que otros le reconoz-

can en cuanto lo que es y ha hecho en la vida y en diversas actividades - (destrezas, deportes, estudios).

Beane J; Lipka R. (1980), definieron a la estima propia como la va-luación estimada, así como la satisfacción personal con los roles y cu-alidades del rol ejecutado.

Como se mencionó antes, la mayoría de los investigadores concordaron en la consideración del término y estructura de la autoestima, por lo que apuntaron una serie de lineamientos sobre éste concepto.

La autoestima es la base del desarrollo humano, impulsa al conoci----miento, concientización y práctica de todo su potencial, pues es el marco de referencia desde el cual se proyecta.

En base a ello, se sabe que la autoestima, engloba una serie de conceptos para desarrollar valores y capacidades necesarias en la salud mental del individuo, dichos conceptos son:

1. Autoconocimiento: Se refiere a conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades, junto con los papeles que se viven y a través de los cuales se es; saber por qué se actúa y siente. Esto, es lo que da una personalidad fuerte y unificada; - si falla, la personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficacia y desvalorización.

2. Autoconcepto: Se refiere a una serie de creencias que se tienen - acerca de sí mismo, cuyas manifestaciones se expresan a través de la conducta y guían las capacidades y/o limitaciones del ser humano, actuando - en consecuencia.

3. Autoevaluación (Autocrítica): Se refiere a la capacidad Interna - de evaluar las cosas como buenas si satisfacen al individuo, y como malas si son insatisfactorias, carecen de interés o le impiden crecer como ser humano.

4. Autoaceptación: Se refiere al admitir y reconocer todas las partes de sí mismo, pues sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

5. Autorrespeto: Se refiere a entender y satisfacer necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Es buscar todo aquello que haga sentir al sujeto orgulloso de sí mismo y digno de méritos y valores.

6. Autoestima: Se refiere al conjunto de todos los pasos anteriores, porque si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades. Por el contrario, si no existe conocimiento, el concepto de sí mismo es pobre y por ende, - su autoestima lo es también.

Por lo tanto, la estimación propia presenta dos aspectos básicos, - que abarcan todo lo anterior:

- a) Un sentimiento o sentido de eficacia personal, y
- b) Un sentido de valor o mérito personal.

Ambos, constituyen la convicción de que uno es competente y capaz de valorar y ser valorado en la vida.

Ahora bien, dentro de las características sobresalientes de una autoestima alta y una autoestima baja, están las siguientes:

I Autoestima alta. El individuo:

- Usa su intuición y percepción de manera acertada.
- Es libre, pero controla y maneja sus instintos, su agresividad sin lesionar a los demás.
- Dirige su vida desarrollando habilidades convenientemente.
- Aprende y se actualiza para satisfacer sus necesidades.
- Acepta su sexo y lo relacionado con él.
- Sus relaciones (de cualquier tipo) son sinceras y duraderas.
- Disfruta su trabajo y obtiene satisfacciones derivadas de él.
- Se gusta y acepta a sí mismo y agrada a los que le rodean.
- Se aprecia y respeta al igual que a los demás.
- Tiene confianza en sí mismo y en los demás.
- Se percibe a sí mismo como único y diferente.
- Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y da a los otros el mismo derecho.
- Toma sus propias decisiones y goza con éstas.
- Acepta sus errores pero aprende de ellos.
- Conoce sus derechos, obligaciones y necesidades, los defiende y desarrolla.
- Asume sus responsabilidades que lo hacen crecer y sentirse pleno.
- Tiene capacidad de autoevaluación.

En pocas palabras, vive, comparte, siente que es importante, y aceptado totalmente por sí mismo, como por quienes le rodean, además de respetarse y sentirse seguro y orgulloso.

II Autoestima baja. El individuo:

- Usa sus prejuicios y se guía por ellos.
- Se siente acorralado, amenazado, se defiende constantemente, se

deja llevar por sus instintos y su control está en manos de los demás; maneja su agresividad destructivamente, lesionándose a sí mismo y a los demás.

- Dirige su vida hacia donde los otros quieren que vaya, sintiéndose frustrado, enojado y agresivo.

- Es rígido, estático, se estanca, no evoluciona ni aprende.

- No acepta su sexo ni lo relacionado con él.

- Presenta problemas en sus relaciones (de cualquier índole), -- siendo posesivo, destructivo, superficial y efímero.

- No disfruta su trabajo y siempre se siente insatisfecho.

- Se disgusta a sí mismo, se rechaza y desagrada a los demás.

- Se desprecia y humilla a los demás.

- Desconfía de sí mismo y de los demás.

- Se percibe como copia de los demás.

- No conoce sus sentimientos, los reprime o deforma; no acepta la expresión de sentimientos de los demás.

- Es incapaz de tomar decisiones, culpando a los demás si algo sa le mal.

- No acepta que comete errores y por lo tanto, no aprende de e---llos.

- Desconoce sus derechos, obligaciones y necesidades, no los desarolla.

- Diluye responsabilidades, no enfrenta su crecimiento y vive mediocremente.

- No se autoevalúa y necesita de la aprobación o desaprobación de otros.

En resumen, son personas que sienten y piensan que no valen nada, - que se menosprecian, desconfían, deprimen y se colocan en un plano infe--rior, siendo hipersensibles a la crítica, sobrealarde, culpa hacia los de más, timidez, falta de aceptación personal y temor a toda competencia, - que los hace sentir inadecuados y devaluados en todas las áreas de su vi-

da.

De aquí deriva la importancia que posee la autoestima y la necesidad de colaborar desde las primeras etapas de la existencia para que el individuo sea poseedor de una adecuada estima que lo lleve a la salud y bienestar, evitando sentimientos de futilidad, desesperanza e inferioridad.

3.2. Definiciones de autoconcepto

Dado que el autoconcepto es un término que se ha utilizado con diversas connotaciones, conviene considerarlo según autores que sentaron las bases para su estudio, y que por coincidir en su definición han logrado avances en cuanto a su evolución, desarrollo y significado.

Es a través de éstas nociones y elementos que se empleará el término para los fines de la presente investigación.

En primer lugar, cabe destacar que la palabra autoconcepto es compuesta, es decir, puede dividirse en las partículas auto y concepto, así tenemos:

Auto: (del griego autós, mismo). "Voz que se usa como prefijo con la significación de sí mismo, por uno mismo: autorretrato" (Jackson, 1968, p. 176).

Concepto: (del latín conceptus - cf. cum y cápere). "Idea o pensamiento de un ser u objeto, sea este real o no. Idea que concibe o forma el entendimiento. Pensamiento expresado con palabras. Sentencia, agudeza, dicho ingenioso. Opinión, juicio. Crédito en que se tiene a una persona o cosa" (Idem, p. 364).

Después de este análisis, se revisan las definiciones más importan-

tes realizadas por diversos investigadores, considerados como básicos en el estudio de esta entidad: el autoconcepto.

Washburn (1961): "Aspecto de la personalidad - motivo, actitud o valor -, por medio del cual, el individuo presenta su persona a su medio ambiente social".

Rubins (1965): "Es una imagen tomada de sí mismo que incluye tanto - los atributos físicos como las necesidades biológicas, los rasgos y las - actitudes de la personalidad, junto con los roles familiares y sociales".

William H. Fitts (1965): "El conocimiento de cómo se percibe el individuo a sí mismo es muy útil para poder ayudarlo o para evaluarlo". El autoconcepto es de gran influencia en el comportamiento y está directamente relacionado con su personalidad y con el estado de salud mental.

Combs (1973): "Creencias subjetivas que tiene un individuo acerca de sí mismo basada en la retroalimentación que obtiene de su alrededor y lo más importante, los valores o lugares de una persona en sus varias cualidades del yo o self". Para él, el autoconcepto es el más importante factor que afecta la conducta.

Rogers (1977): "El autoconcepto, es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente conscientes e inconscientes, está compuesto por percepciones de las propias características, habilidades, preceptos y conceptos de sí mismo en relación a los otros y al ambiente; los valores que son percibidos y asociados con experiencias y objetos y las metas e ideales que se persiguen, ya sean positivos o negativos".

Diccionario de Psicología y Psicoanálisis (1977): El autoconcepto es definido como: "El criterio que tiene una persona de sí misma, la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí misma en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de autoconocimiento, por lo general, incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de cómo es él mismo". El autoconcepto debe ser entendido como "un proceso psicológico, cuyos contenidos y cuyo dinamismo son determinados socialmente, éste es un fenómeno fundamentalmente social" (Cottrell, 1969).

El autoconcepto es considerado actualmente como "una de las interpretaciones más significantes y recientes de la personalidad humana" (Burns, 1977).

El autoconcepto comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones, juicios de valor referentes a sí mismo (Tamayo, en Prensa).

Ausubel y Sullivan (1983): "Es una abstracción de las características esenciales y distintivas del sí mismo que establecen una diferencia entre la existencia consciente de un individuo por una parte, y el ambiente y - otros sí mismos por la otra".

En el curso del desarrollo, se vinculan con el autoconcepto diversas actitudes evaluativas, valores, aspiraciones, motivos y obligaciones.

Tras esta recopilación de definiciones, se revisarán las diferencias del autoconcepto, con otros términos que suelen relacionarse con éste último.

3.2.1. Diferencia entre autoconcepto y otros términos que se han utilizado como similares

A través de la revisión bibliográfica, se halló que los autores citados en las secciones anteriores, suelen referirse al self, identidad, autoestima y autoconcepto, según su propia formación y pensamiento, utilizando en ocasiones éstos términos de manera intercambiable, pues todos ellos, junto con el yo y el concepto del yo son constructos relacionados dentro de la autopercepción. Estas entidades son diferentes, lo que sucede es que se interrelacionan y frecuentemente es difícil separarlas. Sin embargo, cada teórico se esforzó por sentar bases sólidas para diferenciarlos y por ello, se dedicó una sección en donde se destacaron las aportaciones discriminadas para cada concepto.

Quede claro que todos los constructos citados engloban dentro de la autopercepción, característica básica del ser humano, pues forma parte de su dimensión como ente separado del resto de los animales, y origen de la consciencia del individuo; aún cuando sigue existiendo el conocimiento del inconsciente en las complejas imágenes que desconoce el sujeto.

Retomando un poco lo expuesto, se sabe que una característica que distingue al ser humano de los demás seres es la capacidad que tiene de verse a sí mismo como si estuviera desde afuera. Lo que más inquieta al individuo es el sí mismo, su imagen corporal, su aceptación de él mismo y lo que piensan quienes le rodean acerca de él, especialmente durante la adolescencia, etapa en la que el joven se enfrenta a la vida con una intensa y acentuada conciencia, tratando de definir su autoconcepto.

El término autoconcepto se comienza a perfilar en un inicio a través

de las investigaciones del self, del yo y posteriormente con el estudio - de la identidad y autoestima, constructos asociados con la autopercepción.

Tras la revisión de conceptos ya mencionados, es conveniente reali--zar una clara diferenciación de los términos implicados.

En primer lugar, es menester considerar las aportaciones de Jacobson (1954), que definió al ser como aquello que "refleja correctamente el estado y características, potencialidades y habilidades; ventajas y límites del yo corporal y mental; por un lado, de nuestra apariencia anatómica y fisiológica; y por otro, nuestros pensamientos y sentimientos conscientes y preconcientes, deseos, impulsos y actitudes, actividades físicas y mentales", y la aportación de Carl Rogers (1959). Rogers definió al yo como "la Gestalt organizada y conceptualmente consistente, compuesta de las --percepciones de las características del 'yo' o 'mí' y la percepción de la realidad de 'yo' o 'mí' con los demás y con los diversos aspectos de la - vida, junto con los valores vinculados a tales percepciones" (Gillham, --1982,p.574).

Donde el yo como objeto fue visualizado por el autor como el yo tal como lo presenta el individuo al decir lo que es él mismo; el concepto - del yo, es la concepción que de sí mismo tiene el individuo, que incluye la descripción más completa de él mismo que es capaz de dar en un momento dado.

Como se observa, se considera una Gestalt, es decir, una totalidad - en las apreciaciones que la persona tiene de sí mismo, abarcándose self, identidad, autoestima, autoconcepto, pues debe incluirse la conciencia de sí mismo congruentemente con las experiencias globales del organismo. Por

lo tanto, el sí mismo o autoconcepto denota la Gestalt conceptual organizada y coherente.

Sobre éstas bases, Wylie (1961), propone que el autoconcepto puede ser tomado como una configuración de percepciones organizadas del self - admisibles a la conciencia como percepciones, características y habilidades propias; los conceptos de sí mismo en relación a otros y al medio ambiente.

"Por medio del propio concepto el sujeto forma imágenes de sus propias opiniones, sentimientos y capacidades en general" (Nuttin, 1973, p.27), es decir, se constituyen una serie de creencias de lo que se es en sí mismo.

De hecho, Wylie sugirió que las autopercepciones se consideran dentro de dos categorías: el autoconcepto y la autoestima, estando ésta última muy relacionada a varias dimensiones del autoconcepto.

Entonces, el autoconcepto se define como las percepciones que tiene uno mismo en términos de atributos personales y de varios roles los cuales son desempeñados o realizados por el individuo.

Por otro lado, la autoestima es definida como la valuación estimada así como la satisfacción personal con los roles y evaluación del rol ejecutado.

Dicho en otras palabras, el concepto de sí mismo se refiere a las percepciones, descripciones del sí mismo, mientras que la autoestima se refiere a las evaluaciones de estimación de estas descripciones (Beane J. Lipka R., 1980).

Rosenberg (1967) también estableció una marcada diferencia entre ám-

bos constructos: ¿Es igual el concepto de sí mismo que la estimación propia? NO. El autoconcepto se refiere al conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes y autoatributos (descripciones) que engloban al sí mismo y que establecen diferencia entre la existencia consciente del individuo y el ambiente. La autoestima, es un juicio de valor, o juicio personal de valor que se expresa en las actitudes del individuo respecto a sí mismo; es una experiencia subjetiva por ser un aspecto evaluativo del concepto del yo.

Sin embargo, ámbos dependen de nuestra interacción con otros, y al respecto añadió, que la ideología dominante en una cultura o grupo social tiende a normar, mediante su sistema de valores, las características propias de los individuos que la integran, dando con ella cierta similitud en la configuración del autoconcepto de diversos sujetos; no obstante, son innegables las diferencias individuales entre cada ser humano. De aquí que exista cierta individualidad, porque a pesar de estar estrechamente ligado a su grupo y aceptar los valores impuestos, se posee un autoconcepto particular.

Ahora bien, el autoconcepto no debe confundirse con la identidad, pues el autoconcepto incluye una imagen total de la persona de sí mismo, la manera en que la gente se experimenta a sí misma; y por el contrario, la identidad se refiere al sentimiento de distintividad de los otros, es decir, a la mismidad y continuidad del ser humano; esto implica conciencia de uno mismo como una entidad, con una definida situación en el esquema general de cosas en tiempo y espacio. La persona con un sentimiento adecuado de identidad siente "todo de una pieza".

3.3. Estudios realizados sobre el autoconcepto

En cuanto a las investigaciones que se han efectuado recientemente sobre autoconcepto, después de una revisión y análisis bibliográfico, se encontró que predomina aún la escasez de estudios de este tema, principalmente en México. No obstante, se citarán algunas de ellas, principiando con trabajos nacionales y concluyendo con aquellos que tienen importancia internacional por sus valiosas connotaciones e implicaciones al tema que interesa: el autoconcepto.

Investigaciones realizadas en México:

"Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes", Henze, 1973. Este trabajo fue realizado con adolescentes (15-17 años), grupo cuyas aspiraciones seminaristas en la Cd. de Chihuahua eran importantes en sus vidas.

El objetivo, era establecer si las dinámicas grupales empleadas durante el preseminario lograban modificar el autoconcepto de dicho grupo de jóvenes. Al finalizar la dinámica, se aplicó la Escala Tennessee de Autoconcepto (William Fitts), por su confiabilidad, validez y estandarización para la población mexicana.

Los resultados revelaron diferencias significativas en el autoconcepto de adolescentes en once de las trece escalas de la prueba mencionada, principalmente en las áreas yo físico, familiar y social.

"Autoconcepto en adolescentes que pertenecen a diferente sistema educativo", Jiménez, 1979. En esta investigación, se empleó una muestra alea-

toría estratificada de 160 adolescentes de ámbos sexos entre 14 y 16 años de edad, estudiantes de tercer año de secundaria; el nivel socioeconómico considerado fue muy alto.

Ochenta de los alumnos pertenecían a planteles de educación personalizada (grupo experimental); los otros ochenta, se encontraban bajo el sistema de educación tradicional (grupo control).

El propósito era determinar el autoconcepto de adolescentes dentro de un sistema educativo personalizado, que supone tiende a despertar el interés y disciplina interior del alumno y crear un esquema psicológico responsable, comparado con la educación tradicional.

El instrumento utilizado fue la Escala Tennessee de Autoconcepto. Los resultados: Para el grupo experimental, predominaron conflictos, falta de integración, inseguridad y baja opinión de sí mismos, más que en el grupo control.

"Perfil de autoconcepto en jóvenes infractores en la escuela de orientación para varones", Castillo y Tena, 1981. Se empleó una muestra de 222 menores de edad infractores (15-18 años), cuya escolaridad abarcaba desde primaria hasta bachillerato; el nivel socioeconómico fue medio bajo y bajo.

Objetivo: Determinar el perfil de autoconcepto de los jóvenes para regular el tratamiento institucional y orientación de cada caso particular.

Instrumento: Escala Tennessee de Autoconcepto.

Resultados: Los menores infractores demostraron ser capaces de actitudes de apertura adecuada ante la prueba con un nivel bajo de autoestima, con sensación de rechazo, ansiedad, depresión, infelicidad, poca confianza en sí mismos y comportamientos inadecuados, diferentes a los que los -

demás esperan de ellos; se sienten "malos", con deficiente apariencia física y empobrecimiento de su sexualidad.

Las áreas más deterioradas fueron: "Ético-moral", "Social", "Yo físico" y "Yo familiar".

"Diferencias en el autoconcepto entre un grupo de adolescentes hijos de madres solteras y grupos de hijos de hogar integrado", Vázquez, 1983. Se refirió a 82 casos (41 adolescentes hijos de madre soltera y 41 adolescentes hijos de hogar integrado); sus edades fluctuaban entre los 14 y 17 años, estudiantes de secundaria.

Objetivo: Analizar cómo puede influir en el autoconcepto del adolescente ser hijo de madre soltera, tomando como referencia el autoconcepto de los adolescentes que provienen de un hogar integrado.

Instrumento: Escala Tennessee de Autoconcepto.

Resultados: El grupo de adolescentes hijos de madre soltera presentan una inconsistencia en la autopercepción de un área de su personalidad a otra. No hay una completa unidad o integración del autoconcepto. Por otra parte, el grupo de adolescentes hijos de hogar integrado, presentaron una inconsistencia importante en la autopercepción que tienen de un área a otra en el perfil global de la prueba. Refleja poca integración y unidad total del autoconcepto; sólo que a diferencia del primer grupo, - tienden a encasillar determinadas áreas de su autoconcepto y verlas separadas del resto del yo.

"Conciencia de enfermedad y autoconcepto en el alcohólico", Fabela y Nava, 1984. Estudiaron un grupo de individuos mexicanos, cuyas edades fluctuaban entre los 21 y los 60 años de edad, de ambos sexos y estado civil

solteros y casados.

Objetivo: Analizar el grado de conciencia de enfermedad (si existe) en la muestra de alcohólicos estudiados, así como el nivel y medición del autoconcepto de estas personas.

Instrumento: Escala Tennessee de Autoconcepto.

Resultados: Se hallaron diferencias significativas en las áreas de la escala en los pacientes alcohólicos, donde falta la conciencia de enfermedad y predominan las dificultades en autoconcepto social, familiar y personal, principalmente.

"Estudio sobre la formación del autoconcepto entre adolescentes procedentes de familias integradas y adolescentes procedentes de familias -- donde falta la figura paterna", Salgado Domínguez y Santillán Villanueva, 1985. Se interesaron por estudiar grupos de adolescentes de 15 a 20 años, del sexo masculino y solteros.

Objetivo: Intentar hallar diferencias significativas implícitas en la formación del autoconcepto de 30 adolescentes procedentes de escuelas preparatorias nacionales y del CCH del D.F.

Para lograr su objetivo o propósito formaron tres grupos:

Grupo A: Adolescentes que tenían madre y padre.

Grupo B: Adolescentes con ausencia paterna (por muerte).

Grupo C: Adolescentes con ausencia paterna (por divorcio).

Instrumentos: Test de Apercepción Temática y Frases Incompletas de Sacks.

Resultados: Las diferencias más significativas que se obtuvieron fueron en cuanto al nivel de logro; los grupos A y C mostraron (nivel alto -

en comparación al grupo B que tuvo un nivel muy bajo con depresión, Inseguridad e inestabilidad emocional).

En lo relativo a factores que influyen en el autoconcepto, se vio diferencia significativa en autoestima, donde los grupos B y C se percibían a sí mismos pobremente y devaluados.

Conclusiones: Existen diferencias relevantes entre el grupo de familias integradas (A) y el grupo de padre muerto (B) en logro y autoimagen, depresión, dependencia e inseguridad.

"La comunicación padres-hijos y su efecto en el autoconcepto del -- adolescente", Becerra Cano, 1986. En esta investigación, la muestra fue - constituida de 53 adolescentes de ambos sexos entre 11 y 14 años, estu--- dantes de primero de secundaria de escuelas públicas.

Objetivo: Analizar si existen diferencias en el autoconcepto de adolescentes a medida que éstos perciben diferentes conductas de sus padres.

Hipótesis: Comprobar si existen diferencias significativas en adolescentes que perciben diferentes niveles de comunicación con sus padres.

Se realizó un estudio piloto para probar validez y confiabilidad del Cuestionario Tipo Diferencial Semántico (Díaz Guerrero, 1975).

Resultados: La percepción de la comunicación con los padres tiene un efecto significativo en el autoconcepto del hijo (Read, 1976).

Investigaciones realizadas en el extranjero (principalmente en Estados Unidos):

Congdon (1958), observó la evaluación de los efectos de una droga o medicamento tranquilizante sobre el autoconcepto. Los pacientes mostraron

mejorías sintomáticas y conductuales, pero no cambios significativos en autoconcepto. De esto, concluyó el autor que existen fuertes evidencias de que el autoconcepto cambia como resultado de experiencias significativas, es decir, las vivencias influyen en la manera en que la persona se ve a sí misma.

William Fitts (1965), elaboró la Escala Tennessee de Autoconcepto tras numerosas investigaciones, de las cuales seleccionó cien reactivos para medir el concepto propio del individuo; posteriormente, se dedicó a analizar grupos de pacientes y no pacientes mediante su Escala aplicando test re-test con el fin de predecir cambios en el autoconcepto a través de terapia, hallando enormes diferencias entre ambos grupos en las subescalas que constituyen la prueba, de aquí, concluyó que "el autoconcepto del hombre influye en su comportamiento y se relaciona a su personalidad y estado de salud mental", tesis que aportó la idea de brindar orientación y asistencia al sujeto en pro de su bienestar psicológico, por ser el concepto que de sí tiene la persona, una variable inherente a la personalidad útil para la evaluación de cambios inducidos a través de la aplicación en el tratamiento integral e interdisciplinario individual.

A partir de esto, se generaron otros estudios donde se aplicó la Escala Tennessee para conocer la percepción propia de sujetos en diversas poblaciones.

Algunos investigadores, han mencionado que el autoconcepto influye en las características de personalidad del individuo, así como en su rendimiento escolar.

Backman y Secord (1971), por ejemplo, refirieron que los padres influyen considerablemente en la adaptación inicial del niño a la situación escolar y que son numerosas las características de los padres que intervienen en el rendimiento escolar, predominando sus presiones, la calidad de la comunicación, los medios de disciplina, control, grado de asesoramiento y orientación.

Las actitudes de los padres al niño serán transmitidas por medio de su comportamiento. Al haber interacción, una relación de intimidad, comprensión, confianza y aprobación, los padres facilitan la formación del autoconcepto en el hijo (Andrews, 1966; Piers y Harris, 1964). Con bajo autoconcepto, existen problemas de aprendizaje y progreso escolar; el alto autoconcepto se relaciona positivamente con las realizaciones de carácter académico. Sostienen que cuando un estudiante es poseedor de un autoconcepto alto, anticipa el éxito en la realización de una tarea, la ansiedad favorece su rendimiento, y cuando por el contrario, se tiene un autoconcepto bajo, el individuo, anticipará el fracaso y la ansiedad en éste caso, traba su desempeño. Es decir, el alumno con autoconcepto alto, es capaz de derivar beneficios de la ansiedad, ya que las tareas designadas no le resultan demasiado difíciles y puede anticipar el éxito futuro; pero esa misma ansiedad obstaculiza el desempeño del chico con bajo autoconcepto, debido a que se prevee el fracaso.

Por lo tanto, la ansiedad y el rendimiento se relacionan con el autoconcepto que de sí mismo posee un individuo.

Asimismo, en cuanto al aprovechamiento, Bee (1978) y Ausubel y Sullivan (1983), destacaron que los niños con autoconcepto bajo, generalmente se angustian más particularmente en lo que se refiere al trabajo en la es

cuela, ansiedad y aprendizaje, sobre todo en cuanto a la solución de problemas nuevos.

Lerner y Karabenick (1974) estudiaron y hallaron una elevada correlación entre la estimulación que los sujetos tenían del atractivo físico de las partes de su cuerpo y la estimación global que tenían de sí mismo con su autoconcepto.

Hamburg (1974), a su vez, concluyó que los chicos que maduran tardemente tienen autoconceptos negativos. Muchos trabajos apoyan la idea de que las actitudes de los adolescentes hacia su cuerpo influyen los conceptos que de sí se tienen (Arnhoff y Damianopoulos, 1962).

Numerosos investigadores que han considerado al autoconcepto en relación a los adolescentes consumidores de drogas, acordaron que el autoconcepto de estos jóvenes es bajo y que son poseedores de baja autoestima (Cohen, 1977). Al respecto, Wright y Wishnie (1977), Kaplan y Steffenhagen (1980), Vouraki y Bennet (1979), citaron la "autoimagen pobre" como una de las razones para el abuso de drogas, pues su "frágil sentido de autoestima siempre depende de una balanza". Los autores mencionados, también estudiaron los principales factores que pueden influir en un momento dado en el autoconcepto de los adolescentes farmacodependientes entre los cuales destacaron: la edad de los sujetos, el status socioeconómico, estado civil, tipo y frecuencia del uso del tóxico.

En estos estudios, las personas se seleccionaron al azar de un Centro de Tratamiento para uso de drogas con jóvenes. El rango de edad fue de 15 a 18 años. Los participantes vivían en Tennessee (unos farmacodependientes y otros no farmacodependientes), con nivel socioeconómico bajo.

Resultados: Sí existen diferencias en el autoconcepto de adolescentes usuarios de drogas, predominando un bajo autoconcepto en éstos últimos en contraste con los adolescentes no farmacodependientes que presentaron un autoconcepto que cae dentro de lo "normal".

Por lo tanto, el autoconcepto de la muestra de adolescentes no farmacodependientes fue significativamente más alto que el autoconcepto de la muestra de adolescentes que utilizan drogas, cuyo autoconcepto es bajo - (Wilkens, Womack, Wuntch, 1971; Bolter, 1976; Cohen y Wishnie, 1977).

Linda J. Backman (1978) estudió la autoestima de un paciente con problemas de dependencia. A través de su trabajo, concluyó que ante determinados estados de ánimo (inutilidad, inadecuación e ineptitud), que involucran el autoconcepto, se manifiestan problemas en cuanto a abuso de alcohol y por ende en la definición propia de la persona.

Agrawal (1978), comparó adolescentes judíos, indios, americanos y -australianos para conocer quiénes tenían autoestima más alta. Los adolescentes indios, raramente se encontraban ante situaciones emocionales fuera del hogar y expuestos a largos períodos de independencia, como resultado, eran sujetos inmaduros, introvertidos, solitarios y con poca empatía. Se vió un autoconcepto pobre pero con autoestima alta.

Los adolescentes americanos se enfrentaban más a presiones sociales y sexuales con autoconcepto y autoestima "normal", al igual que los judíos y australianos, quienes se adaptaban bien en áreas sexuales, familiares y vocacionales.

De los trabajos recopilados por Marvin Powell (1981), en relación a la adolescencia es posible extraer otros factores relacionados al autocon

cepto. El cambio en éste, induce modificaciones en la conducta. Hay cambio de preferencias, intereses y elecciones. La apariencia física interviene en la determinación del autoconcepto, incluyendo proporciones corporales, estatura, características sexuales, impedimentos, enfermedades, etc.

Por último, se citarán dos investigaciones especialmente importantes por sus hallazgos y su trascendencia en el tema que se trata en el presente estudio.

Una de ellas, intitulada "Biographical, self-concept and educational factors among chemically dependent adolescents", Linda A. Svobodny (1982), se basó en la preocupación por el uso de fármacos por adolescentes y su importancia como un grave problema social.

Se describió a la farmacodependencia como una "epidemia". El Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas, encontró que se trata de un problema creciente. Destacaron como factores significativos aquellos relacionados con la genética, familia, sociedad, cultura, nivel socioeconómico y psicología, los cuales ejercían una fuerte influencia en el concepto que de sí tienen los individuos.

Concluyeron, que "la predisposición conductual hacia el abuso de drogas ha estado asociada con un autoconcepto bajo y un aprovechamiento pobre en la escuela", son poseedores de una baja autoestima y severos problemas en relaciones interpersonales, desconfianza básica, vida familiar pobre y pares farmacodependientes principalmente.

La otra investigación "Factors related to the self-concept of institutionalized, white, male, adolescent drug abusers", Barbara Reardon, M.S.

y Penelope Griffing (1983), tuvo como propósito examinar la relación entre la droga, familia y autoconcepto de adolescentes.

El autoconcepto de los sujetos fue comparado con el autoconcepto de la muestra de Pulliam et al (1921), usando una muestra de adolescentes no farmacodependientes.

Se utilizó la Escala Tennessee de Autoconcepto, un cuestionario familiar, un índice de status socioeconómico y una entrevista para reunir datos de 140 sujetos.

Resultados: El autoconcepto de los adolescentes farmacodependientes fue significativamente "más bajo" que el autoconcepto de la muestra de Pulliam et al (no adictos a drogas).

Se planteó que la investigación en el área de cómo los adolescentes usuarios de fármacos se ven a ellos mismos es aún muy limitada. Pese a las discusiones sobre el autoconcepto en adolescentes farmacodependientes pocos han profundizado empíricamente para apoyar sus observaciones. Esto es sorprendente, por el hecho de que psicólogos y teóricos consideran al autoconcepto como el factor clave en el desarrollo de la personalidad.

3.4. Desarrollo del autoconcepto (El concepto de sí mismo. Patrón de desarrollo)

Antes de iniciar con la evolución del autoconcepto, es conveniente señalar algunas particularidades al respecto, obtenidas de investigaciones que sirvieron de base para tener un conocimiento acerca de la concepción individual del ser humano.

El autoconcepto, incluye una entidad variable, un suceso contínuo --

que se encuentra durante toda la vida en constante transformación y se va desarrollando con las concepciones que tienen los demás acerca de uno mismo y a la vez va asimilando todos los valores que constituyen el medio ambiente social como una verdadera experiencia de autoconocimiento.

Newman y Newman (1979), destacaron que el concepto de sí mismo no es muy flexible ni cambiado radicalmente, pues se desarrolla como consecuencia de las diversas experiencias por las que pasa el individuo.

En el desarrollo, el autoconcepto surge durante la secuencia normativa de la evolución del ego, es decir, "las abstracciones incorporan estructuras psicológicas como actitudes, valores, motivaciones y aspiraciones que requieren un mecanismo donde los diferentes elementos pueden permanecer juntos en alguna organización y/o síntesis, siendo este mecanismo el ego" (Adams, 1976, p.158), en continua evolución desde el principio de la vida.

Al respecto decía Freud (1929-1930): "... este sentido yoico del adulto no puede haber sido el mismo desde el principio, sino que debe haber sufrido una evolución, y continuaba ... en condiciones normales, nada nos parece tan seguro y estable como la sensación de nuestra mismidad, de nuestro propio yo. Lo que un individuo haga de sí mismo está en estrecha relación a la demarcación de los límites y características de su propio yo ... por lo menos hacia el exterior el yo, parece mantener sus límites claros y precisos ... el yo se continúa hacia adentro, sin límites precisos" -- (Freud, 1981, p.3019).

Por lo visto, el autoconcepto está en constante proceso de reorganización desde la niñez hasta la adolescencia.

Aún se desconoce a qué edad se estabiliza el proceso de autodefinición, pero se puede decir que se mantiene relativamente estable en algunos períodos y en otros se modifica como ocurre en la adolescencia (Taylor, 1955).

También, el autoconcepto puede ser asincrónico, en cuanto que puede cambiar en algunas dimensiones, mientras que en otras, puede permanecer inmutable, sin embargo, cuando cambia alguna dimensión, tal modificación influye en el autoconcepto global, de ahí que el desarrollo del autoconcepto deba ser interpretado como una entidad cambiante y como incluyendo partes y facetas multidimensionales, que evolucionan continuamente en su elaboración, conforme el individuo se mueve a través de las fases sucesivas del desarrollo.

La persona posee diversas imágenes de sí mismo que conforman un concepto consistente del yo, a medida que va creciendo, y a su vez, dicha serie de imágenes lo llevan a creer que así es, pues el autoconcepto se aprende de la forma en que otros han interactuado con el individuo. Engloba las características que la persona posee y que se han ido desarrollando en base a sus primeras interacciones con sus padres y que de alguna manera, el autoconcepto que el adolescente posee se verá reflejado en los diferentes ámbitos de su vida, como son: familiares, amistades, elección vocacional y de pareja, entre otros.

Por tanto, la socialización y la comunicación son elementos básicos en la formación del autoconcepto, dado que éste se desarrolla a través de la interacción social.

El autoconcepto varía mucho según el contexto que rodea al individuo. M. Snyder (1980), destacó que: "Nos gustaría creer que el self es -

una característica integral de la identidad personal ... puede haber contradicciones ... entre las apariencias públicas y privadas de la realidad del self" (Rogers,1985,p.33), de ahí que se trate de un fenómeno biopsico social.

Por otro lado, pese a que el autoconcepto es un constructo que ha sido muy pobremente definido con referentes empíricos, la mayoría de los teóricos (Wylie,1961; Gergen,1971; Dusek,1981), han considerado la cuestión, afirmando que las percepciones conscientes de la persona y del self, son vistas en relación al desarrollo como un determinante importante de la conducta y sentimiento de autoidentidad, pues establece y guía la acción.

Se visualiza a la construcción del autoconcepto como iniciada en la niñez e influenciada por la familia, porque como cita Elizabeth Campbell (1952): "Lo que el niño oye, piensa y siente hoy, influirá en lo que aprenda, piense y sienta el día de mañana" (Campbell,1952,p.99).

Con ello, el niño desarrolla una autoimagen basada en el reconocimiento de "un otro". "Lo que un niño piensa y sabe sobre sí mismo afectará sus interacciones con los demás e influirá en el desarrollo de nuevas habilidades" (Bee,1978,p.243).

Para concluir con estos breves antecedentes evolutivos, sólo se añadirá que el autoconcepto está basado en la identidad (Erikson,1968) de la persona, pues ésta proporciona la noción de lo que se es en sí. Conforme avanza el proceso de formación de identidad, el individuo desarrolla un sentimiento de confianza o desconfianza hacia los demás y hacia sí mismo, de ahí la estrecha relación de la identidad con el autoconcepto.

Por lo tanto, el propio concepto se basa en la identidad y el mante-

nimiento y mejoramiento a través de varios procesos:

1) Actualización del self (progresión de niveles por motivación y logro).

2) Sentimiento de identidad (logro del sentimiento de distinguirse - de los otros).

3) Identificación (reconocimiento entre los propios valores y los de otros).

4) Logro de metas (mejoramiento del autoconcepto a través de la autoestima).

Expresado lo anterior, es posible realizar un bosquejo del desarrollo y continúa evolución del autoconcepto desde sus orígenes.

M. Mahler (1976), subrayó que el niño desde que nace, evoluciona hasta constituirse en un individuo autónomo, refiriendo que al principio -- existe una relación simbiótica con la madre, básica para la formación de la identidad que se inicia con la diferenciación del ser y objeto, desarrollándose el concepto de sí mismo. Desde este punto de vista, dos realidades están en la base de las primeras etapas del desarrollo del concepto de sí mismo (Henze, 1980):

1. La autoconciencia: Acto por el cual, la persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí mismo. El niño debe reconocer que es alguien distinto de los demás, que el cuerpo de la madre no es una extensión del suyo; durante los seis u ocho meses, el niño desarrolla el concepto de objeto y la noción de separación del resto del mundo. La distinción entre realidad interna y externa, entre mí y no mí, indican la creciente separación de la madre y la disminución de dependencia en el niño.

El pequeño debe saber que el yo es un evento constante, estableciéndose una opinión firme y sólida de sí (dos-tres años); si el yo es capaz de enfrentar las exigencias internas y externas, la persona tiende a pensar favorablemente acerca de sí misma y tendrá autoestima y confianza en sí misma. El proceso de individuación se inicia aproximadamente a los dos años y se estabiliza alrededor de los tres años de edad.

2. La autoaceptación: Que se refiere a tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir responsabilidades y aceptar la propia conducta y la crítica o los elogios de una manera objetiva, sin negar o distorsionar sentimientos, motivos, habilidades, limitaciones propias, aceptándose uno mismo como una persona de valor igual que otros sin esperar rechazos ni sentimientos de deficiencia ni minusvalía.

La autoaceptación es el aspecto que implica mayor madurez, pues hace estar de acuerdo con lo que se es por uno mismo.

Así, la identidad, la autoconciencia y la autoaceptación constituyen la piedra angular sobre la que se basa el autoconcepto.

Por otro lado, para considerar cómo se origina el autoconcepto, se deben atender las necesidades propuestas por Maslow (1954), como indispensables en la configuración de la autoconcepción:

a) Necesidades fisiológicas: Que abarcan la satisfacción del hambre y sed principalmente.

b) Necesidades de seguridad: Que requieren orden y estabilidad para obtener gratificación.

c) Necesidades de bienestar y amor: Referentes al amor e identificación con otros.

d) Necesidades de autoestimación: Que incluyen prestigio, éxitos y -

autorrespeto.

e) Necesidades de autoactualización: Que engloban motivaciones y logros.

Considerando a Maslow, Heinz Kohut (1971), visualizó las formas de resolver esos requerimientos, afirmando que "si la madre cubre dichas necesidades en un inicio, el sujeto será competente, pues ésta es quien -- transmite valía, mérito y autorrespeto al niño; las respuestas parentales de Indiferencia, hostilidad, o crítica excesiva, reflejan baja valía y poca confianza; un self sano, requiere una buena capacidad de autoestima" (Kohut,1987,p.3).

La búsqueda del self pues, se inicia con la internalización de las figuras parentales, la imagen corporal y autoestima, desarrollados en parte por las experiencias del niño con su propio cuerpo y con lo que es capaz de hacer con este y su propio concepto en su percepción de lo que piensan los otros de él, es decir, la conciencia intelectual y emocional del self, emerge de la interacción con otros, siendo el ego la esencia conceptual de la noción del sujeto de él mismo como funcionalmente individual, dotado de atributos y relaciones con el rol y status, pues el sentido de dependencia o independencia está ligado con las propias habilidades y los propios sentimientos del niño sobre sí mismo con su desarrollo del concepto de sí mismo.

El niño empieza a saber quién es él, cómo es su cuerpo, a hacer juicios sobre sus habilidades y capacidades en base a los "otros" que le rodean.

Al respecto, Gergen (1971) destacó que uno de los primeros procesos por los que se forma el autoconcepto, es a través de la valoración refle-

ja, tipo de autoexpresión. El uso del nombre propio es importante, porque por medio de éste, el pequeño se empieza a conocer y a autoevaluar; absorbe todos los juicios de los demás, lo cual le ayuda a formar su propia imagen, su propio concepto, dadas las influencias de los otros sobre sus conclusiones y juicios personales.

Por lo tanto, los comentarios de los demás y sus propias experiencias de fracaso y competencia, forman el concepto de sí mismo.

En cuanto a la familia, los teóricos afirman que la formación del autoconcepto ocurre con el núcleo primario en la niñez, pues de éste depende la calidad del concepto propio, desarrollo de habilidades y capacidades y de las relaciones ulteriores con las demás personas. La evaluación de la conducta del niño efectuadas por sus padres son a veces positivas y otras negativas, con ello, conoce lo valioso (aprobación) y lo que carece de valor (desaprobación).

Así, se tiene que "si los padres son capaces de proporcionar un buen objeto del self (buena internalización), el niño tendrá un autoconcepto sano" (Idem,p.6), siendo adecuada la valía, mérito, autorrespeto y autoestima del niño.

Los niños que tienen un alto autoconcepto de sí mismos, en su mayoría, provienen de familias en que los padres también tienen un alto autoconcepto y son tratados como individuos responsables, donde las madres son complacientes y positivas, elogian realizaciones, se interesan más y lo demuestran, estableciendo roles definidos con disciplina y orientación afectiva. Por tanto, si se mantiene tal unificación, existirá seguridad y estimación personal. "Cuanto mayor es el acuerdo entre las descripciones que de sí mismo hace un individuo y las que de él hacen los demás, tanto

menor es la defensa perceptiva que éste manifiesta y tanto mejor su ajuste personal; cuanto mejor ajustado está el sujeto, tanto menor resulta la defensa perceptual que muestra' (Hall,1984,p.69).

Por otro lado, el fracaso en la empatía parental para cubrir necesidades durante la niñez, resulta en la inhabilidad para desarrollar estructuras intrapsíquicas que puedan regular confiablemente la autoestima, llevando a la persona a sobredepender de lo que le rodea y a sentir inseguridad e inferioridad en todos aspectos, y por tanto, a tener un autoconcepto más bajo que aquellos que viven relaciones positivas con sus padres - (Newman y Newman,1979), de ahí la importancia de las figuras parentales - en el crecimiento del autoconcepto.

Poco a poco y a lo largo de la niñez y por influencia de la familia (internalización), el autoconcepto se deforma cada vez más debido a las autoevaluaciones de los demás.

El logro del autoconcepto entonces, se desarrolla a medida que el sujeto va cambiando e integrando las concepciones que acerca de él mismo - tienen muchas personas, grupos e instituciones que aportan los valores - que constituyen el ambiente social y forman las verdaderas experiencias - de autoconocimiento.

Rolf H. Monge (1973), estudió la variabilidad del autoconcepto específicamente en la adolescencia, ya que es cuando las personas se ven a sí mismas como a través de lentes distorsionados sobre su propia experiencia dependiendo de éxitos o fracasos, pasado o presente, pensamientos y miedos que reflejan el portavoz del autoconcepto.

Los jóvenes cobran consciencia sobre si juegan sus papeles bien, po-

bre o mediocrementemente, es decir, desarrollan un autoconcepto que abarca las impresiones y creencias concernientes a la clase de persona que es en realidad.

Todo lo anterior no quiere decir otra cosa, que con la adolescencia, etapa caracterizada por intensos y frecuentes cambios en las áreas físicas, mentales y emocionales, el concepto que tiene de sí mismo un individuo, se halla sujeto a modificaciones a medida que varía su papel en la vida, influyendo muchos aspectos interrelacionados como edad, nivel educativo, status socioeconómico y relación con progenitores y coetáneos.

Un concepto favorable de sí mismo establecido en la infancia, puede cambiar de raíz durante la adolescencia cuando se presentan "revoluciones fisiológicas" y nuevas presiones sociales (Hurlock, 1961), debido a que la autoimagen es modificada por cómo uno cree que es visto por los otros. De hecho, Montemayor y Elsen 1977, tras serias investigaciones, acordaron que el autoconcepto llega a ser menos concreto y más abstracto con el avance de los años.

Mientras más pequeños, los sujetos responden a la pregunta ¿Quién soy yo? en términos concretos; se describen a sí mismos refiriéndose a sus posesiones, juegos, actividades en general y apariencia física, mientras que los adolescentes emplean descripciones más subjetivas y abstractas, incluyendo las motivaciones, lo interpersonal y actitudinal; los jóvenes se perciben a sí mismos en términos de cualidades y características intrínsecas de su personalidad, de su self único.

Esto quiere decir que el autoconcepto ha llegado a refinarse y a operar inconscientemente (Damon y Hart, 1982), es decir, que la imagen de uno mismo es física en la niñez pero que llega a ser psicológica en la adoles

cencia, porque el chico busca establecer ya su identidad adulta, una continuidad y mismidad para el surgimiento de la integración e independencia, de acuerdo a las nuevas experiencias del medio y urgencias instintivas - (Erikson,1968), donde "dentro de la reestructuración como ser mayor, los cambios físicos y conocimientos que ocurren han sido a través del autoconcepto sujeto a transición" (Norrel,1984,p.171).

En la adolescencia, al cambiar los marcos de referencia, también cambia la imagen del yo; las crisis e intentos por construir una imagen estable del yo son frecuentes y "mientras el sujeto no sea consciente de sus propias fuerzas y debilidades, tendrá dificultad en encontrar la figura - ideal con la que realmente pueda identificarse" (Powell,1981,p.151).

Para evitar éstos, es necesario incrementar la individualidad, la - autoestima y la confianza apoyándose en la aceptación y aprobación del - grupo que hace al joven experimentar mayor capacidad para funcionar por - sí mismo por medio de un sólido autoconcepto.

Para concluir sólo resta considerar la noción de Horrocks (1969), referente a que la tarea de construcción, reconstrucción, revisión y finalmente la integración del autoconcepto es el principal y más importante -- trabajo del período adolescente, y que los cambios posteriores a ésta entidad en la vida adulta, en cuanto elección vocacional, matrimonio y paternidad, originan transformaciones leves y casi imperceptibles en el autoconcepto cuando su desarrollo fue "sano" e "integral".

3.4.1. Componentes del autoconcepto

El autoconcepto es una totalidad de partes que se interrelacionan -

estrecha y dinámicamente, no es una simple conjunción de partes, sino una integridad estructurada y organizada, por lo que es considerado una Gestalt.

Su estructura parte de tres puntos de vista: el biológico, el psicológico y el sociológico, es decir, en su configuración interviene una multiplicidad de funciones del individuo, como se verá más adelante con las aportaciones más recientes.

El autoconcepto no es necesariamente algo objetivo que coincida con la realidad, pues parte de lo concreto y objetivo, aunque posee un fuerte factor subjetivo de gran importancia en su estructuración.

La autoconcepción no es lo mismo que el yo como estructura, el concepto del yo es un término que designa una entidad mucho más amplia; el autoconcepto es en realidad, una parte del yo total.

Al respecto, William H. Fitts (1971), subrayó que la configuración del yo parte de dos puntos de referencia: el marco referencial externo y el marco referencial interno (subjetividad). En seguida, se describirán:

a) El marco de referencia externo, incluye el medio ambiente social, cultural, ideológico, religioso e individual, factores que influyen con una connotación particular a la autoconcepción, ya que moldean y proporcionan los modelos de atributos físicos y personales (habilidades, capacidades y aptitudes) empleados en el conocimiento que una persona tiene de sí misma.

b) El marco de referencia interno, se refiere a la identidad, que involucra lo que "yo soy", la aceptación y satisfacción de lo que soy, factores que determinan el autoconcepto, por ser partes integrantes del ser humano y que idealmente deben funcionar en completa armonía. Dicha armonía

nía será la que determinará la realidad o no del propio concepto (pensamiento, emotividad y comportamiento).

El aspecto subjetivo, que implica el marco referencial interno, está contenido en la "creencia de cómo me ven los demás" (subjetividad de una persona en su autopercepción); el autoconcepto es parte del yo. Tanto la influencia de aspectos internos del hombre, como la acción del mundo, con forman los límites y características particulares del yo, es decir, proporcionan la configuración del autoconcepto, porque para que el hombre obtenga conocimiento de sí mismo, debe ser capaz de ser consciente de sí mismo y de lo que le rodea.

Por ello, Fitts (1971), destacó como pilares del autoconcepto la:

1. Identidad (Erikson, 1968), referente a lo que "yo soy", a cómo la persona se ve a sí misma, lo que hace y lo que es, además de la manera como el individuo se siente consigo mismo.

2. Autoconsciencia y autosatisfacción, la primera se refiere al acto por el que la persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí mismo. El sujeto se clasifica a sí mismo con cierto grado de categorías y atributos (sentimientos, emociones y conductas), que permiten ser consciente de algunas de las causas de su conducta, y sentir agrado, aprobación, desagrado o desaprobación por las acciones que ejecuta.

La segunda, la autosatisfacción o autoaceptación, es tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, ser responsable por el propio proceder, aceptar críticas o elogios de manera objetiva, sin negar o distorsionar sentimientos, motivaciones, habilidades o limitaciones propias, sino aceptarlas, considerándose uno mismo como persona de valor, aceptándose y aprobándose por lo que uno es por sí mismo.

3. Conducta, que hace referencia a lo que "yo hago", "cómo actúo", - es decir, a la manera o modo de procedimiento y funcionamiento en acción, es la percepción de la propia acción.

Para que se tenga verdadera consciencia de los pilares antes mencionados, es básica la capacidad de autocrítica, como aquello que nos permite valorar las propias características de manera objetiva, aunque la mayoría de las veces, la gente trata de dar una buena imagen, lo cual indica una adecuada defensividad, siempre y cuando no se caiga en excesos.

De la misma manera, William H. Filts (1971), sostuvo que este marco interno, indica la veracidad del yo físico, yo ético-moral, yo personal, yo familiar y yo social, componentes generales del autoconcepto.

a) El yo físico: Incluye la percepción del propio cuerpo, el estado de salud, la apariencia física, las habilidades y el sexo.

b) El yo ético-moral: Abarca las normas, los valores, el mérito, la ética y la moral, las relaciones con Dios, con alguna religión o carencia de ésta y con sentimientos de "bondad" o "maldad" personal.

c) El yo personal: Se refiere al juicio del propio valor y adecuación; es una evaluación personal del sí mismo por lo que uno es.

d) El yo familiar: Constituye la adecuación y valía como miembro de una familia, como amigo y como compañero de personas que se encuentran cercanas al individuo.

e) El yo social: Abarca las relaciones con otros, la adecuación en cuanto a intereses sociales, la percepción en relación a los demás y la forma de relacionarse con las personas en general.

Ahora bien, como se mencionó en un principio, el autoconcepto se re-

fiere a lo biológico y sociológico como factores básicos en su configuración; después de Fitts, algunos teóricos plantearon más recientemente sus aportaciones con referencia a los componentes del concepto de sí mismo, - éstos son:

Según Secord y Backman (1974), el individuo forma su autoconcepto en base a tres elementos que son:

1. Componente perceptual: Es la forma en que la persona se percibe a sí misma, dicha percepción está compuesta de las impresiones que las demás personas tienen de ella.

2. Componente conceptual: Se refiere a las concepciones que la persona tiene de sus propias características, habilidades, recursos, fallas, - limitaciones, así como de la concepción de su pasado y su futuro.

3. Componente de actitudes o actitudinal: Incluye los sentimientos - acerca de sí mismo y su desenvolvimiento ante el status y frente a su futuro.

El Inconsciente influye en los tres componentes anteriores.

En base a James (1890) y W. H. Fitts (1971), Hall y Lindzey (1984), dividieron teóricamente al autoconcepto en tres áreas:

1 Yo corporal: Es la concepción que se tiene del cuerpo (esquema - corporal y su relación con la vida social), incluyendo los sentimientos - que se tienen acerca de él (Fischer, 1958). La imagen corporal abarca la - visión que se tiene de uno mismo no sólo física, sino también fisiológica, sociológica y psicológicamente.

Dividieron al yo corporal en dos componentes:

a) La percepción del cuerpo, y

b) El concepto del cuerpo.

II Yo moral: Vinculado con las normas y valores que predominan dentro de una sociedad o cultura determinada en que se vive.

El autoconcepto se encarga de comparar y juzgar la conducta de acuerdo a dichas normas (superyo).

Son básicas la autoestima, la relación con la conciencia moral, el superyo y el ideal del yo, en especial la autoestima, ya que regula sentimientos tales como valor, mérito, confianza, desconfianza, dudas, problemas sobre la propia valía o mérito, rechazo, sentirse indeseable, ansioso, deprimido, o con una gran infelicidad, que lleva a la adaptación o desadaptación del individuo, según sea el caso.

III Yo social: La interacción social tiene una importancia básica en el desarrollo de la personalidad, dado que ayuda a la formación del yo y es determinante en el autoconcepto y en el desarrollo de la conducta.

Las tres están en interacción, pues forman el concepto que de sí mismo tiene una persona.

Tras haber revisado los componentes del autoconcepto, se abordan ahora, los factores que influyen en tan importante entidad del ser humano.

3.4.2. Factores que influyen, modifican y participan en la configuración del autoconcepto

Existen algunos factores que ejercen influencia en el desarrollo e integración del autoconcepto. Todos ellos, de alguna manera están presentes en algún momento de la vida del individuo, por lo que conviene subrayarlos para conocer los posibles cambios ante los cuales el autoconcepto

es vulnerable.

Se tratarán algunos factores que no pueden pasarse por alto en la -- configuración de la concepción que de sí tiene una persona.

Los aspectos a considerar, incluyen fundamentos físicos o biológi---cos, psicológicos y sociales o culturales.

Desde un punto de vista biologista, Marvin Powell (1981), señaló que la apariencia física en general, interviene en la determinación del auto-concepto.

Definió la apariencia física como todas aquellas características que incluyen proporciones corporales, estatura, características sexuales primarias y secundarias. En base a ésto, consideró la imagen o esquema corporal que Schilder conceptualizó como "la representación mental que se tiene del propio cuerpo, la manera en que el cuerpo aparece ante nosotros mismos" (Bellak, 1979, p.79), pues éste hace referencia al modo en que se siente y evalúa el propio organismo a través de percepciones sensoriales, como la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como las que provienen de la parte interna del organismo, y que cobran especial trascendencia en el autoconcepto.

En la adolescencia, el esquema corporal es fundamental, pues el joven experimenta modificaciones en sí mismo que son sentidas como una "revolución fisiológica" que amenaza su imagen, identidad y autoconcepto -- (Erikson, 1974); existen pues, sentimientos de extrañeza y necesidad intensa de reformularse los conceptos que tiene de sí mismo aislándose en un mundo interno para reencontrarse con su pasado y desde ahí enfrentar el futuro;

El joven debe abandonar su autoimagen infantil para proyectarse en -

su futuro como adulto (Knobel,1976), y encarar nuevas obligaciones y responsabilidades que lo hagan crecer como ser humano.

Por todo lo expuesto, Powell destacó que "los cambios físicos corporales provocarán variaciones en el autoconcepto o yo físico" (Powell, -- 1981,p.50-53).

Otro factor que afecta negativamente al autoconcepto, se refiere a los impedimentos físicos y enfermedades que pueden limitar o mermar las capacidades humanas y que dan un caríz particular a la autoconcepción.

Con ello, no sólo se abarcan los problemas o defectos físicos o corporales, sino también las dificultades en cuanto a la potencialidad del individuo, es decir, incapacidad en habilidades, torpeza en coordinación, pobre capacidad en relaciones interpersonales y sexuales, entre otras deficiencias importantes que causan disturbios o trastornos en el autoconcepto.

La edad, sexo y cultura, juegan un importante papel en el propio concepto, debido a que:

La edad es significativa, porque la sociedad da relevancia a la madurez; los adolescentes se ven a sí mismos como menos importantes que los adultos, ya que muchas veces se les menosprecia o subestima, y cuando esto sucede, se ve afectada la autoestimación, más que nada cuando se esfuerzan por lograr autonomía e independencia (Kokens,1974).

El sexo se relaciona con el rol que el individuo posee ante los ojos de los demás por un lado, y por otro, las diferencias que los adultos establecen para limitar u otorgar libertades según se trate de un chico o jovencita. En la cultura occidental, el varón goza de mayores privilegios en contraposición a la mujer; por ejemplo, al hombre se da mayor libertad

en cuanto llegadas tarde a casa, establecimiento de responsabilidades, - uso de objetos personales del padre y ejercicio de relaciones sexuales a corta edad, principalmente. La chica se ve limitada y censurada cuando in curre en algunas de las actividades permitidas para el sexo masculino, de ahí que el autoconcepto se relacione con el rol sexual, ya sea de manera positiva o negativa, según el status de cada individuo y el ambiente que le rodee.

En cuanto a la cultura, se tiene que "bajo la influencia de experien- cias particulares en diferentes sociedades, el individuo llega a formarse un concepto de sí mismo, que a menudo refleja en forma directa su facul- tad de adaptación o integración" (Frazier, 1980, p.52), es decir, según las libertades o tabúes de una cultura dada, será la conceptualización que de sí misma tenga una persona. Según la importancia que se brinde a las dife- rentes actitudes y disposiciones, así será la base sobre la cual se erigi- rá el autoconcepto. Por ejemplo, algunas causas que motivan cambios en el concepto propio están las experiencias vitales, como el matrimonio, divor- cio, paternidad y elección vocacional entre otras (Fitts, 1965).

Si la cultura acepta el divorcio, el autoconcepto se verá menos dete- riorado que en aquellas sociedades en las cuales se censura la separación de cónyuges, aunque en ambos casos el autoconcepto sufra un duro golpe -- por los sentimientos de fracaso y frustración inherentes al divorcio.

Si una cultura aprueba el matrimonio a edad temprana, y el sujeto lo hace, su autoconcepto se elevará notablemente.

Si en determinada sociedad se tienen aspiraciones específicas con -- respecto a la vocación y el sujeto cubre dichas expectativas, su concepto se verá favorecido y elevado.

Por tanto, la cultura dirige e incluso establece los patrones por los cuales se ha de regir la población perteneciente a dicho sector, y por ende la configuración de su autoconcepto particular.

Ahora, se revisarán los efectos de las actitudes de los otros sobre el autoconcepto.

El descubrimiento del self y la capacidad para desarrollar la madurez, incluye el exámen del self en relación a la sociedad en la que uno vive y su evolución, depende de la diferenciación del self y del no self y de una interacción social (Hayes,1982).

No sólo debe asumirse la perspectiva de los otros hacia uno mismo, sino descubrirse a sí mismo como individuo, colocando al self dentro de las relaciones con los otros sin perder la individualidad y ganando un sentido del self a través de los otros (Youniss,1980).

Es en este momento que debe considerarse el establecimiento de las relaciones interpersonales por parte del adolescente como factor importante en la formación y desarrollo del autoconcepto.

El joven busca identificarse con sus compañeros a través de estereotipos de sí mismo, de sus ideales, principalmente durante la época en que la imagen corporal se modifica radicalmente (Muuss,1975), entonces, la opinión de aquellos que le son significativos por ocupar un lugar central en el esquema del chico (padres y pares), se vuelve trascendental pues su sentido de valía depende de lo que piensa y dice sobre él.

Al respecto, Rosenberg (1973), destacó la opinión que el individuo tiene acerca de sí mismo, la cual, será ampliamente determinada por lo que otros piensan de él, para lograr sentimiento de autovaloración. Los grupos sirven como determinantes en el autoconcepto, factor clave en la

manera en la cual un individuo responde característicamente a los otros - (Fromm,1939).

Por ello, es básica la relación entre autoconcepto del adolescente y las opiniones que se cree otros sostienen de ellos.

Los jóvenes que creen que son pobremente considerados por otros, en un intento de auxiliar su autoconcepción, pueden recurrir al prejuicio y a conductas desviadas como homosexualidad, prostitución, alcoholismo o - farmacodependencia (Logan,1978).

La influencia de las normas grupales, es más grande durante los períodos de pobre autonomía e inestabilidad, cuando la confianza en sí mismo es baja (Elsert y Kable,1983); el aspecto social afecta entonces, más a personas receptivas o vulnerables, influyendo en el autoconcepto de muy diversas maneras, siendo la mayoría de las veces, negativamente.

Si la persona posee alta autoestima y confianza básica, difícilmente tendrá problemas aún cuando el grupo de pares los tenga, predominando un sentimiento de valor, mérito y autoconcepto adecuado que lo ayude a experimentar bienestar y felicidad.

3.5. Importancia del autoconcepto

La autoconcepción presenta una trascendental influencia en la vida - del ser humano, por su significado en el desarrollo e implicaciones en el ámbito en que éste se desenvuelve. Su importancia obedece a varias razones:

En primer lugar, cabe destacar que el autoconcepto es básico tanto - en la salud como en la enfermedad, en la adaptación como en la inadapta--

ción y en el equilibrio como en el desequilibrio, por constituir un patrón directriz en la conducta del individuo.

William H. Fitts (1965), en su Tennessee Self Concept Scale, señalaba que el autoconcepto del hombre influye en su comportamiento por su significado como guía y director conductual. Destacaba que "la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en el comportamiento y está directamente relacionado a su personalidad y estado de salud mental", ya que constituye un factor integrante del hombre, útil para la evaluación de cambios en el sujeto.

Por su parte, Combs y Snyggs y Camilla Anderson (1980), subrayaron que "la estructura de la autoimagen determina la conducta día a día y momento a momento; decisiones, actividades, oportunidades y reacciones son determinadas en un esfuerzo por mantener la imagen intacta", es decir, -- "toda conducta es un esfuerzo orientado por la necesidad de mantener la percepción de sí mismo" (Anderson, 1983, p. 45).

Investigaciones recientes, han encontrado pues, que el autoconcepto es un buen índice de salud mental (Kappes, 1980), pues la manera en que las personas se adaptan a sí mismos y a los otros, dependerá del autoconcepto y de la personalidad como reflejo de la estructura total (individuo cultura), de ahí que se trate de una entidad biopsicosocial extensiva a la adaptación e integración personal.

En segundo lugar, se ha considerado al autoconcepto, como variable de interés en muchos campos de investigación, por ser una parte integral básica en contextos clínicos, aunque su extenso uso como un constructo teórico y clínico carezca de estudios empíricamente verificables; sin em-

bargo, por ser parte de la personalidad total, merece mayor control, estudio y consideración para que por la manera como la persona se percibe a sí misma, se logre un entendimiento que facilite la evaluación del sujeto con fines de asistencia clínica, guía y diagnóstico que lleven a un mejor conocimiento del hombre y expansión que coadyuve a un desarrollo más sano e integral de éste con fines prácticos en el terreno mental o psíquico.

En tercer lugar, el autoconcepto, es especialmente importante en la adolescencia por varias razones:

a) Por su crecimiento autónomo y repercusiones en el área personal y social.

b) Por el grado de libertad que hace al autoconcepto susceptible de distorsión y peligro.

c) Porque el autoconcepto del adolescente se construye sobre sus propias experiencias infantiles en relación a nuevas y variadas situaciones.

d) Porque la adolescencia es por sí misma desarrollo en el autoconcepto, ya que durante esta etapa, la autoimagen es cristalizada al mismo tiempo que es revisada.

Las experiencias características del joven fuerzan constantemente a la reevaluación del self y otros sentimientos de adecuación o fracaso. Un proceso básico para mantener y mejorar el autoconcepto es la autoactualización, es decir, el proceso de llegar a tener un mejor y verdadero self, lo cual implica una progresión, una manera de vida compatible con el propio patrón de rasgos y los de otros.

De aquí surge otra razón importante para el estudio del autoconcepto.

En cuarto lugar, dado que el autoconcepto está muy ligado a la imagen que tienen los demás de uno mismo, cobra relevancia el hecho de lo que se es para uno mismo y para los demás.

Spitz (1957), dijo que "todo autoconcepto combina el concepto yoico de la propia persona, matizada con la concepción de la reacción de los otros hacia él" (Blos, 1981, p.278).

El propio concepto es influido por la idea que de uno mismo tienen los demás, de ahí que gran parte de la autoconcepción esté determinada por el conocimiento de lo que la persona piensa de sí misma y sobre lo que los demás piensan de ella, o por la idea de la manera en que otros lo perciben a uno mismo.

Al respecto, Rogers (1951), aportó que un individuo tiene una conciencia de sí mismo interpretada a través de los otros. La autorrepresentación pues, es función del grado en que concuerdan las percepciones del yo y del mundo.

Con referencia a la calidad del autoconcepto, Rogers sostuvo que la persona que mantiene un autoconcepto positivo, evaluará positivamente a otras personas, mientras que una persona con autoevaluaciones negativas, evaluará indiscriminadamente en lugar de hacerlo sobre una base de atributos realistas. Este modo de evaluación, cambiará en la medida en que el joven es capaz de aceptarse más a sí mismo, es decir, el individuo debe verse a sí mismo como realmente es, como ha sido, como es y como será.

Por lo tanto, a mayor aceptación de uno mismo, mayor dirección y adaptación.

Muy estrechamente ligado a esta afirmación de Rogers, se encuentra la siguiente razón por la que el autoconcepto es importante.

En quinto lugar, de acuerdo a como un individuo se sienta, será la forma en que se autoconceptúe, y según sea su autoconcepto será la forma en que se sienta.

La eficiencia del sujeto en sus realizaciones será según su propio concepto, ya que las personas tienden a ver sus fracasos y éxitos en función de un autoconcepto preexistente.

"La gente con autoconcepto distorsionado, tiene más dificultades en la vida" (Fitts,1965,1971).

Si hay pobre conciencia de sí mismo, el sujeto no se acepta ni respeta, y por ende, su nivel de autoestima es bajo, predominando incapacidad para triunfar, angustia, ansiedad, depresión y desesperación.

Si la persona experimenta confianza y bienestar con su papel vital, tenderá a presentar un alto autoconcepto y viceversa; si al contrario, la persona posee un bajo autoconcepto, tenderá a sentirse menos capaz y más frustrado por su rol como individuo y viceversa.

"La gente que tiene un bajo concepto de sí mismo será menos eficiente comparado con aquellos individuos que lo tienen alto" (Bee,1978,p.244).

Por lo tanto, el autoconcepto limita en forma poderosa y como sostuvo Fitts (1965) y Mc. Holland J. (1971), no sólo las fuerzas personales sino también las de otros son importantes para lograr un mayor rendimiento basado en el autoconcepto del individuo, pues de acuerdo a como una persona se sienta, será la forma en que se autoconceptúe.

En sexto lugar, el encontrar un conocimiento de sí mismo como persona, es una tarea muy difícil principalmente por el ritmo de vida tan apresurado y tensionante, sin embargo, las percepciones del self tienden a determinar qué espera la gente y cómo se experimenta.

Los individuos pueden tratar de ignorar las experiencias que no re- fuerzan su concepto de sí mismo, o pueden distorsionarlas para no conflic- tuarse.

Su importancia en este sentido, radica en que "un fuerte autoconcep- to proporciona un sentido de continuidad que es control para el proceso - de madurez de la personalidad, abarcando sexo, roles vocacionales y un - sentido de Integración de valores (Rogers, 1985, p.36).

Puede suceder que se tenga un buen concepto de sí mismo, una alta - autoestima, o por otro lado, pensar que se es incapaz o bien, una combina- ción de sentimientos positivos y negativos.

"El que alguien se guste a sí mismo o no, es predictivo de muchos - otros comportamientos". "La falla o fracaso en el dominio de sí mismo en situaciones de stress, pueden fomentar un sentido de inadecuación que -- inhiba el desarrollo de un autoconcepto positivo" (W. Fitts, 1965, 1971). Las personas con bajo autoconcepto dudan de su propia valía, se ven como indeseables, desconfiados, ansiosos y deprimidos, al contrario de lo que sucede con aquellos individuos que poseen un alto autoconcepto.

En séptimo lugar, debe considerarse el que un sujeto tiene varias y diferentes concepciones de sí mismo, es decir, se autoconceptúa como pa- dre, profesor, esposo, (diversos roles), lo cual acarrea importancia al - autoconcepto como factor múltiple o multiplicidad de autoconcepciones.

Su trascendencia radica en la necesidad de ser alguien, como un -- deseo de existir en la vida psíquica de los demás. La necesidad de consi- deración, dependerá del concepto que nos formamos de nosotros mismos y - del papel que uno se atribuye.

Esto es básico para el buen funcionamiento del hombre según el papel que juegue en la vida.

En octavo lugar, y a manera de resumen, el individuo se llena de imágenes de tres dimensiones:

a) Imagen que se tiene de sí mismo.

b) La opinión que tiene de sí mismo en relación con otras personas; la propia imagen se forma a través del reflejo de las opiniones de los demás.

c) La imagen de sí mismo tal como desearía que fuera (el ideal).

De esto se desprende que "si la descripción entre ambas imágenes (la real y la idealizada) no es grande, es posible que la persona se acepte a sí misma. La aceptación de otros está ligada a la aceptación de uno mismo" (Gillham, 1982, p.20).

Por lo tanto, la trascendencia del autoconcepto sobre la vida entera del ser humano no debe menospreciarse, pues la buena salud mental requiere que las autopercepciones correspondan con las percepciones que los demás tienen de uno mismo, mientras que la enfermedad mental siempre se acompaña de una deficiencia en autoestima y autoconcepto, de aquí que la autoconcepción sea como se mencionó en un inicio, significativa como guía y directriz del comportamiento de un individuo en general.

3.6. Escala Tennessee de Autoconcepto

En esta sección se consideró importante subrayar la aplicación, estructura y calificación de la Escala Tennessee de Autoconcepto que desa-

rollara William Fitts en 1955, debido a su empleo en la presente investi
gación para analizar si existen o no diferencias entre un grupo de adoles-
centes farmacodependientes y otro grupo de adolescentes no farmacodepen--
dientes en cuanto al autoconcepto.

Esta Escala es fundamental pues se emplea desde hace años para pobla-
ciones de pacientes y no pacientes con el fin de medir confiablemente el
autoconcepto en distintas poblaciones (Congdon 1958; Piety 1958; Havener
1961; y Wayne 1963), de ahí que se haya elegido para evaluar las percep--
ciones por las que el sujeto se ve y conceptúa a sí mismo, lo cual influ-
ye enormemente en el comportamiento, en la personalidad y en la salud men
tal del individuo.

La Escala Tennessee de Autoconcepto consta de cien afirmaciones auto-
descriptivas o declaraciones de sí mismo, donde el sujeto emplea la repre
sentación de su propio esquema, de sí mismo.

La Escala puede ser autoadministrada, individual o grupal y es apli-
cable a partir de los doce años con escolaridad de sexto año de primaria
o que sepan leer.

Es útil tanto para individuos "sanos", como para neuróticos o psicó-
ticos (todo tipo de población).

Su tiempo promedio de realización es de diez a veinte minutos, y es
válida en dos formas:

- A) La forma guía o de consulta psicológica (Counseling Form), y
- B) La forma clínica y de Investigación (Clinical and Research Form).

Ambas formas utilizan el mismo folleto e ítems del test; la diferen-
cia radica en la manera de calificar y en los perfiles.

En seguida, se hablará brevemente sobre las dos formas de que consta

la Escala y la razón de haber empleado la primera forma.

La primera forma es más rápida y fácil por las pocas variables y scores, apropiado para la Interpretación del self, retroalimentación y guía o consejo, con menos sofisticación en psicometría y psicopatología por parte del examinador.

La segunda forma clínica y de investigación es más compleja en términos de score, análisis e interpretación.

En el presente estudio se empleó la primera forma, pues la segunda aún se encuentra en investigación y carece de fundamentos empíricos, de ahí que algunas escalas reciban el nombre de empíricas.

Las instrucciones, el formato de afirmaciones, la hoja de respuestas y la hoja de calificaciones se localizan en el anexo a este apéndice.

4.5.1. Calificación e Interpretación

En seguida se describirá la forma de calificación e interpretación de las escalas utilizadas para la evaluación del autoconcepto de los sujetos de la muestra.

Se optó por ello, debido a que se utilizan escalas correspondientes a la forma clínica y de investigación; sin embargo, no se emplean todas ellas, sino solamente aquellas que han sido corroboradas a través de la investigación y la clínica, prescindiendo de las demás, específicamente de las escalas empíricas, las cuales aún se encuentran en trabajo de investigación.

Ahora bien, la forma de responder a los ítems de la Escala, se realiza a través de encírcular el número de la respuesta deseada en la hoja de

respuestas, la cual, por medio de un papel carbón que se encuentra entre ambas hojas (la de respuestas y la de calificación), se marca en ésta última.

El puntaje señalado en esta última hoja se empleará para obtener la puntuación de las diferentes escalas. Es importante señalar que el orden del valor asignado a cada respuesta no coincide en las dos hojas.

En la hoja de calificaciones, los noventa ítems básicos se dividen en ítems positivos e ítems negativos en partes iguales y la escala de autocrítica (SC), que abarca los diez ítems restantes, para sumar las cien autodescripciones que constituyen la escala total.

En los ítems negativos, el número de la hoja de respuestas ha sido invertido para obtener un sistema de calificación sencillo y unificado.

Se explican las subescalas que conforman la Escala total, abarcando las diez variables que fueron medidas y analizadas para la realización del estudio.

1) Escala de Autocrítica (SC): Esta escala está compuesta de 10 ítems. Son derogaciones o afirmaciones que la mayoría de las personas admiten como ciertas de sí mismas. Frecuentemente son defensivas y exigen de cierto esfuerzo para presentar una imagen favorable sobre la persona que contesta la prueba.

Su puntaje se obtiene por la suma de los puntos encerrados en círculos en los ítems del 91 al 100. Se anota en la casilla marcada con SC.

+ Puntajes altos indican "normalidad", amplias capacidades de autocrítica.

+ Puntajes excesivamente altos indican sujetos patológicamente inde-

fensos, con desmesurada capacidad de autocrítica que los lleva a la deficiencia o carencia de recursos defensivos.

+ Puntajes bajos son indicadores de sujetos que se encuentran a la defensiva, donde se trata de dar deliberadamente una imagen favorable de sí mismo.

2) Los scores o punteos positivos (P): Derivan directamente de un esquema de calificación fenomenológica. Se refieren al puntaje que se obtiene en la escala P + N total; P + N hilera 1, 2 y 3 y P N columnas A, B, C, D y E.

Para obtener la puntuación se procede a sumar los puntos encerrados en círculos en cada una de las celdas. Igual para cada una de las 15 celdas, obteniéndose un puntaje para cada una de ellas.

El puntaje en las celdas P + N hilera 1, 2 y 3, se obtiene en forma semejante; se suman las puntuaciones de las 5 celdas que corresponden horizontalmente en una hilera.

Las declaraciones llevan a tres hileras horizontales y cinco columnas, que constituyen el marco de referencia interno y el marco de referencia externo, respectivamente.

Así, se tiene que las tres hileras (marco de referencia interno), componen:

a) Hilera 1: Identidad. Describe al sujeto como se ve, es decir, lo que es. Refleja lo "que yo soy".

b) Hilera 2: Autosatisfacción o autoaceptación. Indica lo que el sujeto siente del yo que percibe, es decir, "lo que siento", y como me siento conmigo mismo por lo que soy.

c) Hilera 3: Comportamiento o conducta. Señala la percepción que la

persona tiene de cómo actúa o "cómo funciona", es decir, "esto es lo que yo hago".

Se obtiene así, una descripción de la persona en base a su marco de referencia interno. Sobre estas tres bases, fueron tomadas las categorías horizontales que aparecen en la escala como Row 1, Row 2 y Row 3. Los scores, pues, comprenden tres sub-scores, que constituyen agregados el Total positivo o el score positivo total.

De la misma manera, aparecen cinco columnas (marco de referencia externo), que abarcan:

a) Columna A: Yo físico. El sujeto opina sobre la perspectiva de su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

b) Columna B: Yo ético-moral. Describe la moral, valores, ética, méritos, relaciones hacia Dios, sentimientos de bondad y maldad, ideas religiosas o ausencia de éstas.

c) Columna C: Yo personal. Refleja el juicio individual o propio valor personal, adecuación y evaluación de la personalidad como algo aparte de su cuerpo o relación con otros.

d) Columna D: Yo familiar. Se relaciona con la descripción de los sentimientos propios del valor personal y afectividad en las relaciones familiares, es decir, refleja sentimientos de adecuación, mérito y valía como miembro de una familia, amistades y sujetos en general.

e) Columna E: Yo social. Describe las relaciones y los sentimientos sobre éstas con los demás individuos, la manera de interacción con quienes rodean a la persona, es un juicio de adecuación, en su interacción social con otros en general.

Estas escalas integran el marco referencial externo de la autodescripción del sujeto.

Por lo tanto, el punteo P Total, se obtiene a partir de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada hilera, cuyo resultado debe ser igual a la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en cada columna. Esto, suele utilizarse como una corroboración de una buena calificación de estas escalas.

El score P Total es el más importante indicador del nivel de autoestima total.

+ Puntajes altos: Sujetos que se agradan a sí mismos, poseedores de valor y mérito, con confianza consigo mismos y por lo que actúan de acuerdo a ello.

+ Puntajes extremadamente altos: Indican posibles perturbaciones mentales severas.

+ Puntajes bajos: El individuo duda de su valor, se percibe como indeseable, con poca confianza y fe en sí mismo, acompañado de ansiedad, infelicidad y depresión.

+ Si el score de autocrítica (SC) es bajo y el score P alto, se sospecha una gran distorsión afectiva defensiva.

3) Los scores variables o de variabilidad (V): Proporcionan una medida de variabilidad o inconsistencia de un área de percepción del self a otra. Se refieren a los punteos de variabilidad total, la variabilidad total de hilera, la variabilidad total de columnas (1, 2 y 3; A, B, C, D y E).

Su obtención: En cada hilera, en las celdas que corresponden horizontalmente, se busca la que tenga mayor puntaje y la que contenga el menor,

realizándose entre ellos una resta. Su resultado se anotará para cada hilera, en total de hilera.

Para encontrar la variabilidad de columnas, se procede a buscar el -
puntaje mayor y el menor de las celdas correspondientes verticalmente, -
restándose éstos. Su resultado se coloca en forma correspondiente para ca
da columna en total de columna.

Para obtener los punteos de variabilidad total de hileras se suman -
las puntuaciones de variabilidad obtenidas en cada hilera. Para obtener -
los punteos de variabilidad total de columnas, se suman las puntuaciones
de variabilidad obtenidas en cada columna.

Ambos valores, los punteos de variabilidad total de columna y de hilera, es poco frecuente que coincidan, por lo cual no son útiles para la corroboración de una buena calificación.

Para lograr el puntaje total de variabilidad basta con sumar el de -
la variabilidad total de hileras con el de las columnas.

Así se tiene que V Total representa la variabilidad entre todos los
punteos, nos proporciona un registro total de variabilidad.

Columna Total V: Mide y resume las variaciones de las columnas.

Hilera Total V: Suma de las variaciones en las filas.

Para Total V se tiene que:

+ Puntajes altos, indican variaciones entre una y otra área de la --
personalidad del individuo, habiendo poca unidad e integridad personal, -
encasillando ciertas áreas y observándolas como realidades pero disocia--
das del yo, es decir, el sujeto es completamente variable de una a otra -
área, con una pequeña capacidad de integración, ya que apartan en compartimie
ntos ciertas áreas del self.

+ Puntajes bajos, indican "normalidad" en variabilidad, son por lo general, sujetos integrados y adaptados, con continuidad o consistencia en sí mismos.

4) Score de distribución (D): Representa la suma que el individuo obtiene en la distribución de sus respuestas a través de las cinco opciones que se le presentan al consultar los ítems de la escala. Refleja autopercepción (como uno se ve a sí mismo).

Su puntaje se obtiene a partir de la hoja de respuestas, contando las veces que el sujeto repite cada opción de respuestas. Se hace separadamente para 5s, 4s, 3s, 2s y 1s. Las sumas se anotan en los espacios denominados totales. En los espacios de D se ubican la suma de los 5s multiplicados por 2; pasando en cambio la suma de los 2s y de los 4s; multiplicándose los 1s por 2. La suma de los 3s se omite. Obtenidos dichos resultados se suman los 4s para obtener el puntaje de distribución.

Es una medición adicional de la autoimagen y significa la certeza o seguridad de cómo el sujeto se percibe a sí mismo.

Debe recordarse que para computarse este score, debe usarse la hoja de respuestas y no la de la calificación.

+ Puntajes altos, denotan seguridad.

+ Puntajes bajos, denotan inseguridad.

+ Una actitud defensiva se detecta cuando la opción más frecuente es 3.

+ Si la puntuación D es extrema, oscilando las respuestas en 1 y 5, señalan gran perturbación en el examinado.

A partir de aquí, se consideran algunas puntuaciones de scores de la

forma II, o forma clínica y de investigación, pero solamente aquellas que fueron investigadas, omitiendo las escalas empíricas que aún no poseen va lidación formal.

5) La Escala T/F: Esta es una medida de respuestas reglamentarias - que se aproximan al prejuicio, a la preocupación del sujeto. Es un índice de que la persona se aproxima a su tarea que implica tendencia a acordar o discrepar, prescindiendo del contenido del ítem (Fitts, 1961).

Esta escala es conocida como la proporción de verdadero/falso; se ob tiene por la suma de las veces que se repiten las opciones 5, 4, 3, 2 y - 1, basándose exclusivamente en la columna de autocrítica. Estos son resta dos a las cantidades obtenidas anteriormente para los 5s, 4s, 3s, 2s y 1s en totales.

La suma de los resultados de estas restas debe ser igual a 90, indi cativo de un proceso y operaciones correctas para obtenerlas. Logrando lo anterior, la suma para los 5s y 4s se divide entre la suma de los resulta dos para los 2s y los 1s. La división se aproxima a centésimas, encontrán dose así la proporción de respuestas falsas y verdaderas.

+ Puntajes altos, indican una definición y descripción de sí mismo - por lo que el yo es, pero siendo incapaz de hacerlo de acuerdo a lo que - no es.

+ Puntajes bajos, indican que el sujeto es más equilibrado y que se describe por lo que es siendo capaz de describirse también por lo que no es.

+ Puntajes medios, indican que el sujeto logra una autodefinición - más balanceada empleando ambas tendencias, afirmando lo que es su self y eliminando lo que no es su self.

6) Escalas de conflicto neto (CN): Estos scores están altamente correlacionados con el score T/F; sin embargo, de manera más directa, miden la capacidad o la extensión de las diferentes respuestas a los ítems positivos individuales, o el CONFLICTO, sus respuestas a los ítems negativos en la manera o misma área de la autopercepción.

Esto quiere decir, que mide el grado en que las respuestas del sujeto da a los ítems positivos, difieren o están en conflicto con sus respuestas a los ítems negativos en la misma área de autopercepción y la escala de conflicto total. Proporciona una definición operacional limitada y aplicada al término "conflicto".

Estas escalas incluyen el conflicto neto total, el conflicto neto de hileras 1, 2 y 3 y el conflicto de columna A, B, C, D y E.

Para su obtención, hay que tener en cuenta que cada celda se compone de tres ítems positivos y de tres ítems negativos, los cuales poseen signo negativo.

Debido a que hay puntuaciones positivas y negativas, se realiza una suma algebraica entre los ítems positivos y negativos, hallándose de este modo el conflicto neto para cada celda. Posteriormente, se realiza la misma operación con las demás celdas; en total son quince celdas.

Los resultados obtenidos, se suman algebraicamente en forma horizontal para obtener el conflicto neto de hileras. Para la obtención del conflicto neto de las columnas se procede de forma similar que en la obtención del conflicto neto de hileras; para ello, se suman algebraicamente los resultados obtenidos y que corresponden verticalmente. Esto se hace igual con cada columna.

La obtención total de conflicto neto se da en base a la suma alge---

bralca de los puntajes, ya sea de las 5 columnas o 3 hileras; su suma algebraica debe coincidir, dando la misma puntuación. A su vez, este punteo sirve para corroborar un buen procedimiento de calificación; en la interpretación clínica de las escalas de conflicto, es importante el signo que posee la puntuación, puesto que hay dos tipos de conflicto: el negativo, conocido como conflicto de negación y el positivo, conocido como conflicto de asentimiento o asentamiento.

El primero, indica que el sujeto niega sus atributos negativos de acuerdo a como afirma sus atributos positivos; el segundo, se refiere a que el individuo sobreafirma o exagera sus atributos positivos.

De manera más específica: El score $P - N$ es una medida operacional de conflicto. Cualquier diferencia entre P y N refleja contradicción o conflicto, que pueden ser de dos tipos:

a) Aceptación de conflicto: Ocurre cuando los scores P son más grandes que los scores N ($P - N$ produce un score positivo), que significa la exacerbcación de atributos positivos.

b) Negación de conflicto: Lo opuesto. Los scores N son más altos que los scores P ($P - N$ menores), que significa que el sujeto niega exageradamente sus atributos negativos en relación a la manera como afirma sus características negativas, eliminándolas.

7) Scores de conflicto total (CT): El score de conflicto neto sólo se ocupaba de la tendencia en $P - N$ (medida de conflicto). Pero algunos sujetos presentan diferencias altas de $P - N$ porque están variando mucho. Debe por tanto, determinarse el monto total de conflicto $P - N$ en sujetos en que el autoconcepto está bien en monto y dirección del conflicto. El score de conflicto total (CT), se hace sumando las discrepancias $P - N$,

prescindiendo del signo.

Se incluye el total de conflictos de hileras y columnas. Sus puntuaciones correspondientes se obtienen de la suma de los puntajes de conflicto de las celdas. El puntaje de conflicto de cada celda se obtiene igual que en la escala de conflicto neto. Sin embargo, para la escala de conflictos son las sumas de los punteos de las celdas correspondientes ya sea vertical u horizontal, no interesando el signo, sino el valor expresado, que es el que se suma.

Para obtener el conflicto de hilera se suman horizontalmente, para cada una de las celdas correspondientes. Para obtener el conflicto de columna, se suma verticalmente para cada columna, el puntaje de las celdas correspondientes.

El hallazgo total de conflicto se basa en la suma ya sea de las tres hileras o de las cinco columnas, independientemente; su sumatoria da el mismo valor, es decir, que la suma de los puntos de las columnas.

+ Puntajes altos, indican que un sujeto muestra confusión, contradicción y conflicto en su autopercepción.

+ Puntajes bajos, indican que la autodescripción del sujeto es rígida y cerrada, además que existe una imagen convencional de sí mismo como una defensa estereotipada, aunque esto es más adecuado que los scores altos.

+ Puntajes extremadamente bajos, indican sujetos muy estrictos, cerrados, con una autodescripción rígida, estereotipadamente defensiva.

En esta variable, la gente perturbada saca scores altísimos.

Es menester aclarar, que aunque se bosquejó el formato y constitu---

ción de este instrumento, la presente investigación se centró en diez de sus subescalas por considerarse básicas en el estudio del autoconcepto, omitiendo aquellas que no aportan datos valiosos y que por lo general no arrojan diferencias al comparar uno o más grupos.

Para concluir, sólo se añadirá que hay evidencias de la confiabilidad de los scores de esta Escala. Por medio de los análisis de perfiles, el autor demostró que las características o rasgos distintivos de los perfiles están presentes en la mayor parte de las personas y aún a lo largo del tiempo (test, re-test).

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. Planteamiento del problema

El abordar un tema como el del autoconcepto en adolescentes farmacodependientes y no farmacodependientes, lleva a pensar en la influencia que ejerce la concepción del hombre mismo en su comportamiento; por esto es que se consideró la perspectiva clínica, destacándose la preponderancia de un factor intrínseco relacionado con la personalidad del individuo (el autoconcepto), determinante en gran medida de las diferentes expresiones de la conducta, específicamente de la representación mental de lo que el joven sabe de su propio cuerpo, de sus habilidades, de su familia y percepciones de sí mismo dentro de su entorno general.

Obviamente, se tomó en cuenta que el autoconcepto que el individuo posee es una entidad que se desarrolla en base a las primeras interacciones con el grupo primario y después con el grupo secundario, cuyas relaciones reflejan su calidad en diferentes ámbitos como el familiar, social, personal, entre otros.

Dados estos antecedentes, el objetivo del presente estudio es analizar si existen diferencias en el autoconcepto de los adolescentes farmacodependientes en comparación con el autoconcepto de los adolescentes sin problemas de farmacodependencia mediante la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto de William Fitts (1965) para posibilitar una medición de la autoconcepción a través de diez variables o subescalas de dicho instrumento, que brinden información sobre el propio concepto global

221

del individuo para tratar las hipótesis expuestas en la siguiente sección. Se consideran las diez escalas que más aportaciones útiles proporcionan al conocimiento y tratamiento del autoconcepto, omitiendo aquellas en las que por lo general, se da una escasa diferencia o que no son significativas para el presente objetivo.

4.2. Hipótesis

Hipótesis de trabajo (H_A):

"Existe diferencia en el autoconcepto de adolescentes farmacodependientes y el autoconcepto de adolescentes sin problemas de farmacodependencia según la Escala Tennessee de Autoconcepto en cuanto a las áreas de autocrítica, autoestima, identidad, autosatisfacción o autoaceptación, comportamiento, sí mismo físico, sí mismo ético-moral, sí mismo personal, sí mismo familiar y sí mismo social".

Hipótesis nula (H_0):

"No existe diferencia en el autoconcepto de adolescentes farmacodependientes y el autoconcepto de adolescentes sin problemas de farmacodependencia según la Escala Tennessee de Autoconcepto en cuanto a las áreas de autocrítica, autoestima, identidad, autosatisfacción o autoaceptación, comportamiento, sí mismo físico, sí mismo ético-moral, sí mismo personal, sí mismo familiar y sí mismo social".

4.3. Definición de variables

Variable Independiente (VI): Status de farmacodependencia clasifica-

da en escala nominal dicotómica en adolescentes.

Variable Dependiente (VD): Autoconcepto.

4.3.1. A) Definición conceptual de variables

Farmacodependencia: "Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces, para evitar el malestar producido por la privación" (OMS).

Autoconcepto: "Es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente conscientes e inconscientes, está compuesto por percepciones de las propias características y habilidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los otros y el ambiente" (Rogers).

4.3.2. B) Definición operacional de variables

Farmacodependencia: Es el estado caracterizado por cambios en el comportamiento debidos a la presencia de un fármaco dentro del organismo. Esta se define, por medio de las respuestas de los sujetos en la entrevista y por la información proporcionada por el personal del Centro de Integración Juvenil para casos de drogadicción exclusivamente.

Autoconcepto: Se refiere a la manera como cada quien se ve a sí mismo, y por lo cual, se conoce en habilidades, destrezas, pensamientos y

percepciones. Está definida por las respuestas de los sujetos a la Escala Tennessee de Autoconcepto, empleada en este estudio.

4.3.3. Control de variables extrañas

Se controlaron variables tales como consigna, aplicador y la variable de farmacodependencia según el grupo al que los sujetos pertenecían, es decir, el grupo de farmacodependientes debía consumir algún tipo de fármaco, mientras que el grupo de no farmacodependientes no debía haber experimentado nunca con fármacos de ninguna clase. Para controlar en lo posible las variables extrañas no consideradas se procedió a efectuar la muestra por pareamiento (matching) considerando las variables de edad, nivel socioeconómico y escolaridad.

4.4. Descripción de la muestra

Sujetos: La muestra para este estudio fue obtenida del Centro de Integración Juvenil Naucalpan y Escuelas Oficiales del Estado de México, constituida por un total de 60 sujetos adolescentes divididos en dos grupos: Grupo de farmacodependientes $n_1 = 30$ y grupo de no farmacodependientes $n_2 = 30$.

A) Muestra de farmacodependientes: No probabilística, incidental y dirigida. Los sujetos pertenecieron a este grupo con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Adolescentes entre los 14 y los 20 años de edad cumplidos.
- b) Sexo: Masculino.

c) Escolaridad: Estudios de primaria concluidos.

d) Edo. civil: Solteros.

e) Nivel socioeconómico: Medio bajo y bajo.

f) Condición propia de la investigación: Con problemas manifiestos o detectados de farmacodependencia.

B) Muestra de no farmacodependientes: Fue tomado por pareamiento -- (matching), donde por cada sujeto del grupo farmacodependiente se escogió en población abierta un sujeto de características:

a) Adolescentes entre los 14 y los 20 años de edad cumplidos.

b) Sexo: Masculino.

c) Escolaridad: Estudios de primaria concluidos.

d) Edo. civil: Solteros.

e) Nivel socioeconómico: Medio bajo y bajo.

f) Condición propia de la investigación: Sin problemas manifiestos o detectados de farmacodependencia.

En seguida se presentan las tablas de distribución de frecuencias correspondientes a edad, escolaridad y nivel socioeconómico de los sujetos integrantes de la muestra, omitiendo sexo y estado civil, por ser variables constantes en ambos grupos.

DISTRIBUCION DE EDADES

EDAD	f	%
14	4	13%
15	3	10%
16	3	10%
17	4	13%
18	3	10%
19	11	37%
20	2	7%

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Primaria	3	10%
1°Sec.	8	27%
2°Sec.	5	16%
3°Sec.	8	27%
1°Bach.	2	7%
2°Bach.	1	3%
3°Bach.	3	10%

MEDIO SOCIOECONOMICO

M.S.E.	f	%
Bajo	10	33%
Medio bajo	20	67%

4.5. Instrumento

La medición se llevó a cabo a través de una aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto, realizada y publicada por el Dr. William Fitts en 1955 para la evaluación del autoconcepto de los individuos pertenecientes a la muestra.

El propósito del autor, era desarrollar un instrumento de investigación en el difícil problema de la salud mental y cuya utilidad abarcara - la evaluación de pacientes y no pacientes (Belester, 1956, Engel, 1956 y Taylor, 1953).

Se eligió la aplicación de esta Escala, dado que es simple, sencillamente aplicable y multidimensional en la descripción del autoconcepto, - útil en el estudio y comprensión de la conducta humana, por proporcionar una medición de la autoimagen del individuo, es decir, la forma en que se percibe a sí mismo y por medio de la cual se posibilita una evaluación de alternativas para ayudarlo en cuanto guía, asistencia clínica, investigación, diagnóstico y trabajo terapéutico se reflere.

Fitts justifica que la trascendencia de su escala radica en que la -

imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en el -- comportamiento y está directamente relacionada a su personalidad y estado de salud mental, aportación que se convirtió en el máximo apoyo teórico - para la estructuración de dicha escala y la razón por la que se emplea en esta investigación (Anexo); su aplicación, estructura y subescalas se revisaron en el Capítulo III.

4.6. Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo en el Estado de México en el Centro de Integración Juvenil Naucalpan, institución de servicio social, de carácter estatal cuyas actividades están dirigidas a la prevención de la farmacodependencia, a la atención de problemas relacionados, a la promoción de la salud mental y al tratamiento de casos de drogadicción, en el caso del análisis de adolescentes farmacodependientes; y en Escuelas Públicas (Naucalpan y Tlanepantla) con adolescentes que nunca mostraron interacción con fármacos.

Se procedió a formar dos grupos apareados, uno de jóvenes farmacodependientes y otro de jóvenes no farmacodependientes que reunieron las características indicadas en el apartado de la muestra (sección 4.4.).

Para el caso del grupo farmacodependiente, se obtuvo una lista con los nombres de las personas que participaron en la investigación, asistentes de primera vez al Centro de Integración Juvenil. Tras ésta primera en tre vis ta con el personal de dicho Centro y después de haber llenado ficha de recepción, ya impresa propia de la Institución, (para comprobar que se trataba de farmacodependientes de clase socioeconómica baja y media baja),

el psicólogo asignado, canalizaba al paciente para que se le aplicara la Escala Tennessee de Autoconcepto.

En cuanto al grupo de no farmacodependientes, se asistió a Escuelas Públicas, donde después de haber hablado con los directores de los planteles, se obtuvo una lista con los nombres de las personas que participaban y que no hubieran tenido contacto con drogas en ninguna etapa de su vida, amén de que pertenecieran al estrato socioeconómico medio bajo y bajo.

Como primer paso, se entrevistó a los miembros de ambos grupos para sondear si eran o no farmacodependientes y para constatar edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, según los criterios de selección propios de la Institución para los adolescentes farmacodependientes y los expedientes abiertos a los adolescentes no farmacodependientes al ingresar al plantel con la finalidad de seguir sus estudios superiores.

En seguida, se indicó a cada participante que para obtener la información necesaria se les aplicaría una Escala llamada Tennessee de Autoconcepto de manera individual, siendo la información manejada en forma confidencial sin acceso a ésta nadie del personal del Centro de Integración Juvenil ni de la escuela (maestros ni autoridades del plantel), según al grupo al que pertenecían; con lo cual, quedó claro que su identidad sería respetada.

Se les pidió a todos total sinceridad y cooperación en su trabajo; también se les expresó que su colaboración sería valiosa para obtener información para un estudio sobre la manera como se percibían ellos mismos sin interesar lo que pensarán los demás, ya que esto sería la parte más importante del estudio.

Por último, se entregó a cada sujeto la Escala Tennessee de Autoconcepto, siguiendo las instrucciones del Manual (ver Apéndice) y resolviendo dudas antes de iniciar el trabajo.

4.6.1. Escenarios

A) Cada sujeto del grupo de farmacodependientes fue entrevistado y citado para responder a la Escala Tennessee en un cubículo (consultorio) amueblado, con adecuadas condiciones de iluminación y ventilación del CIJ Naucalpan.

B) Cada sujeto del grupo no farmacodependiente fue entrevistado y citado para responder a la Escala Tennessee en un aula con adecuadas condiciones de iluminación y ventilación según la escuela pública a la que éste pertenecía.

4.7. Tipo de investigación (Diseño)

Investigación ex-post-facto, comparativa y transversal. Es un estudio ex-post-facto, porque se analiza un hecho consumado, pues no existe la manipulación de variable independiente de manera directa y por ende, tampoco el control de las condiciones que afectan el fenómeno a investigar; es decir, no fue posible manipular la variable independiente porque ya había acontecido su manifestación y por ser implícitamente no manipulable.

Comparativa, porque se comparan dos grupos para determinar si existe diferencia significativa entre ellos en las características psicológicas que se midieron en base a los resultados de la Escala Tennessee de Auto-

concepto (a excepción de la variable de farmacodependencia o no farmacodependencia según cada grupo), mediante la igualación de sujetos en cada grupo en las características decisivas a observar.

Transversal, porque se comparan dos grupos de adolescentes farmacodependientes y no farmacodependientes para establecer diferencias significativas en su autoconcepto, en un momento o tiempo determinado.

4.7.1. Análisis estadístico

Para el manejo estadístico de los datos se requirió de un análisis de varianza (ANOVA) por ser el más recomendable en casos donde se tiene una colección de datos en la que la VI no puede ser manipulable o controlada directamente, como en este caso.

El propósito del procedimiento es analizar la variabilidad de la respuesta y asignar componentes de esa variabilidad a cada conjunto de VI.

La idea detrás del procedimiento es que las variaciones de respuesta varían debido a la variación de un conjunto de VI desconocidas.

El objetivo del análisis de varianza es determinar cuáles son las VI importantes en un estudio y en qué forma interactúan y afectan la respuesta de los individuos.

En esta investigación se forman pues, dos grupos de sujetos del mismo sexo, edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico para conformar las parejas de sujetos participantes de la muestra.

Por lo tanto, con el objeto de ver si existen diferencias en grupos pareados, para cada una de las subescalas a comparar se estableció la siguiente hipótesis general:

$$H_0 : \bar{X}_F = \bar{X}_{NF}$$

$$H_A : \bar{X}_F \neq \bar{X}_{NF}$$

El contraste estadístico se hizo a través de Análisis de Varianza - Simple para dos grupos.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Resultados

Partiendo del empleo de la Escala Tennessee de Autoconcepto (William Fitts), se consideraron diez subescalas como indicadoras máximas del concepto que de sí mismo posee un individuo. Dichas subescalas o variables (centrales en el presente estudio) fueron las siguientes: Autocrítica, autoestima, identidad, autosatisfacción o autoaceptación, comportamiento, sí mismo físico, sí mismo ético-moral, sí mismo personal, sí mismo familiar y sí mismo social.

Para analizar la fuente de varianza, se establecieron niveles de significancia y por tanto se consideró:

$$F = 4.01 \alpha = 5\%$$

$$F = 7.10 \alpha = 1\%$$

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto a los dos grupos.

V.1. Variable SC. Subescala Autocrítica.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	36.50	33.90
D.E.	7.30	6.20
Sujetos	30	30

No se encontraron diferencias significativas entre ámbos grupos.

(F (1.58) = 2.14).

Se observa que entre ámbos grupos no existieron diferencias significativas.

V.2. Variable T. Subescala Autoestima.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	296.57	324.63
D.E.	33.77	27.75
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ámbos grupos.

(F (1.58) = 12.13; $P < 0.01$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 28.06. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.3. Fila 1. Subescala Identidad.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	110.60	120.10
D.E.	11.19	10.44
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

($F(1,58) = 11.18; P < 0.01$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 9.50. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.4. Fila 2. Subescala Autosatisfacción o Autoaceptación.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	89.43	100.30
D.E.	13.02	10.86
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

($F(1,58) = 11.91; P < 0.01$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 10.37. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.5. Fila 3. Subescala de Comportamiento.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	96.33	104.70
D.E.	13.53	11.13
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

(F (1.58) = 6.41; $P < 0.05$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 8.37. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.6. Columna A. Subescala Sí Mismo Físico.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	59.90	67.17
D.E.	7.91	7.20
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

(F (1.58) = 13.39; $P < 0.01$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 7.27. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.7. Columna B. Subescala Sí Mismo Etico-Moral.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	56.00	61.37
D.E.	8.25	8.60
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

(F (1.58) = 5.88; $P < 0.05$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 5.37. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.8. Columna C. Subescala Sí Mismo Personal.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	57.57	64.47
D.E.	10.79	7.51
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

(F (1.58) = 7.99; $P < 0.01$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 6.9. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.9. Columna D. Subescala Sí Mismo Familiar.

G R U P O

	FD	NO FD
Media	59.80	65.87
D.E.	6.49	7.04
Sujetos	30	30

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

(F (1.58) = 11.63; $P < 0.01$).

La diferencia de medias entre los grupos fue: 6.07. Se observa que los grupos difirieron significativamente entre sí.

V.10. Columna E. Subescala Sí Mismo Social.

G R U P O

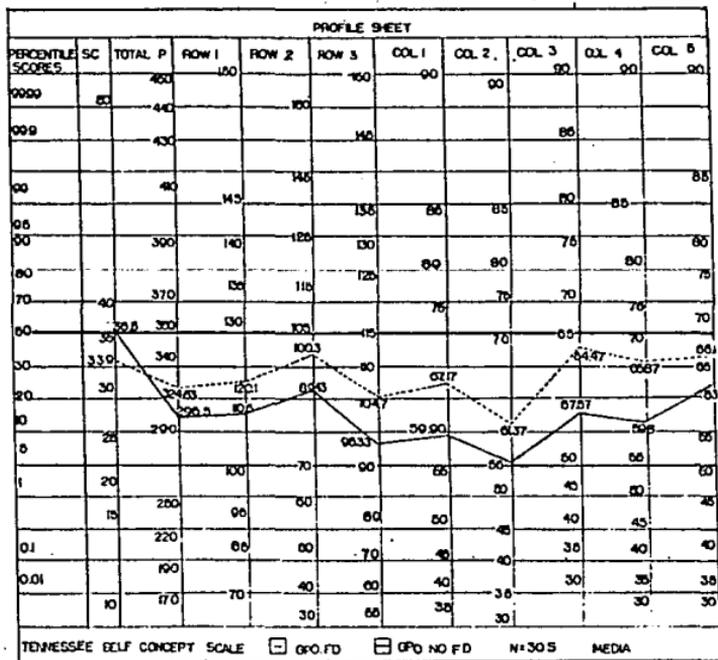
	FD	NO FD
Media	63.10	66.10
D.E.	8.83	6.87
Sujetos	30	30

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

(F (1.58) = 2.09).

Se observa que entre ambos grupos no existen diferencias significativas.

La siguiente gráfica muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto a ámbos grupos (farmacodependiente y no farmacodependiente), con el objeto de tener una visión de las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas consideradas para la evaluación del autoconcepto, a saber: SC (Autocrítica), Total P (Autoestima), Fila 1 (Identidad), Fila 2 (Autosatisfacción, autoaceptación), Fila 3 (Comportamiento), Columna A (Sí mismo físico), Columna B (Sí mismo ético - moral), Columna C (Sí mismo personal), Columna D (Sí mismo familiar) y Columna E (Sí mismo social).



En base a los resultados obtenidos, se tiene que no existen diferencias entre autoconcepto de farmacodependientes y autoconcepto de no farmacodependientes en las áreas de autocrítica y sí mismo social.

Se aceptan diferencias entre autoconcepto de farmacodependientes y autoconcepto de no farmacodependientes en las escalas de autoestima, identidad, autosatisfacción o autoaceptación, comportamiento, sí mismo físico, sí mismo ético-moral, sí mismo personal y sí mismo familiar.

Por lo tanto, puede afirmarse que por medio de las escalas analizadas y las diferencias halladas, se comprobó la H_A : "Existen diferencias en el autoconcepto de adolescentes farmacodependientes y el autoconcepto de adolescentes sin problemas de farmacodependencia según la Escala Tennessee de Autoconcepto en cuanto a las áreas de autoestima, identidad, autosatisfacción o autoaceptación, comportamiento, sí mismo físico, sí mismo ético-moral, sí mismo personal y sí mismo familiar", descartándose diferencias significativas en dos de las subescalas: autocrítica y sí mismo social.

5.2. Análisis e interpretación de resultados

Partiendo del supuesto consistente en establecer un estudio comparativo del autoconcepto en adolescentes farmacodependientes en contraposición al autoconcepto de adolescentes no farmacodependientes mediante la Escala Tennessee de Autoconcepto, se considera conveniente incluir la interpretación de los resultados aportados por dicha escala.

El análisis se basa en las implicaciones del autoconcepto como estructura de la personalidad, abarcándose motivos, actitudes, metas y valo

res, por los cuales el individuo presenta su persona ante el medio ambiente social (Washburn,1961), así como atributos físicos, necesidades biológicas, roles familiares, sociales, características, habilidades y conceptos de sí mismo en relación al sujeto y al ambiente que le rodea (Rubins, 1965; Rogers,1977), útiles en el conocimiento y comprensión del comportamiento en relación a la personalidad global y estado de salud mental -- (Fitts,1965).

A continuación se analizan cada una de las diez escalas consideradas para la evaluación del autoconcepto, incluyendo las diferencias halladas en ocho de las variables y destacando las dos escalas en las que no se detectaron discrepancias entre ambos grupos.

V.1. Variable SC. Subescala Autocrítica.

Tanto el grupo de farmacodependientes como el grupo de no farmacodependientes registraron puntuaciones poco relevantes en sus diferencias -- con respecto a su percepción de autocrítica ($F(1.58) = 2.14$), ya que ambos grupos manifestaron cierto grado de defensividad, lo cual indica que poseen capacidad para aportar una favorable imagen de sí mismos ante la sociedad.

Frecuentemente, se presentó una autodescripción un tanto "alterada" con respecto a la imagen real de la mayoría de los sujetos, es decir, se evidenció cierta dificultad para aceptar aspectos negativos de sí mismos; este hecho puede considerarse adecuado, pues como destacó Erikson (1956), "la adolescencia es un esfuerzo de integración, donde el sujeto debe reevaluarse a sí mismo, buscando aprobación", para adaptarse a su medio circundante.

Con respecto a esta variable y escala, numerosos autores (Atchinson, 1958; Fitts, 1965), no hallaron diferencias en autocrítica entre grupos de delincuentes-no delincuentes, pacientes-no pacientes, lo cual sustenta lo anteriormente expresado.

Por tanto, en base a los resultados obtenidos se acuerda que no existen diferencias importantes en el área de autocrítica entre farmacodependientes y no farmacodependientes.

V.2. Variable T. Subescala Autoestima.

En esta variable, los sujetos pertenecientes al grupo de farmacodependientes, arrojaron datos que marcaron diferencias significativas ($F(1,58) = 12.13; P < 0.01$), con respecto a los sujetos no farmacodependientes, dado que los primeros, tienden a dudar de su propio valor, consecuencia de su escasa autovaloración y confianza en sí mismos.

Como es sabido, la autoestima es la imagen que de sí mismo tiene la persona y abarca la valoración propia que influye en pensamientos, deseos, valores y metas que guían su conducta. Desde este punto de vista, el grupo de farmacodependientes, se mostró incapacitado para fijarse metas u objetivos y menos aún para alcanzarlos o luchar por ellos, precisamente porque no poseen visión positiva de sí mismos, aspecto que los lleva a mecanismos tales como evasión, represión y distorsión de sus vivencias, lo cual orilla a la falla entre sus atributos reales e ideales, con problemas de evolución, rechazo de su sexualidad, desconfianza, disgusto de sí mismos e incapacidad para tomar decisiones y responsabilizarse por ellas. De ahí que a menudo, sean individuos que se sienten indeseables, poco capaces y valiosos en cuanto a satisfacción de los roles que juegan y

cualidades ejecutadas (Lipka,1980), desconociendo sus potencialidades que generan sentimientos de amenaza, constante defensividad, frustración, rigidez, enfado, ansiedad, infelicidad y depresión.

Refiriendo a Cohen (1977), "muchos usuarios de drogas poseen baja -- autoestima y subestiman su propio valor"; "los adolescentes que abusan de drogas tienen un frágil sentido de autoestima que siempre cuelga o pende de una balanza". Paralelamente, Linda Backman (1978), concluyó que "la dependencia se relaciona inversamente con el consumo de fármacos", por lo - que ante pensamientos de inutilidad, inadecuación e ineptitud disminuye - la autoestima e incrementa la predisposición al abuso de drogas. Los autores mencionados, avalan los hallazgos encontrados en la Escala Tennessee de Autoconcepto.

Por el contrario, la información obtenida en las respuestas del grupo de no farmacodependientes, mostró que poseen alta capacidad para autovalorarse, sentirse satisfechos consigo mismos confiando en sus potencialidades, lo que les permite actuar de acuerdo a esta imagen existiendo una percepción adecuada acompañada de control y manejo de habilidades, aceptación de su sexualidad, facilidad para entablar y mantener relaciones interpersonales abiertas, sinceras, duraderas, gusto y aceptación de sí mismos, confianza, responsabilidad al tomar decisiones y lo más importante, sensación de comodidad, aceptación y seguridad.

Por tanto, como la diferencia en esta escala es significativa, se - acepta la disparidad en el área de autoestima en personas farmacodepen---dientes y no farmacodependientes.

V.3. Fila 1. Subescala Identidad.

En esta escala se registraron diferencias considerables entre ámbos grupos, ($F(1.58) = 11.18; P < 0.01$), ya que la población de adictos aportó resultados que refieren una identidad empobrecida respecto a lo que el sujeto es realmente y a la manera como éste se percibe; su concepto de sí mismos (identidad e individualidad) reflejó escasa consistencia y coherencia en cuanto a autoimágenes, valores, actitudes y pensamientos. De hecho, Erikson (1956-1968), explicó la función de una "identidad negativa" por parte del adolescente para esclarecerse a sí mismo, aspecto que puede empujar al joven a la delincuencia, prostitución o farmacodependencia, pues es preferible ser alguien "nocivo" a pasar inadvertido dentro de su ambiente. Independientemente, de que "el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremos, como requisito indispensable para establecer su identidad" (A. Aberastury), los jóvenes adictos a fármacos exceden todo límite.

Por otro lado, el grupo de no adictos exteriorizó a través de sus respuestas a la escala, un conocimiento del "sí mismo", como símbolo o sello que cada uno posee de su propio organismo y que conlleva a un sentido de continuidad y mismidad en su tiempo y espacio. En este punto, conviene citar a Erikson (1968), donde subrayó que "un óptimo sentido de identidad, es experimentado meramente como un sentido psicológico de bienestar, cuyas más obvias connotaciones son un sentido de bienestar en el hogar, en el cuerpo de uno, un sentimiento de conocer a dónde va y una garantía de reconocer todo". El sujeto al preguntarse ¿Quién soy yo? solidifica y prueba su autoconcepto e identidad, su objetivo es lograr un sentido sobre sí mismo como persona que tiene su propio valor, reforzando su capacidad para desarrollar habilidades en este lugar y en este tiempo. Y es precisa-

mente lo que sucede con este grupo de no farmacodependientes, ya que su identidad hace que se sientan satisfechos por sus atributos y capacidades para enfrentar la vida, responsabilizarse del propio proceder, aceptar --críticas o elogios de manera objetiva, sin negar o distorsionar sentimientos, motivaciones, habilidades o limitaciones, sino aceptar sus valores - en una justa dimensión.

La trascendencia del papel de la identidad en el autoconcepto radica en el hecho de que el cuestionamiento que el adolescente se hace a sí mismo, es un medio para llegar a saber quién es y qué va a hacer (Friedenberg, 1959).

Por lo tanto, la diferencia evidente entre ambos grupos, conlleva a la aceptación de que existe disparidad en el área de identidad entre estos dos grupos de jóvenes.

V.4. Fila 2. Subescala Autosatisfacción o Autoaceptación.

Aunque en esta área se reflejaron diferencias notables entre los grupos, ($F(1.58) = 11.91; P < 0.01$), es necesario aclarar que éstos exhibieron puntuaciones apegadas a la media, es decir, ninguno sobrepasó los límites de puntuación aceptables que califican el agrado o desagrado, aprobación o desaprobación en cuanto a la autodescripción; es una de las subescalas en las que existió más acercamiento a la norma.

Debe ponerse atención al hecho de que la autoaceptación es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. "La actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio de su propio valor, juegan un papel de primer orden en el proceso creador" -

(Mauro Rodríguez).

Desde esta perspectiva, se tiene que ambos grupos manifestaron reconocimiento de sus propias capacidades y limitaciones; no obstante, a diferencia del grupo de no farmacodependientes, los adictos no lo expresaron en forma consciente haciendo uso de la represión y negación, dado que no siempre aceptan sus propias habilidades y capacidades ni sus fallas o debilidades sin sentirse devaluados, de ahí que destaquen sus aspectos positivos omitiendo los negativos.

Por lo general, los adictos no confían en sí mismos para tomar decisiones y demuestran un exacerbado temor a la reprobación y crítica de los demás seres sobre sus acciones, aunque aparentemente no les interese; -- además en numerosas ocasiones, emprenden actividades donde no es posible el éxito y sí en aquellas donde saben de antemano que fracasarán, mientras que los no farmacodependientes, se percatan de ello, buscan el éxito y luchan por sus metas racionales y lógicas, con altas probabilidades de triunfo, lo cual enriquece su personalidad, y coadyuva al logro de una alta autoestima por medio de la aceptación orgullosa de sus propias habilidades y capacidades, reconociendo fallas y debilidades, que en última instancia es lo que hace crecer al individuo como tal.

Por lo tanto, se asume que existen diferencias significativas dada la oposición hallada en esta área de autoaceptación-autosatisfacción entre ambos grupos.

V.5. Fila 3. Subescala de Comportamiento.

Los datos aportados por la escala 3, determinaron diferencias entre los grupos ($F(1,58) = 6.41; P < 0.05$), respecto a la forma de percibir su

propia conducta y el modo en que éstos funcionan, siendo una de las escalas donde se registró más baja puntuación a pesar de la discrepancia importante.

Los adictos expresaron incapacidad para responsabilizarse de sus propios actos resultantes de sus decisiones. Esto es importante desde que W. Fitts (1965), se apoyó en que "la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en el comportamiento y está directamente relacionado a su personalidad y estado de salud mental"; del mismo modo, Marvin Powell (1981), "el cambio en el autoconcepto induce modificaciones en la conducta". Dichos cambios se reflejan en las preferencias, elecciones e intereses del individuo.

Los sujetos del grupo de farmacodependientes, manifestaron dicha modificación conductual, lo que hace que se trate de personas impulsivas e incluso agresivas que no se detienen a pensar o razonar sobre su proceder, lo cual reduce las posibilidades de enriquecer su personalidad.

En oposición, los sujetos no farmacodependientes, denotaron una gran capacidad para tomar decisiones responsablemente y actuar en consecuencia. La mayoría de las veces ya que como se sabe, una de las características inherentes al adolescente es su impulsividad y "arrepentimiento" posterior a arrebatos e impulsos antisociales, de aquí que este grupo no adicto también expresara ciertas dudas en cuanto al propio comportamiento. Sin embargo, en términos generales, su conducta coadyuva a lograr éxitos y satisfacción en cuanto a la manera de actuar en las diversas esferas de su vida.

Por tanto, se acepta que existe diferencia entre ambos grupos estudiados respecto al área de comportamiento en general.

Estas tres áreas (identidad, autoaceptación-autosatisfacción y comportamiento) conforman según Fitts, el marco de referencia interno, pues conllevan un componente subjetivo en base a la manera como el sujeto cree que lo ven los demás; la primera, se refiere a lo que es el individuo, - descripción de lo que él es basado en cómo se ve a sí mismo; la segunda - se relaciona con la manera como la persona se siente consigo misma y por lo que es, reflejo de su sentir acerca del "yo" que percibe y la tercera, se encamina a lo que hace el sujeto, indica la percepción que se tiene - del propio comportamiento y de la forma en que funciona.

Las siguientes cinco escalas revelan el marco de referencia externo, el sí mismo físico, ético-moral, personal, familiar y social, que engloban la percepción de la persona en base a la sociedad, cultura, ideología y - medio ambiente en general que le rodea.

La autoevaluación por columnas suele ser mucho más variable que los scores de filas que representan el marco de referencia interno. A continuación se analizan cada una de las columnas constituyentes de la escala.

V.6. Columna A. Subescala Sí Mismo Físico.

En cuanto a la columna A se registraron diferencias manifiestas -- (F (1.58) = 13.39; $P < 0.01$), entre el grupo de farmacodependientes y el - de no farmacodependientes; pese a que sus puntuaciones son ligeramente ba - jas, cayeron dentro de la media.

Esta diferencia hallada en el sí mismo físico es importante puesto - que el papel que juegan las dimensiones físicas y psicológicas son básic-- cas por sus implicaciones en las transformaciones de la personalidad du-- rante la pubertad, es decir, la imagen del yo físico, participa en las re

presentaciones de la imagen del yo, papeles sociales y opinión que el individuo se formula sobre sí mismo y sobre los demás, cuya base radica en las normas culturales y el grupo de iguales fundamentalmente. Esta área merece especial atención ya que durante la adolescencia, empieza un cambio en la autoimagen y una reevaluación del ser a la luz de nuevos poderes y sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio en el estado físico, aspectos que transforman la evolución biológica en experiencias psicosociales adecuadas para que las expectativas de sí mismo y los valores relacionados con otros coincida y lleguen a formar un concepto de sí y una identificación integral y coherente.

El grupo de adictos reveló empobrecimiento y deterioro en la percepción de su propio cuerpo, estado de salud general, apariencia física, habilidades y sexualidad, lo cual se evidenció al observar la calidad de sus opiniones y perspectivas con respecto a tales aspectos, partiendo del hecho de que estos individuos se ven a ellos mismos de manera limitada, donde el self como entidad psicológica unida al sustrato físico y biológico de la personalidad, influye negativamente en la valoración que se realiza alrededor de las características que ayudan a entablar relaciones con los demás y con uno mismo dentro de una estructura social. Esto se explica desde la postura de Lerner y Karabenick (1974), "existe una elevada correlación entre la estimulación que los sujetos tienen del atractivo físico de las partes del cuerpo y la estimulación global que tienen de sí mismos con su autoconcepto" (Arnhoff y Damianopoulos, 1962; Hamburg, 1974), "las actitudes de los adolescentes hacia su propio cuerpo influyen los conceptos que de sí tienen"; Fitts, 1971, "de acuerdo a como el individuo se siente, será la forma en que se autoconceptúe".

Por lo visto, el toxicómano posee una falla o fracaso en el dominio de sí mismo en situaciones de tensión o stress, lo cual favorece un sentido de inadecuación que inhibe el desarrollo de un autoconcepto positivo; al respecto, Bloss (1960) concluyó: "Una imagen corporal deficiente, vaga e incompleta, ejerce una influencia patogénica en el desarrollo del yo"; Peto (1959) agregó: "El mundo externo es modelado congruentemente con el esquema corporal, cuya representación mental es el yo corporal".

Por otro lado, el grupo de no farmacodependientes vislumbró capacidad para ser más certeros y justos en sus opiniones y juicios concernientes a su autodescripción, es decir, las peculiaridades de su imagen corporal causan la concepción de un mundo diferente al visualizado por el ser dependiente que necesita recursos materiales que colaboren a su bienestar y a percibirse de una manera pocas veces confiable y equilibrada.

Por tanto, se acepta la diferencia significativa en el área de sí mismo físico entre uno y otro grupo.

V.7. Columna B. Subescala Sí Mismo Etico-Moral.

Dentro de esta área, se detectó diferencia evidente entre el primer grupo y el segundo ($F(1,58) = 5.88; P < 0.05$). Dada la importancia interpretativa de esta subescala, es menester aclarar que los sujetos puntualizaron scores bajos, siendo el tópico sí mismo moral el que obtuvo menor puntaje, alejándose de la media según indicó el perfil.

En este sector, se evalúan las normas y valores dentro de la sociedad o cultura, se compara y juzga la conducta de acuerdo a dichas normas pues éstas, engloban la fe, las creencias, el significado de la vida, vocación, trascendencia, plenitud, paz, bondad, fidelidad y justicia. Enton

ces, se tiene que el grupo de adictos en su mayoría, puntualizó ausencia de religión, normas morales, éticas y escasez de valores, principalmente en lo concerniente al hecho de no conducirse dentro de las reglas sociales, establecidas por el consenso general; Erikson (1968), sostuvo que estas personas prefieren ser alguien "perverso" o indeseable a no ser nada o pasar desapercibido. Por lo general, aceptan que en numerosas ocasiones, dicen cosas que no son ciertas para conseguir lo que desean, son personas tendientes al ateísmo, cayendo en cuestiones y pensamientos tan "negativos" e incluso dañinos que ni siquiera se pueden decir, por lo que llegan esporádicamente a sentirse insatisfechos de su proceder; "los chicos adictos presentan más síntomas depresivos, comisión de actos desaprobados socialmente, en su mayoría ateos e inconformes con su estilo de vida" (Kandel, 1978), presentando agresión, dolor y angustia, acompañados de fuertes dudas y problemas morales no resueltos.

No obstante, algunos sujetos desearían establecer pautas aceptables y tomar los principios de alguna religión como parte de su vida diaria para compensar la soledad, desaprobación y vacío emocional en que viven.

En contraste, el grupo no adicto aceptó actuar un poco más en base a ciertas referencias morales, satisfechos con alguna religión o con la necesidad de seguir un patrón de normas y valores para actuar en sociedad y así poseer sentimientos de adecuación y aprobación en cuanto a su pensamiento, emotividad y comportamiento, comprometiéndose consigo mismos para seleccionar valores y expectativas que los hagan experimentar un sentido de bienestar y funcionamiento óptimo dentro de su círculo más inmediato.

Por lo tanto, imperan las diferencias halladas entre ambos grupos en el área sí mismo ético-moral.

V.8. Columna C. Subescala Sí Mismo Personal.

Los resultados evidenciados en la Columna C, demostraron que existen divergencias entre los grupos en cuanto a los juicios individuales referentes al valor personal y sentimientos de adecuación como personas con valores y dignos de merecimientos por lo que son ellos mismos.

Es quizás esta área, donde se halló mayor discrepancia entre los grupos ($F(1.58) = 7.99; P < 0.01$); el grupo de adictos descendió en gran medida de la "norma", mientras que el no adicto cayó casi en la media, siendo la escala con mayor puntaje junto con la de autocrítica.

La subescala sí mismo personal difirió de un grupo a otro en el sentido de valor personal, adecuación como persona, autoevaluación del cuerpo y relaciones con los demás.

El grupo de farmacodependientes presentó en términos generales autoevaluaciones que denotaron actitudes de pesadumbre, angustia, contrariedad y menoscabo en cuanto a la percepción corporal y todos sus atributos en relación con sus coetáneos, lo que conduce a sentimientos de inadecuación como personas con escasos triunfos y méritos. Mc. Agree (1972), concluyó que "los adictos mostraban más trastornos emocionales que la población no usuaria" en los aspectos mencionados con anterioridad.

En contraposición, el grupo de no farmacodependientes mostró una adecuada y conveniente valoración personal para adaptarse y ajustarse al medio externo en base a su autovaloración como seres con capacidades y limitaciones, lo cual colabora a sobresalir en competencias y objetivos planeados en su estilo vital.

Rogers (1959-1961), destacó la congruencia del funcionamiento total

de lo que significa ser persona, como alguien capaz de poseer apertura a la experiencia, exactitud de conciencia, incondicional autorrespeto y relaciones armoniosas con los demás, puntos presentes en este grupo de personas no dependientes a tóxicos.

Por lo tanto, se asume la diferencia que existe entre ámbos grupos - en el área sí mismo personal.

V.9. Columna D. Subescala Sí Mismo Familiar.

Los grupos analizados difirieron enormemente en los resultados obtenidos de la columna D, siendo una de las áreas donde más oposición existe ($F(1.58) = 11.63; P < 0.01$).

Esto es explicable desde el punto de vista de que la familia, su estructura y dinámica involucran un importantísimo rol en el autoconcepto y en la posible adicción a tóxicos.

A través de esta subescala, se visualiza la descripción de los sentimientos propios de valor personal y afectividad dentro del núcleo primario y círculos cercanos a éste, es decir, el individuo exterioriza su percepción particular en relación con miembros cercanos lo que lleva implícito sentimientos de adecuación, mérito y valor ante familiares, socios o amistades.

El ámbito familiar es esencial en el presente estudio, ya que forma parte de la triada etiológica para que se genere la farmacodependencia.

La calidad de los vínculos familiares determina las ulteriores relaciones por lo que éstos serán decisivos para facilitar u obstaculizar la madurez del individuo.

El grupo de adictos estudiados, presentó graves problemas en esta -

área, debido a que sienten que su grupo primario no los considera y desearían modificar sus relaciones con éste, aunque reconocen que deberían poner más empeño en que estos vínculos mejoraran. Poseen significativos sentimientos de inferioridad y subestimación, e incluso estar "fuera de lugar" como miembro de su grupo, lo cual se hace extensivo a su círculo de amistades o individuos cercanos a su prole.

Por lo general, estos sujetos pertenecen a núcleos donde se vive en constantes tensiones que perturban el equilibrio, creándose inestabilidad que orilla a la insatisfacción de necesidades afectivas, incrementando las ya existentes sensaciones de soledad, vacío emocional e incapacidad y pobreza para cubrir adecuadamente situaciones sociales o emplearlas todas. En este sentido, Cabrere (1985) afirmó: "Las situaciones angustiosas en el hogar originadas en la familia causan conflictos internos y faltas de integración con organización frágil y enfermiza", estableciéndose una fuerte correlación entre esto último y las drogas; paralelamente, Zinrer y Shapiro (1975), hallaron que la conflictiva familiar empuja al adolescente al uso de fármacos con la finalidad de permanecer en un nivel dependiente o para escapar de deprivaciones económicas y emocionales. Para concluir, Tudor y Peterson (1980), vislumbraron la farmacodependencia como reacción a actitudes y conductas de los padres basadas en relaciones negativas y rechazo por parte de los padres hacia el adolescente.

En contraste, el grupo de no farmacodependientes, reflejó estabilidad por percibir la existencia de una relación gratificante dentro del grupo primario, aunado a una adecuada comunicación, identificación y roles definidos, lo que ayuda a lograr una imagen de sí mismo halagadora y satisfactoria que impide el surgimiento de sentimientos de soledad, deses

peración y angustia que pudieran inclinar al sujeto hacia recursos externos que cubrieran o compensaran aspectos negativos como en el caso de los farmacodependientes.

Por lo tanto, en base a dichos resultados, se acepta la existencia de diferencia significativa en el área sí mismo familiar entre los dos grupos estudiados.

V.10. Columna E. Subescala Sí Mismo Social.

En relación al sí mismo social puede afirmarse que no se mostraron diferencias significativas entre ámbos grupos ($F(1,58) = 2.09$). Estos resultados son sorprendentes, puesto que el ámbito social juega un papel básico en el autoconcepto del individuo; no obstante, las puntuaciones obtenidas hacen pensar que la escasa discrepancia se debe a que los adictos "funcionan" adecuadamente dentro de su entorno social debido a la desinhibición y bienestar experimentado durante períodos de intoxicación, donde se perciben en relación a los otros desde una perspectiva "igual", es decir, su integración se basa en igualdad de status en cuanto a desenvolvimiento y adecuación con los demás en general.

Es posible afirmar, que la extroversión de estas personas se debe a las drogas socializantes, tóxicos cuyo consumo se realiza generalmente en compañía de otros adictos favorecidos por reuniones sociales, donde imperan sensaciones de atención, aceptación, "comprensión", comunicación, asociación y compenetración, es decir, sólo a través de la droga es que se sienten adecuados e identificados dentro de un refugio que los ayuda a incrementar su autoestima aunque sea por pocas horas, tiempo durante el cual los demás que le rodean fungen como sostén de su sí mismo. Relaciona

do muy de cerca con lo afirmado, Goode (1969), sentó que "la droga ayuda a entablar relaciones sociales que fortalecen la valía, concepto favorable del individuo y autoestima", pues de alguna manera, la droga es para el adicto sinónimo de ascenso personal, éxito, prestigio y renombre, cánones ficticios de la valía a costa de su propia destrucción, ética, escrúpulos e ideales personales.

Todo ésto, explica que no se hayan registrado diferencias en cuanto a las puntuaciones de esta subescala.

De la misma manera, aunque sin necesidad de recurrir a artificios externos e ilusorios, el grupo no adicto reveló adecuación en cuanto a las relaciones sociales, siendo personas satisfechas en sus interacciones con los círculos cercanos a ellos, considerándolas valiosas para compartir -- ideales y valores dentro de un contexto social determinado.

Por lo tanto, expuesto lo anterior, se rechaza la existencia de diferencias en la columna E (área sí mismo social), entre el grupo de farmacodependientes y no farmacodependientes.

En resumen, el análisis interpretativo de los resultados, demostró - en términos generales, que existen diferencias en las distintas áreas que conforman el autoconcepto de adictos y no adictos, excepto en dos subescalas (autocrítica y sí mismo social), destacándose discrepancias en las - demás áreas, como son autoestima, identidad, autoaceptación-autosatisfacción, comportamiento, sí mismo físico, ético-moral, personal y familiar, siendo las más bajas, sí mismo ético-moral, comportamiento e identidad. Las puntuaciones más altas (picos) fueron autocrítica, autoaceptación y - sí mismo personal, reflejándose diferencias significativas entre ámbos -- grupos.

Cabe aclarar que todos los scores cayeron dentro de los límites aceptables, sin embargo, la evidencia de las discrepancias permite asegurar que los adolescentes farmacodependientes presentaron autoconcepto empobrecido en contraposición con los adolescentes no farmacodependientes cuyo concepto de sí mismo es adecuado y más rico en las facetas que lo constituyen (según la Escala empleada) y que se analizaron recientemente.

Para concluir, sólo resta confirmar la aceptación de la hipótesis planteada en cuanto a que existe diferencia en el autoconcepto de adolescentes farmacodependientes y el autoconcepto de adolescentes sin problemas de farmacodependencia según la Escala Tennessee de Autoconcepto en las áreas de autoestima, identidad, autosatisfacción-autoaceptación, comportamiento, sí mismo físico, sí mismo ético-moral, sí mismo personal y sí mismo familiar, a excepción de las áreas de autocrítica y sí mismo social en las que no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos.

6.1. Conclusiones

A lo largo del presente trabajo, se ha venido examinando un problema de primordial importancia e igual trascendencia que afecta en forma creciente a las sociedades del mundo entero: la farmacodependencia, considerándola en esta tesis, en relación al autoconcepto que cada individuo -- posee con sus implicaciones en todos los niveles (personal, familiar y social).

La recopilación bibliográfica e investigación complementaria tuvo como finalidad realizar un estudio comparativo entre el autoconcepto de -- adolescentes farmacodependientes y el autoconcepto de adolescentes no farmacodependientes dentro de la evolución del joven, para descubrir el modelo "normal" del propio concepto y determinar asimismo, cuándo se producen desviaciones, subrayando causas, desarrollo de fallas en esta vital es--tructura de la personalidad, repercusión de la drogadicción en individuos cuyo autoconcepto presenta deficiencias y observar las posibles diferen--cias que existen entre ámbos grupos.

A raíz de los planteamientos expuestos, se capturaron datos intere--santes que conforman las conclusiones finales y que se presentan a conti--nuación.

El farmacodependiente halla en la droga una satisfacción que "cubre" sus carencias afectivas producidas en la infancia. Los efectos obtenidos

bajo períodos de intoxicación, rompen el hermetismo que vive la persona en situaciones no tóxicas, caracterizadas por una gran incapacidad para expresarse, demandar, reclamar, ejercitar y reforzar varias partes de sí mismo; la droga es una compensación al vacío afectivo y emocional, que se convierte en una manera de huír de sus atormentadores sentimientos de inferioridad, inadecuación, debilidad, desesperación y depresión, hallando un refugio momentáneo donde experimenta seguridad, paz y felicidad. Lo importante aquí, es que estos individuos muestran la obturación de "algo" que no puede ser simbolizado o expresado sino mediante impulsos agresivos y conductas antisociales disparadas por el tóxico consumido y es por ello, que debe ayudarse a estos pacientes a poner en palabras sus sentimientos que no hallan salida si no es a través de escapes ilusorios.

Los adolescentes que acudieron al Centro fueron individuos que han consumido gran variedad de drogas, durante varios períodos de su vida; todos ellos iniciaron con marihuana para de ahí seguir con fármacos más fuertes y peligrosos, con lo que se confirma el aserto de que la marihuana es la puerta de entrada a las drogas propiamente dichas, debido a sus carencias que se traducen en una compensación que mitiga sus malestares al menos momentáneamente, y especialmente a la presencia de conflictos severos en las áreas familiar, social e individual que conforma la tróada que conlleva a la farmacodependencia.

Los principales efectos reportados por los farmacodependientes fueron: depresión, dolores o malestares físicos, sentimientos de inferioridad, descontento, desconfianza y problemas familiares primordialmente.

Respecto al núcleo familiar en el que se desenvuelven los jóvenes adictos, se presentaron relaciones caóticas con roles sociales deficientes

temente estructurados, donde la comunicación e integración de los miembros es nula, aspectos que minan la salud emocional principalmente en el adolescente, ya que se generan fuertes sentimientos de desconfianza básica e inseguridad que obstaculizan el desarrollo integral conllevando a una inadecuación en todas las esferas vitales.

Desde la perspectiva social, se afirma que el grupo de pares ejerce una poderosa influencia en el adolescente para que éste incurra en el mundo de las drogas oscilando desde los niveles ocasionales hasta los disfuncionales donde el individuo sólo vive para la droga.

Cabe destacar que cada uno de estos factores (individuales, familiares y sociales), son determinantes para hacer de un sujeto un enfermo inmerso en la sociedad de la farmacodependencia con problemas en su autoconcepto.

Ahora bien, con los resultados obtenidos en este estudio, según la Escala Tennessee de Autoconcepto, se concluye que existen diferencias entre el autoconcepto de adolescentes farmacodependientes y el autoconcepto de adolescentes no farmacodependientes, confirmándose la hipótesis de trabajo específicamente en las subescalas de autoestima, identidad, autoaceptación, autosatisfacción, comportamiento, sí mismo físico, ético-moral, personal y familiar, rechazando discrepancias únicamente en dos variables: autocrítica y sí mismo social.

Las diferencias halladas en el análisis de cada escala, permite aceptar que el autoconcepto negativo ejerce una poderosa influencia en el sujeto en cuanto limitaciones de capacidades y habilidades que colaboran al desarrollo de la confianza, autoestima, identidad y aceptación de sí mismo

mo y de los demás, traduciéndose en los farmacodependientes, en egoísmo, pesimismo, rigidez, inferioridad, irresponsabilidad, pasividad y rutina, mientras que un autoconcepto positivo hace que el individuo crea en sus aptitudes, capacidades y reconozca sus limitaciones como reto para desarrollar otras cualidades que le permitan crecer como ser humano, mediante sentimientos de trascendencia, optimismo, flexibilidad, compromiso, responsabilidad, importancia, actividad y creatividad, ya que la satisfacción de logros eleva la autoestima y valor que la persona interpreta como adecuado y gratificante concepto de sí mismo, cualidades que impiden que se recurra a artificios externos falsos o ilusorios para sentirse dignos de méritos dentro de una sociedad altamente conflictiva.

Entonces, se asegura, como lo han hecho reconocidos autores, que -- existe una enorme diferencia en el autoconcepto de adolescentes farmacodependientes y no farmacodependientes, apoyando el argumento de que la predisposición hacia el abuso de drogas ha estado asociado con un autoconcepto bajo, severos problemas en relaciones interpersonales, desconfianza básica, vida familiar pobre y pares adictos principalmente, ya que los sentimientos negativos, la autoimagen, autoestima y autoconcepto pobre, se vinculan a los problemas de adicción dada la sensación personal de rechazo, ansiedad, depresión, desconfianza, conductas inadecuadas, deficiencias en apariencia física, moralidad y empobrecimiento de sexualidad que refleja escasa integración y coherencia del autoconcepto (marco de referencia interno y externo). En contraposición, los sentimientos positivos de los adolescentes no farmacodependientes, reflejan un concepto favorable con menos posibilidades de cometer actividades insanas, viviendo íntegra, honesta y responsablemente tanto consigo mismos, como con los demás,

gracias a la confianza, decisión y compromiso, que implica involucrarse consigo mismo conociendo sus capacidades y limitaciones o debilidades para confiar en su naturaleza interna y actuar en consecuencia, tomando los momentos difíciles y abrumadores como situaciones inherentes a la vida - susceptibles de cambio y superación para salir con éxito y vivir plenamente sin echar mano de sustancias que son coextensivas de la patología propia del individuo predispuesto.

Resultados similares se han encontrado mediante la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto en numerosas investigaciones, y el haberlo confirmado, permite considerar esta Escala como un instrumento de medición que da acceso no sólo al conocimiento de divergencias entre diversas poblaciones, sino al estado o estructura del autoconcepto como variable fundamental en el desenvolvimiento y salud del individuo, aprovechando la riqueza de datos que proporciona mediante la información que se obtiene al responder a dicha Escala, -aún cuando se tengan que conocer los mecanismos específicos que actúan sobre cada sujeto- se logra una visión general del concepto individual en todas las áreas en las que se desenvuelve el sujeto, ya que es posible obtener una evaluación preliminar rápida y sencilla, que refleje un panorama general de aquello que debe ser tratado y corroborado, junto con la realización de entrevistas clínicas y -- otras técnicas psicológicas disponibles que ayuden a esclarecer el concepto que cada individuo tiene de sí mismo.

Por todo lo anterior, se desprende que la diferencia entre ambos grupos analizados, radica en la existencia de relación entre un autoconcepto limitado, pobre y deficiente en los adolescentes farmacodependientes, así

como un autoconcepto rico, adecuado y "sano" en adolescentes que no tienen problemas de farmacodependencia.

Tras haberse comprobado la hipótesis, se tienen bases para poner mayor énfasis en la importancia del autoconcepto de cualquier ser humano y la destrucción que genera la drogadicción, para ayudar al adolescente a evitar paraísos artificiales y para destacar la aportación de herramientas firmes en cuanto a guía, asistencia clínica, diagnóstico y conocimientos terapéuticos eficaces al tratar con estas dificultades, comprendiendo mejor el papel del reforzamiento y fortalecimiento que ésta estructura demanda. Esto es importante a nivel de psicoprofilaxis, donde se ha reconocido que la instrucción teórica es insuficiente en muchos casos, por lo que es necesario tener presente que para poder interpretarla se requiere de personal capacitado, así como de estudios posteriores que permitan sacar el máximo provecho de ellas para lograr dar mayor y más efectiva atención a los farmacodependientes que así lo requieran.

Se espera que este estudio sea de utilidad, pues en realidad, su finalidad es proporcionar una base tanto teórica como metodológica que pueda ayudar a las investigaciones posteriores que se lleven a cabo en este país, para posteriormente, poner en práctica sería los hallazgos encontrados y así poder avanzar en el conocimiento y tratamiento del intrincado y complejo ser humano.

6.2. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se presentaron a lo largo de la presente investigación se expresan a continuación:

- El reducido número de adolescentes que acudieron al Centro de Integración Juvenil "Naucaipan" durante el periodo en que se llevó a cabo este estudio (ocho meses), especialmente porque no todos los sujetos que asistían cubrían los criterios de inclusión requeridos para formar parte de la muestra, es decir, la edad de los pacientes que ingresaban al Centro en muchas ocasiones fue menor o mayor a la edad elegida para el trabajo, así como diferencias en cuanto al sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico y presencia en algunos adolescentes, de enfermedades mentales con diagnósticos severos como psicosis, esquizofrenia, ante lo cual quedaron fuera de la investigación por mostrar incapacidad para responder a la entrevista y aún más a la Escala Tennessee de Autoconcepto.

- No se consideraron en este trabajo ciertas variables como sexo femenino, nivel socioeconómico medio y alto y diferencias en estado civil, debido a interés personal y a que la población que acude al CIJ con mayor frecuencia, pertenece al sexo masculino por cuestiones sociales y prejuicios en cuanto a la asistencia de mujeres a tratamiento, no obstante, son aspectos que pueden modificar el autoconcepto del sujeto, por lo que se sugiere que se realicen estudios tomando en cuenta otras variables.

- No se controló el tipo de droga empleada por el farmacodependiente, variable importante desde el punto de vista del cuadro sintomatológico, manifestaciones, daños irreversibles y reincidencias, aspectos que pueden modificar el autoconcepto del sujeto en una gran diversidad de pautas. Este tópico no se consideró por su imposibilidad inherente en dos aspectos: Primero, la enorme deserción de los jóvenes que asisten al Centro, ya que en su mayoría, solamente se presentan una sola vez sin regresar más

o lo hacen después de transcurrido un tiempo considerable (hasta nueve - diez meses). Segundo, el tipo de droga empleada es muy variable, al igual que el tiempo de consumo, diversidad de drogas debido a las insuficien--cias o necesidades del sujeto (recursos disponibles, lugar, tiempo y acce--sibilidad a los tóxicos, entre otros factores personales).

- Pese a que los resultados fueron positivos según la hipótesis plan--teada, no es conveniente ni posible generalizar sobre farmacodependencia ni adolescencia, pues son fenómenos cambiantes y fugaces en el tiempo, de país a país, entre clases sociales, culturas y etapas del desarrollo por las que atraviesa el individuo dados los cambios emocionales propios del joven que son incontrolables.

Por todo lo expuesto, se aconseja tener en cuenta estas barreras en futuras investigaciones, con el fin de tener un mayor conocimiento de los obstáculos posibles y así evitar al máximo errores u omisiones importan--tes en cualquier otro estudio.

6.3. Sugerencias

En seguida se manifiestan una serie de alternativas y sugerencias pa--ra quienes estén interesados en profundizar sobre el estudio del autocon--cepto y la farmacodependencia "enfermedad" de nuestro siglo.

- Sería conveniente que la investigación sobre ambos temas se amplia--ra sistemática y cuidadosamente, incluyendo comparaciones en cuanto a un mayor número de sujetos y características de diferentes poblaciones, eda--des, sexos, grupos culturales, estado civil, estratos sociales y tipos de

drogas empleadas por los sujetos a estudiar para poder predecir conductas y roles relevantes de autoconcepto específico. Para esto, se recomienda - trabajar con muestras mayores, considerando variables como inteligencia y personalidad premórbida principalmente.

- Como la mayor parte de la información e investigación sobre el tema proviene de fuentes extranjeras (Estados Unidos y Canadá) siendo escasas en México, se hace necesaria la tarea de contar con traducciones y estudios realizados en el país para mantener la motivación y disposición a aportaciones que se adecúen a nuestra población sin que se vean afectados intereses y expectativas del investigador nacional.

- Se sugiere la difusión de instrumentos en México para medir el -- autoconcepto, considerando estandarización de métodos y el uso de otras - técnicas paralelas, pues la Escala Tennessee de Autoconcepto se ha emplea do en el país, pero con mayor frecuencia en el norte del mismo (Chihua-- hua). La idea es que se refinen técnicas tanto para la selección de la - población, como de instrumentos que atañen al desarrollo de cualquier in-- vestigación.

- Se recomienda abordar los temas del campo de la "salud mental" des de una perspectiva multidisciplinaria (médicos generales, asesores fami-- liares, abogados, centros de entrenamiento), cuya colaboración permita -- acceso a un conocimiento más completo de la drogadicción y autoconcepción, pues sigue imperando la necesidad de desarrollar y aplicar una teoría -- más cohesiva de psicopatología y psicodinámica del abuso compulsivo y de las dependencias psicológicas en general.

- Debe considerarse cuidadosamente el desarrollo del niño desde que este nace (profilaxis) en todos sus aspectos para que la estima y autoconcepto del individuo sea adecuado y no orille a la necesidad de escapes - falsos como la prostitución, delincuencia y farmacodependencia que sólo - minarán su salud y generarán su destrucción total.

- Urge integración global de resultados en estudios preclínicos, clínicos y epidemiológicos para la comprensión de los procesos que subyacen al uso, abuso y la dependencia a las drogas, así como seguimiento en los casos detectados sobre dicho problema.

- Es cierto que no pueden combatirse directamente los factores desencadenantes de la toxicomanía, pero sí la manera de enfocarlos, transmi--- tiendo una educación crítica a los jóvenes para que sean capaces de analizar la red publicitaria y decidir qué información les es útil y cuál de--- ben desechar para evitar mayor confusión y desorientación.

Por ésto, es que deben tomarse medidas preventivas orientadas a la - protección de la población que se encuentra en alto riesgo de consumir -- drogas; entre tales medidas o alternativas, se encuentran:

- Establecer facilidades para que los chicos hallen sitios agrada--- bles (centros recreativos u ocupacionales), donde practiquen actividades que ayuden a canalizar sus energías y aprovechar su tiempo libre compar--- tiendo con sus amigos ideales y metas que los mantenga ocupados de manera positiva y los lleve a una convivencia que se traduzca en crecimiento sa- no, y en lo posible, libre de conflictos que orillen a caminos o escapes ilusorios que desgraciadamente el mismo medio les ofrece.

- Crear comunidades de adolescentes, lugares especiales donde se --

admitieran a aquellos jóvenes con problemas de este tipo, prestando ayuda y guía mediante asesoría y camaradería dirigida para lograr un mayor equilibrio en una etapa de por sí difícil.

- Promocionar estudios y empleos técnicos que den al joven la oportunidad de capacitarse, y al mismo tiempo, de percibir un sueldo que permita mantenerlos ocupados positivamente y seguros de sí mismos con un mejor autoconcepto al dedicarse a tareas que proporcionen la sensación de utilidad y orgullo como seres con oportunidades y capacidad de poseer y aportar recursos económicos adquiridos por sí mismos.

- Concientizar a la población dando información para alertar a la comunidad y despertar la responsabilidad sobre este grave fenómeno en todos los sectores sociales (familia, escuela, industria, etc). A este respecto, se considera en lo personal, excelente la campaña publicitaria "DI NO A LAS DROGAS" y los anuncios televisivos cuyo slogan es "LAS DROGAS DESTROYEN Y TU MERECE VIVIR", dado el impacto que ha tenido en la juventud; sin embargo, deben ser variados y constantes para que dejen huella en aquellos a quienes va dirigido sea a nivel preventivo o como invitación a las personas afectadas para que recurran a la imprescindible intervención profesional.

- Promocionar hospitales, instituciones de salud pública, Centros de Integración Juvenil (tal como lo han hecho en muros de algunas colonias), Instituto Mexicano de Psiquiatría, DIF, etc., como alternativas para recibir asesoría, información y orientación no sólo a la juventud, sino a padres de familia, maestros, trabajadores sociales, educadores y a la población en general.

- Continuar con la revisión del tema de farmacodependencia en las --

escuelas secundarias, adecuada medida aprobada en el programa de estudios. No obstante, debe cuidarse la información proporcionada, ya que requiere capacitación y/o especialistas para omitir aquello que sólo pueda generar curiosidad en el chico y subrayar los aspectos peligrosos y destructivos del uso de drogas, con el fin de evitar primeros contactos con tóxicos o personas consumidoras de éstos, que podrían obligar al uso experimental - y después indiscriminado de drogas o fármacos.

- Proporcionar Información a los padres (ahora existe), sobre la importancia de su rol, educación y calidad de relaciones con los hijos, para desarrollar en éstos, la confianza necesaria en todo ser humano y así lograr un autoconcepto sano que conlleve a la evolución armónica e integral del individuo dentro de su núcleo y sociedad en general.

Expuesto lo anterior, se aconseja tener en mente las barreras principales en futuras investigaciones para lograr en lo posible, la extrapolación y generalización de las conclusiones obtenidas con mayor margen de seguridad.

Por último, sólo resta mencionar la esperanza de que esta revisión e investigación, incrementen la preocupación sobre el grave fenómeno de la farmacodependencia que aqueja internacionalmente a la población juvenil y sirva asimismo, para tomar reforzadas cartas en el asunto de una manera más seria y formal, para que haciendo esfuerzos por dejar a un lado la ignorancia deliberada o negligente sobre los aspectos de la formación del pequeño que minan su autoconcepto y con ello su salud física y emocional en todos los sentidos, y con la ayuda de las personas interesadas en el conflicto, pueda decrementarse al menos, la incidencia de casos de farmacodependencia, amenaza del siglo XX.

A N E X O S

- Instrucciones y reactivos de la Escala Tennessee de Autoconcepto (ANEXO I).
- Hoja de respuestas. Answer sheet (ANEXO II).
- Hoja de score. Score sheet (ANEXO III).
- Hoja de perfil. Profile sheet (ANEXO IV).

INSTRUCCIONES

Escribe su nombre, edad y sexo en los espacios indicados de la hoja de respuestas.

Encontrará una serie de afirmaciones en las cuales usted se describe a sí mismo tal como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo a sí mismo y no como lo vería otra persona.

No deje ninguna pregunta sin contestar.

Léelas cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas que vienen al pie de esta página. También vienen en la hoja de respuestas para facilitar el trabajo.

En cada hoja de Respuestas encierre en un círculo el número de la respuesta que usted escogió. Si se equivocó de respuesta no borre; solamente ponga una "X" sobre la respuesta equivocada y ponga un círculo sobre su nueva respuesta. Recuerde poner un círculo alrededor de la respuesta que escoja para cada pregunta.

Respuestas para escoger:

1. Completamente falso.
2. Casi totalmente falso.
3. En parte falso y en parte verdadero.
4. Casi totalmente verdadero.
5. Totalmente verdadero.

Por ejemplo: Si una afirmación dice "Soy una persona alegre" y yo pienso que es casi totalmente verdadero, entonces en la hoja de respuestas pondré un círculo así:

1 2 3 4 5

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE _____	EDAD _____	SEXO _____					
			COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
1. Gozo de buena salud.....	1	2	3	4	5		
2. Tengo una buena apariencia.....	1	2	3	4	5		
3. Me considero una persona muy desreglada.....	1	2	3	4	5		
4. Soy una persona decente	1	2	3	4	5		
5. Soy una persona honrada	1	2	3	4	5		
6. Soy una persona mala.....	1	2	3	4	5		
7. Soy una persona alegre.....	1	2	3	4	5		
8. Soy una persona calmada y tranquila.....	1	2	3	4	5		
9. Soy alguien sin ninguna importancia.....	1	2	3	4	5		
10. Mi familia siempre me ayudaría en cual- quier problema.....	1	2	3	4	5		
11. Pertenezco a una familia feliz.....	1	2	3	4	5		
12. Mis amigos no confían en mí.....	1	2	3	4	5		
13. Soy una persona que puede tener muchos amigos....	1	2	3	4	5		
14. Me lo llevo bien con personas del sexo masculino.....	1	2	3	4	5		
15. No me interesa lo que hacen otras gentes.....	1	2	3	4	5		
16. A veces digo cosas que no son ciertas.....	1	2	3	4	5		
17. A veces me enojo.....	1	2	3	4	5		

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
18. Me gusta estar siempre arreglado y limpio.....	1	2	3	4	5
19. Estoy lleno de molestias.....	1	2	3	4	5
20. Soy una persona enferma.....	1	2	3	4	5
21. Soy una persona muy religiosa.....	1	2	3	4	5
22. No puedo comportarme bien.....	1	2	3	4	5
23. No tengo fuerzas para portarme bien.....	1	2	3	4	5
24. Puedo controlarme a mí mismo.....	1	2	3	4	5
25. Soy una persona que cae mal.....	1	2	3	4	5
26. Me estoy volviendo loco.....	1	2	3	4	5
27. Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	1	2	3	4	5
28. Mi familia no me quiere.....	1	2	3	4	5
29. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....	1	2	3	4	5
30. Me la llevo bien con personas del sexo femenino.....	1	2	3	4	5
31. Estoy enojado con todo el mundo.....	1	2	3	4	5
32. Es difícil que alguien sea mi amigo.....	1	2	3	4	5
33. A veces pienso en cosas tan malas que no se pueden decir.....	1	2	3	4	5
34. A veces cuando no me siento bien, estoy de malas.....	1	2	3	4	5

Handwritten initials or mark.

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
35. No soy ni gordo ni muy flaco.....	1	2	3	4	5
36. Me gusta mi apariencia física.....	1	2	3	4	5
37. Hay partes de mi cuerpo que no me gustan.....	1	2	3	4	5
38. Estoy satisfecho con mi comportamiento.....	1	2	3	4	5
39. Estoy contento de la forma como trato con Dios.....	1	2	3	4	5
40. Debería rezar o asistir con más fre- cuencia al templo.....	1	2	3	4	5
41. Estoy contento de lo que soy.....	1	2	3	4	5
42. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debe ser.....	1	2	3	4	5
43. Me desprecio a mí mismo.....	1	2	3	4	5
44. Estoy satisfecho del trato con mis familiares.....	1	2	3	4	5
45. Aprecio las cualidades que tienen mis familiares y sé perdonar sus defectos.....	1	2	3	4	5
46. Lebería tener más confianza en mi familia....	1	2	3	4	5
47. Me relaciono con todas las personas que quiero.....	1	2	3	4	5
48. Más o menos trato de caer bien a los demás...	1	2	3	4	5
49. No he pedido hacer amigos.....	1	2	3	4	5
50. Algunas de las personas que conozco me caen mal.....	1	2	3	4	5
51. De vez en cuando me ríen los chistes colorados.....	1	2	3	4	5

	COMPLTAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
52. No soy ni muy alto ni muy bajo.....	1	2	3	4	5
53. No me siento tan bien como debiera.....	1	2	3	4	5
54. Debería gustarle más a las mujeres.....	1	2	3	4	5
55. Estoy satisfecho de la manera como vivo mi religión.....	1	2	3	4	5
56. Quisiera que los demás pudieran tenerme más confianza.....	1	2	3	4	5
57. Debería mentir menos.....	1	2	3	4	5
58. Estoy satisfecho con mi inteligencia.....	1	2	3	4	5
59. Me gustaría ser una persona distinta.....	1	2	3	4	5
60. Quisiera no darme por vencido tan fácil- mente.....	1	2	3	4	5
61. Trato a mis padres tan bien como debiera.....	1	2	3	4	5
62. Me importa mucho lo que dice mi familia.....	1	2	3	4	5
63. Debería querer más a mis familiares.....	1	2	3	4	5
64. Estoy satisfecho de mi manera de tratar a la gente.....	1	2	3	4	5
65. Debería ser más amable con los demás.....	1	2	3	4	5
66. Debería llevarme mejor con otras personas.....	1	2	3	4	5
67. Algunas veces me gusta el chisme.....	1	2	3	4	5
68. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.....	1	2	3	4	5

6/12

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DEO	TOTALMENTE VERDADERO
69. Me cuido bien fisicamente.....	1	2	3	4	5
70. Trato de cuidar mi apariencia.....	1	2	3	4	5
71. Con frecuencia hago mal las cosas.....	1	2	3	4	5
72. La religión es parte de mi vida diaria.....	1	2	3	4	5
73. Trato de cambiar cuando sé que estoy ha- ciendo algo que no debo.....	1	2	3	4	5
74. A veces hago cosas muy malas.....	1	2	3	4	5
75. Siempre puedo cuidar de mí.....	1	2	3	4	5
76. Acepto mis faltas sin enojarme.....	1	2	3	4	5
77. Hago cosas sin haberlas pensado bien.....	1	2	3	4	5
78. Trato de ser justo con mis amigos y fami- lieres.....	1	2	3	4	5
79. Me intereso sinceramente por mi familia.....	1	2	3	4	5
80. Siempre hago lo que me piden mis padres.....	1	2	3	4	5
81. Trato de tomar en cuenta lo que piensan los demás.....	1	2	3	4	5
82. Me llevo bien con los demás.....	1	2	3	4	5
83. Me es difícil perdonar.....	1	2	3	4	5
84. Me gusta ganar en los juegos.....	1	2	3	4	5

50

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
85. Casi siempre me siento bien.....	1	2	3	4	5
86. Soy malo para el deporte y los juegos.....	1	2	3	4	5
87. Duermo mal.....	1	2	3	4	5
88. Casi siempre hago lo que es debido.....	1	2	3	4	5
89. A veces hago cosas injustas para salir adelante.....	1	2	3	4	5
90. Me da trabajo portarme bien.....	1	2	3	4	5
91. Resuelvo mis problemas con facilidad.....	1	2	3	4	5
92. Con frecuencia cambio de manera de pensar.....	1	2	3	4	5
93. No hago nada para resolver mis problemas.....	1	2	3	4	5
94. Hago en mi casa el trabajo que me toca.....	1	2	3	4	5
95. Peleo con mis familiares.....	1	2	3	4	5
96. No me porto como quiero en familia.....	1	2	3	4	5
97. Veo que la gente que conozco tiene buenas cualidades.....	1	2	3	4	5
98. Me siento un poco mal cuando estoy con otras personas.....	1	2	3	4	5
99. Me da trabajo platicar con extraños.....	1	2	3	4	5
100. A veces dejo para mañana lo que debe- ría hacer hoy.....	1	2	3	4	5

100

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. La adolescencia normal. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.
- Achirica, L. El proceso diagnóstico. El yo y la formación diagnóstica. Se min. Clínico. Feb, 1987. Centros de Integración Juvenil, A.C. P.p. 1-6 y 15.
- Ackerman, N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1976.
- Adams, R. Personal identity formation: a synthesis of cognitive and ego - psychology. Adolescence, 1976. Vol. 12 (46): 151-164.
- Anderson, C. The self image. A theory of the dynamics of behavior. Mental Hygiene XXXVI. P.p. 45.
- Aresti, L.A. Diario Informativo: Excelsior. Dom. 9/III/1986. P.p. 1 y 4.
- Ayala, N. Liceaga, E. Consideraciones desde el punto de vista psicológico acerca de los jóvenes farmacodependientes. Revista Psicología. Siglo XXI editores. Col: Psicología y Etología. Marzo-Abril, 1983. No. 32: 1-6.
- Baker, S. Baker, N. Heinz Kohut's self psychology: an overview. The American Journal of Psychiatry, 1987, 144 (1): 1-9.
- Balzaretti, G. López, M. Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes (inhaladores vs. no inhaladores) a través -- del MMPI y del EPQ. Tesis UNAM. Fac. Psicología, 1981.
- Beane, J. Lipka, R. Self-concept and self-esteem; a construct differentiation. Child Study Journal, 1980. Vol. 10 (1): 1-6.
- Becerra, C. La comunicación padres-hijos y su efecto en el autoconcepto - del adolescente. Tesis UVM. Fac. Psicología, 1986.
- Bee, H. El desarrollo del niño. Ed. Harla, 1978.
- Bellak, L. El uso clínico del TAT, CAT y SAT. Ed. Manual Moderno. México, 1979.
- Biro, E. Santiago, un cuento pedagógico. Ed. Diógenes, S.A. México, 1985.
- Blaine, D. Julius, A. Research 12. Monograph Series. Psychodynamics of - drug dependence. National Institute on drug abuse (NIDA), 1977.
- Blos, P. Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz. Méx. 1981.

- Branden, N. The psychology of self-esteem new concept of man's psychological nature. The nature and source of self-esteem. Los Angeles: Bantam, 1969, 1980.
- Bulletin 75. Solvent abuse in young people -recent literature review-. - Technical Information Bulletin, 1985, (75): 1-7.
- Cabrera, S. Rodríguez, S. Verastegui, H. Primer Foro Estatal sobre Farmacodependencia. Qro, Qro, 1987. Centros de Integración Juvenil, A.C., 1987.
- Cameron, N. Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico. Ed. Trillas. México, 1982.
- Campbell, E. Security of young children. Boston, 1952.
- Carswell, P. Autoimagen del paciente asmático. Tesis Univ. Anáhuac. Fac. Psicología, 1979.
- Castillo, M. Tena, D. Perfil del autoconcepto en jóvenes infractores en las escuelas de orientación para varones. Tesis UNAM. Fac. Psicología, 1982.
- Castro, S. Los jóvenes y las drogas: Reflexiones sobre investigaciones -- con jóvenes mexicanos. Revista de estudios sobre la juventud, 1982: 1-6. Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Castro, S. Consumo de drogas en México: Prevalencia, tendencia y factores de riesgo. Doc. Interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982.
- Castro, S. Los jóvenes y las drogas en México. Instituto Mexicano de -- Psiquiatría. Cuadernillos Científicos, 1980. Vol.12: 25-34.
- CEMEF. CEMESAM. La familia ante el problema de las drogas. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental. México, 1979.
- CEMEF. Cómo identificar las drogas y sus usuarios. Programa Nal. de Combate a los problemas de drogas. México, 1976. P.p. 7-8; 9-12; 15-16; 38.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. Aportaciones teóricas y prácticas -- para el conocimiento del farmacodependiente. Serie Técnica, 1984. Vol. 5. Perfil farmacodependiente.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. Propuesta de Proyecto: Orientación -- preventiva de adolescentes. Depto. de Prevención. México, 1987. P.p. 1-13.
- Clavería, S. Córdova, C. Gran Enciclopedia Médica, SARPE. México, 1979. Fasc.31 (3): 876-879.
- Cofer, C. Appley, M. Psicología de la motivación. Ed. Trillas. Méx. 1981.

- Corbella, J. Enciclopedia Práctica de Psicología. Ed. Orbis, S.A. México, 1985. No.46: 1-8.
- Cuadernos de Psicoanálisis. Órgano Oficial de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Imprenta Moderna Pintel, S.A. Enero-Junio, 1977. Vol. X. Números 1 y 2.
- Cuelli, J. Reidl, L. Teorías de la personalidad. Ed. Trillas. México, 1981.
- Chein, I. Psychological, social and epidemiological factors in juvenile - drug use. Monograph 30. NIDA. Theories on drug abuse selected contemporary perspectives, 1980. P.p. 76-82.
- Davidoff, I. Introducción a la Psicología. Ed. Mc. Graw Hill. Méx. 1980.
- Davidson, V. Transference phenomena in the treatment of addictive illness: love and hate in methadone maintenance. Monograph 12 NIDA. Psychodynamics of drug dependence, 1977. P.p. 118-125.
- Dielman, T. Leech, S. Harvath, J. Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behavior and intentions. Adolescence, 1984. Vol.9 (76): 935-950.
- Engel, M. The stability of the self-concept in adolescence. Journal abnormal social psychological, 1959; 58: 211-215.
- Erikson, H.E. Sociedad y adolescencia. Ed. Siglo XXI, 1982.
- Evans, R. Diálogo con Erik Erikson. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1975.
- Ey, H. Bernard, P. Brisset, Ch. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray Masson. Barcelona, 1978.
- Fabela, A. Nava, L. Conciencia de enfermedad y autoconcepto en alcohólicos. Tesis UNAM. Fac. Psicología, 1984.
- Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed. Paidós. España, - 1982.
- Fitts, W. Tennessee Self-Concept Scale Manual. Nashville, Tennessee Counselor Recording and Tests, 1965.
- Fitts, W. Escala Tennessee de Autoconcepto. Tr. y adapt. Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos. Instituto Interamericano de Estudios - Psicológicos y Sociales. México, 1965.
- Frazier, S. Carr, C. Qué es la psicopatología. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1980.

- Freedman, M. Kaplan, I. Sadock, J. Compendio de Psiquiatría. Salvat editores. Barcelona, 1975.
- Freud, S. Tres ensayos para una teoría sexual. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Tomo II. Madrid, 1981. P.p. 1169-1230.
- Freud, S. Psicología de las masas y análisis del yo. El malestar en la cultura. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Tomo III. Madrid, 1981. P.p. 2600-2603; 3017-3077.
- Frosch, A. Milkman, H. Ego functions in drug abusers. Monograph 12 NIDA. Psychodynamics of drug dependence, 1977. P.p. 142-156.
- Garza, S. Estrada, A. Mendizábal, A. Dupont, M. Sexo, violencia y drogas-conflicto generacional. Ed. Samo, S.A. México, 1974.
- Gillham, L. Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a aceptar a los demás. Ed. Paidós, 1982.
- Greenspan, I. Substance abuse: an understanding from psychoanalytic developmental and learning perspectives. Monograph 12 NIDA. Psychodynamics of drug dependence, 1977. P.p. 73-87.
- Griffin, N. Chassin, L. Measurement of global self-concept versus multiple role-specific self-concepts in adolescents. Adolescence, 1981. Vol. 16 (61): 49-56.
- Grinberg, L. Grinberg, R. Identidad y Cambio. Ed. Paidós, 1980.
- Grinder, E. Adolescencia. Ed. Limusa. México, 1982.
- Guarner, E. Psicopatología clínica y tratamiento analítico. Ed. Porrúa hermanos. México, 1984.
- Hall, S. Calvin y Lindzey, G. La teoría del sí mismo y la personalidad (Rogers). Ed. Paidós. México, 1984.
- Hartman, H. Ensayos sobre la psicología del yo. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1978.
- Harvey, D. Greenway, A. The self-concept of physically handicapped children and their non-handicapped siblings: an empirical investigation. Journal of child psychiatry, 1984, 25 (2): 273-284.
- Hendin, H. Psychosocial theory of drug abuse. A psychodynamic approach. Monograph 30 NIDA. Theories on drug abuse selected contemporary perspectives, 1980. P.p. 195-200.
- Henze, G. Estudio del autoconcepto en un grupo piloto de adolescentes. Teoría y Práctica de la Psicología. UNAM. Fac. Psicología. México, 1980.

- Hernández, A. El perfil psicológico del paciente farmacodependiente atendido en un centro de día. Tesis UNAM. Fac. Psicología. México, 1982.
- Hernández, P. Identidad y crisis en el adolescente marginado. Tesis UNAM. Fac. Psicología. México, 1979.
- Hong, S. Kim, S. Self-concept and body-image of children during physical illness. Psychosomatics, 1981, 22 (2): 128-131.
- Hummel, R. Roselli, L. Identity status and academic achievement in female adolescents. Adolescence, 1983, 18 (69): 17-26.
- Jackson, W. Diccionario Hispánico Universal. Ed. México. México, 1968, 2 - V 13a. P.p. 176-364.
- Jiménez. Autoconcepto en adolescentes que pertenecen a diferente sistema educativo. Tesis UNAM. Fac. Psicología. México, 1979.
- Josselyn, M. El adolescente y su mundo. Ed. Psique, Buenos Aires, 1979.
- Kandel, B. Developmental stages in adolescent drug involvement. Monograph 30 NIDA. Theories on drug abuse selected contemporary perspectives, 1980. P.p. 120-126.
- Kaplan, B. Self-esteem and self-derogation theory of drug abuse. Monograph 30 NIDA. Theories on drug abuse selected contemporary perspectives, 1980. P.p. 128-131.
- Kaplan, H. Implications of psychodynamics for therapy in heroin use: A - borderline case. Monograph 12 NIDA. Psychodynamics of drug dependence, 1977. P.p. 126-141.
- Khantzian, J. An ego/self theory of substance dependence. A contemporary psychoanalytic perspective. Monograph 30 NIDA, 1980. P.p. 29-33.
- Khantzian, J. The ego, the self, and opiate addiction: theoretical and -- treatment considerations. Monograph 12 NIDA, 1977. P.p. 101-117.
- Kolb, C. Noyes. Psiquiatría clínica moderna. Ed. La prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1983.
- Krystal, H. Self and object-representation in alcoholism and other drug-dependence: implications for therapy. Monograph 12 NIDA, 1977. P.p. 88-99.
- Laplanche, P. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, S.A. Barcelona, - 1979.
- Lettieri, J. Sayers, N. Wallestein, P. Research Monograph Series 30. National Institute on drug abuse (NIDA). Theories on drug abuse selected contemporary perspectives. Public health service alcohol, drug -

- abuse and mental health administration. March,1980.
- Louden, M. A comparative study of self-esteem among minority group adolescents in Britain. Journal of adolescence,1980, 3: 17-34.
- Lowe, C. The self-concept fact or artifact. Psychological Bulletin,1961, 58: 325-336.
- Luebbert, O. Ochoa. A. El chivo expiatorio, patrón de identidad. Tesis U. de las Américas. México,1988.
- Macpherson, M. Longley, H. Group work with late adolescent offenders. Journal of adolescence,1980,3: 77-89.
- Madden, J. Alcoholismo y farmacodependencia. Ed. El Manual Moderno, S.A., 1986.
- Haler, W. Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Erikson, Piaget y - Sears. Amorrortu editores, Buenos Aires,1982.
- Mannoni, O. Deluz, A. Gibello, B. Hébrard, J. La crisis de la adolescencia. Ed. Gedisa,1986.
- Martínez, C. La farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la desintegración familiar. Tesis UNAM. Fac. Psicología. Méx.1985.
- Mc. Grath, H. La adicción a las drogas en la juventud actual. Ed. Paidós. Vol.70. P.p. 17-25.
- Mc. Gulgan, F. Psicología experimental (enfoque metodológico). Ed. Trillias. México,1980.
- Mc. Kinney, J. Fitzgerald, H. Strommen, E. Psicología del desarrollo. - Edad adolescente. Ed. El Manual Moderno, S.A. México,1982.
- Monge, R. Developmental trends in factors of adolescent self-concept. Developmental Psychology,1973. Vol.8 (3): 382-393.
- Mussen, H. Conger, J. Kagan, J. Desarrollo de la personalidad en el niño. Ed. Trillias. México,1982.
- Naciones Unidas (ONU). Libro básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas. Nueva York,1980. P.p. 1-3; 43-45.
- National Institute on drug abuse NIDA. La prevención del abuso de las -- drogas. U.S. Department of health and human services. Alcohol, drug abuse and mental health administration. Folleto. P.p. 1-21.
- National Institute on drug abuse NIDA. Adolescent peer pressure. Theory, correlates and program implications for drug abuse prevention,1983.

Public Health Service, U.S.

- Newman, M. Newman, R. The concept of identity: Research and theory. Adolescence, 1978. Vol. 13 (49): 157-166.
- Noppe, I. A cognitive - developmental perspective on the adolescent self-concept. Journal of early adolescence, 1983. Vol. 3 (3): 275-286.
- Norrel, J. Self disclosure, implications for the study of parent-adolescent interaction. Journal of youth and adolescence, 1984, 13 (2): 163-177.
- Nowlis, H. La verdad sobre la droga. La droga y la educación. El consumo y los consumidores de drogas. Ed. UNESCO, 1975. P.p. 34-42; 70-87.
- Nuttin, J. La estructura de la personalidad. Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1973.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 20° Informe del Comité de expertos en farmacodependencia de la OMS. Ginebra, 1974. No. 551.
- Oughourlian, J. La persona del toxicómano. Ed. Herder 40, Barcelona, 1977. P.p. 133-147.
- Patiño, J. Psiquiatría Clínica. Ed. Salvat. Biblioteca Médica Mexicana, - 1980.
- Powell, M. Psicología de la adolescencia 1. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1981.
- Puente, S. Gómez, M. Espel, M. La familia ante el problema de las drogas. Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (CEMESAM). Cuadernos Científicos de CEMEF, 1976.
- Reardon, B. Griffing, P. Factors related to the self-concept of institutionalized, white, male, adolescent drug abusers. Adolescence, 1983. Vol. 18 (69): 29-41.
- Rees, C. Willborn, L. Correlates of drug abuse in adolescents: a comparison of families of drug abusers with families of non-drug abusers. Journal of youth and adolescents, 1983. Vol. 12 (1): 55-63.
- Reymond, R. El desarrollo social del niño y del adolescente (1). Ed. Herder, Barcelona, 1980.
- Robins, N. The natural history of drug abuse. Monograph 30 NIDA, 1980. P.p. 215-224.
- Rocheblave-Spenlé, A. El adolescente y su mundo (12). Ed. Herder, Barcelona, 1980.

- Rodríguez, E. Pellicer, G. Domínguez, E. Autoestima: Clave del éxito personal (4). Ed. El Manual Moderno, S.A. Serie: Capacitación Integral. México, 1987.
- Rogers, D. Adolescents and youth. Self-concept and personality and physical development. Prentice Hall, 1985.
- Ryder, D. Parry-Jones, Ll. Fears of dependence and its value in working with adolescents. Journal of adolescence, 1982, 5: 71-78.
- Salazar, J. Montero, M. Muñoz, C. Psicología Social. Ed. Trillas. México, 1979.
- Salgado, D. Santillán, V. Estudio sobre la formación del autoconcepto entre adolescentes procedentes de familias integradas y adolescentes procedentes de familias donde falta la figura paterna. Tesis UNAM. Fac. Psicología. México, 1985.
- Sarason, G. Psicología anormal (los problemas de la conducta desadaptativa). Ed. Trillas. México, 1981.
- Schmledeck, A. Adolescent identity formation and the organizational structure of high schools. Adolescence, 1979. Vol. 14 (53): 191-196.
- Serdahel y William, J. A non-traditional approach to college drug education. Journal of alcohol and drug education, 1984, 29 (2): 34-37.
- Singer, E. Conceptos fundamentales de la psicoterapia. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1979.
- Sirgy, M. Self-concept in consumer behavior: A critical review. Journal of consumer research, 1982. Vol. 9 (3): 287-300.
- Solow, R. Psychopharmacology with adolescents: A current review. Adolescent Psychiatry, 1978. Vol. 6: 480-494.
- Spotts, J. Shontz, C. Problem-behavior theory and development in adolescence. Monograph 30 NIDA, 1980. P.p. 108-109.
- Steffenhagen, R. Self-esteem theory of drug abuse. Monograph 30 NIDA, 1980. P.p. 157-163.
- Steffenhagen, R. Toward a self-esteem theory of drug dependence: A position paper. Journal of alcohol and drug education, 1977. Vol. 22 (2): 1-3.
- Svobodny, A. Biographical, self-concept and educational factors among chemically dependent adolescents. Adolescence, 1982. Vol. 17 (68): 847-853.
- Terroba, G. Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en el D.F.

Tesis UNAM. Fac. Psicología. México, 1984.

- Thomas, W. A comparative study of self disclosure and self-concepts of the drug abuser and the non-drug abuser. Disertation Abstracts International, 1977. Vol. 38 (1-A), 118.
- Thorne, C. De Blassie, R. Adolescent substance abuse. Adolescence, 1985. Vol. 20 (78): 335-347.
- Toussieng, W. Hangloose identity, or living death/the agonizing choice of growing up today. Colloquium, Department of Psychiatry, Neurology - and Behavioral Sciences, University of Oklahoma School of Medicine, Oklahoma City, 1968. P.p. 307-308 y 318.
- Van Dijk, W. Biological, psychogenic, and sociogenic factors in drug dependence. Monograph 30 NIDA, 1980. P.p. 164-173.
- Vázquez, C. Hospital Mental de Antioquía. Boletín Informativo. Adolescencia y sexualidad, 1982. Año 9 (4): 45-48.
- Vázquez. Diferencia en el autoconcepto entre un grupo de adolescentes hijos de madres solteras y grupos de hijos de hogar integrado. Tesis - UNAM. Fac. Psicología. México, 1983.
- Washborn, W. Patterns of self-conceptualization in high school and college students. Journal of educational psychology, 1961, 52: 123-131.
- Waterman, A. Identity formation: Discovery or creation? Journal of early adolescence, 1984. Vol. 4 (4): 329-341.
- Waterman, A. Identity development from adolescence to adulthood: An extension of theory and a review of research developmental. Psychology, 1982. Vol. 18 (3): 341-358.
- Whittaker, J. Psicología. Ed. Interamericana. México, 1977.
- Wolman, B. El niño ante el temor y el miedo. Lasser Press Mexicana, S.A. Ed. Calypso, S.A. México, 1986.
- Woody, E. Psychiatric aspects of dependence. Monograph 12 NIDA, 1977. P.p. 157-178.
- Yaroshesvky, M. La Psicología en el siglo XIX. (El desarrollo de la Psicología y sus problemas teóricos). Ed. Grijalbo. México, 1979.
- Zurcher, L. The mutable self: A self concept for social change. Sage Library of social research. Volume 59.