



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNAM

302925

7
lej

*LA DEPRESION EN ADOLESCENTES
COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA FARMACODEPENDENCIA*

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

EDITH TAVARES CARLOS

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. LOURDES GARCIA CASTRO

México, D. F., Junio de 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27 14 64



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I. INTRODUCCION	.....	1
1. CAPITULO I ADOLESCENCIA	.....	3
2. CAPITULO II DEPRESION	.....	23
3. CAPITULO III FARMACODEPENDENCIA	.....	46
4. CAPITULO IV METODOLOGIA	.....	74
CONCLUSIONES	.....	92
BIBLIOGRAFIA	.....	97

INTRODUCCION

La farmacodependencia es un problema de Salud Pública, que se ha incrementado aceleradamente de la década de los 70's a la fecha, a nivel mundial.

Particularmente en México, además del considerable aumento en el consumo, se ha observado una notable disminución en la edad de inicio, es decir, los sujetos que se inician en la farmacodependencia lo hacen actualmente en una edad promedio de 10 a 12 años.

Un sin número de estudios mundiales y nacionales han tratado de echar luz sobre las posibles causas de la farmacodependencia. Hasta el momento, se habla de manera general y hasta cierto punto unificada, de tres factores fundamentales que se encuentran relacionados con la incidencia de la farmacodependencia, los factores sociales, familiares e individuales.

Es éste último factor, el que ha motivado de manera particular la realización de el presente trabajo.

Revisando a los autores y teorías que en Psicología se han dedicado en algún momento a explicar la génesis de la farmacodependencia, se mencionan elementos como la baja autoestima, tendencia a la autoagresión, falta de autoaceptación, sentimientos de inseguridad, soledad, etc., sin embargo el punto que llama la atención de manera específica, es la relación que existe entre todos estos elementos que son parte de las características presentadas por un individuo deprimido.

Es por esto, que este trabajo tiene como objetivo responder a la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la Depresión y la farmacodependencia?, que plantea como hipótesis que se encuentra un alto nivel de Depresión en los sujetos farmacodependientes a diferencia de los que no lo son.

Esto fue llevado a cabo con dos muestras, una conformada por sujetos farmacodependientes y la otra por sujetos no farmacodependientes, de tal forma que se pudiera comparar la diferencia en los niveles de depresión aplicando el Test de automedición de depresión de Zung y la Prueba de depresión de Beck.

Asimismo es parte importante de éste trabajo, los resultados que arrojaron las entrevistas con cada uno de los sujetos que conformaron ambos grupos de la muestra. Esto permite corroborar las características que se ha observado, aparecen en las familias de individuos farmacodependientes.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

DEFINICION DE ADOLESCENCIA

Adolescencia, es una palabra que proviene del verbo latino *adolecere*, que significa crecer, desarrollarse.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo el cual comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad y concluye cuando se llega al pleno status social del adulto (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Esta etapa del desarrollo humano comprende cambios corporales importantes que influyen de forma determinante en las manifestaciones emocionales y conductuales diferentes a las de la niñez, como lo son el esmero por el arreglo personal, el interés o nerviosismo que despiertan los compañeros del sexo opuesto, el coqueteo, los cambios repentinos de carácter, el deseo de independencia, la rebeldía, la sensación de miedo, inseguridad y/o soledad, la búsqueda de la propia identidad, etc.

Se tiende a pensar que la adolescencia es una etapa "problema", debido a que el adolescente se enfrenta a muchos problemas que deben ser resueltos de manera satisfactoria, sin embargo, como lo menciona Hurlock "el adolescente es más problema para sí mismo que para los demás; no se halla adaptado a su nuevo papel en la vida, y como resultado manifiesta turbación, indecisión y ansiedad".¹

¹ Hurlock, Elizabeth B., "Psicología de la Adolescencia", Editorial Paidós, Argentina 1978, p.106.

Menciona también, que los problemas primordiales a los que el adolescente se enfrenta son principalmente de tipo social, debido a que el retraso de la madurez social con respecto a la física es bastante marcado y dificulta el enfrentar los problemas que se suscitan.

EXPLICACIONES TEORICAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Uno de los primeros en estudiar la adolescencia fue el psicólogo norteamericano Granville Stanley Hall. Pionero de la psicología genética, basándose en la teoría de Darwin le pareció, que existía cierta analogía entre el desarrollo del individuo desde que es concebido pasando por la adolescencia hasta llegar a la adultez. Hall ve el periodo adolescente como una recapitulación del periodo de la evolución humana cuando, mediante una revolución turbulenta, los seres humanos lograron abandonar un pasado más salvaje y echar los cimientos de una civilización. La teoría de Hall tiene a su vez similitud con el Sturm und Drang de la literatura alemana, que se caracteriza por la entrega a un ideal y por el cataclismo y la pasión. Hall encuentra puntos en común en las características de ambos periodos: entrega a un ideal, sentimientos muy intensos, una expresión altamente personalizada y sufrimiento.

La tesis principal de Hall es que la adolescencia temprana de un individuo es una reminiscencia de etapas anteriores del desarrollo de la raza humana, por lo tanto, el proceso adolescente es universal. (Fitzgerald, 1992).

Albert Bandura por su parte, habla de que el conflicto de la adolescencia se debe a la mitificación que han creado los adultos al respecto. Habla de que existe una interpretación exagerada a las señales de inconformidad del adolescente ya que los adultos también presentan ocasionalmente conductas poco convencionales, sobre todo, al encontrarse en situaciones de tipo social.

Asimismo los medios de comunicación plantean los patrones de rebeldía y desobediencia que ocasionan que los adolescentes se apeguen al modelo propuesto y elaborado por una sociedad adulta. La imagen del "adolescente típico" se ha derivado, en opinión de Bandura, de jóvenes delincuentes o perturbados cuyo comportamiento se debe a sus problemas o conflictos individuales más que a su etapa de desarrollo.

Los cambios psíquicos de la adolescencia, son pues, consecuencia natural de los cambios físicos y fisiológicos de dicha etapa.

Erik Erikson, propone que el desarrollo humano se da a través de una serie de ocho etapas psicosociales determinadas de forma genética no importando la cultura en que esté situado el individuo. Con respecto a la adolescencia, Erikson la sitúa en la 5ª etapa: Identidad y confusión de rol, en la cual el niño después de haber establecido una buena relación con el mundo de las habilidades inicia la pubertad. La preocupación primordial es sobre la apariencia que tiene ante los demás en comparación con lo que ellos sienten que son. El sentimiento de identidad yoica es entonces la confianza acumulada de que la identidad y continuidad interiores preparadas en las etapas anteriores encuentra su equivalente en la identidad y continuidad del significado que uno tiene ante los demás. Se inicia el enamoramiento adolescente que es un intento por llegar a una definición de la propia identidad, proyectando pues la imagen yoica que aún es difusa en otra persona, para poder lograr mediante el reflejo, que se aclare gradualmente. (Cueli, 1990).

Muuss (1994), define psicológicamente a la adolescencia como una "situación marginal" en la cual, han de llevarse a cabo infinidad de nuevas adaptaciones; las cuales, dentro de una sociedad determinada permiten distinguir entre la conducta infantil y el comportamiento adulto.

Los cambios que se dan en la adolescencia varían de acuerdo al contexto cultural y social, lo cual también determina en cierto sentido cuándo se da el inicio y término cronológico de la adolescencia.

Jean Piaget tiene como base de su teoría conceptos biológicos sin pretender dar una explicación fisiológica de la conducta, y las etapas del desarrollo que propone implican una asimilación cada vez mayor. Según la teoría de Piaget en el desarrollo del conocimiento se dan cuatro etapas: la etapa sensoriomotora que va desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente, la etapa preoperacional que inicia a los dos y concluye a los siete años de edad, la etapa de las operaciones concretas que va de los 7 a los 12 años. Finalmente, se encuentra la etapa de las operaciones formales en la cual, el individuo aprende a formular hipótesis, desarrolla la capacidad de pensamiento deductivo, razonamiento causal que le permite dar explicaciones científicas a los eventos; el adolescente pone atención tanto a la forma como al contenido de cualquier suceso, el adolescente puede razonar sobre su propia forma de razonamiento. (Cueli, 1990).

Por su parte Aberastury, menciona que en la adolescencia ocurren cambios psicológicos que son el correlato de los corporales, que van llevando al adolescente a una nueva relación con los padres y con el mundo. El adolescente se enfrenta a la dolorosa elaboración de los duelos por el cuerpo y la identidad infantiles así como por la relación con los padres, lo cual implica la búsqueda de una nueva identidad que se construye tanto en el inconsciente como en el consciente.

Anna Freud (1895), se interesó por la interpretación dinámica del desarrollo del adolescente. Considera a la adolescencia como un factor de formación primordial del carácter, sobre todo, en la relación entre Ello, Yo y Superyo. Existe a su parecer, una gran influencia del proceso fisiológico de maduración sexual en el ámbito psicológico. Anna Freud menciona que se da durante éste periodo, un conflicto interno ya que la libido despierta creando desequilibrio entre el Yo y el Ello, por lo cual, se observan conductas hostiles y agresivas. El objetivo de la adolescencia es pues, el restablecimiento del equilibrio interno.

Por su parte, Otto Rank toma en consideración que la naturaleza humana es creadora y productiva por naturaleza.

Su teoría está basada en la conciencia y la voluntad, de las cuales ésta última constituye una fuerza que forma el sí mismo y puede modificar el medio. La sexualidad es entonces, un factor capaz de ser controlado en cierta medida por la voluntad. Es debido a esto que el peso importante del desarrollo lo traslada de la infancia a la adolescencia, ya que es éste el momento en que se da el proceso decisivo del desarrollo de la personalidad: el cambio de la dependencia a la independencia. (Muuss, 1994).

Mauricio Knobel (1980) considera que la adolescencia es un periodo de transición en el cual la principal característica es que el adolescente reformula los conceptos que tiene sobre sí mismo.

Este autor define la adolescencia como "la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objeto-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los 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 solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil"²

Freud (1905), establece el principio de que no es la pubertad el punto de desarrollo donde se inicia la sexualidad, sino que es desde la infancia, aplicando un concepto genético al periodo de la pubertad. Freud menciona que el recién nacido trae consigo al llegar al mundo impulsos sexuales que durante el desarrollo, sucumben a la represión, constituida principalmente por la formación reactiva y la sublimación. Habla de que las manifestaciones de la sexualidad son diferentes de las que se dan al llegar a la edad adulta, como son el "chupeteo", el autoerotismo, etc., describiéndose como fin sexual infantil la satisfacción de una forma u otra, alguna zona erógena, mediante el estímulo apropiado.

² Aberastury, A., Knobel M., "La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico", Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1991. P.39.

DESARROLLO FISICO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Los primeros cambios que caracterizan a la adolescencia se manifiestan en el crecimiento que se acelera notablemente, durante la primera etapa reconocida por algunos autores como pubertad.

En el sexo femenino, la pubertad comienza entre los nueve y medio y los trece años, en tanto que para los varones es entre los doce y medio y los quince años. Se incrementa la estatura, el peso, se modifica la configuración del cuerpo, se acelera el crecimiento que no es uniforme, ya que las extremidades crecen con más rapidez que el tronco y los rasgos de la cara van adquiriendo un aspecto adulto.

Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de las niñas hay crecimiento de los senos que precede a la aparición del vello púbico, que aparece primero como un vello muy fino y de color claro tornándose posteriormente más grueso y oscuro cubriendo los órganos genitales externos, y en ocasiones puede extenderse hasta los muslos. Aparece el vello en las axilas, aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas, se producen modificaciones en los órganos genitales: el útero crece, los huesos de la pelvis así como la mucosa vaginal también crecen y se ensanchan. Ocurre la primera menstruación llamada menarquia.

La menstruación es el resultado de la liberación de un óvulo en cada ciclo, que generalmente es de 28 a 30 días, sin embargo, las primeras menstruaciones se presentan antes de que exista maduración y liberación de los óvulos. Por lo que los ciclos se presentan sin ovulación. (Orientación Educativa, 1994).

Asimismo, aumenta el tejido adiposo creando el aspecto redondeado de diferentes regiones del cuerpo femenino, especialmente las caderas y los senos. También existe desarrollo del tejido muscular aunque en menor proporción que en los varones.

En cuanto a los cambios en el sexo masculino se encuentra la aparición del vello en el área del pubis, las axilas, la cara específicamente en las regiones del labio superior y la mandíbula, en las extremidades, el tórax y las cejas se desarrollan más. Al igual que en la mujer, el vello púbico comienza como un vello fino y claro, éste vello se extiende desde la cicatriz umbilical (ombbligo) hasta el pubis, la base del escroto, el perineo y el ano.

Con la aparición del vello en las axilas, se observa que aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas aumentando también la producción de sudor. Con el aumento de actividad de las glándulas sebáceas se puede contraer una infección y puede aparecer acné.

Aproximadamente a los diez años de edad, los testículos comienzan a aumentar de peso y tamaño porque aumenta el tamaño y el peso de los tubos seminíferos contenidos en ellos; después crecen y aumenta el número de las células intersticiales o de Leidig que producen la hormona de nombre testosterona; cerca de un año después empiezan a crecer la próstata, las vesículas seminales, las glándulas bulbouretrales y el pene. El escroto incrementa su tamaño, por lo que presenta surcos y aumenta su pigmentación tornándose pues de color oscuro. (Orientación Educativa, 1994).

Cerca de los 12 años ocurre la primera eyaculación y entre los 11 y 16 años empiezan a aparecer las poluciones nocturnas.

Cuando el pene ha alcanzado su máximo desarrollo, la laringe crece y uno de sus cartílagos llamado tiroides crece más, formando la "manzana de Adán", modificándose el tono de la voz, que se hace más grave.

Junto con el crecimiento del cuerpo se da un aumento en el tamaño de los huesos y músculos que al no desarrollarse al mismo tiempo dan al adolescente un aspecto de poco garbo al ensancharse sus hombros y disminuir el tejido adiposo.

Tanto en el hombre como en la mujer, en cuanto al aspecto fisiológico, disminuyen las frecuencias cardíaca y respiratoria, haciéndose ésta última más profunda que en el infante, debido a que la caja torácica aumenta sus dimensiones.

La presión arterial aumenta como resultado del incremento de la actividad del sistema nervioso.

Para todos los cambios que implica la adolescencia, es necesario que se de la secreción de sustancias químicas llamadas hormonas que son producidas por diversas glándulas del cuerpo, en especial por la hipófisis y las sexuales o gónadas. La hipófisis o glándula maestra, que al llegar la adolescencia es estimulada por el hipotálamo, se activa e inicia la producción de diversas hormonas.

En el caso de los varones, la hormona luteica o luteinizante, se vierte en el torrente sanguíneo, llega a la zona de los testículos y estimula a las células de Leidig, células situadas entre los tubos seminíferos para que éstas a su vez, secreten hormonas masculinas (andrógenos) como la testosterona, la cual determina la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La hormona folículo-estimulante o estimulante de la espermatogénesis, actúa sobre los tubos seminíferos de cada testículo para que se lleve a cabo el proceso de espermatogénesis o maduración de los espermatozoides que podrán así ser capaces de fecundar a un óvulo.

Los cambios hormonales para la mujer se inician con la liberación de las hormonas que produce la hipófisis que estimulan los ovarios con la producción de los estrógenos y la progesterona. Son en especial los estrógenos los que se encargan de la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la instalación del ciclo menstrual. El crecimiento infantil está regulado por las hormonas del timo además de la hormona somatotropina o del crecimiento, pues su acción acelera la síntesis de proteínas en las células. Esta hormona se produce en el lóbulo anterior de la hipófisis.

Las glándulas suprarrenales, situadas una sobre cada riñón que constan a su vez de dos glándulas: una interior llamada médula que produce la adrenalina, y otra exterior llamada corteza que secreta la cortisona o cortina. Estas hormonas ejercen una acción directa sobre las glándulas sexuales, acentuando los caracteres viriles en ambos sexos.

La adrenalina está relacionada con la vida emocional activa e intensa de la adolescencia, por su acción sobre la circulación de la sangre y la actividad del sistema nervioso autónomo, reduce el diámetro de los vasos sanguíneos, aumenta la tensión arterial, produce alteración en los movimientos del corazón excitando los músculos lisos.

La interrelación y dependencia entre la hipófisis, las glándulas sexuales y la corteza suprarrenal, se completa con la acción de la glándula tiroides, situada en el cuello por delante y a los lados de los primeros anillos de la tráquea. Esta glándula produce la tiroxina. La actividad tiroidea es más que nada, femineizante, acentúa las características propias de la mujer. También la acción de las hormonas de la tiroides regulan la cantidad de grasa en el cuerpo. (Orientación Educativa, 1994).

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN EL ADOLESCENTE

El contenido principal que encierra la adolescencia, es el paso de la infancia a la edad adulta; y la diferencia que se va presentando en todos los aspectos del desarrollo: físico, moral, social y mental. Y su importancia radica en que es en dicha etapa donde se sientan las bases que formarán las actitudes morales y sociales de la personalidad del futuro adulto.

Petrovsky (1997) menciona que el primer factor de desarrollo de la personalidad del adolescente es el incremento de la vida social, que se ve orientada a la imitación de modelos y valores que le permitan formar relaciones satisfactorias con los adultos, con personas de su edad y sobre todo, consigo mismo. La intensa actividad social consiste en una "gran receptividad para asimilar las normas, los valores y las formas de conducta que existen en el mundo de los adultos y en sus relaciones".³

La transición de la adolescencia en cuanto al ámbito social se refiere al cambio en el tipo de relaciones entre adulto y niño, aceptable y propio de la infancia, por un tipo de relación nuevo y específico del trato entre la gente adulta.

El paso a la adultez inicia con la noción que adquiere poco a poco el adolescente de que ya no es un niño. Tal noción está basada en la valoración de los cambios tanto físicos como en su sexualidad.

El adolescente en su relación con los adultos comienza a resistirse a las exigencias que éstos le imponen y aumenta sus propios derechos, pretendiendo así, se le respeten tanto su dignidad como su personalidad, se le permita ser independiente y gozar de los mismos derechos de los cuales gozan los adultos. La autovaloración que se concede el propio adolescente junto con la valoración de la actitud de los adultos hacia él, son la base de la concepción ética del mundo que se va formando.

Aberastury (1980), comenta que el duelo que hace el adolescente por el cuerpo infantil implica que la aparición de los caracteres sexuales secundarios así como la aparición de la menstruación en la niña y el semen en el niño, lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y le imponen tanto la definición sexual como el rol que tendrá que asumir en la unión de pareja y la procreación.

³ Petrovsky, A., "Características Psicológicas en el adolescente", Edit. Al. Psicología Evolutiva y Pedagogía, Editorial Progreso, Moscú. Pp. 77

Además del adolescente, los padres padecen también éste doloroso y largo proceso, tienen dificultades al tener que enfrentar la aceptación de la genitalidad y libre expresión de la personalidad de los hijos.

Los padres viven los duelos por los hijos ya que éstos ahora pueden juzgarlos y comienzan a separarse de ellos así pues, los padres también deben elaborar el duelo que implica desprenderse del hijo niño para evolucionar al hijo adulto creando una relación diferente; se ve de frente con el acercamiento de la posibilidad de la vejez y muerte. (Aberastury, 1991).

La rebeldía, contradicción y desprecio que el adolescente muestra ante el adulto es parte de una defensa para eludir la depresión que ocasiona el desprendimiento de sus partes infantiles y la desidealización de las figuras parentales, pero es a su vez un juicio de valor que debe ser respetado.

La problemática del adolescente comienza con los cambios corporales, continuándose con los cambios psicológicos. El adolescente defiende sus valores y desprecia los que el adulto quiera imponerle, busca la solución teórica a problemas que le son trascendentes y a los que también se verá enfrentado a corto plazo como el amor, la libertad, el matrimonio, la educación, la religión, la filosofía, la paternidad. Busca pues, formarse un sistema de ideas, teorías, un programa al cual aferrarse y algo en lo que pueda descargar la ansiedad y conflictos surgidos de la ambivalencia entre el desprendimiento o el continuar dependiendo. Sufre una crisis de susceptibilidad y celos, exige y necesita vigilancia, dependencia, pero surge a la vez un rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia y de huir de ellos.

En este momento del desarrollo la forma en que los padres otorguen la libertad es definitiva para el logro de la independencia y de la madurez del adolescente.

Esta crisis la soluciona transitoriamente huyendo del mundo externo buscando refugio en el mundo interno, en la fantasía, con un incremento paralelo de la omnipotencia narcisista y de la sensación de prescindencia de lo externo.

El adolescente plantea tres exigencias básicas de libertad: la libertad en salidas y horarios, la libertad de defender una ideología y la libertad de vivir un amor y un trabajo. En cuanto al primer aspecto, el adolescente percibe que cuando los padres comienzan a controlar el tiempo y los horarios están controlando su mundo interno, su crecimiento y desprendimiento. Por otra parte, el amor y la sexualidad son experiencias que no siempre son totales pero que es necesario que el adolescente viva y para hacerlo requieren hallar cierta aprobación en sus padres para no sentir culpa, pero tal aprobación no debe exigir que se les informe sobre todos sus actos.

Es preferible, según Aberastury, que se otorgue una libertad con límites, que impone cuidados, cautela, observación, contacto afectivo permanente, diálogo, para ir siguiendo paso a paso la evolución de las necesidades y de los cambios en el hijo. (Aberastury, 1980).

Aberastury y Knobel (1980), integran las características sintomatológicas del síndrome de la adolescencia en ocho grupos:

1. BUSQUEDA DE SI MISMO Y DE LA IDENTIDAD. Desde que el niño nace, comienza a conformarse su aparato psíquico, se elaboran las ansiedades básicas que son la base de la personalidad que en un proceso psicológico, llevan al individuo hacia la madurez. "La identidad es una característica de cada momento evolutivo"⁴. La identidad adolescente se ve caracterizada por la inestabilidad que causa la posibilidad de utilizar la genitalidad en la procreación, el cual es por cierto, un hecho biopsicodinámico. En ésta etapa el proceso de individuación es esencial, y la consecuencia final de la adolescencia es que el individuo pueda tener autoconocimiento como entidad biológica.

⁴ Aberastury Ibidem, Pp.46

El psicoanálisis acepta que "es necesario integrar todo lo pasado, lo experimentado, lo internalizado, con las nuevas exigencias del medio y con las urgencias instintivas o, si se prefiere, con las modalidades de relación objetal establecidas en el campo dinámico de las relaciones interpersonales. El adolescente necesita darle a todo esto una continuidad dentro de la personalidad, por lo que se establece una búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad"⁵.

2.TENDENCIA GRUPAL. El adolescente busca cierta uniformidad como un tipo de defensa, traslada la dependencia que existía hacia el núcleo familiar hacia el grupo con el que busca identificarse. En cierta forma el comportamiento del grupo se da en oposición a las reglas establecidas en la estructura familiar, el fenómeno grupal es un elemento que ayuda a la transición en el mundo externo de la individuación. Y es en el grupo donde se facilitan las conductas psicopáticas "normales" del adolescente, que son transitorias a diferencia de un psicópata en el cual, las conductas son permanentes.

3.NECESIDAD DE INTELECTUALIZAR Y FANTASEAR. Esta necesidad es forma típica del pensamiento adolescente. El escapar al mundo interno le permite al adolescente lograr un cierto reajuste emocional. La realidad al imponer la pérdida del cuerpo, el rol, los padres de la infancia, la bisexualidad que existían en la infancia, enfrenta al adolescente a cierta sensación de frustración e impotencia ante la realidad externa, lo cual le obliga a recurrir al pensamiento como forma de compensación ante las pérdidas que experimenta y no puede evitar.

4.CRISIS RELIGIOSAS. En ésta situación el adolescente manifiesta posturas totalmente opuestas. Las crisis religiosas del adolescente pueden interpretarse como la angustia generada por la urgente búsqueda de una identidad que vive el Yo.

⁵ Aberastury Opcit, Pp.46

Al enfrentarse ante la posibilidad de pérdida por muerte y/o la separación de los padres, el adolescente hace identificaciones proyectivas con imágenes idealizadas que le puedan *adolescentes que puede observarse cuando se aíslan encerrándose en sus cuartos. El adolescente tiene que aceptar que al pasar la niñez existe muerte en alguna parte del Yo y sus objetos para poder colocarlos en el pasado.

5. DESUBICACION TEMPORAL. Durante la adolescencia la dimensión de tiempo va adquiriendo paulatinamente un sentido discriminatorio, utilizando así el adolescente defensas espacio-temporales para poder manejar justamente el tiempo al que niega ver pasar, ya que implica convertirse en adulto viéndose imposibilitado para conservar al niño dentro de sí. Es aquí donde puede entenderse el sentimiento de soledad característico de los adolescentes que puede observarse cuando se aíslan encerrándose en sus cuartos. El adolescente tiene que aceptar que al pasar la niñez existe muerte en alguna parte del Yo y sus objetos para poder colocarlos en el pasado.

6. EVOLUCION SEXUAL. La evolución de la sexualidad adolescente se da del autoerotismo a la heterosexualidad, con la oscilación entre la actividad masturbatoria y el ejercicio genital, el cual, es más de tipo exploratorio que una genitalidad con objetivo procreativo.

Al momento de ir aceptando su propia genitalidad, el adolescente busca de forma intensa una pareja. Comienzan los contactos superficiales, caricias, enamoramientos que tienen las características de parecer intensos pero en realidad son relaciones interpersonales frágiles. Es en este punto donde puede observarse la necesidad de un tercero y la estructuración del complejo de Edipo temprano que tiene entonces características genitales y no orales. Es en este momento cuando ocurre el descubrimiento y manipuleo de los órganos genitales y las fantasías del establecimiento de un vínculo en un nivel genital. Estas fantasías de vínculo genital se dan con las características de lo penetrante en lo masculino y de lo penetrado para lo femenino. Se tiene así entonces, que son las fantasías de penetrar o de ser penetrada el modelo que se va a mantener durante toda la vida posterior del sujeto y que le permitirá relacionarse, como expresión de lo masculino y lo femenino.

7. ACTITUD SOCIAL. El proceso de adolescencia no depende únicamente del propio adolescente, ya que inclusive el complejo edípico vivenciado por los adolescentes, es vivido también por los propios padres, por los que en ocasiones la adolescencia es recibida con hostilidad y/o agresión, identificándoles bajo etiquetas y grupos que al parecer de Aberastury son conductas fóbicas que parece más bien, tendieran a aislar a los adolescentes del mundo adulto. Los padres son las primeras figuras de identificación, existiendo también en la sociedad figuras factibles de proveer identificaciones. El adolescente al encontrar en el mundo circundante normas restrictivas, busca modificar a la sociedad. La actitud reivindicatoria y de reforma social del adolescente pueden referirse al lograr acciones que han ocurrido antes en su pensamiento, lo cual, aunado a un yo grupal, puede conformar una acción social real.

8. CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN TODAS LAS MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA. Debido a que la personalidad adolescente recibe todo lo que existe a su alrededor así como también lo proyecta, de manera variable y frecuente, no es posible encontrar en los adolescentes una línea de conducta que pueda determinarse de forma específica y certera, aún cuando el mismo adolescente puede procurar tenerla.

En cuanto a la psicodinamia de la adolescencia, Anna Freud (1895) explica que en el periodo de latencia el niño desarrolla el Superyo al asimilar los valores que le son transmitidos por las personas con quienes se identifica, especialmente con los padres, con lo cual se desarrolla el sentido del bien y del mal. Es así, que el niño conforma la ansiedad del Superyo en base a la identificación que logra con el código de valores de las figuras importantes de autoridad. En la adolescencia el Yo, al hacer concesión ante los impulsos del Ello, provoca conflicto con las reglas y normas que ya han sido internalizadas; esto causa frustración en el adolescente ya que el logro de objetivos se ve impedido por inhibiciones internas que provienen de la conciencia.

El logro de la madurez sexual puede provocar un incremento de la libido, la cual perturba la esfera psicológica y puede entonces, producirse una regresión temporal a etapas anteriores.

Afirma pues Anna Freud, que se da un segundo Complejo de Edipo, lo cual crea en los varones el temor a la castración y en el caso de las niñas, la envidia por la posesión del pene; y que éstos impulsos edípicos suelen realizarse en la fantasía, dando como resultado ansiedad a través del Superyo, activándose los mecanismos de defensa que invierten los impulsos hacia sí mismo, produciendo temores, ansiedad y síntomas neuróticos.

Durante la adolescencia la catexia instintual comienza a diferenciarse conforme se desarrolla la genitalidad.

Anna Freud (1895) habla de dos peligros que se corren en el desarrollo normal de ésta etapa de crecimiento: el Ello puede anular al Yo, lo cual implica que el carácter anterior del individuo puede cambiar radicalmente y la entrada a la vida adulta se ve repleta de gratificaciones no inhibidas de los instintos.

El otro peligro es que al darse éste conflicto entre instancias psíquicas, el Yo puede vencer al Ello utilizando específicamente dos mecanismos de defensa. Uno es el ascetismo, el cual se debe a la generalización de la desconfianza contra los deseos instintivos. El otro es la intelectualización, el cual se refiere al aumento de intereses intelectuales y el cambio de intereses concretos por abstractos.

CAUSAS DEL CONFLICTO ENTRE EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO

Cuando se inicia la adolescencia surge una situación que implica importantes contradicciones si es que el adulto continúa manteniendo la misma actitud hacia el adolescente que sostenía cuando era un niño.

Es por ésto importante, que el adulto procure encontrar la forma de conciliar el grado de independencia del adolescente, para que concuerde con las propias posibilidades del adolescente así como con las exigencias sociales a las que comienza a enfrentarse, de tal forma que ésta situación posibilite al adulto la comunicación y orientación hacia él.

Para que el adolescente asimile la moral que los adultos emplean en sus relaciones, es necesario que el joven se relacione y comience a entablar comunicación con compañeros de su edad, ya que es una forma de ensayo para las relaciones adultas por venir, desarrollando al mismo tiempo la moral y madurez social del niño. Es por esto, que al comienzo de la adolescencia, las relaciones del adolescente temprano con sus padres y, en especial, con sus amigos comienzan a construirse sobre importantes normas morales de igualdad adulta.

IMITACION DE LAS CONDUCTAS DEL ADULTO

Para el adolescente recién consciente de sus cambios encaminados a la adultez, resulta bastante atractivo comenzar a comportarse como todo un adulto, por lo cual, imita o copia actitudes que éste presenta.

Dentro de tales conductas se pueden mencionar los cambios en la moda tanto de prendas de vestir como de peinados, los cosméticos para las jovencitas, el ingerir bebidas alcohólicas, comenzar a fumar, jugar baraja, utilizar un léxico particular, los recursos para la coquetería y galanteos, la forma de divertirse, la preocupación por aprender el baile

de moda, el procurar ser atractivo y/o popular, etc. Situaciones en las cuales, el adolescente es torpe al principio.

En cuanto a los varones se observa también una tendencia muy particular a buscar ser "un verdadero hombre", lo cual implica entre otras cosas, la voluntad, la fuerza, la valentía, la popularidad, la lealtad y la amistad. Convirtiéndose tales cualidades de virilidad en criterios para juzgar el valor de un adulto, compañero, o de su propia persona.

El desarrollo de la madurez social y moral del adolescente se da cuando el adulto colabora con el adolescente siendo su modelo y permitiéndole a éste ser su colaborador, brindándole confianza; formando en el adolescente un sentimiento de responsabilidad e independencia al permitírsele aplicar, descubrir y aprovechar sus aptitudes.

La copia de las actitudes adultas tanto femeninas como masculinas es para el adolescente una forma de demostrar a los demás y a sí mismo que ya es un adulto.

RELACION CON PERSONAS DE SU EDAD

Ya en la adolescencia, se forman relaciones en las cuales la intimidad y profundidad de las mismas son las características principales. Ahora el límite de relación con sus compañeros ya no es el de la escuela, sino que se hace extensivo al hecho de compartir gustos e intereses en común, por lo que sus relaciones adquieren un gran valor.

Sin embargo, aún cuando las relaciones son bastante profundas e importantes, son transitorias, y son dichos ensayos en sus relaciones los que le permiten conformarse una idea propia sobre la amistad y un ideal de lo que es un verdadero amigo.

El adolescente comienza por tomar en cuenta cualidades de sus compañeros que incluyen la capacidad intelectual, su capacidad de relacionarse con los demás, la posibilidad de dominio de sí mismo, etc.

Y al mismo tiempo que aprecia cualidades tiene también exigencias, que no son otras que las mismas que dirige a los adultos: respeto a su personalidad y dignidad humanas, esperan del amigo su lealtad, comprensión y afinidad. Los amigos se convierten al igual que el adulto, en modelos a seguir o imitar.

AUTOCONCIENCIA EN EL ADOLESCENTE

Cuando el niño llega a la etapa adolescente experimenta un cambio importante y por demás significativo de su autoconciencia. El adolescente tiene ahora una nueva concepción del medio que lo rodea, en esto incluyéndose especialmente la concepción de su propia personalidad, la independencia, su relación con las personas adultas, su propia confianza, valores y normas inculcadas y el criterio de su autovaloración.

Comienza una actividad intensa tendiente a la interiorización, el interés por conocer a los demás tomándose a sí mismo como punto importante para su comprensión. La necesidad de conocer sus propias cualidades y defectos surge como respuesta a la exigencia para solucionar y afrontar las situaciones externas y las relaciones que establece con los demás.

Se plantea ya de forma individual y personal, objetivos, metas, logros a cumplir que van de acuerdo a sus propias capacidades. Asimismo se plantea situaciones futuras, piensa en su por venir.

El hecho de que comience la vida interna del adolescente, el reconocimiento de sus características positivas y negativas se da en gran parte por la intención de encontrar un lugar de reconocimiento y aceptación en el círculo en que se desenvuelve.

Es en éste proceso en que el adolescente comienza a compararse con personas de su edad, lo cual le permite tomar en cuenta sus propias particularidades para su autovaloración así como para la apreciación de los otros. Toma un modelo de su misma edad debido a que aunque el adulto es también un modelo, resulta más difícil de alcanzar ya que se encuentra en un nivel diferente de valores y cómo se comporta y resuelve las diferentes situaciones que se le presentan; en cambio un adolescente igual que él, se encuentra en el mismo nivel de posibilidades reales con quien le es más sencillo equipararse.

Al principio de sus comparaciones, el adolescente suele sentirse menos que los demás, tiende a tomar mucho más en cuenta sus puntos negativos lo que en cierto sentido, lo hace sentirse inferior. Pero poco a poco en el proceso de desarrollo la noción de sí mismo se ve ampliada y se profundiza creciendo pues, su independencia y confianza así como los juicios que tiene sobre sí.

Todos éstos eventos del desarrollo adolescente llegan finalmente a que sea él mismo quien procure en una especie de autoeducación el dominar sus reacciones emocionales y/o afectivas y su conducta en general. Aumenta la capacidad de una propia organización, que le permite al adolescente adquirir nuevas cualidades.

CAPITULO II

DEPRESION

ANTECEDENTES

En el lenguaje cotidiano, la depresión se utiliza para describir un sentimiento o reacción ante una situación que puede ser interna o externa, como lo es la muerte de algún ser cercano o querido. La depresión se puede considerar también como un estilo o forma de ser que es característico en algunas personas.

Aún cuando el uso del término Depresión cuenta con un cuarto de siglo, el cuadro patológico ha sido descrito desde la época grecorromana.

Hipócrates (S. IV a. de C.), desde un punto de vista médico, fue quien introdujo los términos de manía y melancolía, acreditándosele asimismo la distinción del origen de las enfermedades mentales, que para él se situaba en el cerebro más que en una causa divina. Los problemas hoy reconocidos como psiquiátricos, para Hipócrates se relacionaban con los cuatro humores corporales: sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra, la cual, era la causante de la melancolía. Distinguía como características de dicho padecimiento, la aversión por la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia.

Aristóteles (Siglo III A. de J.) hace notar que a su parecer los grandes poetas, artistas y pensadores observaban un temperamento melancólico.

También los romanos hicieron aportaciones a éste rubro, Areteo fue quien distinguió entre la depresión endógena y exógena que a su parecer, a pesar de tener sintomatología similar el origen era diferente; en adición a esto, menciona que la manía y la depresión podían encontrarse en un mismo individuo, sugería que el origen de la melancolía era debida a factores de índole psicológica y menciona como factor importante las relaciones interpersonales que el enfermo tuviera en el transcurso del padecimiento. Caracteriza a la melancolía por síntomas como tristeza, somnolencia y deseos de morir al llegar a cierta edad.

Con Soranos de Ephesus se cuenta ya con una descripción de síntomas entre los cuales están: tristeza, suspicacia acentuada, deseos de morir, tendencia al llanto e irritabilidad.

Caelus Aurelianus refiere que existen síntomas como ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad incluso hacia los seres cercanos, que se observan de forma antecedente a la aparición de la melancolía.

Lo que hoy conocemos como estados maniaco depresivos, tuvo su designación equivalente en el Siglo XVII con Bonetus, quien habla de la relación entre la manía y la melancolía.

Durante la Edad Media, se generalizó entre diferentes escritores cristianos, como Santo Tomás de Aquino, la idea de que existían dos tipos de desesperación, una proveniente de Dios y otra del mundo.

Constantino Africano, quien fundó la escuela de medicina de Salerno, a finales de la Edad Media, defendía la teoría de que la causa de la melancolía estaba en la cantidad excesiva de bilis debida a una disfunción de la economía orgánica.

Esta idea fue poco a poco desechándose a partir de 1630 aproximadamente cuando Robert Burton publico un tratado ("Anatomía de la Melancolía"), en la cual identifica a los estados depresivos.

Ya a principios del Siglo XIX (1801) con Philippe Pinel, se describen ciertas características de la persona que padecía de depresión (melancolía), como la tendencia a buscar la soledad, el ser taciturno y

pensativo, mencionando asimismo, que las personas depresivas buscan una cierta forma de castigo al cometer actos criminales. Considera que las causas de la melancolía son primero que nada psicológicas y en segundo lugar están las causas físicas.

En 1896 Kraepelin hace una diferenciación entre la psicosis maniacodepresiva y la demencia precoz. Describe como síntomas, la tendencia a la meditación, aprensiones sombrías, amor a la soledad y taciturnidad.

Adolf Meyer, en 1904 sugirió el cambio del término melancolía por el de depresión.

También en el México prehispánico encontramos antecedentes al estudio de la depresión, el médico indígena Martín de la Cruz en 1552, habla de la melancolía como un problema médico, su descripción fue traducida al latín por Juan Badino (códice Badiano), el cual aún se conserva en la Biblioteca del Vaticano, que incluye el título "remedio para la sangre negra", término que era común en Europa hacia el siglo XVI. En dicho códice se encuentra el tratamiento recomendado para los casos de depresión: un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, se sugiere asimismo que la persona debe andar en lugares sombreados y beber de forma moderada, o mejor no tomar pulque, debe dedicarse a cosas alegres como el canto, la música, o tocar algún instrumento. (Calderón, 1984)

Es a principios del Siglo XX, que se da ya una identificación más precisa de los cuadros depresivos.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DEPRESION

En cuanto al cuadro clínico de la depresión Bellak y Small (1988) refieren que existen en el individuo deprimido: disminución del habla, de la marcha y las expresiones faciales; dificultad para la toma de decisiones, fatiga generalizada, pesadumbre, falta de apetito, insomnio y estreñimiento.

Calderón menciona como características clínicas la indiferencia afectiva, sentimientos de tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad, irritabilidad.

Hace una clasificación general de dichos síntomas, agrupándolos en:

Trastornos en el área intelectual:

1. Sensopercepción disminuida
2. Trastornos de memoria
3. Disminución de la atención
4. Disminución de la comprensión
5. Ideas de culpa o fracaso
6. Pensamiento obsesivo (recuerdos repetitivos molestos)

Trastornos conductuales:

1. Actividad disminuida (descuido de obligaciones y aseo personal)
2. Productividad disminuida
3. Impulsos suicidas
4. Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas

Trastornos somáticos:

1. Trastornos del sueño
2. Trastornos del apetito

- 3.Trastorno de la libido
- 4.Cefalea tensional
- 5.Problemas digestivos
- 6.Problemas cardiovasculares
- 7.Mareos
- 8.Prurito
- 9.Alopecia

Davison (1983) proporciona lo que él llama una clasificación formal de la depresión, dividiéndola en tres categorías principales:

1. Desórdenes afectivos de primer orden, en los cuales se encuentran las enfermedades maniaco-depresivas así como la melancolía involutiva, la cual ocurre en los cambios de vida del individuo.
2. Depresión psicótica. Se distingue por las ilusiones y/o alucinaciones, que son creencias falsas, no factibles de verificar en la realidad, por sentimientos de inutilidad así como la aprensión por alteraciones corporales.
3. Depresión neurótica. Incluye síntomas como semblante y estado de ánimo tristes, sentimientos de desesperanza y culpabilidad, alteraciones somáticas (como los trastornos de sueño), estreñimiento y sensación injustificada de inutilidad.

Este autor habla también de que puede existir una causa física interna causante de la depresión, se hablaría pues, de una depresión endógena, es decir, causada por factores internos. Por otra parte, la depresión exógena, es decir, con origen fuera del organismo, se refiere a las causas de tipo ambiental de la depresión.

En general, de acuerdo al DSM-IV (1995) la depresión se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo. Éste tipo de trastornos

incluye a aquéllos que tienen como característica la alteración del humor.

De forma estricta se puede decir que los trastornos depresivos se dividen en dos grupos importantes. El trastorno depresivo unipolar, que se caracteriza por no tener una historia previa de algún episodio maniaco, mixto o hipomaniaco; y el trastorno depresivo bipolar que implica episodios maníacos, episodios mixtos e hipomaniacos, generalmente acompañados por historia de episodios depresivos mayores.

El cuadro clínico de acuerdo al DSM-IV del episodio depresivo mayor es:

Un periodo de al menos 2 semanas durante el cual se presenta un estado de ánimo deprimido o pérdida del interés y placer generalizado en las actividades. En los niños y adolescentes puede presentarse en forma de ánimo irritable en lugar de triste. Los síntomas se presentan casi todo el día y casi todos los días. El sujeto debe presentar al menos otros cuatro síntomas que incluyen:

1. Cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora
2. Falta de energía
3. Sentimientos de infravaloración o culpa
4. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
5. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas

Para que se considere la existencia del episodio depresivo mayor un síntoma debe ser de reciente aparición o bien, haber empeorado en comparación con el ánimo del sujeto antes del episodio. Se presenta deterioro social, laboral y de otras áreas importantes que corresponden a las actividades generales del individuo.

Los síntomas de ésta depresión pueden identificarse como no debidos a efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica

así como el no poder ser explicados mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o más, o bien, existe la característica de una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Por otra parte, el trastorno afectivo llamado maniaco-depresivo y que se hace referencia a él como bipolar (debido a que sus dos fases son muy diferentes).

Durante la fase maniaca, el individuo suele ser hiperactivo, cuenta con sentimientos de imbatibilidad, pueden ser irritables y mostrar carencia de juicio.

Los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

TEORIAS SOBRE LA DEPRESION

Sobre la depresión existen diferentes teorías que han tratado de explicar su etiología. Cada una está cimentada en una razón o causa diferente como explicación a éste padecimiento.

La depresión puede referirse a un síntoma o a un grupo de enfermedades con rasgos y síntomas clínicos definidos.

Como síntoma, la depresión describe a un tono afectivo de tristeza, sentimientos de desamparo y soledad así como una disminución en el amor propio. La depresión provoca en el individuo sentimientos de amenaza a su seguridad, incapacidad para enfrentar los problemas inclusive cotidianos

y que además no existe quien pueda brindarle apoyo para resolverlos. Todos los aspectos de su vida (emocional, laboral, cognoscitiva, fisiológica y social) pueden verse seriamente afectados.

En todo síndrome depresivo, el paciente procura de forma activa e intensa el lograr aliviar los sufrimientos que le aquejan, procura solicitar ayuda o procura por sus propios medios resolver sus conflictos tratando de recuperar el objeto significativo que perdió, sin embargo, si la depresión crece haciéndose crónica o más grave, el paciente renuncia a tales intentos.

Existen también en la depresión tendencias a la autodestrucción o masoquistas, como podría serlo el suicidio. (Mackinnon, 1984)

Bellak y Small (1988) mencionan dos tipos de depresión. La depresión psicótica muestra regresión a conductas de tipo infantil acompañadas de manifestaciones somáticas y severas alteraciones en la prueba de realidad e identificaciones del Yo.

Describen otro tipo de depresión llamada involutiva, la cual es común que se presente al iniciar o en el proceso de la menopausia.

En la depresión la pérdida de autoestima es el punto importante, el cual se explica a partir de la pérdida de afecto ya sea real o imaginaria.

Se puede decir que los pacientes deprimidos sufrieron en algún momento de su infancia la sensación de que fueron desilusionados o engañados por alguna persona amada y significativa para ellos. Ante tal situación el individuo reaccionó con depresión, situación que es constantemente repetida durante momentos que el individuo considera similares, a lo largo de su desarrollo posterior. Dichos sentimientos de desengaño generan entonces sensaciones de profunda agresión y rencor que al no ser aceptados por el Superyo se vuelven hacia la propia persona.

Actualmente se cree que hay diferentes grupos depresivos, cuyos síntomas tienen diferentes causas:

Se habla de un tipo bipolar de depresión, el cual implica conducta maniaca y depresiva, debida a factores de tipo genético.

Hablando de el grupo monopolar, se encuentra que la depresión ocurre de forma independiente sin necesidad de que existan episodios de manía.

En éste grupo se encuentran dos subgrupos. El primero incluye individuos en quienes la depresión parece haberse dado al no haber podido contar con los elementos necesarios para poder enfrentar situaciones de conflicto o dificultad acaecidos en su vida. En el segundo subgrupo, la depresión parece ser ocasionada por problemas en la transmisión neural, es decir, no existe la cantidad suficiente de los transmisores químicos llamados catecolaminas. (Sarason, 1990)

Calderón (1984), menciona que las causas genéticas de la depresión se pueden considerar de mayor importancia en las de tipo psicótico. Mientras que las causas psicológicas pueden intervenir en el origen de cualquier tipo de depresión, siendo sin embargo, de mayor importancia en las depresiones neuróticas.

Calderón refiere que las causas determinantes de una depresión se deben a una mala integración de la personalidad en la etapa formativa. Por otro lado las causas desencadenantes, pueden ser debido a la pérdida de algún ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de poder, pérdida de la salud (enfermedad con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física o alteraciones estéticas, etc.).

- **TEORIAS BIOLÓGICAS SOBRE LA DEPRESIÓN.** Estas teorías se basan en la consideración de que el origen de la depresión está en los genes heredados por parte de los padres, o bien, en algún tipo de disfunción a nivel fisiológico que puede ser asimismo de origen hereditario o no hereditario.

1. **TEORÍA DE LOS RECEPTORES DE ESTÍMULO.** Tanto el cerebro como el sistema nervioso están compuestos por células especializadas llamadas neuronas, las cuales cumplen la función de conducir los impulsos nerviosos mediante un flujo de iones como el sodio y el potasio. Este flujo se genera al existir una alteración en el potencial de descanso de la membrana celular.

Los impulsos nerviosos viajan a través de cada una de las neuronas de forma constante y rápida haciendo sinápsis (región de contacto interneuronal). Para realizar ésta sinápsis, es necesaria la intervención de un neurotransmisor químico especial. El grupo de neurotransmisores conocido con el nombre de catecolaminas es de importancia especial al estar relacionados con las emociones. El neurotransmisor norepinefrina, está relacionado con las sensaciones de tipo placentero así como con la sensación de depresión. Es a partir de éste punto donde se da la idea para la teoría de la relación entre las catecolaminas y la depresión, la cual enuncia que la depresión se debe a una deficiencia de dicha catecolamina en ciertos puntos receptores del cerebro. Por el otro lado, se podría considerar que la manía podría deberse al exceso de norepinefrina en ciertos puntos receptores. (Sarason, 1990)

- **TEORÍA DEL APRENDIZAJE.** Esta teoría enuncia que la mayoría de los pacientes ya sea potencialmente o propiamente psiquiátricos cuentan con repertorios que no han sido reforzados por el exterior debido a diferentes razones, entre las cuales están: el que demasiadas conductas han sido castigadas, debido a que casi toda la conducta individual se mantiene evitando consecuencias adversas en vez de buscar o producir

efectos que le sean positivos; porque las proyecciones que el individuo hace del ambiente han sido deformadas de forma tal, que la conducta emitida es de forma inapropiada; o bien, por una combinación de todos los factores antes mencionados. La teoría del aprendizaje asume a la depresión como una función en la que el reforzamiento es inadecuado o insuficiente, o como la incongruencia entre el reforzamiento y ciertos tipos de conducta, lo cual puede incluir poca frecuencia en el reforzamiento, una cantidad total de reforzamiento que es insuficiente, o una mala calidad del reforzamiento. Sin embargo, se considera de forma específica que la depresión es una función en la cual hay una pobre frecuencia en el reforzamiento social del individuo.

1. *TEORIA COGNOSCITIVA*. Refiere que ya que a dos personas una experiencia puede afectarles o hacerles reaccionar de maneras diferentes, puede explicarse la diferencia sabiendo la forma en que cada una de ellas piensa con respecto al evento. Aaron Beck (1967-1978) es uno de los autores representativos de ésta teoría, considera que la gente que llega a un estado de depresión es porque cuenta con conjuntos cognoscitivos negativos. La persona deprimida tiene una opinión negativa de sí misma, del mundo y del futuro, lo cual es a su vez, el origen de la depresión y no a la inversa. Es posible que los episodios depresivos sean precipitados por una causa o evento externo, sin embargo, aún tomando esa consideración, la evaluación que el individuo hace del evento y la forma en que piensa sobre él, y no el evento por sí mismo, puede ser lo que produce la depresión. Beck cree que la gente deprimida generalmente se compara con los demás, lo que hace disminuir aún más su propia estimación.

Sobre los síntomas más comunes de la depresión, Beck enumera:

1. Estado de ánimo triste, apático.
2. Opinión negativa de uno mismo (autorreproches reprensión de uno mismo)
3. Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás
4. Pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual

5. Cambios en el nivel de actividad, volviéndose el paciente letárgico o agitado.

Su tesis fundamental es que los individuos deprimidos se sienten así debido a que se encuentran cometiendo errores de lógica, característicos.

La postura de Beck no va en el sentido de que los depresivos piensen en una forma equivocada o ilógica, ya que las capacidades cognoscitivas de éste tipo de pacientes es la misma a cualquier otro individuo no deprimido. Aún ante éste hecho, los depresivos parecen sacar conclusiones ilógicas en lo referente a su autoestimación. (Davison, 1983)

Beck describe varios errores de lógica cometidos por las personas deprimidas cuando interpretan la realidad:

1. Conclusión arbitraria. Deducción sacada sin tener suficientes pruebas o sin tener ninguna prueba.

2. Abstracción selectiva. Conclusión sacada basándose tan sólo en uno de tantos eventos de una situación.

3. Generalización excesiva. Conclusión global, arrolladora, sacada en base a un solo evento y tal vez insignificante.

4. Magnificación y minimización. Errores graves en la evaluación de una ejecución.

- **TEORIA PSICODINAMICA.** Según ésta teoría la mayoría, si no es que todos los trastornos depresivos son reacciones ante eventos que simbolizan la pérdida de un objeto amado o significativo para el individuo. Dicha pérdida no necesita ser dolorosa en opinión de toda la gente, sino que es el individuo que la vive quien le da tal connotación.

En cuanto a psicoanálisis se refiere, la primera contribución sobre la depresión fue de Karl Abraham (1911). Observó que en los casos de neurosis existía abandono de los impulsos sexuales y que la búsqueda de gratificación se encuentra tan reprimida que el individuo se siente poco amado y al mismo tiempo incapaz de amar y de lograr una intimidad emocional, observa que el individuo deprimido tiene sentimientos de ambivalencia, excesiva preocupación por sí mismo y utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí mismo.

Hizo entonces la diferenciación con la psicosis maniaco-depresiva anotando, al analizar algunos casos, que en éste tipo de depresión el odio es el que detiene la capacidad de amar.

Hacia 1916, llega a la conclusión de que el paciente deprimido sufre una regresión a la primera escala del desarrollo entendiendo pues que su hostilidad está dirigida hacia la madre.

Los autorreproches del deprimido son ocasionados por el destete, lo cual Abraham comprueba al hacer énfasis en dos síntomas que se encuentran relacionados con los alimentos; uno es el rechazo a la comida y el otro el temor a morir de hambre. (Guarner, 1984)

El análisis realizado con sus pacientes, le permitió encontrar que existe una correlación importante entre algún desengaño amoroso sufrido en la infancia del individuo y la depresión, señala que el rechazo tuvo pues un efecto patógeno, ya que a nivel inconsciente fue vivido como la repetición de una pérdida de un objeto de amor en etapas tempranas.

Abraham menciona que son factores predisponentes de la depresión:

1. Factores constitucionales que se unen a una excesiva acentuación del erotismo oral.
2. Fijación en la etapa oral, manifestadas en las lamentaciones ante frustraciones así como excesivas actividades orales.
3. Desengaños amorosos que hayan dañado el narcisismo infantil, en especial si el primero de ellos apareció antes de que los deseos

edípicos hayan sido completamente superados.

4. La repetición del desengaño primero en etapas posteriores de la vida y desarrollo del sujeto.

Melanie Klein y Sandor Rado (1928), mencionan que los enfermos depresivos logran conservar su autoestima en su dependencia con los demás, debido a que el Superyo se siente amenazado, el cual provoca autocastigos mediante reproches que van directamente al Yo. Refieren que la génesis de la melancolía está en la voracidad característica de la etapa de lactancia. (Guarner, 1984)

Rado (1956) se abocó al estudio de la función que las interrelaciones entre el yo, el superyo y el objeto amado tienen con la depresión. Observó que los individuos atraviesan un periodo de rebeldía y arrogancia antes del inicio de un episodio propiamente depresivo. La autoestima del deprimido se basa en la aprobación que obtiene de los demás, una vez que consigue el amor de los otros generalmente lo trata con indiferencia tal que provoca el distanciamiento de la persona amada, sintiendo la pérdida ahora el individuo pretende restablecer el amor mediante el uso de la culpa, y de no conseguir el objetivo, entonces su melancolía avanza hacia un punto psicótico en el cual busca el yo el perdón del superyo (que toma el lugar del objeto amado) dejando de lado a los objetos externos.

Rado considera que el punto de origen de lo anteriormente mencionado, se remonta al aprendizaje que se da en la infancia de que el niño puede ser perdonado siendo así capaz de recuperar el amor de la madre mediante una actitud de remordimiento. La autoestima es entonces, el resultado de las reacciones parentales positivas que el niño internaliza en el superyo. El conflicto de la depresión está en que la introyección es en el yo de una figura mala y en el superyo de una buena dándose una lucha por conseguir el perdón del yo, amor necesario para el individuo.

Edith Jacobson (1964), se refiere al punto cardinal de la depresión como el problema que sufre la autoestima.

Jacobson postula que la mente se desarrolla partiendo de un conjunto indiferenciado del cual, paulatinamente se logran las representaciones de los objetos y del sujeto mismo siendo asimismo catectizadas con energía libidinal agresiva o neutralizada determinándose pues los sentimientos del sujeto tanto hacia sí mismo como hacia los objetos de acuerdo a la energía de cada representación. Considera entonces, que la depresión se debe a que se ha producido en el desarrollo una catectización agresiva del sí mismo, ya que el niño está fusionado a la representación de sus objetos y la desvalorización de uno de estos implica la suya propia. La diferenciación superyoica es deficiente y no existe una adecuada separación de las representaciones objetales y el ideal parental formado en la infancia.

Menciona que tanto en la depresión neurótica como en la psicótica hay una disminución importante en la autoestima del individuo, la cual deja ver que existe una regresión en la organización de la personalidad, en consecuencia de algún defecto ubicado en el proceso temprano de desarrollo del Yo y el Superyo, el cual se encuentra todavía en un nivel pregenital. El conflicto básico en todos los desórdenes afectivos es el que la frustración provoca rabia y hostilidad que provocan dificultad para lograr la gratificación deseada. El yo, al no poder conseguir la gratificación, vuelve la agresión a la imagen de sí mismo lo cual hace más grande la diferencia con la imagen ideal llevando a la disminución de la autoestima.

Por su parte Freud (1917), menciona que la depresión se fundamenta en una pérdida de algún objeto significativo para el individuo. Habla también de una conciencia moral que se encuentra separada del yo y señala que los autorreproches que emite el deprimido no son más que críticas y agravios que son dirigidos al propio yo del paciente y no al objeto perdido.

Freud (1917), en su trabajo titulado "Duelo y Melancolía", menciona que el duelo es un proceso por el cual todo ser humano puede verse enfrentado a una situación de pérdida de un ser amado o abstracción equivalente.

La melancolía "se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio"⁶.

Dicha disminución del amor propio del individuo implica autoacusaciones y autorreproches, que son también observados de manera generalizada durante el duelo, sin embargo, el punto crucial en que se centra la diferencia del trabajo de duelo normal ante cualquier pérdida y la depresión estriba precisamente en la perturbación que existe en el amor propio del sujeto.

Existe en la melancolía una notable disminución y empobrecimiento del Yo, es poco valioso e inmerecedor de cualquier estima, antes por el contrario, merece castigo. Ésta autodisminución es insistentemente hecha notoria ante los demás como si al individuo deprimido le trajera algún tipo de satisfacción.

La pérdida del objeto en la melancolía se ha realizado en el Yo del sujeto, así pues, todos los reproches y acusaciones que emite son en realidad para ese objeto erótico, y han sido, la mayoría, vueltos contra el propio Yo, ya que existe una parte en esos reproches que se refieren al mismo Yo de tal forma que la verdadera situación pueda quedar oculta a la consciencia.

La labor de duelo incluye primero que nada el hecho irrefutable que demuestra que el objeto que se ama ya no está, con lo cual se vuelve necesario retirar toda la libido de todo lo que una al individuo con el

⁶ Freud, Sigmund, "Duelo y Melancolía". Obras Completas. Tomo II. Biblioteca Nueva 4ta. Edición, 1981. Pp.2091

objeto, situación que puede llevar a una oposición a realizar en forma real y definitiva la pérdida, situación esperada de forma normal en todo ser humano, provocando pues un alejamiento de la realidad así como alucinaciones de tipo psicótico. Esta situación se espera sea vencida por la realidad mediante un proceso gradual que existe en tanto que el objeto perdido tenga aún existencia psíquica para el sujeto. La diferencia en éste punto con respecto a la melancolía es que en el duelo la pérdida no se encuentra fuera de consciencia, el mundo exterior aparece más bien empobrecido.

Es debido a esto que los lamentos y quejas propios del melancólico no quedan ocultos ante los demás, ya que todo lo malo, desagradable y agresivo que puedan hablar sobre sí mismos se refiere en realidad a alguien más.

Freud afirma que el proceso de la melancolía se da de la siguiente forma:

"Al principio existía una elección de objeto, o sea enlace de la libido a una persona determinada. Por la influencia de una ofensa real o de un desengaño, inferido por la persona amada, surgió una conmoción de esta relación objetual, cuyo resultado no fue el normal, o sea la sustracción de la libido de este objeto y su desplazamiento hacia uno nuevo, sino otro muy distinto, que parece exigir, para su génesis, varias condiciones. La carga del objeto demostró tener poca energía de resistencia y quedó abandonada; pero la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto, sino retraída al yo, y encontró en éste una aplicación determinada, sirviendo para establecer una identificación del yo con el objeto abandonado. La sombra del objeto cayó así sobre el yo; éste último a partir de este momento, pudo ser juzgado por una instancia especial, como un objeto, y en realidad como el objeto abandonado. De este modo se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación".⁷

⁷ Freud, *Ibidem* Pp.2094

Por su parte, Otto Fenichel (1994) considera que la depresión está cimentada en la misma predisposición con que cuentan la adicción y los impulsos patológicos.

Considera que una persona que se encuentra fijada al estado en el cual su autoestima es regulada por ciertos suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa lo han hecho regresar a tal estado, tiene una necesidad fundamental de contar con esos suministros. Si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, entonces su autoestima sufre un decremento importante y que inclusive puede ser dañino. Estas personas cuentan con una fijación pregenital que es puesta al descubierto en la forma de reaccionar violentamente ante las situaciones frustrantes, pero por otra parte, su dependencia de índole oral les obliga a tratar de conseguir lo que desean por medio de la sumisión.

Estas personas generalmente son incapaces de amar de una forma activa y presentan además una elección narcisística de objeto. Pretenden conseguir buenas relaciones con los demás, sin embargo no son capaces de cumplir satisfactoriamente con la parte que les corresponde dentro de sus relaciones.

Menciona Fenichel, que es ésta pues una forma arcaica de regulación de la autoestima, lo cual se puede comprender de mejor manera al revisar las etapas de desarrollo de los sentimientos de culpa.

Desde que un individuo es un bebé alterna en situaciones de hambre y saciedad, la cual trata de recuperar mediante su llanto que es su forma de afirmar su omnipotencia, la cual abandona al proyectarla sobre sus padres pretendiendo recobrarla participando de ésta con sus padres. Pero posteriormente la sensación de hambre y saciedad es remplazada por la necesidad de afecto, y ahora las situaciones que alternan son las de soledad y compañía, alternando pues la desvalorización y autoestima respectivamente. Más adelante, el superyo es ya capaz de regular mediante mecanismos internos la autoestima, formándose así la llamada función premonitoria de la conciencia.

En ocasiones ésta señal premonitória falla convirtiéndose en una sensación de angustia de aniquilación completa de la melancolía.

Una vez que se ha dado la introyección, el sadismo toma partido por el superyó poniéndose así, en contra del yo. Produciéndose el sentimiento de culpa y no de ira. Ahora es la personalidad la que encuentra mayor peso en el superyo, el cual en su doble papel, protector y punitivo, deja mayor espacio e influencia a éste último. Esto es debido a que el papel protector ha sido vencido por la regresión.

"El yo sin embargo, no cesa en sus intentos de reconciliación. En su conjunto, el proceso depresivo tiene la apariencia de un intento de reparación destinado a restaurar la autoestima, que ha sido lesionada. La interrupción de suministros narcisísticos ha perturbado todo el mecanismo psíquico. En el proceso de la depresión, el objeto al que se supone causante de esta perturbación es castigado y destruido precisamente por esto último. Pero el objeto, en virtud de la introyección, se ha tornado en parte del paciente mismo"⁸.

Al hablar de depresión se habla de que ha existido en el individuo una pérdida de la autoestima, en la cual existe un dictado interno que dice que el individuo lo tiene todo perdido por lo cual el mundo está vacío, cuando la pérdida se debe a suministros externos. Pero si por el contrario, se debe a pérdida de índole interna entonces el individuo siente que ha perdido todo derecho a merecer cualquier cosa.

Las personas depresivas sienten inclusive que los demás no los odian y/o agreden tanto como en realidad lo merecerían.

El yo al sentirse en alto grado perseguido por el superyo, trata de rebelarse y al mismo tiempo se somete, ya que la esperanza de salir de la opresión del superyo parece imposible debido al poder sádico que ha adquirido.

⁸ Fenichel, Otto. "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". Edit. Paidós, México, D.F., 1994. Pp.449

Es así pues, que los autorreproches de la depresión son una forma de atacar al objeto introyectado, y son al mismo tiempo y sobre todo una forma de agrandar al superyo, de tal forma que pueda conseguirse la anhelada aceptación del yo.

Otra contribución importante al estudio de la depresión desde el punto de vista psicoanalítico, se le atribuye a Melanie Klein (1934). Klein describe que en los primeros meses de vida del niño, existen en él impulsos sádicos que son dirigidos al pecho de la madre y al interior de su cuerpo, impulso de vaciar, devorar y destruir.

Los mecanismos principales son los de introyección y proyección de objetos que son buenos o malos, siendo el primer representativo el pecho de la madre. El bebé además de denotar así a los objetos externos, mediante la incorporación, lo hace en su propio yo.

La primera defensa del yo contra el miedo a la persecución es el de la negación de la realidad psíquica (escotomización), que puede restringir de forma importante tanto a la proyección como a la introyección, negando la realidad externa, siendo ésta la base de las psicosis más graves.

El miedo de ser perseguido se dirige además de al yo, al objeto bueno, por lo cual la conservación de tal objeto implica pues la propia supervivencia del yo. En éste momento se da un cambio importante en donde se pasa de la relación de objeto parcial a la relación de objeto total, lo que forma la base de la pérdida del objeto amado. Esto se da ya que la pérdida que se siente como total del objeto amado es porque ya se ha amado a un objeto como un todo. Si éste objeto amado aumenta en importancia la ansiedad que causa la posibilidad de que éste sea destruido produce perturbaciones en el proceso de introyección, lo cual se entiende ya que el yo aún identificado con su objeto no abandona sus mecanismos primarios de destrucción y expulsión del objeto (proceso del primer nivel anal) los cuales forman la base de la depresión.

El depresivo al contar con sentimientos de profundo dolor y ansiedad por que el objeto no sea despedazado y/o destruido, lucha por unirlo de nuevo en un todo.

En éste punto se pueden aclarar las fantasías suicidas, las cuales están encaminadas principalmente a lograr salvar los objetos buenos que han sido internalizados e identificados con el yo, pero por otra parte trata de destruir las partes malas del yo y del ello que han sido identificadas con los objetos malos.

Ésta relación del ello, se debe a que, según Klein, el odio que implican los reproches del depresivo contra el objeto, están también dirigidos al ello dando así explicación a los sentimientos de desvalorización y desesperación que van al objeto.

Tales reproches aumentan de tal forma que puedan cubrir el odio por el yo, que es de carácter intolerable para el yo.

Se puede decir entonces que el proceso que es fundamental para la depresión es el hecho de la pérdida del objeto amado, ya sea de uno real o una situación que tenga tal significado en donde se haya malogrado la introyección e instalación del objeto en el yo del sujeto.

Otra parte importante en la melancolía es la extrema severidad del superyo, el cual dicta al yo el cumplir con las exigencias de los objetos buenos.

Hablando propiamente del trabajo de duelo, el juicio de realidad juega un papel de gran importancia, debido a que existe relación entre el duelo, el juicio de realidad y los procesos mentales tempranos. Klein introduce con respecto a esto el concepto de posición depresiva infantil, explicándolo tomando como referencia el desarrollo infantil primario. El bebé experimenta sentimientos depresivos en el proceso de destete, en éste caso el objeto del duelo es el pecho materno y su significado para el niño (amor, seguridad, etc.). El bebé piensa que su voracidad es la que le hace perder todo lo que el pecho materno le proporcionaba.

Es entonces que el aumento de amor y confianza que se le brinda al bebé y en consecuencia el decremento de los temores destructivos, permiten que el niño pueda superar su sensación de pérdida (duelo). Se encuentra pues el niño capaz de comprobar su realidad interna en base a la realidad externa.

"En el niño los procesos de introyección y proyección ya que son dominados por la agresión y ansiedades que se refuerzan unas a las otras conducen a temores de persecución de objetos terroríficos; a estos miedos se agrega el temor a la pérdida de los objetos amados y es así como surge la posición depresiva"⁹.

Se habla pues de dos tipos de temores en la depresión. El primero se refiere a los sentimientos y fantasías que son de tipo persecutorio que atentan contra la integridad interna del yo, la defensa es entonces de tipo destructivo hacia los perseguidores. El otro tipo está compuesto por los sentimientos de pena e inquietud por los objetos amados, el "penar" por los objetos amados por el temor de perderlos y el afán por recobrarlos.

Los cambios que llevan de la posición depresiva a la maníaca constituyen una parte fundamental en el desarrollo normal de todo individuo. El yo atraviesa por ansiedades de tipo depresivas que le hacen construir fantasías omnipotentes y agresivas con el fin de someter a los sentimientos "malos" para poder a su vez rescatar a los objetos amados. Dicha omnipotencia junto con la negación, la idealización, cumplen la misión unidas a la ambivalencia, de permitir al yo defenderse contra los perseguidores internos de tal forma que pueda lograr avances en su desarrollo.

"Cuando aumenta la creencia y confianza del niño en su capacidad de amor en sus poderes de reparación y en la integración y seguridad de su

⁹ Klein Melanie, "El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos". Obras Completas, Tomo II. Edit. Paidós-Horme, Buenos Aires, 1979. Pp. 283

mundo interno bueno, como resultado de las pruebas y contrapruebas constantes y múltiples que ha logrado a través de las pruebas de la realidad externa, disminuye la omnipotencia maniaca y la naturaleza obsesiva de sus tendencias de reparación, lo que significa en general que se ha superado la neurosis infantil" ¹⁰.

¹⁰ Klein, *Ibidem* Pp. 287

CAPÍTULO III

FARMACODEPENDENCIA

LA FARMACODEPENDENCIA EN LA HISTORIA

Al iniciar la historia del hombre, se ha iniciado también el uso de sustancias de diferente procedencia e índole, que le han permitido al ser humano disminuir u olvidar molestias y dolores físicos o morales, o bien, alterar su estado de conciencia buscando sensaciones placenteras; tal vez para satisfacer su curiosidad, deseos o necesidades.

El uso o consumo de sustancias que se da dentro de un contexto cultural o religioso, forma parte de la historia y costumbres de determinados pueblos, sin que por ello hubiera representado un problema social, económico y político como sucede en la actualidad. Si bien en la cultura prehispánica de América Latina existían diversas drogas que socialmente eran aceptadas, existían asimismo normas de uso que se respetaban y transmitían de generación en generación. (Massún, 1991).

Incluso, algunas culturas que han persistido hasta nuestra época muestran gran respeto y apego a sus tradiciones conservadas desde tiempos inmemorables cuidándolas con veneración. El uso de drogas para estos pueblos mantiene su tinte divino e inclusive milagroso, sin saber que en realidad dichas sustancias alteran y afectan de manera considerable la mente humana.

Se han encontrado aproximadamente 150 especies pertenecientes al reino vegetal, que poseen propiedades alucinógenas. De éstas su mayor

uso se da en América Latina con 130 especies a diferencia de Europa donde se utilizan aproximadamente 20 especies.

En el México precolombino, en Teotihuacán, se realizaban diversos ritos como lo eran los sacrificios de vidas humanas como una forma de mantener el orden social y en especial el religioso. Trataban en todo momento de tener felices a los dioses que les concedían todo cuanto poseían.

Los indígenas dentro de sus deidades, veneraban a Coaxihuitl, Ololiuhqui o planta serpiente, que representaba unas semillas que eran utilizadas en ritos muy especiales en los cuales, los indígenas consultaban a sus dioses sobre el futuro teniendo la posibilidad de pedir ayuda en su necesidades o enfermedades e inclusive les permitía ver en forma humana a su dios.

Los hongos eran para los indígenas prehispánicos plantas divinas que eran utilizadas exclusivamente en ceremonias solemnes, sustituyendo a cualquier otra bebida embriagante utilizada en otras celebraciones. En las ceremonias especiales, se hacía el rito correspondiente, se ofrecían el banquete y al terminar, se daba a los invitados los hongos. En esta cultura los hongos alucinógenos tenían funciones de clarividencia, predicción del futuro, los indígenas podían ver su suerte económica, su muerte, la suerte de su pueblo, etc. También les servían de inspiración para reproducir de manera artística a sus tan veneradas deidades.

Desde aquéllos tiempos se describía en forma poética los efectos de las drogas, en éste caso específico, los hongos eran descritos como un medio de transporte a mundos maravillosos, que representan la mejor experiencia de sus vidas, un momento indescriptible y fascinante.

Y era ésta la forma en que nuestros ancestros, mantenían control y vigilancia sobre el uso de las drogas, ya que el contexto de consumo era estrictamente de índole religiosa.

Todas estas situaciones, fueron modificadas con la llegada de los conquistadores españoles, quienes pretendiendo inculcar su religión católica, denotan como paganos y demoniacos los rituales indígenas realizados con cualquier sustancia embriagante y/o alucinógena.

Inician el sometimiento de las tradiciones indígenas a las católicas, lo cual implicó luchas constantes con infinidad de muertes situación por la que resultaba más difícil a los indígenas creer en ese único Dios que los españoles les imponían.

Los indígenas no comprendían como era que ese Dios fuera el verdadero, si todos aquéllos a quienes veneraban nunca les hablaron de El. Sin embargo optaron por aceptarlo ante los españoles como una forma de impedir que más de su gente muriera. Pero en reuniones entre su gente y de forma oculta y clandestina continuaban con parte de sus ritos, pidiendo en ésta ocasión a sus dioses los protegieran de los conquistadores permitiéndoles aliviar el sufrimiento.

A todos aquéllos que se atrevían a continuar con sus rituales paganos se les castigaba severamente por el Santo Oficio ya que el uso de sustancias embriagantes era considerado como pecado mortal. Esto obligaba a los indígenas a transportar sus semillas divinas de forma oculta y a resguardar con mayor cautela sus rituales arraigándolos aún más.

Actualmente, existen grupos indígenas en nuestro país que conservan su apego religioso al ololiuhqui, como es el caso de los chinantecos, mazatecos, mixteco-zapotecos y algunos otros grupos pertenecientes al estado de Oaxaca.

Aunque existen pueblos que conservan las costumbres de antaño, se notan características diferentes que muestran la combinación de la influencia cristiana de los españoles en las tradiciones prehispánicas.

Probablemente el que la marihuana comenzara a utilizarse se debió a la prohibición de la Santa Inquisición del uso del peyote y hongos alucinógenos. El uso ritual de la marihuana es instaurado por los otomíes, tepecanos y tepehuas utilizándola cuando el chamán del pueblo se encuentra ante una enfermedad complicada o crónica y pide a la planta sagrada (yerba de Santa Rosa) le oriente y aconseje para dar salud al enfermo.

El uso contemporáneo de hongos en nuestro país se debe en parte a María Sabina, conocida como la primera y principal practicante del chamanismo. Era reconocida como una mujer poseedora de gran sabiduría que le era transmitida por su ingesta de hongos, que le ayudaban a atender a toda aquella persona que la buscaba solicitando ayuda para curar alguna enfermedad o mal tanto físico como espiritual. Todo llevado a cabo con un debido ritual durante una velada celebrada en la oscuridad, mediante la cual se puede lograr el contacto directo con Dios.

La farmacodependencia como problema de salud pública propiamente dicho, inició durante la década de los 60's en los países con mayor avance industrial, de ahí se extendió a otros países cuyo uso y conocimiento con respecto a los diferentes tipos de drogas era aún limitado.

Definitivamente el uso actual que se da a las drogas difiere del uso que se daba en la antigüedad por varias razones:

a) Anteriormente, las drogas de consumo eran únicamente de procedencia natural, es decir, extraídas de plantas, ya que aún no existían los avances científicos ni tecnológicos para obtener fármacos o drogas elaboradas químicamente.

b) La posibilidad actual que los medios de comunicación dan a que el conocimiento y uso de sustancias sea diversificado con mayor facilidad y rapidez de país a país o incluso entre continentes.

c) Antiguamente, el consumo de drogas se restringía y justificaba además, al sentido religioso o social que determinaba una determinada cultura, agregando que generalmente el uso era exclusivo de los adultos.

d) Generalmente se utilizaba una sola droga y cantidad de la misma para lograr el estado esperado.

e) El consumo actualmente se da a cualquier edad, teniendo como característica la búsqueda de estados placenteros, evasión de problemas o realidades.

DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA

En el SDE-II se clasifica a la farmacodependencia y a la drogadicción bajo el rubro que comprende a los desórdenes de la personalidad señalándolos como desórdenes mentales no psicóticos, lo cual asume que el abuso de drogas y alcohol son manifestaciones de perturbaciones fundamentales de la personalidad. (Davison, 1983)

Davison (1983) define a la farmacodependencia como el uso habitual de una droga debido generalmente a una necesidad física. Aún cuando el término farmacodependencia se utiliza como sinónimo de adicción, Davison considera ciertas diferencias:

La adicción es un proceso fisiológico de acuerdo al cual el organismo responde a ciertas drogas, las cuales pueden ingerirse en cantidades mayores conforme se aumenta el tiempo de ingestión. Es de ésta forma que los sistemas fisiológicos se habitúan a las sustancias químicas y al interrumpirse o suspenderse por completo el consumo, el organismo experimenta reacciones de abstinencia. Debido a que no todas las drogas producen tolerancia o reacciones de abstinencia, se propone el uso del término dependencia (psicológica) para considerar la dependencia de

drogas que no son adictivas, aunque también se presentan síntomas al suspender el consumo como en los síndromes de abstinencia.

La FARMACODEPENDENCIA es definida por la Organización Mundial de la Salud como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco.

Dicho estado, es explicado por la presencia de cambios en el comportamiento del individuo que incluyen el hecho de buscar de manera incontenible el consumo de la droga de forma continua. Esta situación se diferencia del mero uso de sustancias en que, éste se da de forma esporádica o experimental por tiempo breve sin llegar a causar daño o alteraciones psicofísicas en el organismo.

Un FARMACO O DROGA, es cualquier sustancia química que al ser introducida en el organismo produce modificaciones o alteraciones en su funcionamiento normal (cambios físicos y/o mentales).

Las drogas se diferencian de los alimentos en que no son nutritivas. Si bien existen drogas de uso médico hay otras que no lo tienen, a las cuales se les da un uso inadecuado (mal uso de sustancias) al no ser utilizadas con la finalidad esperada y generalmente, son autoprescritas.

Independientemente de que la droga o fármaco tenga o no un uso médico, al consumirse de manera indebida puede darse el abuso de sustancias, que describe precisamente el consumo de un fármaco en forma excesiva, continua o esporádica sin relación con el uso médico. Describe un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia.

Con esto se entiende pues, que el utilizar una determinada sustancia para fines no médicos resulta perjudicial a corto plazo,

definiéndose entonces la sustancia como fármaco de abuso, aún cuando cause o no adicción, debido a que tiene efectos nocivos en el consumidor. Se habla de un consumo perjudicial cuando ya se encuentra la evidencia de que el uso de un psicotrópico ha causado alteraciones orgánicas y/o psicológicas que hacen difícil al individuo las relaciones interpersonales, alterando también su capacidad de juicio y la conducta.

Se deben además presentar los siguientes criterios:

1. Que de acuerdo a los términos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 OMS, se pueda identificar de forma clara la naturaleza del daño
2. La forma de consumo debe haberse presentado por lo menos, durante un mes o bien, de forma reiterada durante 12 meses
3. El trastorno no debe satisfacer al mismo tiempo los criterios para cualquier otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo lapso, excepto en la intoxicación aguda.

Una vez que el individuo que ha consumido drogas de tal manera que se instala ya un abuso o mal uso de éstas, se produce entonces una DEPENDENCIA PSIQUICA O HABITUACION, la cual se refiere al impulso incontrolable del consumo de fármacos con la finalidad de conseguir un estado de bienestar psicológico.

Junto con este tipo de dependencia también puede producirse (ya que no es regla que todas las drogas la produzcan) la DEPENDENCIA FISICA O ADICCION que es el conjunto de síntomas y signos a nivel fisiológico, conductual y cognitivo que demuestran la pérdida de control en la forma de consumo de sustancias del individuo. Cuando existe dependencia se habla de que el individuo, a pesar de los efectos nocivos que le trae el consumo, continúa utilizándolas. Se da un incremento en las dosis ingeridas, se observa pues que el individuo invierte la mayor parte de su

tiempo consumiendo, recuperándose de los efectos o bien ocupándose de las actividades que le procuren conseguir las sustancias que ingiere.

En la dependencia física es importante mencionar que se producen los síndromes de abstinencia y de tolerancia. El primero se refiere a los signos y síntomas de índole fisiológica que son producidos por la reducción o interrupción del consumo de un fármaco después de su uso por tiempo prolongado. Algunos fármacos causan síndromes de abstinencia que están asociados a altos índices de mortalidad, básicamente debido a que producen complicaciones cardíacas, pulmonares y del S.N.C en conjunto (ej.: alcohol etílico y tranquilizantes). Otros fármacos por el contrario, aunque producen trastornos psicofísicos de intensidad variable, no producen síndromes de abstinencia asociados a tasas elevadas de mortalidad, como es el caso de los opiáceos, marihuana, cocaína y estimulantes.

Mientras que el síndrome de tolerancia describe una condición fisiológica en la cual el organismo utiliza mecanismos compensatorios que le permiten funcionar de manera aparentemente normal aún con altas concentraciones de diversas sustancias. Es decir, que una vez que el organismo se ha adaptado al consumo de la droga, crea la necesidad de cada vez mayores cantidades, que le permitan obtener los mismos efectos.

Hablando de una situación propiamente de adicción, los síndromes de abstinencia y tolerancia se presentan durante el ejercicio de muchas de las actividades diarias, modificándose también sus hábitos y relaciones con los demás; por tal motivo, el individuo recurre continuamente a la ingesta de la sustancia buscando mitigar los efectos psicofísicos que le provocan tales estados.

El afán de recurrir de manera tan continua al consumo de drogas para evitar los síndromes de abstinencia y tolerancia puede producir, al no cuidar la frecuencia ni dosis del fármaco, un SINDROME DE INTOXICACION. Este se puede definir como el conjunto de síntomas y signos (alteraciones psicofísicas) que se dan en un estado agudo, crónico o crónico agudizado provocado por el consumo reciente de uno o más

psicotrópicos. El cuadro de intoxicación puede verse modificado por factores como la tolerancia, adulteración, vía de administración, experiencia previa del individuo y uso simultáneo de otros psicotrópicos. También las características individuales como sexo, edad, peso corporal y condiciones físicas y psíquicas de salud tanto actuales como premórbidas; determinan la respuesta del organismo a una sustancia. Mientras que los factores ambientales que afectan la respuesta a un psicotrópico son la luz, sonidos, temperatura y ambiente social.

De acuerdo con la frecuencia y al grado de dependencia física y/o psíquica que un individuo haya establecido en el consumo de sustancias tóxicas, complementada con la frecuencia en el uso de las mismas, identifica diferentes niveles y tipos de usuarios.

El USUARIO EXPERIMENTADOR, es aquella persona que ha utilizado por primera vez una droga como forma de experimentar algo nuevo, conducta frecuente en la adolescencia debido a los cambios que implica, esperándose que una vez satisfecha su curiosidad el adolescente pierda el interés por la droga. No se le puede considerar al usuario experimentador propiamente como un farmacodependiente ya que las motivaciones principales para probar drogas pueden ser la curiosidad, búsqueda de placer, presión del grupo social, atracción por las actividades que implican prohibiciones, afirmar su independencia, etc.; y el consumo puede no volver a presentarse.

Un USUARIO SOCIAL Y OCASIONAL es aquel que ingiere sustancias psicotrópicas en situaciones específicas, pasajeras o sociales, o bien, cuando la sustancia tiene el objetivo de aminorar estados depresivos, procurar el sueño, etc. Generalmente se pueden mencionar como factores motivantes de este tipo de usuarios: la búsqueda de relajación y bienestar; facilitar la relación con los demás; estimularse para preparar tareas, exámenes, trabajos, etc.

El USUARIO FUNCIONAL es el tipo de persona que acostumbra usar sustancias con regularidad sin haber perdido aún el control tanto de sí mismo como de las situaciones que le rodean. Todavía se encuentra

funcionando de forma productiva en todas sus actividades cotidianas. Sin embargo, ya se ha establecido propiamente una dependencia.

Y finalmente el USUARIO DISFUNCIONAL es el individuo que consume drogas de forma constante habiendo dejado ya de ser personas funcionales dentro de sus ámbitos laboral, escolar, familiar; ha dejado de ser productivo en sus actividades y relaciones. Se encuentra únicamente pendiente y su vida tiene como objetivo la obtención y consumo de la droga, ha llegado a un grado de dependencia tal que ya no puede prescindir de dicho consumo. A este tipo de consumidores los aquejan ya padecimientos o trastornos orgánicos causados por síndromes de abstinencia y tolerancia.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS O SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

Las sustancias psicotrópicas son aquellas sustancias de origen natural o sintético cuyos efectos inciden en el Sistema Nervioso Central, y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de generar estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto a experimentar su uso continuado, creando así una adicción. (C.I.J., 1997)

La mayoría de las sustancias psicotrópicas producen efectos sobre el SNC, observándose también modificaciones en otros aparatos y sistemas del organismo.

Massün divide los tipos de drogas en tres grupos principales:

- 1.- PSICOLEPTICOS o depresores del Sistema Nervioso Central. En este grupo se incluyen el alcohol, los sedantes (tranquilizantes y barbitúricos), los narcóticos (opio, morfina, heroína, codeína) y sustancias volátiles o inhalables (las cuales pueden ser igualmente consideradas como sustancias alucinógenas).

- 2.- PSICOANALEPTICOS O PSICOTONICOS (estimulantes del Sistema Nervioso Central), bajo este rubro se incluyen las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.
- 3.- PSICODISLEPTICOS (perturbadores del Sistema Nervioso Central), en esta categoría se agrupan los alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina) y la cannabis o marihuana, la cual puede ser tanto estimulante como tranquilizante.

De acuerdo a su procedencia, son drogas naturales la cannabis y sus derivados (marihuana, haschis); la coca y la cocaína (componente activo de la primera), el opio y sus componentes activos (morfina, codeína). El LSD, las anfetaminas, los barbitúricos y tranquilizantes debido a que necesitan elaboración química para su obtención, son drogas de tipo sintético. Otras más como los inhalantes son productos químicos industriales.

Davison (1983), clasifica las drogas como:

1. DEPRESORES. Provocan que las actividades del organismo sean lentas disminuyendo asimismo la sensibilidad. En este grupo se encuentran los narcóticos (opio y derivados, así como los barbitúricos).
2. ESTIMULANTES. Actúan directamente sobre el Sistema Nervioso Simpático aumentando la actividad motriz y la atención, a este tipo pertenecen las anfetaminas y la cocaína.

Los psicotrópicos son clasificados en base a sus propiedades quimicofarmacológicas y de manera específica en base a sus efectos sobre el SNC (estimulando o deprimiendo sus funciones).

La clasificación que posee mayor utilidad práctica es usada por el National Institute of Drug Abuse (NIDA), la cual contempla la siguiente clasificación:

1. Los DEPRESORES intervienen directamente en la función de los tejidos excitables reprimiendo todas las estructuras presinápticas lo que trae como consecuencia la disminución en la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso, lo cual además produce disminución de los respectivos receptores postsinápticos. En este grupo se encuentran sustancias como el alcohol, los sedantes, los hipnóticos y ansiolíticos, el grupo de los opiáceos así como disolventes volátiles.

En general el alcohol es la droga que más se consume. Su abuso provoca distorsión visual, dificultad para hablar y comprender, falta de coordinación, estados sentimentales encontrados, desinhibición de la conducta e inclusive alucinaciones en caso de consumo excesivo y muy frecuente, al igual que otras drogas. Asimismo, causa daños irreparables en las células cerebrales, degeneración de las células del hígado.

Los barbitúricos (tranquilizantes o sedantes) son utilizados por mucha gente para calmar los nervios o para dormir continuando un uso automedicado iniciándose así una adicción, dependencia física y psicológica con serias consecuencias para el organismo. El usuario de barbitúricos manifiesta lenguaje confuso, cambios emocionales constantes y contradictorios. Es muy frecuente la intoxicación y la muerte de las personas, por el exceso o combinación de barbitúricos con otras drogas o con el alcohol. El usuario de tranquilizantes presenta síntomas similares a los que corresponden al exceso de ingestión de barbitúricos. Se consumen en forma de pastillas o cápsulas o inyectados.

Dentro de los opiáceos y sus derivados encontramos que algunos han sido utilizados con fines médicos como es el caso de la morfina, que calma dolores intensos. El abuso de morfina reduce la sensibilidad y produce euforia, disminuye los sentimientos de miedo, tensión o ansiedad.

La codeína es un narcótico depresor, que genera dependencia física, su abstinencia produce nerviosismo y ansiedad, en dosis altas puede provocar parálisis intestinal y respiratoria, además de disminuir el deseo sexual. Anteriormente era utilizada la codeína en la elaboración de jarabes para la tos, pero al descubrirse los efectos secundarios que provoca, se abandonó su uso.

La heroína produce alucinaciones, provoca dependencia física y psicológica. Su abstinencia produce vómitos, sudoración, calambres, excitación extrema que puede llegar a la violencia. Se observan como efectos, taquicardia, diarreas, temblores, generación de impulsos agresivos y destructivos, disminución del apetito y de la capacidad sexual. Estos depresores, llamados también narcóticos, se consumen por vía oral o inyectados.

Los inhalantes, son de las drogas más comúnmente usadas. Se trata de una serie de compuestos volátiles, de fácil evaporación, que se ingieren mediante inhalaciones. Los principales son: el thinner, el aguarrás, cementos para modelaje, gasolina, pinturas, el éter y muchos otros que producen intoxicación, entorpecimiento de la vista, distorsión auditiva, falta de coordinación motora, daños al aparato respiratorio y mucosas nasales, balbuceo, ojos enrojecidos, sensación de bienestar y risa fácil y, muy frecuentemente, traen consigo la muerte por sofocación.

Los inhalantes representan uno de los principales problemas de adicción en nuestro país, principalmente, en las personas de escasos recursos.

2. Los ESTIMULANTES O SIMPATICOMIMÉTICOS bloquean la inhibición, o bien producen una excitación de las neuronas en forma directa. Sus mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por afectación fisiológica; por ejemplo, aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, o el alargamiento de su acción, labilización de la membrana neuronal o

reducción del tiempo de recuperación sináptica. Se considera un grupo de estimulantes mayores entre los cuales figuran la cocaína y las anfetaminas y un grupo de estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas.

Las anfetaminas incrementan el rendimiento físico e intelectual, pasado su efecto, sobreviene un decaimiento. Se usan como inhibidores del apetito, aminoran o desaparecen la depresión, producen temblor de manos, dilatación pupilar, aumento en la presión sanguínea, crean dependencia psicológica y física; pueden llevar a la intoxicación y a la muerte. Se ingieren en forma de pastillas.

La cocaína médicamente, se usa como anestésico local. Provoca excitación, abundancia de palabras y reducción de la fatiga. Puede producir estados de euforia y ansiedad, crisis de miedo y alucinaciones. Los procesos mentales se alteran, pudiendo llevar al adicto a cometer actos ilegales y criminales. Dilata las pupilas y acelera el ritmo cardíaco.

El crack, derivado de la cocaína, es entre 10 y 20 veces más potente que ésta. Llega al cerebro en menos de 30 segundos. Provoca dependencia de forma rápida debido a su fórmula artificial, destruye las neuronas, por una continua ingestión.

3. Los ALUCINOGENOS, que anteriormente eran conocidos como psicodélicos o psicodislépticos, por el efecto que producen sobre los procesos sensoriales de percepción. Generan, tanto una inhibición de los receptores serotoninérgicos, o un bloqueo de los receptores muscarínicos centrales. En este rubro se incluye al LSD y otros fármacos similares como la psilocibina, mezcalina y el grupo de los cannabinoides.

La marihuana, produce sentimientos de euforia, exaltación, estados de pánico y sensación de sueño. En ocasiones constituye el primer paso para el uso de drogas más potentes.

Afecta seriamente al cerebro, llegando a las enfermedades mentales. Investigaciones recientes revelan que se acumula en el cerebro y los órganos reproductores, de manera que con una sola dosis, la mayor parte de la droga todavía se encuentra en los tejidos, después de una semana.

El LSD o "ácido lisérgico" es el más potente de los alucinógenos. Origina también, cambios en la percepción, variación de la intensidad de las luces, de los colores y de los sonidos. No produce dependencia física pero sí psicológica. De acuerdo con las últimas investigaciones médicas, el uso del LSD causa rompimiento en los cromosomas, que trae como consecuencia la concepción y nacimiento de niños con deformidades. Su uso continuo puede traer degeneración o destrucción total de las células cerebrales. El individuo puede sufrir los efectos de la intoxicación en periodos posteriores a su uso, incluso después de una sola ingestión, que puede prolongarse hasta por más de un año.

La mescalina y la psilocibina producen alucinaciones y efectos parecidos a la marihuana, pero con mayor intensidad. Generan lesiones cerebrales severas.

EXPLICACIONES SOBRE LAS CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA

Al hablar de las causas de la farmacodependencia, se debe mencionar que se debe a una multicausalidad, es decir a factores de índole social, familiar e individual (C.I.J., 1992).

Es importante mencionar que ninguno de dichos factores da por sí solo, explicación a la farmacodependencia, por lo que es necesario considerar la interrelación de todos los elementos de cada uno de dichos factores.

La farmacodependencia es considerada como un problema de salud pública debido a la magnitud de su origen como por los daños sociales que causa. Como cualquier otro problema de salud pública, la farmacodependencia se explica considerando la organización social y la forma en que se estructura, el alcance que dicha situación genera para diferentes satisfactores, diversas situaciones y características psicológicas tanto individuales como familiares.

Aún cuando la farmacodependencia no limita su alcance a diferencias en cuanto a clases sociales, organizaciones sociales, sexo o edad, sí presenta características diferentes asociadas a tales variables en referencia a consumo. Esto, debido a que cada grupo social conserva diferencias en cuanto a su contexto cultural, clase, organización, etc. que da motivaciones muy particulares.

Una forma de entender el por qué la farmacodependencia aparece en cualquier clase social, es poner atención en la organización y forma en las relaciones familiares y sobre todo las características individuales que motivan el uso de sustancias tóxicas. Existen individuos que son capaces de manejar y enfrentar la realidad en la que se encuentran, esto debido a historia y características muy personales, hay individuos en cambio, que no pueden lograrlo por falta de estructura interna lo que les obliga a buscar formas de salir o evadir situaciones que les causen conflictos, una de éstas formas es el consumo de drogas.

La farmacodependencia es pues, un problema de salud pública y muy particularmente de salud mental, en el cual la enfermedad está dada por la interrelación de factores de índole social, familiar e individual.

Los FACTORES SOCIALES dan un contexto histórico a la naturaleza y manifestaciones del fenómeno de la farmacodependencia. Debido a que constituye un problema de salud pública, encuentra explicación en situaciones relacionadas con la organización de una sociedad, su cultura, forma de vida, etc., lo cual significa que el proceso salud-enfermedad y

el fenómeno de farmacodependencia depende del contexto en que se genera; siendo así diferente para cada país, clase social, tipo de cultura y desarrollo histórico.

El desarrollo social y económico de las sociedades industrializadas en menor o mayor grado, evidentemente impacta a todos los niveles, imponiendo la necesidad y deseo de poseer bienes materiales y sociales creándose un proceso, al parecer interminable, de competencia por lograr ese fin que de cierta forma proporciona un estatus dentro de la cultura. Al no lograrse los objetivos surgen sensaciones de vacío y frustración buscándose alguna forma que sea compensatoria a tales situaciones.

Generalmente se toman de forma aislada factores como la pobreza, el desempleo, los hacinamientos, etc., para dar explicación a la farmacodependencia. Sin embargo, no son las carencias económicas las que crean la delincuencia o los problemas con drogas, existen carencias de muchos tipos en cualquier nivel social.

En la actualidad puede decirse que a nivel mundial están ocurriendo cambios, crisis constantes que obligan a los países y sociedades a modificar y redefinir su estructura, lo cual genera frustraciones, confusión, problemas de salud como la farmacodependencia.

En las grandes metrópolis se encuentran factores como la mercantilización de la vida cotidiana, la contaminación, el desempleo, los hacinamientos, la delincuencia, la insuficiente satisfacción de los servicios educativos y de salud a todos los estratos sociales de acuerdo a la demanda existente, el incrementado clima de violencia e inseguridad. Lo cual repercute de manera importante en ciertos individuos que no alcanzan a adaptarse ni sobrellevar cambios tan drásticos y buscan alguna forma de evasión.

La farmacodependencia como problema social se ha correlacionado con situaciones como la violencia, y en una de sus modalidades, la violencia sexual.

Este es un delito penado legalmente debido a la magnitud de sus daños no sólo físicos sino psicológicos. La violencia sexual al igual que la farmacodependencia no distingue sexo, edad. Lo sufren las amas de casa, las mujeres embarazadas, los niños, adolescentes, ancianos. Esta situación se asocia frecuentemente al uso de armas y ocurre bajo los efectos del alcohol o bien del consumo de psicotrópicos, aumentando entre otros el riesgo de infección de VIH/SIDA y embarazos no deseados.

Se ha registrado en investigaciones realizadas por el Programa de Desarrollo, Investigación y Entrenamiento en Reproducción Humana de la OMS, que el consumo simultáneo de sustancias psicotrópicas en el ofensor y la víctima es bastante común en episodios de violencia y en las ocasiones que generan su reincidencia. Por otro lado, el abuso de alcohol y otras sustancias ilegales se asocian a los casos de violencia intradomiciliaria contra la mujer y menores e incluso a la génesis de incesto.

Otra situación que se relaciona frecuentemente al uso de drogas es el inicio de la vida sexual activa en los jóvenes, quienes se ha observado, inician a edades cada vez más tempranas manifestándose a menudo el consumo (sobre todo de manera experimental) de psicotrópicos. Esto explica parcialmente la falta de uso de métodos anticonceptivos y preventivos de enfermedades de transmisión sexual, dando esto como resultado, un alto porcentaje de embarazos y matrimonios, que no son deseados y mucho menos planeados. Se considera pues, que los programas preventivos en la educación sexual, deben reconocer el uso de sustancias como indicadores de conductas sexuales de alto riesgo.

Los FACTORES FAMILIARES. A la par de los cambios sociales, la familia cambia también procurando así a sus miembros la estructura que les permita desarrollarse y obtener de ella los elementos que faciliten sus sentimientos de seguridad, apoyo, socialización de tal forma que puedan adaptarse al medio social.

Si la familia no es capaz de encontrar formas viables para adaptarse a los cambios intra y/o extrafamiliares, se ve atorada en un funcionamiento que no permite el crecimiento de sus integrantes rompiendo el equilibrio funcional, de tal forma que la familia deja de cumplir sus tareas básicas satisfactoriamente, favoreciendo la gestación de enfermedad. Surgiendo entonces síntomas evidentes como la farmacodependencia.

En resumen, el desarrollo psicosocial de cada individuo se relaciona de forma directa con el de su familia de origen y el núcleo social que le rodea. Y debido a que la familia funciona como un todo de acuerdo a los valores y normas inculcados y transmitidos a cada uno de sus miembros, la aparición de la farmacodependencia genera problemas hacia todos y cada uno de los individuos que conforman el núcleo familiar, manifestándose por ejemplo, en sentimientos de culpa, coraje, dolor, confusión, vergüenza que pueden provocar acciones como expulsar al miembro farmacodependiente del hogar, aplicar castigos físicos, el encarcelamiento, que generalmente en lugar de ayudar a la recuperación del enfermo agudizan el problema.

Se ha observado que las familias con uno o más miembros farmacodependientes, cuentan con vínculos de demasiada cercanía con las familias de origen de uno o ambos padres, de tal forma que los límites se vuelven confusos entre la familia de origen y la familia nuclear estorbando el desarrollo de ésta última.

Y con respecto al medio social, se observa por el contrario, que existen límites rigidizados, lo cual impide que personas externas, valores, normas, costumbres penetren al seno familiar. Esto hace difícil que la familia sea factible de experimentar cambios que le pueden ser beneficiosos para su crecimiento en conjunto o individual de cada uno de sus miembros. Se observa que estas familias tienden a ser autoritarias y herméticas. En general las familias con miembros farmacodependientes muestran disfuncionalidad en sus interacciones, como lo son la comunicación, (que generalmente es deficiente, contradictoria, confusa o inexistente); integración, habilidad para resolver problemas, etc.

Se encuentra de forma frecuente alcoholismo paterno que generalmente es el síntoma que mantiene el equilibrio familiar, éste puede estar presente o haber desaparecido, al surgimiento del consumo de drogas o alcoholismo de algún otro miembro de la familia que funciona también como sostén patológico del equilibrio familiar.

De acuerdo a algunos autores, hay características individuales de la madre y el padre que perjudican el desarrollo familiar. Se describe a la madre como figura sobreprotectora y al padre como distante, ausente o bien, hostil. Se menciona también que existen relaciones parentales conflictivas, un inadecuado manejo de la agresión, reglas y roles sin una definición clara, la falta de apoyo a la independencia de los hijos y su inclusión en el funcionamiento parental-conyugal. Se forman alianzas o diadas entre los miembros familiares, lo cual no permite una relación uniforme que sirva de apoyo al adolescente. Estas familias pueden observarse tristes, apagadas, a excepción del hecho de cierta movilización debida a la adicción de alguno de los hijos, lo cual parece proporcionar una gratificación vicaria.

En familias que por ejemplo, la intimidad y la cercanía de las relaciones entre los miembros que la conforman, les causa conflicto, mediante la adicción del adolescente, obtienen la fantasía de pensar que pueden manejarlo.

Otra situación, es que en ocasiones la adicción del hijo es la alternativa de solución triangulada a determinados problemas familiares. Un patrón frecuente en ésta situación, es la madre que se encuentra relacionada con una pareja sumamente distante emocionalmente, ésta madre se sobre involucra con el hijo, especialmente si es varón, dándose pues un conflicto marital por resolver el manejo del hijo farmacodependiente; con lo cual la atención se dirige al problema con el adicto desviándose la atención de los problemas de pareja.

Otro patrón común es en donde el hijo adicto provoca que se incrementen las relaciones de comunicación y cercanía de los padres, que pudieron anteriormente ser distantes, instaurándose de nuevo el orden familiar.

Una característica de las familias con hijos usuarios de drogas, es la tendencia a evitar los conflictos a menos que éstos se den de forma violenta e inevitable. Asimismo, se denota que la culpa es utilizada por el adicto como forma de manipular y seguir contando con beneficios económicos y de seguridad. Mientras que los padres también la utilizan (en forma de depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, etc.), para seguir controlando al hijo no permitiéndole concluir con un proceso de individuación e independencia.

Es importante también mencionar que la familia se ve afectada por las situaciones de crisis y cambios sociales, que la obligan a que se ajuste lo cual puede constituir un factor de presión emocional que provoque conflictos en la familia.

Los FACTORES INDIVIDUALES que inciden en la farmacodependencia señalan que en ocasiones una persona puede iniciar el uso de un fármaco debido a prescripción médica por enfermedad, estado depresivo, problemas de sueño, etc. Este uso no es nocivo si la persona no toma la iniciativa de continuar usándolos fuera del tiempo y la cantidad prescritos bajo supervisión especializada.

Sin embargo lo importante es tomar en consideración las características de estructura psíquica que provocan que un individuo utilice fármacos de forma inadecuada, ya que una vez que se instala la dependencia, los síntomas psicológicos se acentúan y en lugar de conseguir el placer, el individuo se encuentra cada vez más inmerso en una situación conflictiva sin lograr controlarla ni resolverla.

Durante el desarrollo humano, existen periodos caracterizados por los cambios, reordenación de prioridades, valores, consolidación y definición de elementos como la identidad, pertenencia, independencia. Tal es el caso de la adolescencia en la cual para lograr superarla se recurre a la búsqueda de experiencias desconocidas y/o novedosas, lo cual constituye un factor para iniciar el consumo de drogas.

Sin embargo, ésta no es la única etapa en la que el individuo se enfrenta a crisis y cambios que propicien la farmacodependencia.

Se habla pues, de que existen ciertas características de personalidad de un individuo farmacodependiente como son: inseguridad, conflictos con la autoridad, poca tolerancia a la frustración, actitudes de desánimo, dificultad para el establecimiento de relaciones interpersonales íntimas duraderas, baja autoestima y agresividad.

Se considera que estas personas durante su desarrollo se encontraron con fallas del padre para establecer límites y normas, situándose la farmacodependencia como esa búsqueda de sanción y límites externos que le impongan orden. El constante desafío a la autoridad y la muerte son una forma de buscar la restitución de esas figuras amorosas faltantes, es como una actuación de demanda del otro y de amor.

Las personas consumidoras de drogas encuentran en su historia diversas pérdidas de objetos sin haber logrado una completa elaboración de duelos, recurriendo a la autoagresión como forma de agredir a ese otro.

Estos individuos tienen sentimientos de ser constantemente rechazados tanto por el exterior como por ellos mismos, es decir, carecen de autoaceptación y una autoimagen que les brinde satisfacción, temen a sufrir cualquier pérdida emocional, tienen sentimientos de inseguridad, ansiedad, soledad, lo cual genera hostilidad y dificultad para manejar la agresión que es manifestada de muchas formas (agresión defensiva o resistencia pasiva) pero sobre todo en forma de autoagresión.

Aún cuando el individuo adicto busca con mayor interés y ansiedad que otras personas que no lo son, la pertenencia y aprobación de un grupo social, parecen contar con menor cantidad de elementos para conseguirlo, esto debido a sus sentimientos de inferioridad. Encontrándose así más vulnerable a la influencia de grupos delincuentes o de adictos.

El farmacodependiente posee características depresivas, observándose desinterés por el exterior, dificultad para establecer relaciones de objeto profundas y duraderas, baja autoestima, pocas expectativas con respecto al futuro y plan de vida, autorreproches y búsqueda de castigo.

Se observa entonces, que la droga constituye un síntoma de una patología individual.

Acorde con el trabajo de Centros de Integración Juvenil (C.I.J., 1997) por identificar los factores de riesgo que predisponen el uso y abuso de sustancias psicotrópicas, la revisión más reciente considera:

1. Alcoholismo materno, paterno o de ambos,
2. Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos,
3. Historia familiar de alcoholismo,
4. Historia familiar de conducta antisocial,
5. Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar,
6. Familiares con escasas habilidades paternofiliales,
7. Dificultades en las relaciones familiares,
8. Uso de psicotrópicos en los hermanos,
9. Uso familiar de psicotrópicos,
10. Uso de psicotrópicos por los mejores amigos,
11. Deficiencia y escaso aprovechamiento escolar,
12. Enajenación y rebeldía,
13. Psicopatología, especialmente depresión,
14. Alteraciones conductuales como vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, etc.;
15. Desorganización estructural-funcional en la comunidad,
16. Conducta antisocial,
17. Baja o nula religiosidad,
18. Confusión y pérdida de valores,
19. Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas,
20. Conductas sexuales precoces.

PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO

Fenichel (1934) menciona que al igual que la depresión, la predisposición a las adicciones se basa en el hecho de que un individuo tenga como punto de fijación el momento en el que la autoestima se encuentra regulada por suministros externos o bien porque la culpa lo ha regresado a dicho punto del desarrollo. Se encuentra pues en una situación de incesante voracidad, lo cual provoca un constante afán por conseguir y satisfacer por cualquier medio sus necesidades narcisísticas, reaccionando con agresividad a las frustraciones.

Marisse Farnos y Jorge Valdes (1981), identifican a la farmacodependencia como una enfermedad, en la cual el adicto experimenta regresiones significativas debido a una estructura psíquica defectuosa.

El adolescente farmacodependiente al igual que cualquier otro adolescente tiene que elaborar durante este periodo trabajos tan importantes como los que implica su adaptación a las nuevas demandas del mundo externo, el logro del establecimiento de su propia identidad logrando el acomodo de valores, objetos significativos, espacio, tiempo, su sexualidad, etc. en donde el yo tiene un papel fundamental.

Se habla entonces de que el adolescente adicto se encuentra ante una carencia de identidad y "la droga es en ocasiones la única identidad posible, desde la subjetividad inconsciente, que le resulta aceptable al joven, ya que la sumisión a la autoridad familiar o institucional la vive como una afrenta a su autoestima"¹¹

El farmacodependiente trata con la droga de llenar el vacío que le causa el darse cuenta que en el mundo exterior no es lo que en realidad quisiera ser, buscando así una gratificación al drogarse procurándole la fantasía de que sí tiene o que sí es. Pero al terminar el efecto de la droga vuelve a enfrentarse a la frustración de la realidad ya que se utiliza como objeto idealizado.

¹¹ Massün, Edith; "Prevención del uso indebido de drogas", Edit. Trillas, México, D.F., 1991. Pp. 35

Como una forma de autoproverseer de lo que necesita y evitar enfrentarse con sus sentimientos de soledad y faltantes en sus objetos internos, el farmacodependiente utiliza defensas maníacas (negación, idealización, control omnipotente de los objetos parcializados, identificación con objetos idealizados)* por medio de las cuales trata de revertir la parte persecutoria y frustrante del efecto de la droga posterior al placentero.

Las defensas maníacas de la posición descrita por Melanie Klein (1940) como esquizoparanoide, son también características de la depresión o melancolía, las cuales de forma específica en la farmacodependencia se observan en la inexistencia de identificaciones con objetos buenos y sí por el contrario la identificación con los objetos malos y/o destruidos, sintiéndose constantemente agredido por su yo. (Farnos y Valdes, 1981)

En esta postura depresiva se observan también constantes autorreproches y autoagresión, que son en realidad agresiones dirigidas a el o los objetos que el sujeto ha amado y de los cuales se ha sentido profundamente decepcionado porque le han fallado, y al perder ese objeto se encuentra el individuo en una situación de ambivalencia entre la identificación narcisista de ese objeto amado que al mismo tiempo también ha de satisfacer el odio que ocasionó, castigándolo en su sustitución: dentro del yo del farmacodependiente.

Al sufrir cualquier frustración, el individuo regresa a etapas en las que solía sentirse seguro, contento y satisfecho, utilizando para este medio la droga como forma de recuperar esos estados y subsanar su autoestima y seguridad.

El hecho de drogarse le permite al individuo poseer la estructura que no ha tenido en su familia.

Sigue siendo importante considerar que además de los factores individuales, los familiares y sociales se encuentran funcionando intrínsecamente para la detonación de la farmacodependencia.

Por su parte, David Rosenfeld (1976), realizó un estudio psicoanalítico sobre las modificaciones psicopatológicas que se observan durante el proceso de tratamiento con pacientes farmacodependientes. Desde su punto de vista, la psicopatología de las adicciones debe tener su base en el estudio de la neurosis y psicosis de transferencia bajo un marco psicoanalítico.

Dentro de las características que guarda la terapia psicoanalítica en el tratamiento del abuso de drogas, el primer paso es la utilización indiscriminada de cualquier droga. Este periodo es denotado por una no discernida identidad propia del paciente adicto y del terapeuta. En este periodo el material a interpretar es singularmente difícil debido a que no se está lidiando únicamente con la patología de un cuadro determinado, sino también con el estado mental producido por la intoxicación.

En esos momentos el yo del paciente no se encuentra apto para recibir las interpretaciones del analista, por lo cual estas deben orientarse a la discriminación entre paciente y analista. Se da un conflicto en el paciente contra la dependencia terapéutica.

El siguiente paso del proceso terapéutico se caracteriza por la elección del paciente de una droga "preferencial" que desempeñe el papel de antidroga. Esto es porque para el paciente adicto existe una diferenciación entre las drogas que son buenas o mejor dicho idealizadas, y las drogas malas o persecutorias, características que son en este periodo adquiridas también por el terapeuta ante los ojos del paciente; siendo unas utilizadas como forma de defenderse de las otras.

Continuando con el proceso, se da el uso ocasional y específico de las drogas en ciertas circunstancias, especialmente en aquellas que al paciente le implican angustia por la separación del terapeuta entre sesiones. Se convierte el analista entonces en el primordial motivador del consumo. La droga es en este momento el sustituto, en ausencia, de la función analista-pecho.

En la siguiente etapa se dan intentos más firmes y exitosos de abandonar la dependencia a las drogas. Ahora el paciente es capaz de aproximarse a algún objeto que implique características más vivas y con mayor capacidad de reparación sin correr el riesgo de muerte. Puede observarse que el adicto comience a realizar actividades como el coleccionar objetos, juguetes, trabajos manuales, etc. que le sirven como una especie de objeto fetiche al cumplir la función de acompañante e intermediario. El analista ya no cumple la función depositaria de todo lo negativo, sino que se convierte en un objeto al que se tiene que cuidar.

Terminando el paso anterior, se vislumbra el comienzo de un análisis sobre las estructuras patológicas alternas a la farmacodependencia. En la relación del paciente con el terapeuta, es capaz de tener un acercamiento emocional más estrecho e íntimo que le permite al paciente agredirlo quizá de forma más violenta que anteriormente, reconociendo también que está recibiendo ayuda en los momentos de conflicto, es decir, que el paciente ya es capaz de rescatar las partes buenas del analista.

El paciente se plantea la posibilidad de realizar planeas a futuro más cercanos a la realidad. Ya no existe una adicción a las drogas, sino que existe alguna predilección por algún tipo de comida o bebida que tienen características de ser algo vital, a lo que Rosenfeld (1976) denomina como equivalentes de la adicción.

Evidentemente todas estas etapas se dan en un continuo movimiento dinámico, presentándose evocaciones y regresiones de los cambios psicopatológicos de un periodo a otro.

En general, Rosenfeld (1976) observa que las características clínicas comunes a los pacientes drogadictos son el que en la historia personal de estos pacientes se encuentra un vínculo materno en las primeras etapas del desarrollo que resultó ser demasiado frustrante. Esto representa para el niño la prueba de las fantasías inconscientes de contar con una madre totalmente intolerante ante los cambios de humor de

su hijo, quien aprende entonces a conformarse con pechos substitutos sin realmente elaborar el duelo por el pecho que perdió. Es pues, que la adicción se da como ese intento del individuo por encontrar el pecho materno que finalmente pueda controlar sus cambios de ánimo, agregándole también el ataque agresivo de la ingesta de drogas como sustituto del pecho envidiado.

Por otro lado, el uso de drogas estimulantes que aumentan el ritmo respiratorio, se relaciona con las fantasías de introyección del pecho que no se acaba (aire) y al mismo tiempo con la expulsión de la parte amenazante y negativa mediante la expulsión del aire. Este acto constante de inhalar-expulsar es como una reproducción de un movimiento maniaco de pérdida-recuperación del objeto.

Finalmente Rosenfeld (1976) considera que "la drogadicción es un intento de recuperar las primitivas sensaciones de rubicundez y calor que da el contacto piel a piel con la madre. Esto determina a su vez una complicación en la transferencia, en la medida en que el paciente puede tender a equiparar las interpretaciones del analista a una droga en lugar de aceptarlas como algo que es equivalente al pecho originario, y no a su sustituto degradado y cosificado en una pastilla" ¹².

¹² Rosenfeld, David. "Clínica Psicoanalítica. Estudios sobre drogadicción, psicosis y narcisismo". Edit. Galena. Buenos Aires Argentina, 1976. Pp. 63

CAPITULO IV

METODOLOGIA

El problema de salud pública que implica la farmacodependencia, se ha recrudecido durante la última década, alcanzando cada vez más a un mayor número de personas.

Así, según estadísticas de Centros de Integración Juvenil (C.I.J.) hasta 1995, de los pacientes de primer ingreso a nivel nacional en éstos centros, el 43% eran de edades entre 10 y 14 años, mientras que el 46% corresponde a pacientes entre 15 y 19 años de edad, evidenciando de ésta forma que la edad de inicio de consumo de drogas se viene iniciando cada vez a más temprana edad. El 58% del total de pacientes, eran poliusuarios, es decir, que utilizan diferentes drogas, mientras que el 42% son monousuarios; siendo la droga de inicio de mayor incidencia la marihuana con un 75% de uso, seguida por los inhalables con 49%; con un considerable aumento en el consumo de cocaína (32%) con respecto a 1993 (17%).

Se ha observado que los individuos farmacodependientes que acuden a atención a C. I. J., lo hacen en un promedio después de 6 años de la edad inicial de consumo (42%).

Es por esto importante, conocer características individuales que expliquen el por qué la farmacodependencia se ha incrementado, siendo particularmente vulnerables los grupos de población adolescente.

Sería interesante entonces conocer que elementos en particular propician la farmacodependencia.

Tomando en consideración lo anterior, se plantea la pregunta de investigación:

¿EXISTE RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LA FARMACODEPENDENCIA?

La hipótesis que sustenta el presente trabajo es que:

***LA DEPRESION ES UNA CARACTERISTICA QUE SE PRESENTA EN LOS
INDIVIDUOS FARMACODEPENDIENTES.***

Como hipótesis estadísticas se plantean:

Ho.- No existe diferencia significativa en el índice de depresión indicado por el Inventario de Depresión de Beck, entre los individuos farmacodependientes y los no farmacodependientes.

Hi.- Si existe diferencia significativa en el índice de depresión indicado por el Inventario de Depresión de Beck, entre los individuos farmacodependientes y los no farmacodependientes.

Ho.- No existe diferencia significativa en el índice de depresión indicado por el Test de Automedición de Depresión de Zung, entre los individuos farmacodependientes y los no farmacodependientes.

Hi.- Si existe diferencia significativa en el índice de depresión indicado por el Test de Automedición de Depresión de Zung, entre los individuos farmacodependientes y los no farmacodependientes.

DEFINICION DE VARIABLES

La VARIABLE INDEPENDIENTE, está dada por el índice de depresión arrojado por el instrumento utilizado.

La VARIABLE DEPENDIENTE, se refiere a la farmacodependencia presentada por los individuos.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

DEPRESION.

Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico. En un sentido patológico, la palabra Depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza. (Warren, Howard C., "Diccionario de Psicología", Trad. Alatorre A. y Alaminas L., Fondo de Cultura Económica, México, 1984).

FARMACODEPENDENCIA.

Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco.

Un anexo es un grupo que recibe a personas de sexo femenino y masculino mayores o menores de edad, con problemas en el consumo de drogas y/o alcohol.

Los individuos que ingresan son anexados por 3 meses, de los cuales el primer mes, es en total incomunicación con su familia. Al concluir ese primer mes, reciben visita cada semana. Los sujetos anexados pueden o no concluir el periodo de 3 meses, de acuerdo a la decisión que tome la familia del sujeto anexado.

La mayoría de los individuos ahí anexados no lo son por voluntad propia, sino que son llevados por la familia cuando ya han llegado a causar conflictos graves, ya sea intrafamiliares y/o externos (problemas escolares, laborales, con los vecinos, con la ley), debido a que su actividad se centra principalmente en el consumo de drogas. Es decir, los individuos ingresan en condición de usuarios disfuncionales.

En las tablas 1 y 2 se puede observar que en la muestra de farmacodependientes sólo se encuentran 3 mujeres, mientras que en la de no farmacodependientes 10 de los 17 sujetos son mujeres.

M U E S T R A

La muestra tomada para realizar este estudio fue seleccionada de manera no aleatoria.

Se tomó el grupo muestra de farmacodependientes, de acuerdo al promedio anual de pacientes de primer ingreso, tomando los ingresos que se dieran durante los meses de Febrero a Abril en el anexo de Drogadictos Anónimos (D.A.) "Dra. Raquel Levinstein", filial del Grupo Alcohólicos Anónimos (A.A.) "La Buena Voluntad" del Municipio Nicolás Romero, Edo. De Méx., obteniéndose un total de 30 sujetos farmacodependientes, los cuales

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

se encontraban anexados por primera vez y tenían además al momento de la aplicación de los instrumentos, un mes de anexo, habiendo contado ya con su primer visita.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado fue una investigación confirmatoria ex post facto, ya que se pretende corroborar la información que diferentes autores y teorías mencionan como características del individuo farmacodependiente (específicamente la depresión); realizándose con individuos en los cuales la farmacodependencia se encuentra ya presente.

DISEÑO

El diseño se realizó tomando 2 grupos. Uno conformado por 30 farmacodependientes, asignados conforme al orden en que fueron ingresando al anexo. Y un grupo comparativo que fue tomado de 4 de los grupos del total de 7 de estudiantes de INEA de 6°. Primaria., 1°. , 2°. Y 3°. De Secundaria, del D.I.F. Nicolás Romero.

Se seleccionó este grupo porque comparte similares características con el grupo de estudio, tales como edad (entre 18 y 25 años), nivel promedio de escolaridad (entre 6to. De Primaria y 3°. De Secundaria) y nivel socioeconómico (medio bajo y bajo).

Esto dio como resultado un total de 17 alumnos que mostraban las características de edad necesarias para este estudio, característica que no fue completada por los restantes 3 grupos de INEA.

INSTRUMENTO

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck y el Test de Automedición de Índice de Depresión de Zung. Ambos instrumentos son comúnmente utilizados por ser de fácil y rápida aplicación, calificación y grado de confiabilidad.

El test de Automedición de Depresión de Zung, creada por Zung en 1965, propone los siguientes criterios para clasificar la depresión:

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICA AMD PROMEDIO	RANGOS
Controles Normales	33	25-43
Deprimidos Hospitalizados	74	50-78
Deprimidos Ambulatorios	64	63-90
Reacciones de Ansiedad	53	40-68
Desórdenes de Personalidad	53	42-68
Reacciones de Ajuste	53	38-68

Por su parte, Beck en 1961 con su Inventario de Depresión, categoriza la depresión de acuerdo a las siguientes puntuaciones:

CALIFICACION	RANGO
0 - 9	Rango Mínimo de Depresión
10-16	Depresión Leve
17-29	Depresión Moderada
30-63	Depresión Severa

PROCEDIMIENTO

El procedimiento para la aplicación de dichos instrumentos fue el siguiente:

Para el grupo de farmacodependientes se aplicaron ambos instrumentos en una sola sesión, de manera grupal. Al término de la aplicación se realizó una entrevista individual para recabar datos como estado civil, tiempo y tipo de consumo, escolaridad, condiciones del ingreso al anexo, el desarrollo de la farmacodependencia, historia personal y familiar.

Para el grupo comparativo, se realizó la aplicación al total de sujetos que reunían los requisitos de investigación por cada uno de los grupos de INEA. Haciéndose posteriormente la entrevista para recabar datos de historia personal y familiar del individuo Y corroborar que no existiera consumo de drogas en la historia del individuo.

ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos y poder saber si se acepta o rechaza la hipótesis de investigación que sustenta este trabajo, se utilizó el estadístico de la *t* de student con la variante de comparación entre muestras de distinto tamaño, cuya formula es:

$$t = \frac{x_1 - x_2}{\hat{\sigma}_{DIF}}$$

Donde:

$$\hat{\sigma}_{DIF} = \sqrt{\left(\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \right) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}$$

Planteándose como hipótesis:

Ho.- No existe diferencia en el nivel de depresión obtenido entre los sujetos farmacodependientes y los no farmacodependientes.

Hi.- Sí existe diferencia en el nivel de depresión obtenido entre los sujetos farmacodependientes y los no farmacodependientes.

Teniéndose como reglas de decisión:

a) Se acepta Ho si $-1.68 < t$ ó $t < 1.68$

b) Se rechaza Ho si $-1.68 > t$ ó $t > 1.68$

RESULTADOS

El total de pruebas aplicadas para éste estudio fue de 94, distribuidas de la siguiente forma:

30 Pruebas de Depresión de Beck y 30 Tests de Automedición de Depresión de Zung, para la muestra de 30 individuos farmacodependientes.

17 Tests de Zung y 17 Pruebas de Beck para la muestra de individuos no farmacodependientes.

Los resultados obtenidos por cada uno de los individuos incluidos en ambas muestras se despliegan a continuación en las tablas de resultados.

**RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS A
SUJETOS FARMACODEPENDIENTES**

	No. DE SUJETOS	PORCENTAJE
PAREJA ESTABLE (3 A 5 AÑOS)	11	36.60%
PAREJA CON UN HIJO	6	54.50%
PAREJA CON DOS O MAS HIJOS	5	45.40%
PADRE ALCOHOLICO	24	80.00%
PADRE ALCOHOLICO Y FARMACODEPENDIENTE	6	20.00%
PADRE FALLECIDO A CAUSA DEL ALCOHOLISMO	8	26.60%
FAMILIAR FARMACODEPENDIENTE	17	56.60%
PADRE Y MADRE ALCOHOLICOS	7	23.30%
MADRE ALCOHOLICA	9	30.00%

TABLA 1

RESULTADOS DEL TEST DE ZUNG Y EL INVENTARIO DE BECK

PARA LA MUESTRA DE SUJETOS FARMACODEPENDIENTES

No. SUJETO	SEXO	EDAD	TEST DE ZUNG						INVENTARIO DE BECK				
			C.N.	D.H.	D.A.	R.A.	D.P.	R.AJ.	R.M.	DP.L.	DP.M.	DP.S.	
1	M	25					*					*	TEST DE ZUNG
2	M	23						*			*		C.M. CONTROLES MINIMOS DE
3	M	19						*				*	DEPRESION
4	M	25				*					*		D.H. DEPRIMIDOS
5	M	25			*							*	HOSPITALIZADOS
6	M	22				*					*		D.A. DEPRIMIDOS
7	M	25						*				*	AMBULATORIOS
8	M	20				*					*		R.A. REACCIONES DE
9	M	21		*								*	ANSIEDAD
10	M	19	*								*		D.P. DESORDENES DE
11	M	23	*						*				PERSONALIDAD
12	M	18			*						*		R.AJ. REACCIONES DE
13	M	20			*							*	AJUSTE
14	M	22				*					*		
15	M	20			*						*		
16	M	19				*					*		
17	M	25			*						*		INVENTARIO DE BECK
18	M	20				*				*			R.M. RANGO MINIMO DE
19	M	19				*					*		DEPRESION
20	M	24						*				*	DP.L. DEPRESION LEVE
21	M	22						*			*		DP.M. DEPRESION MODERADA
22	M	20			*						*		DP. S. DEPRESION SEVERA
23	F	18		*								*	
24	M	21	*						*				
25	M	19						*		*			
26	M	19	*						*				
27	M	24			*						*		
28	M	19						*				*	
29	F	18			*						*		
30	F	22			*						*		

TABLA 2

RESULTADOS DEL TEST DE ZUNG Y EL INVENTARIO DE BECK

PARA LA MUESTRA DE SUJETOS NO FARMACODEPENDIENTES

No. SUJETO	SEXO	EDAD	TEST DE ZUNG						INVENTARIO DE BECK				TEST DE ZUNG	
			C.N.	D.H.	D.A.	R.A.	D.P.	R.AJ.	R.M.	DP.L.	DP.M.	DP.S.	C.M.	CONTROLES MINIMOS DE DEPRESION
1	M	18			*							*		
2	F	18				*			*					D.H.
4	F	18						*				*		HOSPITALIZADOS
5	F	18			*							*		D.A.
6	M	18							*		*			DEPRIMIDOS AMBULATORIOS
7	M	18							*		*			R.A.
8	F	18			*							*		REACCIONES DE ANSIEDAD
9	F	25				*				*				D.P.
10	M	18				*				*				DESORDENES DE PERSONALIDAD
11	F	20	*							*				R.AJ.
12	F	20				*				*				REACCIONES DE AJUSTE
13	F	20				*						*		
14	M	20	*							*				
15	F	18						*		*				
16	M	18			*						*			
17	M	25	*						*					

INVENTARIO DE BECK

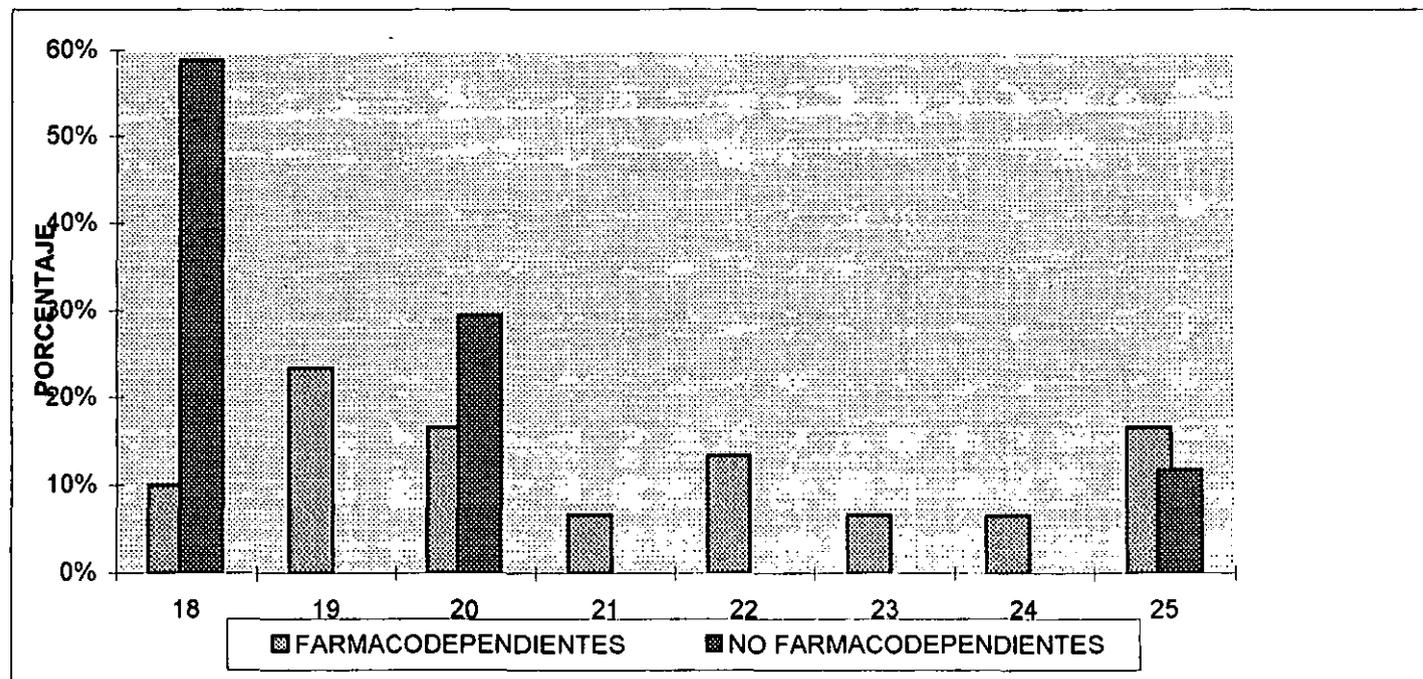
R.M. RANGO MINIMO DE DEPRESION

DP.L. DEPRESION LEVE

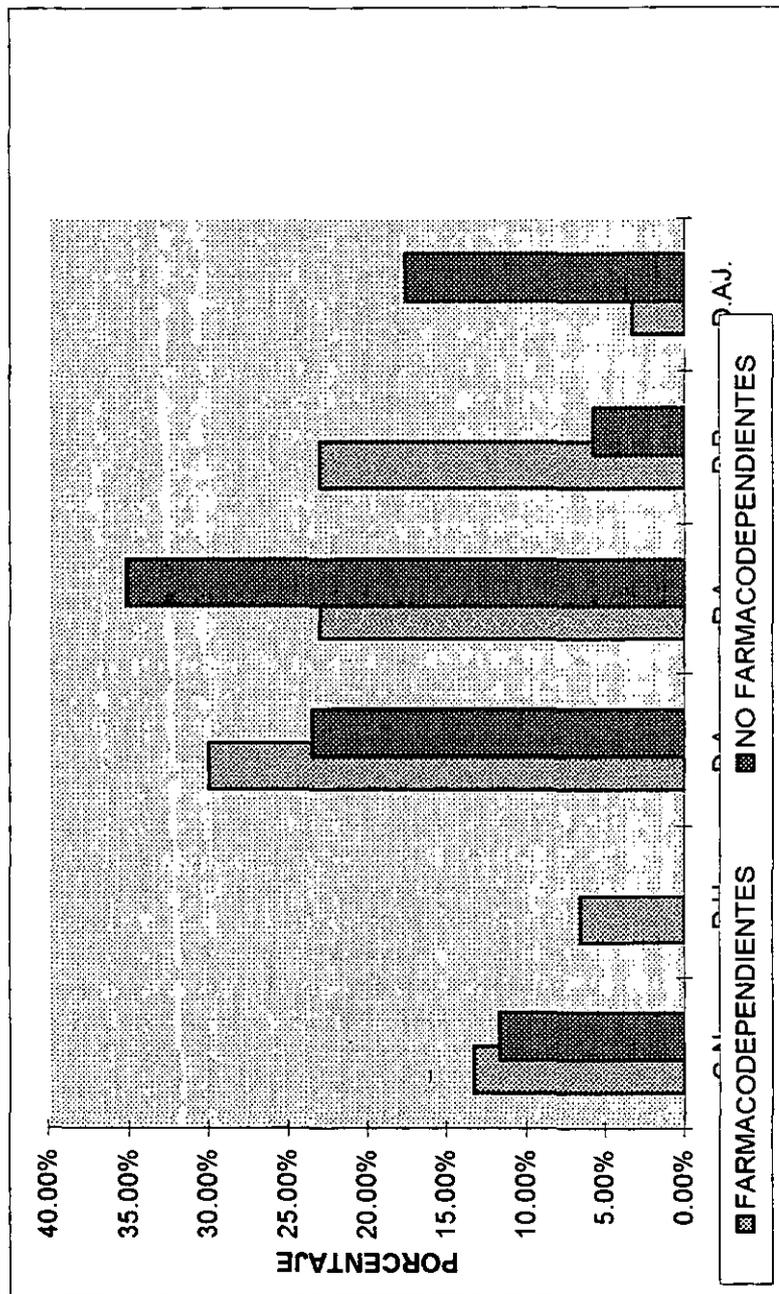
DP.M. DEPRESION MODERADA

DP. S. DEPRESION SEVERA

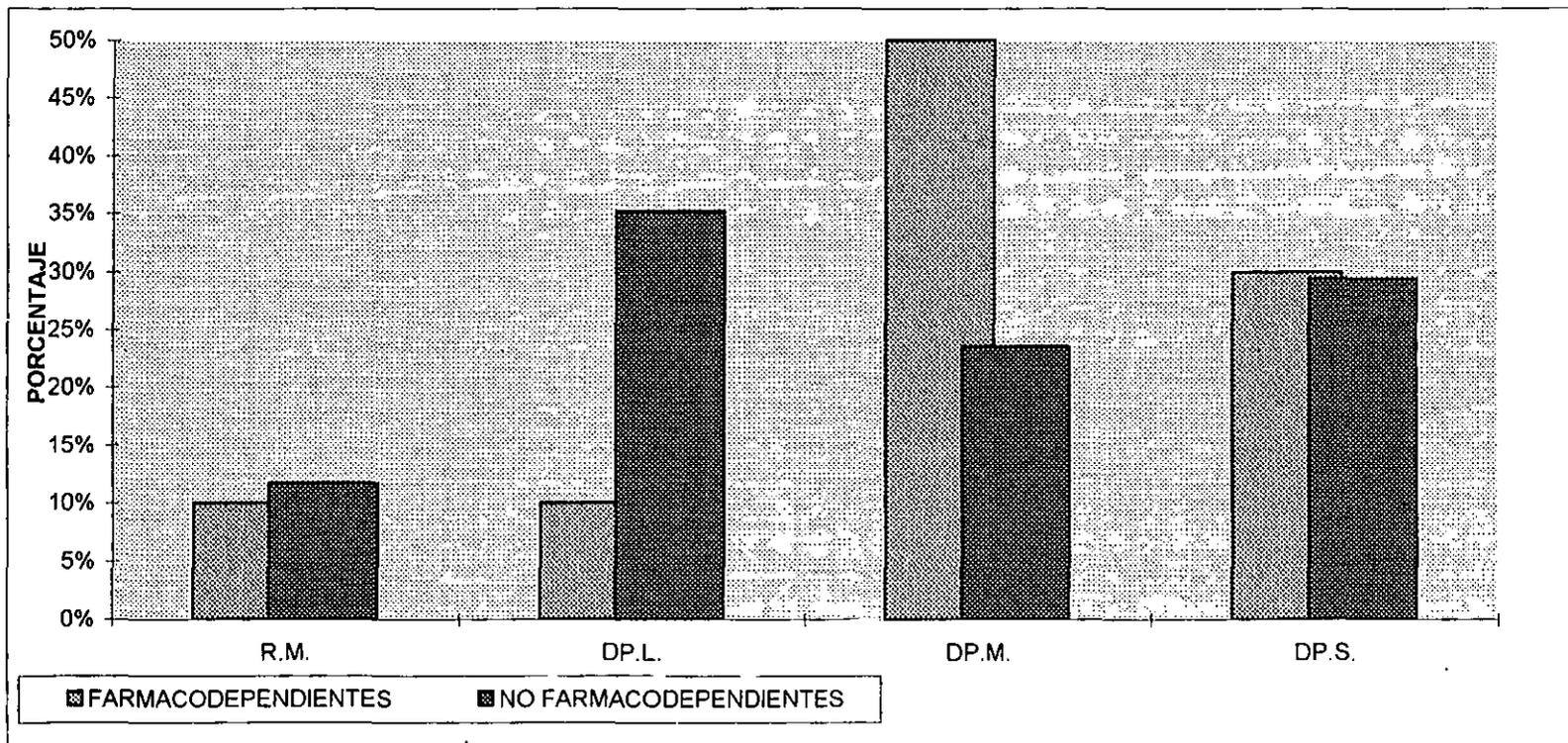
DISTRIBUCION DE ACUERDO A EDAD



TEST DE ZUNG



INVENTARIO DE BECK



De las entrevistas realizadas con los sujetos farmacodependientes, al término de la aplicación de las pruebas, se obtuvieron los siguientes datos:

El promedio de escolaridad de los sujetos, se sitúa entre Primaria concluida o 1er. Grado de Secundaria terminado o trunco.

Dentro de la historia familiar, se encontró que el 80% de los sujetos muestreados contaban con un padre alcohólico, mientras que el 20% contaban con una figura paterna que alternaba el consumo de alcohol con consumo de drogas, lo cual genera constantes problemas tanto en la pareja como en la relación paterno filial. De la muestra, en el 30% de los casos, también la madre presentó alcoholismo en algún momento de la historia de desarrollo del sujeto. Incluso, de estos padres alcohólicos, el 26.6% murieron por enfermedades derivadas del propio alcoholismo, y en el resto de los casos provocaron la separación conyugal.

Algunas de las madres que quedaron solas ya fuera por muerte o separación de la pareja, consiguieron nuevas parejas también con características alcohólicas, o en otros casos los padrastros maltrataban física y verbalmente a los hijastros. Situación por la cual, los sujetos farmacodependientes manifestaron haber abandonado la casa paterna, para salir a vivir en la calle o con algún familiar y tener así su primer contacto con la droga.

Se encontró asimismo, que en ocasiones estos sujetos con un consumo ya diario, incrementaban aún más la frecuencia y/o cantidad de droga cuando se encontraban en situaciones de conflicto, estrés, angustia o depresión.

Las relaciones familiares de los sujetos de la muestra de farmacodependientes, con padre biológico o con padrastro, denotaban comunicación difusa, relaciones emocionales distantes, confusión de roles, pobre o nulo establecimiento de normas y reglas.

Los sujetos farmacodependientes iniciaron vida sexual activa a temprana edad (14 a 16 años), sin información al respecto por parte de la familia. De estos sujetos, 11 (36.6%) iniciaron relaciones de matrimonio o unión libre igualmente a edades muy tempranas (16-19 años), siendo el principal motivo, a excepción de un solo caso, el embarazo de la pareja. Además que el 100% de dichas parejas ha presentado disfuncionalidad: agresiones físicas y verbales, relaciones extramaritales, hijos fuera del matrimonio, falta de comunicación, incapacidad para llegar a acuerdos y establecer metas para la pareja, etc.; y varias separaciones. Esto para el caso de los varones.

En el caso de las mujeres encontradas en la muestra han establecido de la misma manera que los varones, relaciones de pareja a edad temprana, pretendiendo salir de relaciones familiares disfuncionales; encontrándose con que las parejas a su vez eran farmacodependientes desde tiempo atrás y que de manera directa o indirecta fueron los que propiciaron que se iniciara en ellas la farmacodependencia. Manifestándose que las antiguas amistades de solteras también usaban sustancias psicotrópicas. En sus relaciones de unión libre éstas mujeres, fueron golpeadas en varias ocasiones, sabían de las relaciones extramaritales, robos, pleitos y riñas callejeras que sus parejas tenían, siendo siempre ellas quienes les ayudaban a solucionar sus problemas asimismo robando o bien pidiendo apoyo a sus familias de origen.

Con respecto a la edad, en los sujetos farmacodependientes predominó el porcentaje de individuos de 19 años con un 23.3%, ocupando los individuos de 24 y 21 años un 6.6% para cada una de las edades. A los individuos de 18 años les corresponde el 10%, siendo un 16.6% asignado a

las edades de 25 y 20 años; y finalmente el 13.3% para la edad de 22 años.

En este mismo rubro, se encontró que las edades de los sujetos no farmacodependientes se distribuyó solamente en 3 rangos de edad: 25 años con un 11.7%; 18 años con el 58.8% y 20 años con el 29.4%.

Para la muestra de no farmacodependientes se encuentran los siguientes datos: las puntuaciones de la Prueba de Beck por rango individual, cuentan con el mayor número de personas con puntuaciones de Depresión Leve (35.2%), siguiendo las puntuaciones de Depresión Severa (29.4%), Depresión Moderada (23.5%) y Rango mínimo de Depresión (11.7%).

Para la muestra de farmacodependientes se encuentran que las puntuaciones de la Prueba de Beck por rango individual fueron: Depresión Severa (30%), siguiendo las puntuaciones de Depresión Moderada (50%), Depresión Leve (10%) y Rango mínimo de Depresión (10%). Observándose así que las puntuaciones más altas se refieren a los niveles más altos de Depresión.

En cuanto al Test de Automedición de la Depresión de Zung se encontró para la muestra de no farmacodependientes que la mayor puntuación fue en el rango de Reacciones de Ansiedad (35.2%), mientras que para los sujetos farmacodependientes la mayor puntuación se encontró en el rango de Deprimidos Ambulatorios (30%), seguido por los rangos de Desordenes de la Personalidad (23%) y Reacciones de Ansiedad (23%).

Se encontró que los sujetos farmacodependientes puntuaron solamente con un sujeto en las Reacciones de Ajuste, equivalente al 3.3%, y con 4 en Controles Normales representando el 13.3% de las puntuaciones en el Test de Zung; y solamente el 10% del 100% de los sujetos puntuaron en el rango mínimo de depresión de la Prueba de Beck.

Observándose en cambio, que los sujetos no farmacodependientes puntuaron con un 11.7% y un 35.2% en los rangos mínimos de depresión (rango mínimo y depresión leve respectivamente) tanto en la Prueba de Beck como en el Test de Zung (reacciones de ajuste -17.6%- , de ansiedad -35.2%- y controles normales -11.7%-).

Se puede apreciar de manera general que las puntuaciones de los individuos no farmacodependientes se encuentran en niveles menores de depresión que los de la muestra de farmacodependientes. .

En la muestra de sujetos farmacodependientes el 90% fueron varones mientras que sólo el 10% fueron mujeres; mientras que en la muestra de sujetos no farmacodependientes sólo el 41.1% fueron varones y el 58.8% fueron mujeres.

En las calificaciones del Test de automedición de depresión de Zung, la muestra de no farmacodependientes obtuvo su mayor puntaje en el rango de Deprimidos Ambulatorios con un 30%, siendo el más bajo el rango de Depresión de Ajuste con un 3.3%.

Siendo para la muestra de no farmacodependientes el valor más alto el rango de Reacciones de Ajuste con un 35.2%, situándose con un 5.8% constituyendo el porcentaje más bajo de puntuaciones obtenidas, el rango de Desórdenes de la Personalidad.

Para las calificaciones obtenidas en la Prueba de Depresión de Beck, los sujetos farmacodependientes mostraron las puntuaciones más altas en el rango de Depresión Moderada con 50% y el rango de Desórdenes de la Personalidad con el 30%, observándose así que el 80% de los sujetos de ésta muestra se situó en altos niveles de depresión.

Mientras que para la muestra de sujetos no farmacodependientes el 52.9% obtuvo calificaciones pertenecientes a un alto índice de depresión (29.4% para el rango de Depresión Severa y 23.5% para el rango de Depresión Moderada) siendo el otro 46.9% distribuido en los rangos de Rango Mínimo de Depresión (11.7%) y Depresión Leve (35.2%).

Haciendo el análisis estadístico de la *t* para muestras de diferente tamaño, de los datos obtenidos de las pruebas aplicadas a ambas muestras; se obtuvo como resultado que:

$$t = 1.71$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 , y se acepta H_1 , concluyendo que:

**SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN EL NIVEL DE DEPRESION
PRESENTADO POR SUJETOS FARMACODEPENDIENTES Y NO
FARMACODEPENDIENTES.**

CONCLUSIONES

Es interesante anotar que las familias de los sujetos farmacodependientes, presentaban claras muestras de disfuncionalidad, además de que los modelos de resolución de problemas son transmitidos por los padres y adquiridos primero mediante aprendizaje vicario por los hijos, quienes después también aplican tales modelos.

Así como se habla de que los individuos farmacodependientes repiten patrones de comunicación, relaciones de pareja e interpersonales en general, los padres también se observa, repiten modelos que a su vez les han sido transmitidos y que simplemente son adquiridos, sin cuestionamiento alguno que permita posibilidad de cambio. Tales patrones de conducta se ven tendientes a manejar la idea de que lo importante sobre todo para la mujer es tener un hombre a su lado, no importando lo que éste haga en contra de la dignidad e integridad de la pareja. Se deja de lado pues la relación materna, la protección y cuidado de los hijos, la cercanía emocional, la creación de sentimientos de seguridad, aceptación, etc. Se puede evidenciar entonces, que los hijos crecen con esa sensación de desprotección, de una madre (y también un padre) que no fue capaz de proteger a su cría, que le proporcionó sentimientos de desvalidez. Esto también genera en los individuos un gran monto de agresión hacia los padres que no fueron continentes, que ni le pusieron límite a sus impulsos agresivos, ni le brindaron la oportunidad de aprender y reproducir sentimientos de completud y satisfacción.

Crea entonces el individuo formas alternas, no adaptativas, de "ganarse" la aceptación, afecto, integración, formación de autoestima, canalización de los impulsos, etc. que debieron haber sido proporcionados por las funciones parentales.

Hablamos pues, de sujetos que se han visto constantemente expuestos a niveles de agresión muy elevados, y con frecuencia la solución encontrada a lo largo de su desarrollo, fue abandonar la casa, ya fuera de forma parcial al salir con amigos o bien de manera permanente formando una pareja o simplemente buscando otro lugar para vivir (que con frecuencia ha sido la calle).

Si bien la salida de casa ayudó al sujeto a liberarse de la agresión, se encontró entonces envuelto en sentimientos de abandono, soledad, desvalidez, lo cual lo llevó a buscar personas y/o un grupo con el cual identificarse y sentirse integrado y aceptado, encontrándose así en grupos de individuos adictos a sustancias psicotrópicas que comparten historias similares.

Otra de las situaciones que se ven asociadas a la salida de casa y consumo de drogas, es la de observar que los individuos farmacodependientes cometen actos impulsivos sobre todo, durante los efectos de la droga, uno de estos actos es el inicio de vida sexual activa. Generalmente sino es que en el 100% de los casos, estos individuos no cuentan con información sobre sexualidad por parte de la familia, y en ocasiones ni de la escuela, debido al ausentismo que presentan o porque la información es poco clara. La información que reciben es por parte de los compañeros del grupo de farmacodependientes, quienes incitan a los "nuevos" a que tengan relaciones sexuales argumentando que es una experiencia que tienen que vivir, y en la búsqueda de aceptación y como parte de la curiosidad general que durante la adolescencia genera este tema, el individuo inicia su vida sexual; provocando esto transmisión de enfermedades venéreas o embarazos no deseados.

Por otro lado, los sujetos no farmacodependientes, aún cuando también observaron algún nivel de depresión, se encuentran llevando a cabo otras opciones de vida. De alguna manera la posibilidad de

incrementar sus conocimientos académicos, la convivencia con otras personas fuera de su familia y vecindario, así como el apoyo y orientación brindadas por las diferentes áreas de atención del Sistema D.I.F. (Trabajo Social, Psicología, Programas Especiales de atención a adolescentes, madres adolescentes y niños de la calle, Nutricional, etc.) les da la posibilidad de modificar modelos y encontrar así diferentes alternativas de vida que les permitan mayor capacidad de resolución de problemas y mayor desarrollo de sus capacidades para una mejor adaptación y funcionalidad con los demás.

Se puede ver de ésta forma, que las teorías de autores como Fenichel, Freud, Jacobson, Klein sobre las características presentadas en la dinámica de los individuos depresivos es posible reconocerlas en los individuos farmacodependientes.

Además de que es posible corroborar los datos arrojados por diferentes estudios, llevados a cabo principalmente en nuestro país por Centros de Integración Juvenil, con respecto a las condiciones de vida, forma de relaciones interpersonales, autoconcepto, autoimagen, etc. que podemos encontrar en sujetos con problemas en el consumo de sustancias psicotrópicas.

Este estudio pues, ha cumplido su objetivo de confirmar las teorías existentes que mencionan a la depresión como característica presente y de alguna manera predisponente para la farmacodependencia.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Las muestras tomadas fueron de una población de nivel socioeconómico bajo, donde las posibilidades de desarrollo tanto personal como profesional o laboral, se ven altamente limitadas.

También cabe señalar, que si bien la muestra tomada tanto de sujetos farmacodependientes como no farmacodependientes cumplió los requisitos en cuanto al rango de edad y sexo se refiere, no estuvieron distribuidas de la misma manera, lo cual puede ocasionar sesgo en los resultados obtenidos.

Se sugiere pues, que se pudiera realizar el estudio correspondiente conservando la misma distribución de las edades y sexo para ambas muestras.

Sería materia de otro estudio, que se pudiera tomar alguna muestra de individuos farmacodependientes con diferente nivel socioeconómico y cultural y poder así verificar si es la depresión el factor de base que fundamente la aparición de la farmacodependencia.

Otro elemento importante a considerar en estudios posteriores es el tomar una muestra de sujetos no anexados, ya que ésta situación puede ser materia de influencia en los resultados de depresión, debido a que el hecho de estar aislado de la familia y de todo contacto externo durante un mes puede ser vivido por los individuos como una situación que implique mayor agresión que contar con rehabilitación externa y la inclusión en la misma de la familia. Ya que las familias de los sujetos anexados que conformaron la muestra, sólo se limitaban a cumplir con los requisitos económicos del anexo, como lo son los gastos para despensa, ropa o medicina si es necesario, etc., pero sólo una de las familias inició tratamiento psicológico alterno al anexo de su hijo.

Esta situación en particular de las familias de los sujetos cuestiona la eficacia para la rehabilitación de la farmacodependencia con que cuentan los anexos, ya que de inicio no cuentan con un personal calificado en el área de salud (médicos generales, psicólogos, psiquiatras) además de que cuando los sujetos son anexados, ésta situación es vivida hasta cierto punto como un castigo a los problemas que ha causado tanto para sí mismo pero sobre todo para la familia, quien en el periodo de internamiento, adopta la actitud como de "descanso" de los problemas vividos por la farmacodependencia y no se responsabiliza por tomar decisiones que realmente solucionen el problema y fortalezcan la rehabilitación del sujeto. Evidentemente estas familias, y el mismo farmacodependiente, al no contar con orientación psicológica no les es posible modificar patrones ni conductas que pueden estar ocasionando la farmacodependencia. Con lo cual, se fomenta un patrón de conducta en el cual la familia cuando ya no tolera los problemas le asigna el castigo al miembro farmacodependiente durante una temporada en la cual "descanse y tome fuerzas" para seguirlo tolerando durante otra temporada; y por el lado del farmacodependiente podría decirse que es como si "aprendiera" a pagar sus culpas permaneciendo durante un tiempo aislado en condiciones precarias por haberse portado mal, como tomando la medida del precio que va a pagar si continua drogándose.

Si bien es importante continuar estudiando las causas de la farmacodependencia, algo que sí es importante recalcar y que es sabido, es el hecho de que el tratamiento profesional médico y psicológico debe llevarse a cabo en este tipo de problemas, con el mismo farmacodependiente como con la familia, ya que solamente el análisis de las causas y características personales y familiares, permitirá que puedan modificarse conductas que rehabiliten el problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury, A.; Knobel M. "Adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico". Edit. Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1986.
2. Angeles, Filiberto; Cabrera, Gabriela. "Orientación Educativa". Angeles Editores. México, D.F., 1994.
3. Bellak L., Small L.; Psicoterapia Breve y de Emergencia". Editorial Pax México. México, D.F., 1988.
4. Brandi León, Lucía. "Algunos elementos metodológicos útiles para elaborar un trabajo recepcional o tesis profesional". Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. México, D. F., 1996.
5. Calderón Narváez, Guillermo. "Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento". Edit. Trillas. México, D. F., 1984.
6. Centros de Integración Juvenil. "Perfil de disolventes inhalables". Centros de Integración Juvenil A. C. Serie investigaciones. Vol 1. Tomo I. México, D.F., 1988.
7. Centros de Integración Juvenil. "Manual de Capacitación para el voluntariado". Centros de Integración Juvenil. México, D.F., 1992.
8. Centros de Integración Juvenil, "Acciones realizadas en la atención integral de la farmacodependencia, 1996". Centros de Integración Juvenil, A. C. México, D. F., 1996.
9. Centros de Integración Juvenil. "Farmacoterapia de los Síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos". Centros de Integración Juvenil A.C. México, D. F., 1997.

10. Chartier, George. "Adolescent depression: children's depression inventory norms, suicidal ideation, and (weak) gender effects". Adolescence. Vol 29. No.116. Ibra Publishers, Inc. 1994.
11. Chávez de Sánchez, Ma. Isabel. "Drogas y pobreza. Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México". Edit. Trillas. México, D.F., 1986.
12. Cleghorn, John M.; Lou Lee Betty. "Enfermedades Mentales". Edit. El Manual Moderno. México, D.F., 1993.
13. Cueli, José; "Teorías de la personalidad". Edit. Trillas. México, D.F., 1990.
14. Davison, Gerald. "Psicología de la conducta anormal". Edit. Limusa. México, D.F., 1983.
15. DeSimone, Adrienne. "Alcohol use, self-esteem, depression, and suicidality in High School students". Adolescence. Vol 29. No.117. Ibra Publishers, Inc. 1994.
16. DSM-IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Masson, S.A., Barcelona España, 1995.
17. Eco, Umberto. "Cómo se hace una tesis". Colección Libertad y Cambio. Serie Práctica. Edit. Gedisa. México, D. F., 1991.
18. Farnos Folch, Marisse; Valdes Guajardo, Jorge. "Drogadicción en el adolescente: individuo y familia". Gradiva. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México. Número 1 Enero-Abril. Volumen II. Año 1981.
19. Fenichel, Otto. "Teoría Psicoanalítica de las neurosis". Edit. Paidós. México, D. F., 1994.

20. Frazier S.H.; Carr, Arthur. "Qué es la Psicopatología". Edit. Lidiun. Buenos Aires, Argentina, 1984.
21. Freud, Sigmund. "Duelo y Melancolía". Obras Completas. Tomo II. Biblioteca Nueva. 4ta. Edición, 1981.
22. Guarner, Enrique. "Psicopatología Clínica y tratamiento analítico". Edit. Porrúa. México, D.F., 1984.
23. Hurlock, Elizabeth B. "Psicología de la Adolescencia". Edit. Paidós. México, D. F., 1978.
24. Klein, Melanie. "Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos". Tomo II Contribuciones al Psicoanálisis. 2da. Edición. Edit. Paidós-Horme. Buenos Aires, Argentina, 1979.
25. Klein, Melanie. "El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos". Tomo II Contribuciones al Psicoanálisis. 2da. Edición. Edit. Paidós-Horme. Buenos Aires, Argentina, 1979.
26. Klein, Melanie. "Una concepción Psicoanalítica acerca del origen de la depresión". Tomo IV Nuevas direcciones en Psicoanálisis. 2da. Edición. Edit. Paidós-Horme. Buenos Aires, Argentina, 1979.
27. Llanes Briceño, Jorge. "Crisis social y drogas". Edit. Concepto S. A. México, D. F., 1982.
28. Massún. Edith. "Prevención del uso indebido de drogas". Edit. Trillas. México, D. F., 1991.
29. McKinney John Paul. "Psicología del desarrollo. Edad adolescente". Edit. El Manual Moderno. México, D. F., 1992.
30. McKinnon R.; Michels R. "Psiquiatría Clínica aplicada". Nueva editorial Interamericana. México, D. F., 1984.

31. Meeks, Linda; Heit, Philip. "Tu salud. Un enfoque integral". Merrill Publishing Company. Glencoe McGrawHill. Mission Hills C.A., 1993.
32. Méndez Salvatore, Ma. De Lourdes. "Traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población mexicana". Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM. México, D. F., 1995.
33. Monroy Gutiérrez, Arturo; Quijano Barahona, Elsy Margarita. "Estudio comparativo de síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores". Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F., 1990.
34. Muuss, Rolf E. "Teorías de la adolescencia". Edit. Paidós. México, D. F., 1994.
35. Ponce Bernal, Manuel. "Lenguaje y prevención de la farmacodependencia". C.I.J. Organó Informativo de Centros de Integración Juvenil, A.C. Número 5 Octubre-Diciembre. Año 2. 1997.
36. Quijano, Elsy. "La entrevista inicial en un modelo de atención integral a la farmacodependencia". Seminario Clínico de Marzo 1996. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, D. F., 1995.
37. Rosenfeld, David. "Clínica psicoanalítica. Estudios sobre drogadicción, psicosis y narcisismo". Edit. Galena. Buenos Aires, Argentina, 1976.
38. Sarason, Irwin G. "Psicología Anormal". Edit. Trillas. México, D. F., 1990.
39. Semnara Yeh, Lois. "A multiple case study comparison of normal private preparatory school and substance abusing/mood disordered adolescents and their families". Adolescence. Vol 30. No.118. Ibra Publishers, Inc. 1995.

- 40.Souza, Mario. "Violencia sexual y psicotr6picos". C.I.J. Organo Informativo de Centros de Integraci6n Juvenil, A.C. N6mero 7 Abril-Junio. A6o 2. 1997.
- 41.Souza, Mario. "Adolescencia, salud sexual y educaci6n". C.I.J. Organo Informativo de Centros de Integraci6n Juvenil, A.C. N6mero 8 Julio-Septiembre. A6o 2. 1997.
- 42.Tomori, Martina. "Personality characteristics of adolescents with alcoholic parents". Adolescence. Vol 29. No.118. Ibra Publishers, Inc. 1994.
- 43.Warren, Howard C.; "Diccionario de Psicolog6a". Trad. E. Imaz y A. Alatorre. Fondo de Cultura Econ6mica. M6xico, D. F., 1984.