

01962

20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
División de Estudios de Posgrado

EL PERFIL PSICOLOGICO Y EL DIAGNOSTICO
DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE

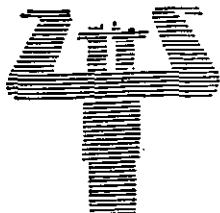
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
PRESENTA:

ELSY MARGARITA QUIJANO BARAHONA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

COMITE DE TESIS:

DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
DR. GILBERTO LIMON ARCE
DRA. FATIMA FLORES PALACIOS
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES

Alvaro F. Quijano y Margarita Barahona B.

Por su inmenso amor y apoyo en todo momento. CON TODO MI AMOR

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS

Fernando y Eva; Fernando y Pablo

Por su ayuda y cariño. GRACIAS MIL

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Amada Ampudia Rueda

Por su valiosa asesoría y su siempre importante orientación para la realización de este trabajo. Gracias por tu ayuda y confianza

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Por su colaboración y apoyo con los materiales de aplicación utilizados y sus enseñanzas

A los Sinodales: Dr. Gilberto Limón Arce; Dra. Fátima Flores Palacios y Mtro. Samuel Jurado Cárdenas. Por sus atinadas observaciones y sugerencias.

A CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A.C.

Institución cuya noble labor me ha albergado en el aprendizaje sobre la farmacodependencia.

A los Dres. Víctor Manuel Guisa Cruz y Lino Díaz Barriga-Salgado

Mis jefes de quienes aprecio su siempre dispuesta colaboración

Al Ps. Arturo Néstor Lara D. ; Dr. César Avalos Izquierdo y al Equipo Médico Técnico de las Unidades de Tratamiento en Consulta Externa Norte y Poniente

Por su apreciable ayuda en la derivación de pacientes incluidos en esta investigación

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION	1

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES	4
--------------	---

CAPITULO I.	DIAGNOSTICO DE LA FARMACODEPENDENCIA Y DEL FARMACODEPENDIENTE	
-------------	---	--

1.1	CONCEPTUALIZACIONES GENERALES DEL DIAGNOSTICO	21
	<i>Modelo Médico y Psicológico. Psicodiagnóstico y Clinica Psicoanalítica</i>	21
	<i>El Diagnóstico como Clasificación y como Proceso</i>	23
	<i>Finalidades del Diagnóstico y el Psicodiagnóstico</i>	24
1.2	DIAGNOSTICO Y FARMACODEPENDENCIA	26
	<i>La Farmacodependencia como Trastorno Mental</i>	27
	<i>Comorbilidad Psiquiátrica y Adictiva</i>	28
	<i>Lineamientos Internacionales en Materia de Diagnóstico</i>	30
1.3	PROBLEMAS CONCEPTUALES DEL DIAGNOSTICO DEL FARMACODEPENDIENTE	31
	<i>La Función del Psicólogo en la Atención del Paciente Farmacodependiente</i>	33

CAPITULO II.	PSICOPATOLOGIA Y PSICODINAMIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	35
--------------	---	----

2.1	ADOLESCENCIA Y PSICOPATOLOGIA	35
2.2	PERSPECTIVAS PSICOPATOLOGICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	37
	<i>Perspectiva Psiquiátrica</i>	37
	<i>Perspectiva Psicológica Individual y Familiar</i>	40

2.3	PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE	44
CAPITULO III. MOTIVACION AL TRATAMIENTO Y EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS		48
3.1	FACTORES CONDICIONANTES DE LA ASISTENCIA <i>Motivación y Diagnóstico</i>	48 51
3.2	ASPECTOS CLINICOS DE LA MOTIVACION AL TRATAMIENTO	53
3.3	IMPLICACIONES DE LAS EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS	56
CAPITULO IV. METODOS Y TECNICAS DE EVALUACION DEL FARMACODEPENDIENTE		59
4.1	FUNCION DE LA EVALUACION EN LAS ADICCIONES	59
4.2.	EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL FARMACODEPENDIENTE <i>Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes.</i>	60 67
4.3	EVALUACION DEL PROCESO ADICTIVO	68
4.4	EVALUACION DE SUCESOS DE VIDA Y ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES	71
4.5	EVALUACION CLINICA DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE	73
CAPITULO V. METODOLOGIA		75
	Justificación y Planteamiento del Problema	75
	Objetivo General	76
	Objetivos Específicos	77
	Hipótesis Conceptual	77
	Hipótesis de Trabajo	77

VARIABLES	78
Muestra	85
Sujetos	85
Tipo de Estudio	86
Diseño del Estudio	86
Instrumentos	87
Procedimientos	88
Tratamiento Estadístico	90
CAPITULO VI. ANALISIS DE RESULTADOS	97
6.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA	93
Edad y Nivel Escolar	94
Aspectos Sociodemográficos	95
Información Clínica	102
Cuestionario de Sucesos de Vida Estresantes	114
6.2 PUNTAJE DE LA MEDIA, DESVIACION ESTANDAR DE LA CALIFICACION T <i>LINEAL Y UNIFORME</i>	119
PUNTAJE DE LA MEDIA, DESVIACION ESTANDAR DE LA CALIFICACION T <i>LINEAL Y UNIFORME</i> POR TIPO DE DROGA	121
Consumidores de Cocaína	122
Consumidores de Inhalables	124
Consumidores de Marihuana	126
6.3 PUNTAJE DE LA MEDIA, DESVIACION ESTANDAR, F Y SIGNIFICANCIA	129
6.4 CORRELACION DE PEARSON, INFORMACION CLINICA DE LOS ADOLESCENTES Y MMPI-A	131
6.5 CORRELACION DE PEARSON, PROBLEMAS ACTUALES OBSERVADOS EN LOS ADOLESCENTES Y MMPI-A	135

6.6	CORRELACION DE SPEARMAN, SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES Y MMPI-A	139
6.7	CORRELACION DE PEARSON, PATRON DE CONSUMO, PROBLEMAS ACTUALES Y SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES	148
CAPITULO VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES		156
7.1	DISCUSION	156
7.2	CONCLUSIONES	177
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		187

RESUMEN

La solicitud de servicios terapéuticos en consumidores de drogas sigue patrones peculiares: muchos adolescentes acuden presionados y presentan problemas psiquiátricos o características de personalidad a los que se atribuye el abandono del tratamiento. El objetivo de esta investigación fue conocer las características psicológicas de los adolescentes farmacodependientes que dificultan el proceso de atención; los factores que obstaculizan llegar al diagnóstico y los motivos que llevan a la solicitud, permanencia o abandono e identificación de las características que revelan la disponibilidad o rechazo al tratamiento, a partir del estudio de rasgos de personalidad, acontecimientos estresantes e información clínica sobre el diagnóstico, patrón de consumo y condiciones de la consulta. **METODO.** Incluyó 63 pacientes entre 14 y 18 años a quienes se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) y un Cuestionario de Información Biográfica y de Sucesos de Vida. **RESULTADOS.** Se hicieron análisis de frecuencias y porcentajes; de la media y desviación estándar; de varianza ANOVA; y pruebas estadísticas (r) de Pearson y Correlación de Spearman para analizar la relación entre los resultados de los instrumentos y los datos clínicos. **CONCLUSIONES:** Existen características psicológicas que dificultan la atención, el establecimiento del diagnóstico y subyacen a la disponibilidad o rechazo del tratamiento, pues se encontraron rasgos de rebeldía, problemas conducta, de adaptación escolar y hostilidad relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo independientemente del tipo de droga, así como problemas escolares y familiares que motivan la consulta y promueven la permanencia o la interrupción. **Diagnóstico, Farmacodependencia, Personalidad**

INTRODUCCION

El uso y consumo de sustancias se ha convertido desde hace algunas décadas, en una preocupación de tipo social - asistencial. Multideterminado por diversos factores, que se relacionan con ciertas condiciones de vida de la población en la que se presenta, es objeto de estigmas que afectan de manera importante tanto a los sujetos consumidores, como al fenómeno mismo.

La adicción a las drogas para muchos autores es una enfermedad que constituye un problema capital, social y de salud en muchas naciones del mundo (Közel, 1991). Es por ello que el interés clínico y preventivo de los últimos años, ha generado acciones dirigidas al fenómeno y prácticas terapéuticas que se aplican a los farmacodependientes.

La atención a la población consumidora y a su entorno inmediato afectado, generalmente se encuentra a cargo de instituciones especializadas que siguen el Modelo Médico bajo la perspectiva de que el consumo de sustancias es una enfermedad, tiene por finalidad lograr la supresión del consumo para propiciar mejores alternativas de vida para los pacientes, mediante diferentes técnicas de abordaje.

No obstante hoy en día existen múltiples aproximaciones terapéuticas que pretenden dar respuesta a la búsqueda de ayuda de los farmacodependientes o de sus familiares, la inserción de éstos en los programas de Tratamiento, presenta con frecuencia características y patrones de asistencia un tanto peculiares: acuden presionados por la escuela, la familia o por alguna institución legal. Esto hace que su asistencia esté condicionada por otros y que no haya un deseo propio que los lleve a la consulta, generando que la "demanda de atención" provenga de un tercero.

El paciente farmacodependiente recurre con menos frecuencia por iniciativa propia a solicitar ayuda para abandonar la ingesta; son los padres quienes por lo regular se preocupan o se angustian por el consumo. Su demanda rara vez se limita a lo que le ocurre al hijo, lleva casi siempre una pregunta sobre ellos en relación a la farmacodependencia. La familia por su parte va en busca de una cura rápida y "mágica" que cree que se logra a través del internamiento. Ellos acuden en un momento de crisis cuando sienten que ya no tienen nada que hacer y depositan en el terapeuta y en la institución de salud, su "problema" (Cruz y Quijano, 1992).

Estas situaciones mencionadas con frecuencia por los terapeutas que los atienden, juegan un papel importante en el curso de la atención. No sólo la preceden, también constituyen serias dificultades que interfieren en el proceso clínico, en tanto se piensa que son consecuencia de la falta de conciencia de enfermedad, de la motivación para el

tratamiento, de la ausencia de una demanda real y del no reconocer que se necesita el tratamiento (C.I.J., 1994, 1995).

Paradójicamente, cerca de un 50% de los pacientes que ingresan a tratamiento se encuentran entre los 15 y 24 años e iniciaron el consumo de sustancias entre los 10 y los 19 años. Muchos de ellos son sujetos poliusuarios cuyo lapso de consumo oscila entre los 2 y 5 años; y su motivo de consulta es con frecuencia, una demanda de atención general a la farmacodependencia, además de su interés en resolver problemas familiares o atender síntomas psicológicos causados por el consumo (C.I.J., 1996).

El diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del farmacodependiente, son cuestiones que entran en controversia y discusión, porque en la aplicación de métodos y técnicas intervienen posturas clínico-ideológicas, que definen los modelos de atención con que se aborda a los farmacodependientes y sus familias, más aún cuando éstos son adolescentes que buscan las drogas; intentan un tratamiento y, aunque su deseo de abandonar la droga o de resolver sus problemas los motiva a asistir, suelen dejar el tratamiento en las primeras consultas. Esta situación por paradójica que parezca, hace necesario analizar que es lo que lleva a un adolescente farmacodependiente a concluir o no este proceso.

Por lo anterior los objetivos de esta investigación, fueron: conocer las características psicológicas de los adolescentes farmacodependientes que dificultan el proceso de atención; los factores que obstaculizan llegar al diagnóstico y los motivos que los llevan o mueven a solicitar una atención y abandonarla o permanecer en ella. Se enfocó también en la identificación de las características que revelaban su disposición o rechazo al tratamiento, partiendo de la idea de que un buen diagnóstico se ve reflejado en el tratamiento y por ende promueve mejores resultados terapéuticos.

Por consiguiente, se efectuó un estudio clínico de tipo descriptivo, exploratorio de campo, con un grupo de 63 pacientes adolescentes entre 14 y 18 años, consumidores de sustancias que solicitaron servicios de tratamiento en dos Unidades de Tratamiento en Consulta Externa de Centros de Integración Juvenil, A.C.; a quienes se aplicaron instrumentos clínicos tales como: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A), para adolescentes versión al Español (Lucio, 1995) para identificar las características de personalidad y un Cuestionario Sociodemográfico y de Sucesos de Vida para adolescentes, adaptado por Lucio, Ampudia y Durán, (1996) para población mexicana, con la finalidad de conocer la influencia de los factores sociodemográficos y de los acontecimientos ocurridos 6 meses antes de la aplicación.

Además de estos instrumentos, se revisaron los registros clínicos de las entrevistas diagnósticas de las Unidades de Tratamiento y se recabó información sistematizada acerca de los pacientes, a través de la utilización de una Historia Clínica desarrollada por Lucio,

Ampudia y Durán (1996), para conocer el patrón de consumo y otros datos sobre el diagnóstico previo de estos adolescentes.

Se hicieron comparaciones intrasujetos estableciendo la relación entre las características de personalidad; y los sucesos de vida estresantes, además de las comparaciones intragrupo de acuerdo las principales sustancias ilícitas de consumo reportadas.

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS/PC para las Ciencias Sociales, con el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes para conocer la distribución de la muestra en las diferentes variables (clasificadoras y externas) en forma general. Se obtuvieron además las medidas de tendencia central, tales como los puntajes de la Media y la Desviación Estándar, de cada una de las Escalas Clínicas; las Escalas de Validez; las Escalas de Contenido y las Escalas Suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-A de cada uno de los sujetos de la muestra, a fin de contar con el perfil grupal. Asimismo se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para describir y analizar la variación de los rasgos de personalidad, en los tres subgrupos de consumo encontrados.

Por otra parte, se analizaron los datos mediante la aplicación de pruebas estadísticas (r) de Pearson y Correlación de Spearman para establecer la relación entre los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, los resultados del Cuestionario Sociodemográfico y de Sucesos de Vida; y la información clínica sobre el diagnóstico, patrón de consumo y condiciones de la consulta obtenida del Expediente Clínico y/o proporcionada por los terapeutas.

Mediante dichas pruebas se observaron las relaciones entre los rasgos de personalidad y los factores que intervienen para iniciar o mantener el consumo y promueven o dificultan la asistencia del adolescente a la consulta, dada la pretensión de detectar y diferenciar los elementos psicológicos que hacen que éste se involucre o no en un tratamiento, para identificar finalmente en forma fina y precisa los factores que dan lugar al éxito o fracaso terapéutico.

Al evaluar en los adolescentes tanto las características de personalidad como los sucesos de vida estresantes y relacionar esta información con datos relativos a su farmacodependencia, fue posible describir la conexión que guarda el diagnóstico con las variables sociodemográficas y la importancia de hacer uso de toda esta información para integrarla a los planes de tratamiento.

ANTECEDENTES

El panorama de estudios sobre el uso y abuso de psicotrópicos a nivel internacional, es bastante amplio, dada la gran cantidad de investigaciones de corte epidemiológico que se han realizado y han enriquecido el acervo bibliográfico sobre la incidencia y prevalencia del consumo de las diferentes sustancias. Se ha explorado la forma en que se distribuye el fenómeno entre la población y se han identificado los subgrupos afectados, la frecuencia del uso y los problemas que de todo ello se derivan.

El predominio de estos estudios y su principal utilización iniciada entre 1960 y 1970 cuando se reconoce un incremento dramático en el uso de una variedad de sustancias ilícitas, como es el caso de la heroína, al parecer está relacionado con las preocupaciones principales de una época en la que lo fundamental, era conocer los factores desencadenantes del uso de sustancias y los tipos de droga consumidos, para poder establecer comparaciones entre los usuarios de las distintas drogas.

Los hallazgos de estas líneas de investigación tan útiles para implementar programas preventivos y para tratar el problema, por el conocimiento que se tiene de la historia natural de la enfermedad y de las posibles causas del consumo, dejan ver que ha habido gran interés en generar un saber sobre los patrones de uso y las determinantes sociales. Sin embargo existen aún serios déficits en la mayor parte de los países en los campos de la epidemiología y la etiología; así como en el tratamiento y la prevención del problema (Heinz Reuband, 1990).

Aunque la inquietud de conocimiento que se refleja en el tipo de estudios realizados sigue siendo vigente, al cabo de los años se ha hecho patente la necesidad de expandir las acciones de la investigación a otros aspectos, amén de continuar dando respuesta a las variaciones que con el tiempo va tomando el consumo de sustancias naturales y de diseño.

La apertura dada hacia otras líneas de investigación, especialmente desde las perspectivas psicosocial y clínica, han hecho posible el adentrarse a otras problemáticas relacionadas con las formas de expresión del uso de psicotrópicos entre los sujetos consumidores. En la aproximación psicosocial se reconocen 2 directrices principales abordadas en los estudios. Una de ellas se centra en las causas de abuso de sustancias y la otra en las consecuencias del uso. Estas investigaciones en su mayor parte, siguen modelos que proponen una o muchas variables independientes que exploran la variable dependiente, es decir, muchas causas que exploran el abuso o las consecuencias, pero, pocos de estos modelos están verdaderamente desarrollados. Por lo mismo, no contemplan las consecuencias a largo plazo versus aquellas que ocurren a corto plazo y se enfocan en los resultados más que en el proceso que sigue el abuso (Johnson y Kaplan, 1990).

La aproximación clínica por su parte, se ha dirigido a la búsqueda de características comunes entre los farmacodependientes. Sus tendencias, estilos, condiciones de vida; y rasgos más frecuentes, conformando lo que hasta ahora se considera el "perfil psicológico" que los caracteriza. Las temáticas de estudio en ambos tipos de investigaciones, comprenden aspectos sociales, familiares e interpersonales que han servido de base para la prevención y para dar impulso a los tratamientos. A pesar de que los resultados de las dos perspectivas explican el lugar que cumple la droga; la función que tiene a diferentes niveles (inconsciente, conductual y en la relación familiar); y sus efectos a corto o largo plazo así como las consecuencias del abuso o adicción en la vida de los consumidores, estos elementos no explican el por qué en algunos casos parece no ser efectivo el tratamiento.

Por otra parte, la investigación sobre la dependencia a drogas se ha enfocado primariamente en dos vertientes: las drogas individuales (su farmacocinesis, su estructura química y sus efectos fisiológicos) o su impacto social (indicado por variables demográficas usadas en los estudios epidemiológicos, o como parámetro en los sistemas de tratamiento), con lo cual se ha omitido el análisis de la personalidad individual enfocada en la estructura y dinámica de la personalidad total. Por lo tanto las señales conceptuales que existen son adecuadas para captar los datos físicos y sociodemográficos, pero, todavía se carece de rasgos comparativos confiables que informen acerca de las experiencias directas de una persona que depende de las drogas (William, 1973).

A pesar de que la investigación comprometida con el abuso de drogas data de treinta a cuarenta años aproximadamente, en ésta se ha puesto poca atención a los resultados de los programas de tratamiento; existen aún aspectos clínicos que no han sido suficientemente considerados y abordados dentro de las investigaciones. Por ello también se ha notado la omisión del estudio de las motivaciones que llevan a obtener resultados exitosos en los programas terapéuticos (Hollister, 1990).

Así pues, ciertos aspectos del proceso terapéutico, de los modelos de atención a los farmacodependientes, de la terminación de los tratamientos y de las condiciones que favorecen o impiden la atención de los usuarios de sustancias, son problemas clínicos poco investigados hasta el momento.

El diagnóstico y la comorbilidad de los adictos, es actualmente, centro de interés de muchas investigaciones. En la última década, se han desarrollado estudios en diversas partes del mundo que aportan datos interesantes acerca de los trastornos estrechamente relacionados con el consumo de sustancias, o con las características psicopatológicas que se observan en forma general en la población usuaria.

Numerosos estudios realizados con adultos confirman la unión entre morbilidad psiquiátrica y abuso de sustancias (Weissman, 1980) y la coexistencia del abuso con otro trastorno psiquiátrico, es decir, la combinación referida como "doble trastorno" (Tyndal y

cols., 1974; Myers, 1984) observada en población general o en pacientes psiquiátricos. Gran parte de estos estudios corroboran que la conexión entre abuso de sustancias y enfermedad mental está bien establecida en adultos referidos a tratamiento y en la comunidad en general, pero refieren que aún se sabe relativamente poco sobre la ocurrencia de morbilidad psiquiátrica y abuso de sustancias en población adolescente (Deykin, Buka y Zeena, 1992), de ahí que aún cuando varias investigaciones han reportado la asociación entre síntomas psiquiátricos con abuso de sustancias en púberes, no es claro qué tan extensos son estos síntomas psiquiátricos como para reflejar una entidad diagnóstica (Braugh, Brakarsh y Follingstad, 1973; Patton, Kessler y Kandel, 1977).

Los estudios de comorbilidad más recientes realizados con adolescentes, han sido desarrollados en tres tipos de poblaciones: estudiantil usuaria y no usuaria de sustancias; pacientes dependientes de sustancias que acuden a servicios de tratamiento y población psiquiátrica. Todos éstos se dirigen al estudio de síntomas como la ansiedad, la depresión, quejas somáticas y conflictos interpersonales, o bien se abocan a la exploración expresa de diferentes trastornos que están relacionados directa e indirectamente, con el consumo de drogas lícitas o ilícitas. Los más estudiados hasta ahora, comprenden 4 grupos de trastornos: del estado de ánimo, de la conducta, de ansiedad y de la alimentación.

Con respecto al primer grupo de trastornos, es decir, la coexistencia de abuso de drogas y trastornos del estado de ánimo o afectivos, cabe mencionar el estudio realizado por Stefanis y Kokevi en 1987 con población estudiantil, para valorar el síndrome depresivo, los síntomas psicósomáticos y la impulsividad-tensión. Estos investigadores encontraron una cercana asociación entre la depresión y el uso de sustancias lícitas (tabaco y alcohol) significativamente diferente según el sexo; y concluyeron que el uso de dos o más sustancias está asociado a síntomas depresivos y a una mayor tendencia al suicidio, cuestión que se representa con más frecuencia cuando una de las drogas ilícitas utilizada es la heroína.

En otra población estudiantil, Deykin, Levy y Wells, (1987) valoraron la co-ocurrencia de enfermedad depresiva y abuso de sustancias, observando que el abuso de alcohol se asocia con trastorno depresivo mayor; mientras que el abuso de drogas se asocia con el trastorno depresivo mayor y con otros diagnósticos del DSM III. Dados los resultados arrojados por esta investigación, esta misma autora se propuso examinar años más tarde, la prevalencia y correlatos de la Depresión Mayor en adolescentes dependientes al alcohol, a las drogas o a ambas sustancias. En este segundo estudio, incluyó población clínica y consideró los criterios propuestos por el DSM III-R para establecer el diagnóstico del trastorno y valorar además, algunas variables sociodemográficas (historia familiar y victimización) que suponía tenían relación con la depresión, independientemente de que ésta se presentara como antecedente o como consecuencia del consumo (Deykin, Buka y Zeena, 1992).

Sus conclusiones a partir de este segundo estudio, revelan que la prevalencia de la depresión varía según el sexo y que las variables sociodemográficas que se relacionan con la depresión de manera positiva en un sexo, tienen una influencia negativa en el otro. Por tanto, si bien la prevalencia de la enfermedad depresiva es de 2 a 4 veces mayor en la población clínica a diferencia de la encontrada en otras muestras comparativas, las variables sociodemográficas de historia familiar y victimización no guardan una asociación significativa con dicha depresión, ya que sólo en las mujeres la psicopatología paterna y la victimización emergieron como una variable importante relacionada con la depresión. Aún cuando puede decirse que sus resultados no fueron significativos, detectaron que había ciertas características en los sujetos en quienes la depresión precedía a su dependencia, a diferencia de aquellos en los que dicha depresión se producía después de la dependencia, por lo que es probable que existan dos procesos patológicos similares en manifestación, pero con diferentes rasgos asociados y con distinta etiología.

Otros estudios refieren la asociación entre el uso de anfetaminas y la doble depresión o la depresión severa en adolescentes (Kashani, Keller, Solomon et al. 1985); el abuso de alcohol y la presencia de trastornos afectivos (Famularo, Stone y Popper, 1985) y el abuso de sustancias asociado a los trastornos de conducta o al trastorno deficitario de atención con hiperactividad (Gittelman, Manuzza, Shenker et. al. 1985). Aunque parece reiterarse la relación entre alteraciones del estado de ánimo en estos estudios, éstos no revelan la correlación específica entre patrones de abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos específicos. Esta última observación dio pie a investigaciones posteriores como la de DeMilio (1989) que se aboca a la búsqueda de trastornos afectivos comórbidos en adolescentes que solicitaron servicios de desintoxicación, quienes una vez concluido este tratamiento, fueron valorados. En estos pacientes el Trastorno de Conducta y el Episodio Depresivo Mayor; fueron los diagnósticos principales, además de la combinación de déficit de atención, hiperactividad y trastorno impulsivo.

En tanto los adolescentes participantes en este estudio reportaron el consumo de alcohol, tetrahidrocanabinol y cocaína, se observó la relación entre el consumo de cocaína y alcohol con los Trastornos Depresivos; y el uso de narcóticos y alcohol con Trastornos Depresivos de Tipo Transitorio. También se observó en menor proporción la presencia de los diagnósticos de Trastorno Esquizofrénico; Trastorno Distímico y Trastorno de Personalidad por Evitación.

La valoración de los Trastornos de Conducta ha constituido el segundo grupo de estudios en los que se han utilizado poblaciones de jóvenes delincuentes tanto usuarios como no usuarios de sustancias. Aunque los resultados muestran que la proporción de este tipo de trastornos se presenta en ambos grupos, la asociación entre el Trastorno Deficitario de Atención y el Trastorno de Conducta de subtipo agresivo en los consumidores, fue significativamente más alto. Este resultado llevó a los autores de esta investigación a la conclusión de lo importante que es realizar una cuidadosa evaluación psiquiátrica en los jóvenes que usan sustancias, si se quieren optimizar los planes de tratamiento (Milin, Halikas, Miller y Morse, 1991).

En relación al Trastorno Deficitario de Atención, cabe señalar que el ha sido reportado en los abusadores de cocaína (Gawin & Kleber, 1985; Khantzian, 1983; Weiss, Hechtman, Milroy, et al., 1985). Se ha encontrado también que la mayor parte de los usuarios de esta sustancia presentan diferentes trastornos mentales que incluyen la distimia, el trastorno bipolar, el paranoide y el trastorno deficitario de atención residual (Cocores, Pattel, Gold y Pottash, 1987).

Las observaciones clínicas realizadas a cientos de adolescentes dependientes de sustancias, admitidos en unidades de tratamiento residencial y en consulta externa para tratamiento breve, realizadas por Schiff y Cavaola (1988) dejan ver que existen numerosos casos de doble diagnóstico. Los trastornos por déficit de la atención; los trastornos afectivos; el abuso físico y el abuso sexual, son según estos autores, los diagnósticos que coexisten con más frecuencia con la dependencia química.

La coexistencia de abuso de sustancias con los trastornos de ansiedad (tercer grupo de trastornos) ha sido investigada por Ross, Glaser, y Stiasny (1988) quienes trabajando con población clínica encontraron que no hay diferencia significativa entre la prevalencia de alcohol o drogas entre los sexos, a pesar de que observaron que en las mujeres se diagnosticó el abuso o la dependencia a barbitúricos, sedantes o hipnóticos, mientras que en los hombres el abuso o dependencia a cannabis y tabaco fue más frecuente y que en la mayoría de los casos, de ambos sexos, había consumo de alcohol. Por lo que respecta a la prevalencia de la psicopatología, cabe mencionar que tanto en los hombres como en las mujeres además del diagnóstico del trastorno de uso de sustancias (alcohol, drogas o ambos), había un trastorno psiquiátrico y que el deterioro cognoscitivo, el trastorno afectivo y los trastornos esquizofrénicos se presentan por igual en ambos sexos.

Una conclusión importante del estudio de Ross y cols., es que los pacientes de ambos sexos con trastornos de abuso de alcohol y drogas tienen prevalencia más alta de trastornos psiquiátricos; los hombres y las mujeres con diagnóstico combinado de alcohol y drogas tienen más alta prevalencia de diagnóstico de fobias, ansiedad generalizada o trastorno de personalidad antisocial. En las mujeres además se presenta con más frecuencia la depresión, el trastorno de pánico y las disfunciones psicosexuales.

Los estudios anteriores han explorado directamente los trastornos adicionales al consumo y parecen ser concluyentes en tanto confirman la presencia de alteraciones psiquiátricas en los usuarios; sin embargo, existen también estudios que sin dirigirse a poblaciones usuarias de sustancias han encontrado resultados similares que apoyan la comorbilidad de las adicciones. En tal caso se halla la investigación de Van-Ameringen, Mancini, Styan y Donison (1991) quienes al estudiar pacientes con diagnóstico de fobia social, observaron la coexistencia de trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión y el uso de alcohol y el abuso o dependencia a sustancias en estos pacientes.

Aún cuando en este último estudio el abuso o dependencia a sustancias parece ser un diagnóstico secundario, puede afirmarse que se sostiene la asociación entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias.

La presencia de sintomatología psiquiátrica o psicopatología ha sido abordada en diversos estudios que se enfocan a la valoración de dicha psicopatología desde diferentes puntos de vista y con diversos tipos de población. Así se han realizado investigaciones para observar la incidencia de la comorbilidad, especialmente como consecuencia del consumo o factor de riesgo para la exacerbación del mismo. Entre los estudios desarrollados con estudiantes puede citarse el efectuado por Lavik y Onstad (1986) quienes afirman que si bien el uso de alcohol tiene menos conexión con los síntomas en el caso de los hombres aunque la frecuencia de síntomas es altamente significativa cuando además del alcohol, usan cigarrillos, cannabis, soluciones inhalables y tranquilizantes; en el caso de las mujeres el uso de tabaco tiene una conexión significativa con los síntomas psiquiátricos.

Años más tarde, Lavik, Clausen y Pedersen (1991) valoran la prevalencia de trastornos de la alimentación entre estudiantes, mediante un estudio longitudinal con el cual detectan que las dietas, la bulimia y la preocupación por la comida, están correlacionadas con el consumo y/o con la intoxicación de alcohol en las mujeres.

Friedman, Utada, Glikman y Morrissey (1987) por su parte, realizaron un estudio longitudinal con estudiantes donde encontraron que la presencia de psicopatología temprana predice el grado de uso de drogas meses más tarde; y que el uso de drogas predice la tendencia a presentar síntomas psiquiátricos más adelante, debido a un efecto de interacción acumulativa. La hostilidad, la ideación paranoide y los síntomas obsesivo-compulsivos, valorados en estos estudiantes según estos autores, predicen el incremento en el uso de sustancias.

Johnson y Kaplan (1990) pretendiendo probar un modelo de patrones de uso de drogas como consecuencia de síntomas psicológicos y como antecedente de los síntomas psiquiátricos de salud mental en el adulto joven, realizaron un estudio de seguimiento, examinando el uso diario de marihuana y drogas. Las conclusiones de este estudio revelaron que la continuación del uso cotidiano de drogas, depende de la temprana psicopatología y exacerba los síntomas psicológicos en la vida adulta tanto directa como indirectamente. Asimismo señalaron que los síntomas de depresión y ansiedad en la adolescencia se extienden significativamente a la adultez, incrementan los síntomas y reducen los logros educativos.

Hovens, Cantwell y Kiriakos (1994) examinaron la comorbilidad psiquiátrica entre adolescentes que abusaban de las drogas y la compararon con sujetos que no las usaban. Valoraron la severidad de los estresores psicosociales con el DSM III -R, e incluyeron el uso de una cédula de trastornos afectivos para escolares. Sus resultados demostraron que en

los sujetos que consumían drogas había más alta incidencia de comorbilidad y un mayor riesgo de psicopatología severa a diferencia de los sujetos del grupo que no las usaban. Por lo tanto, dado el alto riesgo de otras formas de psicopatología en los usuarios de drogas, concluyeron que es esencial hacer una cuidadosa evaluación de la comorbilidad psiquiátrica para asegurar un plan de tratamiento adecuado.

Como puede observarse, los resultados de estas investigaciones ponen énfasis en la relación existente entre el consumo de sustancias y la presencia de síntomas o trastornos psiquiátricos, ya sea porque son causa, consecuencia o se presentan de manera concomitante al uso de una o varias de ellas. En estos estudios se hace referencia a los criterios considerados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III o III-R vigente al momento en que los estudios se realizaron, pero no se establecen las causas del uso de sustancias ni se revelan los factores asociados a las características de personalidad de los sujetos estudiados.

El estudio de la psicopatología del adolescente consumidor de sustancias, especialmente en ambientes clínicos, no ha sido exhaustivo. Es evidente el predominio de ciertos síntomas generales que los caracteriza y también puede observarse que coexisten suficientes fuentes reveladoras de diagnósticos, sin embargo, no es sólo el diagnóstico o la presencia de sintomatología psiquiátrica detectada o no, lo que hace que los adolescentes usuarios de sustancias soliciten un tratamiento y/o lo concluyan.

La motivación hacia el tratamiento en las investigaciones ha sido valorada indirectamente a través de sus resultados. El estudio de Friedman y Glickman (1987) diseñado para medir las reacciones emocionales y los síntomas en varones delincuentes que concluyeron el tratamiento, revela hallazgos inesperados, pero no concluyentes, ya que los jóvenes con más síntomas psiquiátricos, mostraron una ligera tendencia para mejorar, que según los autores es el efecto de la autoevaluación de sus pensamientos trastornados. De acuerdo con sus conclusiones, la auto-percepción de estos muchachos, acerca de sus sentimientos, es lo que les permitió estar más motivados para recibir aconsejamiento.¹

Sin duda la motivación tiene conexión con los resultados de los tratamientos, pero el estudio directo de los motivos iniciales y su mantenimiento o los posibles cambios, no puede descontextualizarse ni excluirse del proceso. La relación entre lo expresado por los pacientes al ingreso y su transformación, sólo puede inferirse a partir de los estudios hechos en torno a las interrupciones.

Las investigaciones de Stark y Campbell (1988) dirigidas al análisis de la relación entre variables demográficas, personalidad, uso de drogas y la pérdida de interés, en

¹ *Counseling*. Forma de tratamiento utilizada en programas de atención a usuarios de drogas y alcohol, en los Estados Unidos, que se utiliza en vez de psicoterapia.

pacientes de un Centro Comunitario; confirman una alta proporción de desinterés que aparece tempranamente en los abusadores de sustancias. Sus resultados sugirieron que la severidad de la psicopatología no es la clave para predecir el desinterés, por lo que puede pensarse que la naturaleza del trastorno, tiene más influencia en la deserción de los pacientes.

La utilidad de datos de pretratamiento para predecir la terminación y la deserción de los pacientes adolescentes consumidores de drogas, muestra que en el caso de los hombres, los problemas severos con el alcohol; el uso de cannabis y tabaco; la gran cantidad de problemas internalizados y la baja autoestima, son medidas predictivas de terminación. En las mujeres no se han encontrado predictores significativos que pronostiquen la terminación del programa (Blood, 1994).

El abandono temprano del tratamiento de metadona, ha sido estudiado de manera predictiva a través de elementos indirectos como las medidas de motivación para el cambio en el uso de drogas y para el tratamiento, a través de las escalas de Simpson (1992) (Cit. en Simpson y Joe, 1993) que valoran autovaloración, problemas con el uso de las drogas, deseo de recibir ayuda y buena disposición al tratamiento. Los predictores significativos de retención posterior a los 60 días, eran: tener estabilidad social, experiencias previas de tratamiento, expectativas para reducir a futuro el uso de drogas, altas dosis de uso de droga y alta motivación (Simpson y Joe, 1993).

El abandono de los servicios de tratamiento es una de las dificultades que se reporta con bastante frecuencia en los centros de atención de farmacodependientes, pero parece no ser exclusiva de este tipo de pacientes. Mientras algunos estudios realizados con pacientes que presentan otras problemáticas psiquiátricas, tales como: neurosis de ansiedad (Sargunraj y Kumaraiah, 1989); anorexia nerviosa (Soejima y cols., 1994) o pacientes con trastorno límite de la personalidad (Yeomans y Gutfreund, 1994) atribuyen la deserción a la presencia de síntomas de ansiedad; al rechazo y falta de cooperación del paciente especialmente cuando falta la participación de la familia en el tratamiento; o bien a la falta de un contrato terapéutico adecuado, alianza terapéutica positiva y severidad de la enfermedad; otras investigaciones realizadas en pacientes en tratamiento de problemas no psiquiátricos, como dolores de cabeza (Tsushima, Stoddard y otros, 1991) y disfunción eréctil (Armstrong, Convery y Dinsmore, 1994) señalan que no es realista descubrir un sólo patrón de deserción, ya que la discontinuación de la terapia se produce por razones no relacionadas a problemas asociados con el tratamiento.

Por otra parte, algunas investigaciones sobre psicoterapia explican la interrupción desde diferentes perspectivas: a) como resultado de las barreras de organización que impiden el acceso a los servicios (Salta y Buick, 1989); b) debida a razones expresadas directamente por los pacientes (deseo de retornar al trabajo; exacerbación de los síntomas psiquiátricos; resistencia a las recomendaciones dadas en el tratamiento; reacción negativa al tratamiento; el deseo de un tratamiento menos intenso y la creencia de que los problemas

se han resuelto (Bauman, Nieporet, Ferguson y Klein, 1988); c) como consecuencia de las variables demográficas y diagnósticas de los pacientes, así como por las características del terapeuta (Sledge y cols., 1992); d) a causa del tiempo ilimitado de la psicoterapia sin una fecha de terminación establecida, (Good, 1992); e) por la falta de congruencia entre las expectativas sobre las intervenciones en el tratamiento por parte del paciente y del terapeuta (Clinton, 1996).

Estudios como el realizado por Beckham (1992) han pretendido identificar las características de los desertores, a partir de variables predictivas primarias, tales como: las actitudes de los pacientes acerca de la naturaleza de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia; las dificultades prácticas enfrentadas por pacientes para venir al tratamiento, la visión del paciente acerca de las habilidades de su terapeuta y la clase social. Este estudio concluye que la impresión negativa inicial del paciente acerca del terapeuta, es la única variable que predice *a priori* la deserción temprana, ya que el nivel educativo, la congruencia de las actitudes del paciente con el modelo médico de la enfermedad psicológica y los problemas prácticos anticipados no fueron predictivos. Otra conclusión importante es que la inasistencia y la cancelación de sesiones en las primeras semanas del tratamiento son altamente predictivas de la deserción.

Indudablemente el abandono de la psicoterapia es un problema importante, que ha recibido poca atención en forma sistemática. A pesar de que hay investigaciones previas que sugieren que el número de pacientes que desertan es considerable, no es claro el por qué la abandonan o lo que puede hacerse para reducir el problema (Clinton, 1996).

Tanto la comorbilidad psiquiátrica como la incompletud de los tratamientos, mostrados en las investigaciones arriba citadas, revelan dificultades ya sea por la metodología que emplean o por el tipo de población que se considera para integrar la muestra correspondiente. Estas dificultades dejan ver que el establecimiento del diagnóstico y la completud del tratamiento son puntos álgidos en la atención de problemas como las adicciones. Pero, además de estas dificultades metodológicas, es pertinente señalar que el diagnóstico en los estudios mencionados, se ha establecido con base en los criterios de las clasificaciones vigentes en la época en que se realizaron los estudios, a saber, el DSM III o el DSM III-R, cuestión que permite hacer notar que estos diagnósticos dan cuenta de los síntomas y/o trastornos relacionados con el consumo de sustancias pero no revelan con especificidad los aspectos subyacentes de la personalidad de los consumidores, ni otros factores influyentes, que requieren evaluarse mediante instrumentos psicológicos específicos.

Las investigaciones realizadas con instrumentos de evaluación psicológica, en el caso de los pacientes farmacodependientes, incluyen la valoración de aspectos intelectuales, cognitivos, y de personalidad. En esta línea de estudios existen pocas referencias con respecto a la utilización de tests psicológicos con adolescentes usuarios de sustancias. A

pesar de que hay suficiente literatura sobre el estudio de la personalidad de pacientes adictos, la mayor parte de estas se remiten a población adulta.

No obstante los estudios actuales dirigidos a los adolescentes en general son pocos en comparación con los realizados con adultos farmacodependientes, años atrás se hicieron diversas investigaciones utilizando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, por considerarse uno de los instrumentos más confiables.

La valoración de las características de personalidad con adolescentes que consumen drogas, es hasta la fecha un tanto limitada, ya que el uso del MMPI en las investigaciones con este tipo de población se ha desarrollado con otras finalidades, entre ellas la aplicación de normas o la determinación de variables que predicen el éxito terapéutico.

Algunos de los estudios hechos entre usuarios y no usuarios de sustancias que han sido documentados por Maguire y Magaree (1974) (Cit. en Klinge, Lachar, Grisell y Berman, 1978) señalan que los usuarios ocasionales de marihuana producen perfiles típicos de criminales y que suelen ser más inteligentes e impulsivos y menos rígidos y autoritarios que los no usuarios.

Burke y Eichberg (1972) reportan características de personalidad en adolescentes usuarios de drogas. Sus hallazgos indican que los perfiles de usuarios y no usuarios son casi idénticos pero en el caso de los primeros son significativamente más altos, lo que los llevó a concluir que si bien los conflictos de los adolescentes son similares, en el caso de los usuarios se exacerban o son más ampliamente reconocidos, a diferencia de los no usuarios. Los estudios de Walfish, Massey y Krone (1990) examinaron las puntuaciones de la escala K no corregida del Inventario Multifásico de la Personalidad, en 243 perfiles de adolescentes que se presentaron voluntariamente a tratamiento residencial por su dependencia a sustancias. Siendo usuarios de marihuana, alcohol y cocaína con y sin historia previa de tratamiento, en este estudio se pretendía identificar las diferencias entre los tres grupos de usuarios. En tanto no se encontraron diferencias entre los perfiles, los autores decidieron examinar las características del grupo total a partir de las puntuaciones T mayores a 65 señaladas por Archer (1988) y Graham (1987) (Cit. en Walfish, Massey y Krone, 1990) como clínicamente significativas.

Al aplicar este criterio, los resultados de este estudio mostraron elevaciones clínicamente significativas en la escala de Desviación Psicopática en los adolescentes que sugieren que pueden describirse como rebeldes, inconformes, con alta probabilidad de disfunción familiar. Debido a que utilizan el acting out como defensa, son impulsivos y experimentan poca culpa y remordimiento acerca de su conducta. A partir de estos hallazgos, los autores concluyen que hay que tomar en cuenta estas conductas cuando se planea el tratamiento; y sugieren que se utilice un modelo psicológico conductual que haga énfasis en el establecimiento de límites, la solución de problemas y el control del enojo.

Una conclusión importante que se desprende de esta investigación es la carencia general de psicopatología en esta población a pesar de la significativa elevación que se observó en la escala de Desviación Psicopática. Como las puntuaciones fueron relativamente bajas en la Escala de Depresión, Walfish, Massey y Krone dedujeron que estos sujetos pueden no tener motivación para estar mejor, en comparación con los adultos.

Dos años más tarde, (1992) los mismos autores llevaron a cabo un análisis agrupado de perfiles de adolescentes consumidores de sustancias, a través del cual señalaron 3 grupos de características en ellos: alto nivel de psicopatología aparente; estilo impulsivo (acting out) y ausencia marcada de psicopatología con elevaciones no significativas clínicamente.

Por lo que se refiere al estudio de variables asociadas con el éxito terapéutico, la investigación de Knapp, Templer, Cannon y Dobson (1991) efectuada con 94 adolescentes poliusuarios para pronosticar el éxito de una intervención terapéutica de corte cognitivo conductual, incluyó instrumentos psicométricos, tales como las Escalas de Wechsler, el Millon Adolescent Personality Inventory y el MMPI.

Las correlaciones establecidas entre estos instrumentos destacan que las más significativas se obtuvieron con las escalas del MMPI que valoran angustia subjetiva y neurotisismo y fue menor con las que evalúan trastornos de carácter. Debido a que encontraron que no hubieron correlaciones con las escalas Desviación Psicopática y Manía, como esperaban, explicaron que la puntuación T 60 con frecuencia marca una línea de demarcación de anormalidad y que puede haber mucha propensión al acting out y al comportamiento antisocial en un gran número de adolescentes, pero no tiene poder predictivo. El hecho de que estos adolescentes se encontraran en un tratamiento hospitalario indicaba que su conducta estaba fuera de control.

ESTUDIOS EN MEXICO

El campo de investigaciones sobre la farmacodependencia en México, es también bastante extenso en cuanto a epidemiología se refiere. Desde hace más de veinte años, se han venido desarrollando diversas líneas de investigación sobre las características específicas del problema. La mayor parte de los estudios han utilizado los mismos indicadores y preguntas estándar propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para investigar el uso de sustancias. (SRE,1997)²

Los estudios sobre el uso de drogas en nuestro país, empezaron a desarrollarse de manera sistemática a principios de la década de los años 70. Su auge a raíz de la variedad de epidemias de abuso de drogas en el pasado, se evidenció mediante numerosos estudios

² Secretaría de Relaciones Exteriores, México, 1997

en población general (Belsasso y Rosenkrantz, 1971; De la Fuente y cols., 1972), y con las primeras encuestas en hogares en seis ciudades mexicanas.

Los datos de la encuesta de 1976, revelan que las drogas más frecuentemente usadas por los estudiantes en ese tiempo, eran los inhalables y la marihuana (Medina Mora, 1976; Natera, 1979). Dada la naturaleza las encuestas en hogares, y su dificultad para proporcionar información sobre el uso de sustancias en toda la población, las estrategias de investigación, se han centrado en otras poblaciones.

A través de los estudios llevados a cabo en población adolescente (Clarac y Rosales de la Parra, 1976) e infantil (Solórzano 1980), se han detectado las sustancias de uso más frecuente. El consumo de inhalantes identificado como una de las drogas de mayor consumo entre la población infantil y adolescente de zonas marginadas, llevó a estudios biomédicos, fisiológicos, farmacológicos, toxicológicos y psicofisiológicos (Torres R., 1975; Berry y cols., 1977; Ortiz y Caudillo 1985), con los que se pudo conocer el funcionamiento neuropsicológico, los daños y las alteraciones cognitivas que producen estas sustancias. La personalidad del inhalador, por su parte, fue abordada mediante estudios sociales y comunitarios relativos a patrones de uso, factores predisponentes y condiciones de vida (CEMEF 1975; De la Garza y cols., 1977).

El panorama epidemiológico de consumo de estas sustancias permaneció sin cambio hasta fines de 1991, salvo por un ligero aumento que se dio en el uso de inhalables en 1978, cuando este tipo de droga pasó a ser la más comúnmente usada, observándose un incremento del uso de drogas tales como la cocaína y otros estimulantes. (C.I.J., 1996)

En la década de 1980, se observó un aumento significativo en el número de proyectos de investigación epidemiológica sobre el consumo de alcohol y de otras sustancias - su distribución entre la población de acuerdo a las características sociodemográficas; las normas socioculturales acerca del consumo y los problemas sociales y de salud asociados a tales prácticas - utilizando instrumentos estandarizados y novedosos de diagnóstico, con la finalidad de establecer el coeficiente de abuso/dependencia a diferentes sustancias y la comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos.

Gran parte de los estudios sobre dependencia de drogas, han estado enfocados al análisis del consumo más que al de la dependencia. Las encuestas epidemiológicas incluyen la información dada por el propio drogadicto sobre los síntomas de dependencia, pero no constituyen instrumentos apropiados para estimar la prevalencia de la dependencia a sustancia o los aspectos clínicos involucrados (S.R.E., 1997).

Otro rango de investigaciones ha pretendido abarcar aspectos como: la conceptualización médico legal de la Farmacodependencia (Rodríguez, 1988) la

concientización de la familia a través del paciente identificado (Cardeña, 1988); las relaciones interpersonales del Farmacodependiente (Delgado y Soubrán, 1989); los problemas relacionados con el consumo de drogas (Soriano, 1990) y la atención oportuna a jóvenes de alto riesgo (Jiménez A., 1994); desde el marco de acción de estudios universitarios, entre los que también se ha indagado sobre características psicopatológicas de los adolescentes y adultos farmacodependientes. En estos estudios, se han explorando rasgos como la depresión y conducta psicopática (Monroy y Quijano, 1990) y la desintegración familiar como causa de la farmacodependencia (Martínez, 1985) con auxilio de materiales estandarizados de diagnóstico psicológico, como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota; el Test de Zung; el Test de Frases Incompletas de Sacks y la prueba de Casa-Arbol- Persona.

Como es posible apreciar, son pocas las investigaciones dirigidas al campo del diagnóstico o a las peculiaridades del proceso terapéutico. Los estudios que indagan la asociación entre el consumo de drogas y cierto tipo de conductas, como por ejemplo los actos antisociales (robo, perjuicio y venta de droga) han sido efectuados con población estudiantil, (Castro, García, Rojas y De la Serna, 1988) al igual que otros estudios que se han llevado a cabo para conocer las características de los farmacodependientes en el país. Por tanto es viable hacer notar que gran parte del conocimiento que se tiene sobre dichas características ha sido obtenido indirectamente.

En el marco de las instituciones, se han venido realizando también algunas investigaciones con la población que solicita servicios de tratamiento. Aunque los estudios epidemiológicos siguen siendo prioritarios y se han hecho muy pocas indagaciones acerca de los aspectos clínicos de la atención que se proporciona, cabe mencionar que los estudios sobre evaluación de tratamiento e interrupciones, son una fuente útil de información acerca de las características de los pacientes.

Los estudios de interrupciones del tratamiento por parte de pacientes farmacodependientes durante el período 1981-1982, realizados por Clarac (1985) con la población atendida en Centros de Integración Juvenil, A.C., examinan el binomio deserción-rescate, (modalidad de atención vigente en estos centros), y presentan los resultados de una serie iniciada en 1978, para detectar el fenómeno en situaciones diferentes según los marcos terapéuticos prevalentes en la institución, donde se considera la dinámica de la deserción como fenómeno que se presenta en un medio clínico de este tipo.

La inquietud por estudiar la interrupción del tratamiento nació de las dificultades observadas en la retención de pacientes. El estudio realizado en tres fases comprendió 9 centros locales tanto del área metropolitana como foráneos, seleccionados por su bajo volumen de consultas. Los estudios incluyeron pacientes de diferentes padecimientos, no sólo farmacodependientes, ya que estas eran las características de la población atendida en los Centros de Integración en esos años. El universo de trabajo de esta investigación estuvo constituido por los pacientes que abandonaron su tratamiento en 1981 y 1982, a quienes se

entrevistó y se aplicaron cédulas, diseñadas exprofeso para obtener información sobre tres tipos de datos: generales, sobre tratamiento y sobre deserción.

Los resultados que se obtuvieron en la aplicación de 512 cédulas fueron los siguientes: el 37% (más de una tercera parte), desertó en la etapa diagnóstica, antes de la formalización del contrato terapéutico, y el 60% en la etapa de tratamiento, en particular entre la primera y octava sesión (44%), mientras que en la etapa de seguimiento, los desertores fueron muy escasos. Se observó además que una tercera parte de los sujetos acudieron al centro bajo presión o engaño, procedente en general por parte de algún familiar; mientras que el resto (dos terceras partes) reportó haber llegado por voluntad propia.

Los motivos se clasificaron en: personales, familiares, sociales e institucionales, categorizándose de la siguiente manera:

Motivos personales: 1) Rechazo al tratamiento (desinterés, indiferencia; decir que no le hace falta el tratamiento, que no quiere dejar la droga) 2) Relativos a la misma enfermedad (mencionados exclusivamente por los terapeutas son que, ésta impide al sujeto enfrentarse a sus problemas, ser constante en el tratamiento; y el que a veces no tiene consciencia de la enfermedad) 3) Mejoría (al sentirse mejor y empezar a funcionar, el paciente cree que está curado y que no necesita continuar el tratamiento) 4) Horario muy cargado, (al sentirse mejor el sujeto, empieza a trabajar y/o estudiar, tiene menos tiempo, otros intereses y deserta) 5) Motivos de fuerza mayor (la enfermedad, hospitalización, encarcelamiento, vivir muy lejos del Centro).

Motivos familiares: 1) Saboteo familiar; 2) Dinámica familiar conflictiva; 3) Problemas económicos y de organización en la familia.

Motivos sociales: 1) Influencia de los amigos, vecinos y compañeros; 2) Miedo a ser identificado como paciente del Centro Local; y 3) Presión de una institución.

Motivos institucionales: 1) Administración y organización del centro local; 2) Ambiente y el trato en el centro; 3) Deficiencia en la transmisión de la información y 4) Inconformidad con la atención terapéutica.

La autora concluye que el carácter de los motivos expresados para explicar o justificar la deserción puede ser subjetivo, pero no por eso son desdeñables si se acepta que la conducta humana se rige en gran parte por lo que el sujeto percibe, independientemente del sentido real de los acontecimientos.

El estudio de factores causa de deserción de los pacientes en tratamiento de rehabilitación de farmacodependencia, realizado por Mejía, Moreno, Pérez y Reyes (1984) efectuado también con pacientes de un Centro de Integración Juvenil, reveló que el índice de mayor deserción se da en estudiantes adolescentes entre 15 y 19 años, siendo curiosamente el grupo de mayor demanda de atención a la farmacodependencia. Se consideró también que las malas relaciones familiares provocan un alto porcentaje de deserción, al igual que ciertas condiciones de la población. Los pacientes de clase media baja tienen dificultades económicas y suelen llegar en un estado de crisis. Una vez superada esta crisis, no tienen interés para continuar con el tratamiento.

Los motivos personales, sociales, familiares e institucionales señalados por este estudio, son muy similares a lo reportados por Clarac (1985), pero Mejía, Moreno, Pérez y Reyes (1984) concluyeron que el paciente ingresa al Centro de Integración, por sentirse mal, pero al no estar plenamente consciente de su enfermedad, ni tener un deseo real de seguir un tratamiento, lo rechaza y su asistencia se va reduciendo hasta que deja de asistir definitivamente. Añaden además, que la familia del paciente se muestra interesada por la rehabilitación del mismo únicamente cuando éste se encuentra intoxicado, una vez ingresado al Centro no se hacen responsables o descargan sus obligaciones en los terapeutas.

De acuerdo con ambos estudios, los motivos de abandono de los tratamientos son múltiples y se interrelacionan uno con otros. Esto es sostenible si se considera que gran parte de los pacientes que acuden a solicitar atención a nivel institucional, corresponden a la clase media baja y baja, cuya situación socioeconómica es bastante precaria. Sin embargo, aún cuando pudiera suponerse que el abandono de los tratamientos hoy en día sigue las mismas pautas del pasado, es evidente que debido a que faltan aún por explorar otros elementos que llevan a los adolescentes al consumo de sustancias, a solicitar ayuda y a permanecer o abandonar el tratamiento, los motivos expresados son el reflejo de algo que sucede en lo interno y en el exterior, pero no pueden considerarse estrictamente equivalentes. Por lo tanto es pertinente hacer investigaciones que den luz sobre el diagnóstico fino y preciso de las características de los sujetos consumidores para poder hacer cambios o ajustes en los programas de tratamiento.

Es fácil apreciar que en los estudios relativos a modelos de atención médica, la eficacia en función de los costos y los servicios de tratamiento, no han sido realizados en México, cuestión que se ha reconocido y se hace constar en un documento presentado en la visita del General Barry R. McCaffrey, Director de la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas de Estados Unidos en 1997, a nuestro país con el fin de definir la política binacional contra la demanda de drogas (S.R.E., 1997).

En este documento emitido por la Secretaría de Relaciones Exteriores, a propósito de esta visita se refiere que si bien se ha llevado a cabo un estudio de colaboración multinacional sobre grupos de autoayuda, el área de los servicios de tratamiento "es una

esfera de trabajo que todavía requiere mucho desarrollo, ya que hasta ahora se está realizando un primer estudio con instrumentos de diagnóstico estandarizados" por parte del Instituto Mexicano de Psiquiatría, para evaluar la tasa de abuso/dependencia a diferentes sustancias y la comorbilidad.

En este texto se hace notar además que las actividades preventivas realizadas en México desde los años setenta, han contribuido a que las tasas de consumo en este país no hayan aumentado en la misma proporción que en otras sociedades; y se señala también que "hay otros factores que pueden influir de manera positiva para contener y/o reducir las tasas de uso, abuso y adicción, las cuales incluyen el papel que tiene la familia nuclear y extensa, la influencia de tradiciones religiosas, culturales y comunitarias, y una intensa percepción del peligro que entraña el hecho de usar drogas ilícitas. Siendo innegable que el problema del consumo y la dependencia está aumentando en el país, es fundamental determinar estrategias efectivas de evaluación, prevención y tratamiento, por lo que es necesario poner en práctica nuevos programas terapéuticos, que sólo serán posibles si se realizan investigaciones de tipo clínico que permitan identificar aspectos más específicos del funcionamiento de los consumidores de sustancias" (S.R.E., 1997).

De acuerdo con estas declaraciones y recomendaciones, es viable considerar que es necesario e imprescindible abrir varias líneas de investigación. En especial las destinadas al estudio de los adolescentes, son sustantivas ya que éste es el grupo de edad más vulnerable y es innegable que el problema del consumo de sustancias exige la determinación de estrategias efectivas de evaluación para mejorar el tratamiento y la rehabilitación; y con ello la realización de estudios en poblaciones específicas, para poder evaluar el impacto de los servicios terapéuticos que hasta la fecha se ofrecen en las instituciones.

Con base en los antecedentes mencionados tanto a nivel internacional como nacional, es factible señalar algunas conclusiones:

1. Las motivaciones para el tratamiento y las interrupciones son elementos poco detallados en las investigaciones, las cuales han seguido líneas y metodologías diferentes. Aunque las motivaciones que llevan a la consulta o su abandono en diferentes momentos no son privativas del ámbito psicológico ni de los pacientes farmacodependientes, requieren identificarse factores influyentes.
2. Desafortunadamente de los 3 estudios antes citados sobre deserción, Stark y Campbell (1988); Blood (1994); Simpson y Joe (1993) sólo uno de ellos fue llevado a cabo con pacientes adolescentes, lo que permite suponer que se ha dado poca importancia a este tipo de situaciones en este grupo de edad.

3. Gran parte de los estudios sobre interrupción de tratamiento han sido desarrollados con pacientes psiquiátricos en general y con sujetos que cursan con otros padecimientos, por lo mismo, es curioso que reporten resultados diferentes unos de otros, aunque sus hallazgos pueden ser tomados en cuenta para establecer mejores condiciones terapéuticas. Es evidente que se han efectuado en variedad de condiciones y/o con distintos instrumentos y es probable que por ello las causas del abandono de los servicios no se identifiquen claramente. Las conclusiones de los autores de los estudios citados, desde luego no pueden generalizarse ni traspolarse de manera estricta a los adolescentes farmacodependientes que solicitan atención, pero sí pueden servir de base para tener presente la importancia de evaluar diversos aspectos clínicos con instrumentos adecuados.

4. El panorama mundial de investigaciones sobre diagnóstico, psicopatología, motivación para el tratamiento e interrupciones citadas como antecedentes, es basto y hace patente el interés que se tiene actualmente en evaluar aspectos relacionados con el tratamiento, sin embargo, el énfasis puesto en el diagnóstico, está en ubicar categorías convencionales. Finalmente éste revela su importancia en la clínica pero no asegura el establecimiento de planes terapéuticos acordes como consecuencia. Es de esta consideración, que se sostiene el valor de investigar las características de personalidad del adolescente farmacodependiente consumidor de sustancias y la relación entre los factores que promueven la permanencia; así como los motivos y expectativas que los llevan al tratamiento, valorando estos elementos a través de instrumentos clínicos y material psicodiagnóstico, adaptados a población de adolescentes mexicanos.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO DE LA FARMACODEPENDENCIA Y DEL FARMACODEPENDIENTE

Gran parte de los pacientes que acuden a tratamiento por el consumo de sustancias, padecen otros trastornos psiquiátricos no relacionados con las drogas, tales como trastornos afectivos, de ansiedad o de pánico, etc. Se ha observado que de un 15 a un 30% de los usuarios de cocaína presentan trastornos del estado de ánimo entre los que se incluyen la depresión mayor, ciclotimia y en una menor proporción, trastorno deficitario de atención (Mirin, Weiss y Michael, 1988).

Esta observación hace necesario abordar el tema de las principales conceptualizaciones diagnósticas y su significado tradicional en el campo médico psiquiátrico y psicológico- psicoanalítico; los sistemas actuales de clasificación, así como un panorama general de la situación que guardan estas perspectivas diagnósticas en el campo de las adicciones de acuerdo con las sugerencias hechas por la Organización Mundial de la Salud. Se plantean además los problemas conceptuales del diagnóstico de los farmacodependientes, así como la función del psicólogo en este proceso.

1.1 CONCEPTUALIZACIONES GENERALES DEL DIAGNOSTICO.

Modelo Médico y Psicológico. Psicodiagnóstico y Clínica Psicoanalítica

Diagnosis (conocimiento), es una palabra griega (diagnōsis) que alude al conocimiento de los signos de las enfermedades. El Diagnóstico, (del griego diagnōstikós) es relativo a la diagnosis. En el campo de la Medicina es el conjunto de signos que fijan el carácter peculiar de una enfermedad. Este es su principal objetivo.

Por definición, es la exploración del conjunto de síntomas característicos de una enfermedad "es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza de un trastorno o enfermedad estudiando su origen y evolución así como los signos y síntomas manifestados por la patología. Es también la identificación o determinación de una enfermedad por ese procedimiento" (Warren, 1974). En el modelo médico el Diagnóstico (diagnosis) es el arte de atribuir categorías a las enfermedades. Ello implica deducir la naturaleza de una enfermedad a partir de los signos y síntomas presentados por el paciente. Llegar a un diagnóstico, es un fin de la práctica médica que se logra mediante diferentes técnicas con las que es posible establecer el "diagnóstico diferencial." (Rycroft, 1976).

En este modelo la práctica del diagnóstico tiene por sentido evaluar el pronóstico vital o funcional de la enfermedad y elegir el tratamiento más adecuado, a través de medios de investigación que se orientan en dos direcciones complementarias: la investigación anamnésica y la investigación "armada." (Dor, 1988). Una "formulación diagnóstica" es más o menos una declaración compleja de la psicopatología de un paciente psiquiátrico. En la clínica médica es, sobre todo, un *acto* que cumple las funciones de hacer una discriminación fundada en la observación de signos específicos (semiología); y encuadrar el estado patológico con respecto a una clasificación debidamente codificada (nosografía). El diagnóstico médico, aparece siempre subordinado al orden de la referencia etiológica (diagnóstico etiológico) y al orden del diagnóstico diferencial" (Dor 1988).

En la Psiquiatría como especialidad médica que se ocupa de las enfermedades mentales, se distinguen 2 formas de diagnóstico: el formal que lo formula el psiquiatra en términos de la nomenclatura o sistema de clasificación (CIE -10; DSM IV) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); y la descripción de la personalidad. Este último es la conceptualización psicodinámica o sea las bases motivacionales de la conducta.

En el modelo psicológico, por el contrario, el concepto de diagnóstico es una hipótesis heurística que abarca la formulación de proposiciones relativas acerca de la etiología, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad considerada. En sentido amplio la hipótesis diagnóstica es útil y necesaria por su aptitud para ayudar a entender, predecir y controlar, es decir, porque implica ver el conjunto de condiciones inmersas en la matriz de una serie de acontecimientos causales (Bellak, 1996), por consiguiente concierne a: a) una variedad de relaciones causales; b) la psicodinamia y c) la estructura.

Analíticamente el diagnóstico entraña una formulación metapsicológica de los factores adaptativo, genético, dinámico, estructural, económico y topográfico, (Bellak, 1996) de este modo el diagnóstico psicodinámico de la personalidad pretende relacionar al paciente con los hechos biopsicosociales de su vida e intenta comprender la relación que existe entre sus tendencias impulsivas, su yo y los controles del superyo, sus sistemas de valores y sus problemas de adaptación con las quejas que lo traen (Bellak, 1996). Desde esta perspectiva el psicólogo no se dirige al reconocimiento de la enfermedad ni a encuadrar el estado patológico, sino a realizar un psicodiagnóstico clínico.

El Psicodiagnóstico, en sentido general, se define como el estudio de la personalidad (Warren, 1974) y se lleva a cabo mediante test psicológicos y entrevistas, por ende la utilización que hace el psicólogo del método clínico incluye la observación controlada por la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas objetivas y proyectivas, que permiten valorar aspectos intelectuales, rasgos de personalidad y aspectos inconscientes, entre otros (Dana 1972).

Aunque la práctica tradicional del psicodiagnóstico, ha sido entendida como la aplicación de tests con la finalidad de generar un informe psicológico detallado; actualmente es una práctica con la que se logra la verificación psicológica del diagnóstico psiquiátrico. Debido a que las pruebas psicológicas son un instrumental que permite llegar a la comprensión, predicción y planeación de la reorganización de la conducta de una persona (Morales, 1979), son instrumentos útiles para obtener información objetiva y valiosa para aproximarse a los aspectos cualitativos del funcionamiento psicológico (Rapaport, 1978).

Ahora bien, dado que el concepto diagnóstico proveniente del modelo psicológico establece una diferencia con respecto a los fundamentos del modelo médico, pero al mismo tiempo se relaciona de manera importante con postulados psicoanalíticos, es necesario mencionar que es el resultado de una evaluación subjetiva que se apoya en el decir del paciente y en la subjetividad de quien escucha. El procedimiento hipotético-deductivo del campo médico, no puede utilizarse de manera estricta en el campo psicológico, ya que las relaciones lógicas de causa - efecto (signos, síntomas - enfermedad), no pueden aplicarse de manera estricta porque en la identificación diagnóstica, jamás se constituyen como su pura y simple consecuencia lógica. La relación que vincula al síntoma con la etiología de la afección que lo produce, está mediada por el conjunto de los procesos conscientes e inconscientes.

Evidentemente las diferencias que existen entre los modelos clínicos médico y psicológico, llevan a plantear un cuestionamiento al valor del diagnóstico tradicional, es decir, a la descripción psiquiátrica que dice lo que la persona *es*, pero no indica que hacer con ella (Robles, 1991). No obstante este cuestionamiento se remite a la formulación diagnóstica en términos de clasificación y a su posible interferencia en la relación terapeuta-paciente, cabe mencionar el acuerdo entre psiquiatras y psicólogos con respecto a su importancia para la realización de un plan terapéutico.

El examen psicológico con propósitos diagnósticos tiene su máxima utilidad cuando combina aspectos nomotéticos e ideográficos (Bellak, 1996) que pueden explicar la situación actual del paciente y establecer un plan de acción.

El Diagnóstico como Clasificación y como Proceso

El punto de partida de la investigación clínico-terapéutica, es el reconocimiento e identificación de los signos, síntomas y síndromes que constituyen el padecimiento. El diagnóstico desde esta perspectiva se dirige a la distinción y diferenciación de diversas entidades nosológicas que forman parte de una clasificación (Solís, 1991).

Las clasificaciones psiquiátricas reconocidas y utilizadas actualmente por psicólogos y psiquiatras, son resultado de la influencia de la medicina clasificadora del Siglo XVIII. Su origen data de comienzos de siglo. La psiquiatría alemana, sistematizó y

ordenó el campo de los fenómenos mentales hasta entonces relativamente caótico. El orden puesto en el campo fenoménico a través de la clasificación creó un orden y un lenguaje, un modo de pensamiento y reglas semiológicas que a su vez crearon a los psiquiatras como agentes de aplicación del sistema propuesto (Braunstein, 1984).

La clasificación de las enfermedades o trastornos de salud mental, se basa en criterios diagnósticos. Los criterios de más amplia utilización mundial, son los contenidos en los Manuales del International Classification of Diseases (ICD 10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición. En ambos se describen las características clínicas de los diferentes trastornos. El segundo a diferencia del primero, destaca un sistema multiaxial que considera cinco ejes que conciernen a un área distinta de información.

En sentido general, diagnosticar implica la utilización de técnicas y procedimientos específicos para corroborar o descartar la naturaleza de los signos y síntomas que conforman un padecimiento. Las técnicas de intervención clínica desde este punto de vista pretenden recopilar metodológicamente, dichos signos y síntomas para contar con una base de datos cuyo análisis permite la integración diagnóstica de los resultados del proceso (Solís, 1991).

Independientemente de los componentes de la investigación clínica, el proceso diagnóstico tiene una particular característica. Es un encuentro entre el paciente y el profesional, que forma una relación de trabajo. Relación que en sí misma lleva un sello terapéutico. Por tanto, en el diagnóstico no sólo se trata de la utilización de técnicas de exploración con fines de exploración, sino también de fortalecer o propiciar una alianza de trabajo.

La alianza terapéutica es, uno de los pilares del proceso, especialmente cuando el encuentro entre terapeuta y paciente ocurre en términos psicológicos. El psicólogo se centra y preocupa en y por el abordaje de un ser humano que tiene caracteres que corresponden a la cualidad de suceso humano. Siendo psicológico, a su vez contempla los niveles biológico y social (Bleger, 1988). En consecuencia desde la perspectiva del diagnóstico como proceso, pueden identificarse dos niveles de trabajo; 1) descripción fenomenológica y 2) la explicación de la dinámica de los síntomas, las relaciones entre éstos y el lugar que ocupan en la vida del sujeto (Solís, 1991). En este segundo nivel, la relación terapeuta-paciente cobra sentido y permite estructurar la relación de trabajo diagnóstico a través de la escucha.

Finalidades del Diagnóstico y el Psicodiagnóstico

Las dos perspectivas señaladas (como proceso y como clasificación), tienen finalidades y objetivos diferentes. El objetivo de la clasificación es ordenar los datos de tal manera que sea posible la comprensión y el control posteriores (Dana, 1972). Las

clasificaciones permiten el diagnóstico certero de un trastorno o enfermedad. En la perspectiva clasificadora, se nombra la enfermedad; el diagnóstico formal clasifica la conducta, pero no permite confiar en afirmaciones pronósticas o en la predicción del probable curso o culminación de una perturbación. La finalidad del diagnóstico psiquiátrico se remite a la nosología. "Los rótulos son en sí y por sí mismos frecuentemente estigmáticos" (Dana, 1972).

La finalidad del diagnóstico como proceso, es otra. Se trata de la creación de condiciones que permiten el tratamiento. Esto se logra al estudiar la personalidad sometida a fluctuaciones (entre evolución y regresión; e integración y dispersión) del devenir humano caso por caso, como producto de su propia historia. Historia no entendida en el sentido de un suceder cronológico de acontecimientos, sino desde un encuadre histórico donde lo que se indaga deriva de una lógica o de una relación entre distintas conductas, fenómenos o acontecimientos que se han sucedido en el curso del tiempo. Los nexos entre distintas manifestaciones aparecidas en el curso del tiempo no son estudiados en función de sus cambios sino en función de las relaciones que éstos establecen con otras conductas (síntomas no reconocidos por el paciente) que le han sucedido o precedido (Bleger, 1988).

Lo significativo en este caso, hace una diferencia entre el síntoma médico y el síntoma psicológico. La finalidad de proceso diagnóstico no es sólo reconocer la enfermedad, sino aproximarse a las determinaciones históricas, para ello es necesario arribar a los aspectos centrales de la personalidad, sus rasgos y características, así como a los acontecimientos o sucesos vividos.

El diagnóstico psicológico tiene por objetivo la descripción de la personalidad (Rapaport, 1977). Su fin último está conectado con la posibilidad de formular un plan de tratamiento, para lo cual es sustantiva la participación del psicólogo con una acción que a él le es propia. La función del psicólogo clínico implica adentrarse a los aspectos dinámicos. El psicodiagnóstico visto coloquialmente como el estudio de la personalidad, a través de sus manifestaciones externas, es también percibido como una mera aplicación de instrumentos de recolección de información estandarizada, por ello la administración de Tests para evaluar la personalidad, es una actividad profesional que a lo largo del tiempo ha sido cuestionada por los mismos psicólogos, especialmente porque desde un punto de vista ideológico, se ha limitado su intervención a la métrica de los procesos psicológicos.

El psicodiagnóstico, es también un proceso, es una situación que se desarrolla durante un tiempo determinado, su finalidad es propiciar las condiciones para la iniciación del tratamiento; es al mismo tiempo la puesta en operación de dichas condiciones, habiendo logrado la comprensión de aquello que genera el sufrimiento del paciente: la estructura de su personalidad y su dinámica (Quijano, 1989).

Institucionalmente para Siquier, de O., (1987) el psicodiagnóstico configura una situación con roles bien definidos y un contrato en el que un paciente pide que le ayuden y otro acepta el pedido y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades. Es una situación bipersonal, de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción lo más profunda y completa de la personalidad total. La investigación pone énfasis en algún aspecto en particular según la sintomatología y las características de la derivación. Abarca aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) utilizando ciertas técnicas (vgr. entrevista semidirigida, técnicas proyectivas, entrevista devolutiva).

De acuerdo con esta conceptualización, "la investigación psicológica debe lograr una descripción y comprensión de la personalidad del paciente" (Siquier de O., 1987) lo que implica explicar la dinámica del caso de manera integrada, mostrando un panorama completo que abarque los aspectos patológicos y, definir las técnicas a utilizar, para indagar dicha dinámica. Las técnicas del psicodiagnóstico se aplican como instrumentos que facilitan la comprensión de las dificultades y logros de un sujeto, de forma tal que la tarea diagnóstica tiene características que la distinguen, ya que ésta se convierte en una exploración compartida que enriquece al entrevistador (terapeuta) y al paciente (Frank de Verthelyi, 1989).

Hasta aquí, es posible observar que a pesar de haber ciertas diferencias entre las diversas formas de ver el diagnóstico, la ubicación del paciente en una categoría diagnóstica (independientemente de la clasificación utilizada) permite un lenguaje común que define a todos aquellos que comparten los mismos criterios, y devela el nombre de la enfermedad, con lo cual se quiere decir "algo" del paciente, pero este decir, resulta insuficiente en tanto no garantiza la comprensión del proceso, ya que el límite de la perspectiva clasificadora está en el reconocer la enfermedad, por lo que deja fuera aspectos importantes de la evolución del padecimiento, y los determinantes psíquicos que lo producen. Por ello es pertinente tomar en cuenta la necesaria integración de las diferentes aproximaciones diagnósticas.

1.2 DIAGNOSTICO Y FARMACODEPENDENCIA

El diagnóstico de la farmacodependencia (entendida como entidad clínica) y del farmacodependiente como sujeto a quien se define en función y, a partir de este rótulo diagnóstico, plantean situaciones específicas que derivan de dos cuestiones principales: a) la influencia y trascendencia de la medicina clasificadora y b) la complejidad del padecimiento mismo; a saber: la interacción entre las características del sujeto consumidor y el entorno donde tiene lugar (Medina Mora, 1997).

Cuando el consumo de psicotrópicos se presenta como síntoma observable, la tarea diagnóstica comienza fuera del ámbito de la consulta médico-psicológica y se tiñe de la conceptualización coloquial que ideológicamente tiene el uso de sustancias.

Considerado culturalmente aún como un “vicio” el diagnóstico de la “farmacodependencia” es dado desde un ámbito no profesional (familia, comunidad), colocando una etiqueta: “farmacodependiente”; “adicto”; “drogodependiente”; “toxicómano”; o “vicioso” a quien consume. Etiqueta que se impone a quien consume y lo define socialmente adjudicándole además innumerables estigmas, que actúan de manera lapidaria por anticipado. Así pues, la farmacodependencia como se denomina genéricamente, produce de entrada prejuicios que atribuyen características al sujeto que la padece, aún antes de que éste entre en contacto como un profesional (médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social) que pueda valorar la existencia o no de un trastorno y su pronóstico, en función de su gravedad, o bien además de ello el interjuego de la personalidad en el consumo. He aquí la influencia de la medicina clasificadora, cuya nomenclatura pasa al dominio popular.

Si bien hoy por hoy el uso de psicotrópicos se reconoce como una enfermedad, sigue estando presente la idea preconcebida de que se trata de un “vicio”, cuestión que tiene necesariamente un impacto en la cultura y por ende en los propios alcances de la atención profesional que se proporciona a estos sujetos. No obstante las representaciones sociales cumplen su función y la farmacodependencia se define en el ámbito clínico, vale señalar la situación que guarda el diagnóstico psiquiátrico de las adicciones en las clasificaciones de los trastornos mentales ya antes mencionadas.

La Farmacodependencia como Trastorno Mental

En el rubro genérico de la farmacodependencia se incluyen el uso, abuso y mal uso en el consumo de psicotrópicos y otras sustancias que llevan a la dependencia (C.I.J., 1997).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades ICE-10, se consideran los “Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas.” Esta clasificación comprende trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias e incluye trastornos diversos de distinta gravedad; cuadros psicóticos y de demencia manifiestos, todos ellos secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas.

Las sustancias psicotrópicas, “son todas aquellas sustancias naturales o sintéticas cuyos efectos se ejercen básicamente en el Sistema Nervioso Central y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto a experimentar su uso continuado, generando así una adicción.” Estas sustancias generan también modificaciones en otros sistemas del organismo; dependiendo de la vía de administración habrá mayor o menor posibilidad de que generen dependencia (C.I.J., 1997).

Por lo que respecta al otro sistema de clasificación, es decir, al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, los "Trastornos Relacionados con Sustancias," incluyen aquellos ligados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. En este segundo sistema, los trastornos se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso); y trastornos inducidos por sustancias (incluye trastornos de ansiedad, del estado de ánimo... etc.).

Ahora bien, es preciso mencionar que la distinción entre el uso y abuso en la práctica, es una condición incierta debido a que las dimensiones sociales, médicas, biológicas y legales tienen diferente peso y por lo general es la dimensión legal la que prevalece sobre los criterios médicos. (Medina Mora, 1997). Las diferencias entre uso y abuso dependen de la dosis, frecuencia y consecuencias del consumo, por lo cual las adicciones pueden ser tanto problema de salud (comorbilidad psiquiátrica y adictiva; cirrosis, etc.), o sociales (accidentes, problemas laborales, familiares, etc.).

El abuso en el consumo de psicotrópicos, "define por lo general un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia y se caracteriza por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el sujeto esté consciente de tener un problema causado o desencadenado precisamente por su uso." Por lo que respecta al Síndrome de Dependencia, "es sinónimo de adicción y consiste en un conjunto de síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias."

Aunque se establece que "cuando el fármaco se consume en forma crónica, es decir cuando existe la farmacodependencia como tal, aparecen síntomas orgánicos, psicológicos y sociales que se acompañan de tolerancia y abstinencia, razón por la cual el individuo tiende a recurrir al uso subsecuente de la sustancia a fin de mitigar los efectos psicofísicos que provocan tales estados," (C.L.J., 1997) y los criterios mencionados en las clasificaciones son aparentemente claros, es precisamente en los síntomas psicológicos (conductuales y cognitivos) donde se revela algo del orden de la subjetividad, por lo cual no puede considerarse sólo el patrón de consumo, para establecer un diagnóstico. Esto equivaldría a centrarse únicamente en la sustancia, perdiendo de vista precisamente la subjetividad que asoma y es la que en última instancia permite la otra parte del diagnóstico, esto es la descripción de la personalidad.

Comorbilidad Psiquiátrica y Adictiva

Evidentemente la relación arriba citada es importante, pero además existen otras situaciones que merecen tomarse en cuenta. Así por ejemplo la relación entre el consumo de drogas y alcohol y los trastornos mentales ha sido señalada en muchos estudios, donde se afirma que las personas que se presentan para tratamiento de problemas relacionados con

el uso de drogas, sufren con frecuencia también de otros trastornos mentales. Estas vinculaciones son complejas y variables; pueden presentarse en tres condiciones:

- Trastornos mentales que provocan el consumo de drogas;
- Trastornos mentales que son una consecuencia del consumo de drogas
- Relaciones accidentales

Dado que las vinculaciones temporales entre estas condiciones no necesariamente indican una relación causa-efecto, es preciso ser cautelosos al hacer inferencias de carácter etiológico, ya que si bien se observa con frecuencia una combinación de depresión y consumo de alcohol; la depresión puede ser claramente primaria y en consecuencia, la ingesta de alcohol sería sintomática o consecutiva, pero también es posible que la depresión sea secundaria (y consecutiva con respecto al consumo de alcohol). Por tanto aún cuando en todos los casos las relaciones pueden ser recíprocas, es necesario establecer con cuidado el trastorno primario.

Por otra parte la incidencia y amplio rango de psicopatología entre pacientes que usan sustancias, conduce a los siguientes planteamientos:

- 1) que la psicopatología constituya un factor de riesgo para desarrollar el trastorno.
- 2) que la psicopatología preceda a la adicción o se desarrolle como consecuencia de la adicción.
- 3) que el pasar por alto la psicopatología, incremente la probabilidad de las recaídas o esté relacionada directamente con ellas.

Por consiguiente el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias o los llamados trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, (según el sistema que se prefiera), puede hacerse con base en las clasificaciones, que ofrecen criterios y pautas que facilitan su elaboración cuestión que no deja de ser importante dado que estos sistemas se basan en criterios que definen por sí mismos al trastorno, sin embargo, en las adicciones no se trata sólo de la combinación del estado de intoxicación y confusión provocada por las drogas, sino también de un estado psicológico determinado (Rosenfeld, 1978).

Si se toma en cuenta además que un aspecto fundamental del diagnóstico, es el trabajo clínico que se lleva a cabo a través de la relación entrevistador (terapeuta) – paciente para diagnosticarlo, en función de los factores o situaciones que desencadenan su sintomatología y al mismo tiempo crear las condiciones del trabajo terapéutico (Quijano, 1992), el uso de las clasificaciones resulta insuficiente.

Lineamientos Internacionales en Materia de Diagnóstico

Siendo el consumo de psicotrópicos un síntoma, una enfermedad y un fenómeno psicosocial cuya condición nociva se ha diversificado representando un problema de salud pública (C.I.J., 1997), que ha tomado dimensiones inesperadas especialmente en los últimos años, a decir de algunos autores, un fenómeno de masas dado que se extiende por el mundo con las características de una pandemia, un fenómeno cultural que provoca un sentimiento de zozobra, de amenaza y de inquietud creciente (Pierini, 1990); es pertinente retomar algunas sugerencias dadas con anterioridad por los organismos internacionales.

El Comité de expertos de la OMS en 1981 hizo notar que el diagnóstico no sólo debe abocarse a los aspectos psicopatológicos, sino también a los llamados aspectos positivos que son las áreas de funcionamiento que probablemente constituyen recursos potenciales del paciente. Asimismo, planteó la importancia de contar con una clasificación multiaxial de los problemas relacionados con el uso de drogas y de alcohol, y los problemas o trastornos mentales y físicos provocados por las sustancias; haciendo énfasis en la necesidad de establecer límites claros con respecto a los aspectos considerados en una clasificación que abarcara todo y fuera viable de utilizarse por personal no totalmente capacitado, en virtud de que en muchos países no es el personal médico o psicológico el que lleva a cabo la actividad diagnóstica.

Señaló además que de hacerse un sistema de clasificación de formulación (descriptivo) se tomaran en cuenta al menos las siguientes dimensiones:

- Droga o drogas usadas,
- Dimensión del uso,
- Vía de administración
- Formas de consumo,
- Presencia o ausencia de farmacodependencia.

En caso de haber farmacodependencia, considerar:

- Sus grados
- Las incapacidades relacionadas con el uso de drogas o de alcohol (y su agrupación y grado)
- Fenómenos mentales de índole patológica que acompañan dicho uso,
- Evaluación de aspectos positivos y debilidades de la personalidad del individuo
- Grado de integración del sujeto a un subgrupo cultural que implique el consumo de la droga

Tales sugerencias de la OMS, originadas en un momento en que los sistemas de clasificación del diagnóstico clínico no eran totalmente adecuados para diagnosticar los problemas relacionados con las drogas o el alcohol, o los trastornos mentales o físicos

provocados por el consumo de esas sustancias, ya han sido trabajadas de manera que, las clasificaciones actuales dan cabida a los trastornos concomitantes o secundarios al consumo.

A pesar de que se ha resuelto en parte en este punto, los aspectos señalados en materia de diagnóstico siguen siendo vigentes en virtud de que no sólo se trata de considerar criterios más precisos, sino también de utilizar instrumentos adecuados de registro de información, además de técnicas de evaluación clínica que permitan la precisión diagnóstica, sin perder de vista la multiplicidad de determinantes del consumo de psicotrópicos y el importante papel de la escucha en el proceso.

Por otro lado, aún cuando en fechas más recientes se reconoce que se ha avanzado en estudios médicos acerca de las consecuencias negativas del uso de drogas para la salud física hay pocos avances en lo que respecta a la salud mental (Kalina, 1987), de ahí que sea necesario insistir especialmente en el estudio y comprensión de ciertos aspectos psicopatológicos del paciente, esto es en el conocimiento de la personalidad predisponente y los trastornos conductuales. Esta perspectiva deja ver cuan imprescindible es tomar en cuenta la personalidad además de la mera "etiquetación" con un código de clasificación, así como los factores psicológicos además de los aspectos toxicológicos, ya que como bien señalan autores como Welson (1991) "la principal deficiencia clínica en el campo de las adicciones, está en la carencia de formulaciones psicodinámicas que son útiles para comprender la respuesta cerebral e individual a las drogas; la organización intrapsíquica de la personalidad y los trastornos sintomáticos propuestos para la adicción."

Como podrá observarse, la escasez en el uso de instrumentos para diagnosticar la personalidad del farmacodependiente y las limitaciones propias de las clasificaciones, señaladas con anterioridad, dejan ver que las problemáticas del diagnóstico no solo comprenden las dificultades que la clínica misma impone con este tipo de pacientes, sino también la poca importancia que se da a los instrumentos psicodiagnósticos y la forma en que todo esto se introduce en el interjuego de la relación entre el psicólogo y el paciente.

1.3 PROBLEMAS CONCEPTUALES DEL DIAGNOSTICO DEL FARMACODEPENDIENTE

En la evaluación diagnóstica de los consumidores de sustancias se observan 3 situaciones particulares:

1. La evaluación de los trastornos psiquiátricos en los farmacodependientes se realiza con mayor dificultad dada la plétora de signos y síntomas que presentan con frecuencia, lo que lleva a hacer una primera consideración diferencial ¿estos signos y síntomas son

resultado de la intoxicación o abstinencia; manifestaciones de un trastorno psiquiátrico subyacente o ambos?

2. Establecer esta diferenciación es una actividad del clínico, por ello debe considerar que en cada paciente la presencia e intensidad de la sintomatología está afectada no sólo por factores psicológicos sino por la adecuación de las defensas del yo, la disponibilidad de apoyos externos y el contexto sociocultural en que se desarrollan los signos y síntomas, cuestión que hace más compleja la situación diagnóstica.
3. Cuando los pacientes solicitan tratamiento, ya han pasado por múltiples episodios de uso prolongado de drogas y es difícil la relación causal precisa entre el consumo de sustancias y la actual psicopatología no producida por la droga.

Estas tres situaciones que se observan de manera frecuente se suman a las consecuencias surgidas por la dificultad de detectar oportunamente el problema. Este sólo se reconoce cuando ya se ha instalado un severo cuadro de dependencia, lo que crea incertidumbre con respecto a los resultados de la intervención terapéutica y a la vez genera 2 tipos de actitudes opuestas: o bien se niega la adicción, con lo cual se tiende a desconocer la magnitud del problema, o se admite sobredimensionando sus efectos negativos y produciendo una sensación de impotencia y resignación pasiva (Ortiz, 1992).

En otro orden de problemáticas, se observa que el adolescente usuario de sustancias es extremadamente vulnerable a accidentes, lesiones y a una variedad de conductas peligrosas. La comorbilidad del abuso de sustancias y otra psicopatología en adolescentes es variada. Se ha hablado de la relación entre el abuso de sustancias y casi toda la sintomatología psiquiátrica, asociando comúnmente a los trastornos afectivos, antisocial de la personalidad, de ansiedad, de la conducta alimentaria y deficitario de atención con hiperactividad. Ante esta consideración, hay que tomar en cuenta que los estudios de comorbilidad en adultos son el punto de partida dada la menor extensión de la literatura sobre el tema en el caso del adolescente.

Las posibles relaciones de estos trastornos, pueden catalogarse como síntomas o trastornos que se desarrollan como consecuencia del uso o abuso de sustancias o bien que alteran el curso de algún trastorno psiquiátrico. Puede haber también trastornos psiquiátricos que alteran el curso del abuso de sustancias; psicopatología individual o familiar como factor de riesgo para desarrollar el abuso de sustancias o puede ser que el abuso de sustancias y la psicopatología sea originada de una vulnerabilidad común.

La Función del Psicólogo en la Atención del Paciente Farmacodependiente

Teniendo presente que la psicología clínica surge como tal, a fines del siglo pasado, es válido hacer notar que el proceder del psicólogo con respecto a la tarea psicodiagnóstica ha estado sometida al modelo médico, situación que ha surgido de su falta de identidad profesional en el ámbito de la salud mental. En consecuencia su intervención en el diagnóstico informal ha sido bajo la perspectiva del cumplimiento de un pedido hecho por otro, que en la mayoría de los casos remite a la solicitud de aplicación expresa de un determinado Test (Siquier, de O. 1987).

Curiosamente la tarea que da credibilidad al psicólogo en la práctica clínica es ahora origen de sentimientos de desvalorización que llevan al abandono del rol de "diagnosticador" para adquirir el de "terapeuta" (Frank de Verthelyi, 1989).

Evidentemente, el psicólogo es en la actualidad el profesional mejor preparado técnica y científicamente para la tarea psicoterapéutica (Bleger, 1994), pero esta actividad no puede llevarla a cabo sin saber previamente algo del paciente. Esto abre nuevamente la pregunta sobre el valor del diagnóstico y la función del psicólogo en el equipo.

A pesar de que el diagnóstico es visto muchas veces como un acto etiquetador, y que su sentido de nomenclatura desvirtúa su real función haciendo que se confundan sus objetivos y por lo mismo se devalúe la utilidad de las técnicas diferentes a la entrevista, cabe hacer notar que esta conceptualización se relaciona con el rol que ejerce el profesional en el proceso, es decir, con el sentido y finalidad que el profesional mismo da a su labor. Como participante en el diagnóstico, su intervención no puede reducirse ni a la aplicación exclusiva de pruebas psicológicas, ni a la visión particular de ceñirse a los criterios enunciados en las clasificaciones o manuales, ya que si bien este criterio es útil y altamente recomendado para el diagnóstico clínico, la evaluación de pacientes que consumen sustancias requiere de una extensa y profunda exploración psicodinámica que abarque tanto su psicodinamia en torno a la droga (síntoma), como la dinámica de su personalidad.

La función más importante del psicólogo en el tratamiento del farmacodependiente, es el desarrollo de un plan de tratamiento, que se base en el conocimiento de las características del paciente y de las habilidades y destrezas que puede proporcionar el equipo terapéutico. Dicho plan involucra la retroalimentación, y el seguimiento, para lo cual es necesario haber valorado los problemas expuestos por el paciente (manifiestos) y otros aspectos que van más allá de lo expresado verbalmente, trayendo a la luz lo encubierto (latente) en la conducta manifiesta.

Dado que en la mayor parte de los ambientes terapéuticos es proclive concentrarse sólo en los aspectos negativos de la situación o conducta del paciente, y se deja que los aspectos saludables queden relegados al enfocarse en explorar la patología, es fundamental

que el psicólogo se oriente a la valoración y análisis de las fortalezas y debilidades del paciente en diversas áreas (Beauvais, Spooner & Oetting, 1991).

Indudablemente el diagnóstico del farmacodependiente es el eje del cual parten las propuestas terapéuticas, si se reconoce que atrás del diagnóstico hay una teoría y es innegable la conveniencia e importancia de adentrarse a los aspectos que van más allá de la relación entre el consumo y la comorbilidad tan investigada hoy en día. Los rasgos de personalidad, es decir, los aspectos psicológicos de la personalidad y sus debilidades; las motivaciones psicodinámicas del uso de sustancias, los trastornos de conducta, etc., sin olvidar la relación diagnóstico - tratamiento y el encuentro terapeuta - paciente, implican adentrarse a una dimensión diferente de la clínica que marca el establecimiento de una relación interpersonal que define las bases y condiciones para iniciar dicho tratamiento.

Como puede apreciarse la actividad diagnóstica conlleva dificultades que van desde problemas de concepto, hasta la falta de reconocimiento de las limitaciones que tiene el modelo médico operante en la dimensión nosológica y clasificatoria; y el poco valor que se da al psicodiagnóstico, como elemento fundamental para entender la función de los síntomas en la dinámica de la personalidad para formalizar un plan de tratamiento acorde a esta dinámica. Es por ello que este trabajo se sitúa en el diagnóstico como un proceso que se apoya en el modelo médico debido a que la farmacodependencia es una entidad clínica; pero se dirige a la evaluación de los aspectos psicológicos e integra la parte ideográfica, tomando en cuenta las características de cada paciente, aún cuando no se hace uso estricto de técnicas proyectivas.

Si bien por un lado el uso, abuso y mal uso de psicotrópicos u otras sustancias que llevan a la dependencia representan diferentes grados de involucración, que se acompañan de síntomas orgánicos, psicológicos y sociales, por otro, son múltiples y diferentes los motivos, circunstancias o condiciones por las cuales un adolescente llega a uno u otro tipo de consumo; avanza o no hacia niveles patológicos o intenta un tratamiento. Por lo tanto el diagnóstico en términos de nomenclatura es tan necesario, como el psicológico, y deben distinguirse grados de patología y comorbilidad, por lo que también es fundamental evaluar los aspectos objetivos y subjetivos de la personalidad así como su presentación clínica en los cuadros psicopatológicos con instrumentos propios de la clínica psicológica.

CAPITULO II

PSICOPATOLOGIA Y PSICODINAMIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Partiendo de la idea de que la psicopatología como disciplina, se aboca a la etiología, manifestaciones y consecuencias de los padecimientos y de la personalidad de los seres humanos, es posible abordar la psicopatología de la farmacodependencia y la psicodinamia del paciente adolescente consumidor de sustancias psicotrópicas, bajo las perspectivas que más han estudiado la relación entre el consumo de drogas y la adolescencia. Desde la visión Psiquiátrica, Psicológica individual y familiar, se presenta un panorama general de las manifestaciones clínicas del uso drogas y las alteraciones asociadas; la función de la droga, los mecanismos que intervienen en la elección y los supuestos que explican el origen del consumo, así como los factores familiares que intervienen. Dado que en cuenta que en el campo de la psicopatología existen distintas aproximaciones que pretenden explicar el consumo de sustancias, la relación que el sujeto establece con la droga y las características de personalidad de los consumidores; se hace énfasis en las alteraciones, conductas y factores predisponentes.

2.1 ADOLESCENCIA Y PSICOPATOLOGIA

Muchos autores opinan que la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, debido a que constituye por definición una interrupción del crecimiento imperturbado y se asemeja a la exteriorización de trastornos emocionales y desequilibrios estructurales (Freud, 1992); sin embargo existe una gran controversia con respecto a si el uso de drogas en esta etapa es parte de la búsqueda de nuevas experiencias o si contrariamente es una manifestación patológica que encuentra un momento propicio para su inicio y desarrollo.

Si se considera que el mantenimiento de un equilibrio estable durante el proceso adolescente es anormal ya que precisamente lo esperado es que se comporte durante un largo tiempo de manera incoherente e incomprensible, es posible advertir que las fluctuaciones entre extremos opuestos que presenta el adolescente, son condición indispensable y necesaria para que al cabo de un largo tiempo surja la estructura de la personalidad adulta. En este sentido hablar de lo normal y lo patológico, resulta especialmente difícil, más aún si se da por hecho que en este período del desarrollo existen ciertas conductas que asemejan una crisis y pudieran confundirse con un verdadero trastorno psiquiátrico (Aberastury y Knobel, 1981; Masterson, 1975).

La conmoción emocional y las amplias fluctuaciones de la conducta que aparecen con frecuencia, en el adolescente han sido señalados por diversos autores como causa de los

desequilibrios que ocurren en el mundo interno y que dan lugar a conductas psicopáticas, fantasías y estados de ansiedad que se presentan de manera transitoria. Es por ello que en algunas ocasiones se considera que la experiencia con drogas es parte del desarrollo normal; sin embargo hay suficientes evidencias que muestran que el consumo de drogas en los adolescentes, es en muchos países una gran preocupación, porque se ha extendido enormemente en los últimos 25 años alcanzando proporciones epidémicas (Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986).

A pesar de que no es sorprendente que muchos adolescentes hayan probado varias drogas, las dificultades comienzan a observarse cuando su uso experimental se vuelve regular o se convierte en abuso. La reciente ola de adicción a la heroína entre los adolescentes de los Estados Unidos y de cocaína en nuestro país ha llamado la atención tanto hacia los problemas de la drogadicción pero también a los de la adolescencia, porque aún cuando los jóvenes no constituyen el único grupo social involucrado con las drogas, la mayor parte de los adultos que están siendo tratados por alguna forma de dependencia adictiva, empezaron su relación con las drogas en la adolescencia (Arias, 1990).

Algunas estadísticas nacionales e internacionales coinciden en que los inicios del consumo ocurren antes de los 20 años. Se ha observado que las conductas tóxico-dependientes comienzan a edades cada vez más tempranas, lo cual parece indicar dos cosas: que la adicción encuentra un terreno propicio entre la población adolescente y que existe una relación significativa entre la adolescencia y la drogadicción. Ambos indicios llevan a preguntarse sobre los factores socioculturales, familiares y personales que sostienen esta relación (Arias, 1990) y sobre la etiología y antecedentes del uso de drogas durante los años adolescentes (Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986).

Teniendo presente que el grupo etéreo en el que el problema de las drogas ha tenido un impacto más dramático es justamente la adolescencia, es necesario mencionar al menos dos cuestiones importantes:

1. Que el fenómeno de las drogas sigue ciertas pautas ligadas al desarrollo tecnológico que han permitido la síntesis de nuevas sustancias cada vez más potentes; y que cada día aparecen nuevas formas de utilización de las drogas ya conocidas por ejemplo el crack (cocaína fumable) y el ice (anfetamina fumable).
2. Que el uso de la droga como fenómeno social y de salud pública se asocia con movimientos juveniles que tiene por sentido antagónicamente el rechazo de la cultura adulta dominante y la aceptación de una micro cultura automarginante que hace patente la búsqueda de diferenciación y separación de los padres por parte del adolescente.

Ambas cuestiones llevan a considerar que algunos componentes de la propia estructura adolescente facilitan la drogadicción o permiten enlaces o vías de acceso. Estos componentes implican aspectos como las formas de sentir y percibir el mundo, que en el proceso de búsqueda de individuación y autonomía permiten la emergencia de conductas adictivas.

La búsqueda de resolución de su dependencia de los padres y su confrontación con la ley de la cultura como aspectos inherentes al proceso de individuación, suponen un conflicto que debe superarse o resolver. Por ello la farmacodependencia representa un fracaso en la individuación que sella en el usuario de manera transitoria o definitiva, su imposibilidad de hacerse sujeto de sus deseos porque queda sujeto a una nueva dependencia.

No obstante estos conflictos facilitan la relación con las drogas, varios autores coinciden en señalar que no todos los adolescentes son o se convierten en drogadictos. Existen factores precipitantes de tipo cultural e histórico social vinculados con cuestiones económicas, además de las personales y familiares. La gran disponibilidad de las drogas, su diversificación en el mercado a través de diferentes medios, el inadecuado intercambio que la mayoría de los jóvenes tiene con sus padres, la inaccesibilidad relativa de estos a los sentimientos y pensamientos del hijo adolescente y las dificultades para ubicar dentro de parámetros de "normalidad o anormalidad" sus conductas impide a los padres enterarse a tiempo del problema del consumo. Situación que dificulta el problema porque posibilita que avance el proceso de dependencia y que las consecuencias psicológicas y biológicas sean cada vez más marcadas.

2.2 PERSPECTIVAS PSICOPATOLOGICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Perspectiva Psiquiátrica

No obstante esta perspectiva dice poco o nada acerca de los orígenes del consumo es innegable que las adicciones como fenómeno de estudio, se encuentran cada vez más referidas al campo de la Psiquiatría, condición relativamente nueva que abre una brecha a la subespecialidad profesional (C.I.J., 1997).

Hoy en día la perspectiva psiquiátrica americana, pone especial atención a los diagnósticos relacionados con el consumo y a los síntomas psiquiátricos coexistentes a las condiciones clínicas que se observan en los estados de intoxicación y abstinencia, debido especialmente a un hecho evidente: las personas que acuden a consulta para el tratamiento por problemas de farmacodependencia (abuso o dependencia de sustancias), suelen padecer otros problemas psiquiátricos y psicológicos no siempre relacionados con el consumo.

Estos padecimientos como ya se ha mencionado, con anterioridad corresponden a diversas categorías clínicas tales como trastornos del estado de ánimo (distimia, depresión mayor, ciclotimia); de la alimentación (anorexia, bulimia); del desarrollo (trastorno deficitario de atención con hiperactividad) y de la sexualidad (impotencia), y trastornos de personalidad antisocial, así como trastornos de conducta. Así observamos que la psicopatología coexistente con el abuso de sustancias en el adolescente se presenta en una gran cantidad de escenarios clínicos.

Los hallazgos de las investigaciones, sugieren que el abuso de sustancias juega un rol capital en el etiología y pronóstico de los trastornos psiquiátricos, pero también se señala que los trastornos psiquiátricos parecen tener influencia en la etiología y vulnerabilidad a presentar problemas con el abuso de sustancias (Bukstein, Brent y Kaminer, 1989).

A pesar de que hay un número de posibles relaciones entre los trastornos coexistentes con el abuso de sustancias y la psicopatología, Meyer (1986) señala que es factible distinguir 5 categorías específicas:

1. Síntomas psiquiátricos o trastornos desarrollados como consecuencia del uso de sustancias
2. Trastornos psiquiátricos que alteran el curso del abuso
3. Abuso de sustancias que altera el curso de los trastornos psiquiátricos
4. Psicopatología en el individuo como en su familia como factor de riesgo para desarrollar abuso de sustancias
5. Abuso de sustancias y psicopatología originada de una vulnerabilidad común

Varios estudios de comorbilidad psiquiátrica destacan la relación entre el consumo de ciertas sustancias y la presencia de determinados trastornos específicos. Se ha encontrado que los consumidores de cocaína presentan con frecuencia trastornos afectivos como depresión unipolar o ciclotimia (Weiss, Mirin, Michael & Sollugub, 1986; Mirin, Weiss y Michael, 1988); paranoia inducida por la droga y sintomatología antisocial, narcisista y borderline (Gawin & Kleber, 1985; Kleinman et. al 1990; Malow, West, Williams & Sutker, 1989); trastorno deficitario de atención; (Weiss, 1986) o trastornos de la alimentación como bulimia y anorexia que aunque se piensa que estos últimos se observan con mayor frecuencia en mujeres (Zweben, 1987), curiosamente se han diagnosticado también en adolescentes varones (Jonas, Gold, Sweeny y Pottash, 1987).

En pacientes con diagnósticos de abuso de cocaína, bulimia y depresión se reportan intentos de suicidio y vida social disruptiva, previos al trastorno de la alimentación (Jonas, 1987). La relación entre bulimia y abuso de sustancias, parece estar comprometida con otro tipo de conducta impulsiva como robar antes de la aparición del trastorno de alimentación (Hatsukami, Mitchell, Eckert y Pyle, 1986).

Por lo que respecta a los usuarios de opiáceos, se observa que el estado de intoxicación crónica, se acompaña de una depresión progresiva (Weiss, Mirin, Michael & Sollugub, 1986), y se ha diagnosticado además: abuso de alcohol, ansiedad generalizada y fobias, depresión mayor, distimia y trastornos psicosexuales así como trastorno de personalidad antisocial. Se estima que un 70% de los adictos a narcóticos tiene al menos un trastorno psiquiátrico coexistente y que dos terceras partes de los consumidores tienen trastorno de personalidad (Craig, 1988, Khantzian & Treece, 1985, O'Brien, Woody & McLellan, 1984).

El consumo de Depresores, se reporta asociado a alguna forma de trastorno afectivo y trastornos de ansiedad generalizada o trastorno de pánico (Weiss, Mirin, Michael & Sollugub, 1986).

Si bien los trastornos revelan la presencia de alteraciones que pueden ser antecedentes o consecuencia del consumo, es indudable que los síndromes de Intoxicación y Abstinencia suelen ser los que precipitan la necesidad de atención médica, dadas las manifestaciones clínicas que los definen. Ambos síndromes presentan dos niveles de alteración: a) conductual; y b) fisiológico. Su severidad de la intoxicación es resultado de la dosis y tipo de droga. Las alteraciones y/o síntomas asociados son diferentes dependiendo de la sustancia que se consuma.

Los trastornos citados dejan ver que la relación entre la dependencia química y los trastornos psiquiátricos es extremadamente compleja (Meyer, 1986). El cuadro clínico es mucho más complicado por la existencia de síntomas psiquiátricos en muchos pacientes como resultado directo del abuso de sustancias o su abstinencia. Estos problemas pueden ser parte del problema de la dependencia química y desaparecer en lo subsecuente una vez que se ha logrado la abstinencia.

Aunque las evidencias parecen apoyar el hecho de que se distinguen síntomas psiquiátricos de la farmacodependencia, no es válido afirmar que todo consumidor devenga necesariamente insano, es decir, que desarrolle algún tipo de trastorno psiquiátrico, sin embargo se sabe que la droga es un excelente anestésico del dolor psíquico y la angustia que permite al consumidor evocar, durante la fase tóxica aguda, un recuerdo doloroso o penoso sin ansiedad, al grado de vivir la solución y el desenlace final de una manera placentera y hedónica (Bellomo, 1992).

Es innegable que en los pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas hay diagnósticos psiquiátricos concomitantes (Stoffelmayr, Benishek, Humphreys, Lee, & Mavis, 1989) y que pueden identificarse en ellos áreas de mal funcionamiento que involucran la atención, la memoria, el cálculo, la abstracción, las habilidades visoespaciales y la habilidad para seguir tareas complejas (Meek, Clark & Solana, 1989). Evidentemente el doble diagnóstico constituye un desafío para el tratamiento, por tanto resulta curioso que

la categoría de diagnóstico dual (tan intensamente referida en la literatura internacional), se use en sentido genérico para referirse a un grupo relativamente homogéneo de pacientes que en realidad es muy heterogéneo por el tipo y grado de psicopatología (Wallen y Weiner, 1988).

Dado que las tendencias actuales conciben al usuario de sustancias como una población heterogénea con múltiples asociaciones de comorbilidad y factores que influyen para desarrollar una adicción (Kaufman, 1992), es imprescindible tomar en cuenta que hay un propósito específico que se relaciona con el consumo de determinadas sustancias. Así por ejemplo, se piensa que en algunos casos, el uso de cocaína es un intento de automedicarse para evitar los episodios depresivos. En otros casos se considera que el uso de este tipo de sustancias es útil para disminuir la irritabilidad e hiperactividad que ocurre en los episodios maníacos y depresivos (Weiss, Mirin, Michael y Sollugub, 1986; Mirin, Weiss y Michael, 1988). Se dice además que el abuso de cocaína y otros estimulantes (anfetaminas y metanfetaminas) se acompaña de euforia y que al desarrollarse en el contexto de los trastornos depresivos es esencialmente un intento de automedicación.

No obstante parecen existir relaciones entre determinados trastornos y sustancias de consumo, es pertinente señalar que en la psiquiatría francesa, se hace énfasis en el lugar que tiene la droga, por lo cual autores como Ey, señalan que la psicopatología corresponde al terreno individual y con más precisión al estructural, por ello se sugiere distinguir a los adictos de acuerdo a 3 tipos:

- a) aquellos que van a revelar tendencias psicóticas antiguas a través de la experiencia con una droga cualquiera.
- b) aquellos que buscan en el grupo, más que en la droga un apoyo y el apaciguamiento de una angustia de tipo neurótico.
- c) aquellos que acabarán siendo verdaderos perversos toxicómanos, regresando su culpabilidad, buscando los "flashes", el saciamiento inmediato, siguiendo las escaladas más locas y arriesgándose al máximo.

Esta distinción marca una diferencia importante entre considerar si la farmacodependencia es en todo caso, algo funcional en el paciente, o por el contrario es un aspecto estructural, lo cual debe indagarse en el diagnóstico y es condición indispensable para proponer el tratamiento (Ey, 1980).

Perspectiva Psicológica Individual y Familiar

La literatura sobre la psicodinamia del consumo de sustancias con el fin de explicar los orígenes de la relación de un sujeto con la droga, se ha generado en el campo psicoanalítico. Los primeros escritos con respecto a las adicciones plantean los aspectos placenteros del uso de las drogas para explicar la naturaleza compulsiva del consumo

(Abraham, 1950; Freud, 1905; Rado, 1933) (Cit. Khantzian, 1978). Aunque inicialmente se hizo hincapié en factores subyacentes de depresión, tensión y ansiedad, también se dio énfasis a los aspectos eufórico-placenteros enfocándose en la gratificación que se lograba con el uso de las sustancias. (Khantzian, 1978)

Los trabajos de Glover en 1932, (Cit. Khantzian, 1978), han planteado el uso progresivo de la sustancia para defenderse de los impulsos sádicos primarios y para evitar la psicosis. A principios de los años 70's se consideraba que la presión de grupo, el escape, la euforia o la autodestrucción, explicaban la naturaleza compulsiva de la dependencia. Algunas formulaciones teóricas han servido para identificar la naturaleza de las vulnerabilidades, las perturbaciones y el dolor que predispone a ciertos individuos a la dependencia a las drogas.

Los trabajos de Khantzian (1974) acentúan que el uso de las drogas tiene un sentido adaptativo y han intentado explicar como interactúa la acción psicofarmacogénica con la organización de la personalidad. Según este autor los factores adaptativos y del desarrollo influyen en la experiencia y regulación de los afectos, las relaciones, la autoestima, el juicio y el comportamiento, así como la capacidad para contener con el estrés, por lo que el origen del consumo está asociado a los rasgos primitivos de carácter.

Trece y Khantzian (1978) describen la vulnerabilidad caractereológica subyacente al abuso de sustancias como: a) una incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, para anticiparse al peligro o para utilizar señales afectivas que activen los mecanismos de defensa; b) escasa autoestima con protección narcisista que se auna a la escasa introyección del yo y de las imágenes objetales; y c) alteraciones en el pensamiento y en el juicio referidos a inmadurez y mecanismos de adaptación y defensa rígidos. Estos tres aspectos de vulnerabilidad, conducen a una deficiente capacidad para el autocuidado caracterizado por alteraciones en la autoregulación, autoevaluación y autocontrol.

Así pues, la ingesta de drogas se inicia durante una crisis severa en la cual las capacidades adaptativas se encuentran alteradas. Si el usuario experimenta un beneficio adaptativo, la consecuencia es el uso continuo y la dependencia. Esta última puede presentarse como una manifestación regresiva, o bien, cuando la droga, a través de sus efectos proporciona una apariencia de funcionamiento normal.

Por otra parte, Khantzian (1978) plantea que la elección de la droga que utilizan los adictos no es un fenómeno azaroso. La mayoría de los adictos prefieren un tipo particular de droga. Los adictos a narcóticos generalmente han experimentado a lo largo de su vida dificultades asociadas a abusos traumáticos y violentos. Estos sujetos exhiben comportamientos de agresión intensa. Los opiáceos les atraen porque amortiguan la agresión y se oponen a la desorganización psicológica interna, así como a la respuesta agresiva externa.

En relación a los usuarios de marihuana, Ausubel (1974) señala que los fumadores de esta sustancia pueden estar comprendidos en el encabezamiento etiológico de los adictos al opio. Existen tres categorías de usuarios: El *grupo primario* incluye a los individuos para quienes la droga cumple una función adaptativa importante, ya que son personalidades no adaptadas, neuróticas con crisis de ansiedad y depresivos. El segundo *grupo* es el *sintomático* conformado por psicópatas agresivos para quienes el fumar marihuana es solo una manifestación relativamente menor de tendencias antisociales. El *grupo reactivo* esta conformado por jóvenes adolescentes normales que responden de forma agresiva al estatus de privación de la adolescencia agravado por factores socioeconómicos.

Este mismo autor, menciona que quienes la fuman en forma habitual son con frecuencia personalidades no adaptadas y los describe clínicamente como individuos inmaduros, emocionalmente inestables, e incapaces de asumir las exigencias de la realidad o soportar privación, frustración y disciplina. El típico fumador de marihuana, reacciona ante un conflicto con agresión explosiva. La marihuana tiene un valor adaptativo porque genera una sensación de bienestar y restablece la confianza en sí mismo, libera tendencias agresivas y eróticas y reduce su ansiedad conectada con gratificaciones hedonistas inaceptables socialmente.

Por lo que se refiere a los adictos a la cocaína, éstos la utilizan por sus propiedades energéticas para contender con la depresión, la fatiga y el aburrimiento; o por el contrario, si los usuarios están llenos de energía, usan esta sustancia para aumentar su sensación de eficacia. Los efectos estimulantes son atractivos para personas con depresión unipolar, ciclotimia, depresión bipolar y para los sujetos hipomaniacos.

Milkman y Frosch (1973) sostienen que la auto-selección de drogas específicas se relaciona con el estilo defensivo. Kernberg (1975) siguiendo la misma línea, sostiene que el adicto busca aquella droga que le produzca efectos específicos de acuerdo con la organización de su personalidad. Así pues plantea 3 tipos de personalidad: Personalidad depresiva - masoquista; Personalidades esquizoides y Personalidad narcisista. Los primeros usan la droga para producirse un bienestar interno, los segundos para adquirir la sensación de organización; y los narcisistas usan la droga como sustituto de las relaciones interpersonales.

No obstante el tipo de droga está vinculado con la personalidad, el uso de sustancias tiene también una función: "la droga es un producto de remplazo de una actividad autoerótica" es esto lo que fundamenta que el vínculo del toxicómano con la droga aparezca bajo el doble signo de la necesidad y la exclusividad. La droga es un producto que se ha vuelve necesario y la exclusividad invalida toda posibilidad para los demás objetos, de constituirse como objetos de placer en un más allá de esta dualidad toxicómana. Así la droga es el objeto exclusivo de un placer necesario" (Vera, 1988).

En tanto la palabra adicto que proviene del latín, significa esclavo, la adicción como sinónimo de sumisión alude a un fracaso anterior de otro orden. En el adicto existe un modelo de fracaso "un proyecto de muerte" que tiene antecedentes sociofamiliares que se observan en la incapacidad que tienen los adictos para enfrentar las dificultades de la existencia y al modelo químico destructivo al que recurren frente a las adversidades (Kalina, 1987).

Existen diversas perspectivas y explicaciones acerca de la drogadicción. Puede ser vista como una enfermedad social (García, 1992), pero hay otros factores influyentes, tales como el incremento de la vulnerabilidad de los individuos que los hace más indefensos frente a la propuesta de la droga como un instrumento válido para enfrentar las dificultades del vivir cotidiano.

Existen diversas teorías sobre las causas de la drogadicción y el uso compulsivo. Se considera además que los adictos provienen de familias en las que se observan mecanismos de seducción y comportamientos vengativos, de forma tal que se desarrollan en un ambiente que propicia el conflicto que oscila entre una forma intrusiva de pseudoamor y sobreprotección por un lado, y por otro una completa indiferencia por la individualidad y necesidad emocional del otro (Wurmser, 1972). Así pues se considera característico que el usuario de marihuana provenga de un hogar destruido y pobre o de un núcleo familiar donde el conflicto esta siempre presente, debido a que un rasgo significativo de su historia familiar es el contraste entre los principios morales muy rígidos de la madre y la moralidad laxa del padre (Ausubel, 1974).

Las aproximaciones teóricas que pretenden explicar los orígenes y consecuencias del consumo de drogas desde una perspectiva familiar, consideran que el drama de la drogadicción es obvio, pero resulta menos obvia la estabilidad que incluye al adicto y a su familia. (Stanton, 1988). El abuso de drogas más serio es un fenómeno familiar ya que considera que la influencia del grupo de pares es nula o escasa mientras la familia permanezca fuerte (Blum, 1972).

Reilly (1975) señala que la conducta del adicto podría esclarecerse como parte de un proceso familiar de duelo irresuelto, ya que los familiares toleran una solución en que el adicto tienda a la muerte porque en la mitología familiar, la muerte es una solución aceptable para su dilema. Es un intento desesperado de preservar la familia ante las crecientes presiones socioculturales que los exhortan a liberar al adicto. La familia, según este autor, es un factor crucial en la determinación de la permanencia en la adicción.

Kandel, Treiman, Faust y Single, (1976) sostienen que el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso normal, aunque problemático del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas; la autoafirmación, el desarrollo

de relaciones íntimas (hábitos heterosexuales) con gente ajena a la familia, y el abandono del hogar. Esto ocurre en tres etapas:

- 1° el uso de drogas legales (alcohol y tabaco) es principalmente un fenómeno social.
- 2° el uso de marihuana es influido por los pares
- 3° el uso de drogas ilegales parece depender de las relaciones padre-adolescente

Por otra parte a pesar de los alardes de independencia, la mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Suelen presentarse como individuos dependientes e inadaptados que a menudo "se derrumban." Al parecer no funcionan porque son demasiado dependientes y no están preparados para asumir responsabilidades, como si necesitaran protección. Temen estar aislados o separados. Este miedo a la separación y el fracaso de la independencia sirve como función protectora para mantener cercanía familiar, por lo que la familia necesita al adicto, tanto o más que él a la familia (Stanton, 1988). La drogadicción sirve de varios modos para resolver el dilema del adicto de ser o no un adulto independiente.

Otra aproximación a lo familiar se perfila en función de la interrelación de los grupos familiares de los adolescentes en crisis. Existen dos tipos: el insatisfecho estable y el insatisfecho inestable (Materazzi, 1985). El primero disimula la no comunicación entre los miembros y mantiene la estructura familiar insatisfecha pero estable; el segundo es más patológico. Sus miembros se encuentran aislados, incommunicados y niegan los núcleos enfermos psicóticos que depositan en el miembro "dependiente", al cual le fallan sus defensas, se autosegrega y lo segregan.

2.3 PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE

Las referencias sobre la personalidad en el campo de las adicciones se remiten a dos cuestiones primordiales: la coexistencia de un rasgo o trastorno de personalidad (especialmente antisocial; dependiente o narcisista) y la existencia de una predisposición para involucrarse con las drogas, a la que por lo general se denomina personalidad "pre-adictiva". Ambas cuestiones, estudiadas por investigadores y clínicos han sido objeto de discusión debido a que si bien algunos autores aceptan que hay asociación entre los trastornos de conducta y de personalidad con el uso o abuso de drogas, (Tardiff, Gross, & Messner, 1981; Powell, Penick, Othner, y cols. 1982; Mernick, 1983; Bukstein, Brent y Kaminer, 1989); otros argumentan que no hay una correspondencia lineal con un tipo de estructura o personalidad definida (Kalina, 1985). No existe estructura de la personalidad propia de los toxicómanos, pero la dependencia de algún producto constituye un modo específico de respuesta a la carencia experimentada en la satisfacción de necesidades vividas como esenciales por el sujeto (Bergeret, 1980).

Se ha establecido una cercana relación entre el uso de sustancias y los trastornos de conducta. Las investigaciones en jóvenes han mostrado especialmente una alta correlación tanto con el abuso como con la dependencia a sustancias (Collins, Schlenger y Jordan 1988; Gerstley, Alterman, Mc Lellan y Woody, 1990).

Los trastornos de conducta y los rasgos de personalidad antisocial se han asociado fuertemente con el consumo de psicotrópicos en sus diferentes formas: los rasgos de personalidad como factor influyente para el inicio del consumo; el uso o abuso de sustancias como antecedente de la conducta antisocial o como factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial; y la conducta antisocial y/o el abuso de drogas como modificadores de la psicopatología. Estas formas estudiadas por varios investigadores han puesto en tela de juicio dos situaciones: por un lado que el uso de sustancias es uno de los criterios diagnósticos de los trastornos de conducta y de personalidad y por otro, que las clasificaciones diagnósticas ponen más énfasis en la conducta desviada que en la dinámica de la estructura de la personalidad (Frances, 1980; Millon, 1981; Hare, 1985).

Los trastornos narcisistas de la personalidad observados por los clínicos en los adolescentes usuarios de sustancias en un porcentaje significativo, han sido discutidos también porque se considera que este trastorno no es una condición *sine qua non*, para desarrollar el abuso de sustancias. Este argumento se apoya en el hecho de que en los consumidores se han detectado trastornos neuróticos, psicóticos, depresiones graves y psicopatías, pero también en que hay sujetos que padeciendo estos trastornos, no han llegado a ser abusadores o dependientes a sustancias (Ey, 1980; Kalina, 1997).

No obstante la experiencia clínica pone en duda la existencia de una personalidad "preadictiva" como tal, porque en los usuarios de drogas que acuden a consulta hay rasgos comunes que no necesariamente coinciden con una sola modalidad o categoría diagnóstica (Musaccio de Zan, 1992), autores como Dupetit (1982), Ingold (1986) y Arias (1990b) consideran que es posible reconocer una personalidad común, cuyas características psicopatológicas corresponden a lo que se denomina estructura dependiente o estructura adictiva, en tanto la dependencia como rasgo fundamental prevalece independientemente del tipo de droga o diagnóstico psiquiátrico que se asigne a los consumidores.

Estos rasgos aparecen en personas que se caracterizan por su inestabilidad y oscilación entre el bienestar intenso e ideal buscado y un malestar constantemente amenazante; por su imposibilidad de satisfacer su propio ideal del yo, lo que produce intensas sensaciones de desvalorización y de sentimientos de odio contra sí mismos y hacia otros a quienes responsabiliza de su situación. Su autoestima perturbada los lleva a carecer de un proyecto de vida "adecuado" y su lógica narcisista se observa en su necesidad de satisfacción inmediata y absoluta. A partir de esta configuración mental, es posible comprender la intensa búsqueda del goce o placer supremo y de la anulación del dolor, para

los cuales recurre a las drogas reiteradamente, estereotipando y totalizando sus respuestas a través de su agente químico.

Independientemente de lo señalado por estos autores, según Materazzi (1985), el "adolescente abstracto en crisis con síntoma cardinal del drogadependencia" es un enfermo que busca amortiguadores (la droga) para su ansiedad cuando su expresión neurótica no le es suficiente. El dependiente de la droga por lo general no puede valerse de sus defensas internas para contener la tensión; y por ello tiene que confiar en otra cosa para ayudarse: la jeringa, la pastilla, la inhalación, etc. Este autor distingue dos tipos de drogadependientes: unos son los sujetos sin vida aletargados, totalmente anulados por la tensión; en quienes amortiguar cada centímetro de sí mismo es calmar su dolor; los otros, son los maníacos, los hiperactivos.

Ambos han encontrado diferentes maneras de enfrentar una enorme ansiedad y tienen que recurrir a la droga cuando sus defensas ya no bastan para aliviar la tensión. Su marcada incapacidad para soportar las frustraciones es una de las características de su personalidad, pues las viven como injurias a sus núcleos narcisistas. Sus inhibiciones ubican a estos jóvenes en un plano de desventaja al no poder externalizar su agresión ante los fracasos, configurándose una estructura compleja que se caracteriza por la fatiga e inquietud, abulia, desasosiego, astenia y desinterés por la búsqueda de una vía de canalización para sus problemáticas.

Es evidente el contraste y discrepancia de opiniones presentada por investigadores y clínicos con respecto a la asociación razonablemente lógica que se ha establecido entre el uso de sustancias y la personalidad antisocial y en relación a la existencia de un elemento subyacente generador de la adicción, sin embargo, hay dos situaciones que merecen atención: a) que el uso de sustancias conlleva a ejercicios de prácticas y conductas no aceptadas en el ámbito social (Gerstley, Alterman, Mc Lellan y Woody, 1990) y que en todos los casos la droga funciona como un automedicamento, o bien como un apoyo ya que ayuda al usuario a sostener una identidad precaria (Musaccio de Zan, 1992; Khantzian, 1997) tal y como lo ha mostrado la experiencia clínica.

Estas situaciones dejan ver que la dicotomía personalidad preadictiva - coexistencia de personalidad antisocial, no es fácil de resolver más aún cuando se sabe por varios autores que la droga cumple la función de contender contra la ansiedad y que la adicción sigue un proceso (Kalina, 1990; Arias, 1990a). Así pues, si se considera que la drogadicción es un síntoma que atraviesa las coordenadas sociales y microsociales determinantes de la crisis de un sujeto como expresión manifiesta de una estructura psíquica predisponente, habrá de aceptarse que el quantum de la adicción o el nivel de dependencia no es a un objeto cualquiera, sino a aquel que parece reunir determinadas características que le son propias.

Desde esta perspectiva, la droga adquiere un valor social y de intercambio, que está regulado por las pautas de la subcultura adicta. Desde el punto de vista de la dependencia, ésta presenta un importante grado de labilidad, por ello, se puede sustituir un tóxico por otro (politoxicomanía) o bien puede darse la transición de formas primitivas y más simples de consumo, a otras más sofisticadas y evolucionadas (Bulacio, 1985).

Según Musaccio de Zan (1980) los adictos usan inicialmente las drogas con el fin de modificar el estado de ánimo normal hacia una situación placentera; más adelante en una segunda etapa, toman la decisión de buscar el cambio de ánimo por cuenta propia sin esperar una oferta eventual, con lo cual se da un cambio de actitud de pasiva a activa, que no depende necesariamente de la casualidad, sino que puede darse a partir de un cambio en la elección de droga y un aumento de la ingesta, fortaleciendo la relación del sujeto con la droga y la emergencia de cambios significativos en el comportamiento.

Este proceso característico en el adolescente que no tolera las frustraciones de la vida cotidiana se inicia mediante la automedicación, con la cual se niega la posibilidad de hacer experiencias y de desarrollar los recursos internos necesarios para superar dificultades y problemas. A medida que el adolescente pierde interés en lo que le hace sentir bien, aumenta su consumo y se aísla en éste; comienza a sentirse culpable y perseguido. Asustado de sus propias actuaciones pierde su autoestima y se deprime. Estos sentimientos se enmascaran por la omnipotencia.

Aún cuando el proceso que sigue el uso de drogas puede llevar al abuso y a la dependencia adictiva, cabe señalar que el pasaje de una a otra condición no sólo depende de la propia potencialidad de la sustancia de consumo, sino también de la estructura del sujeto y de su necesidad particular de buscar un auxilio químico en un momento particular de su historia. Es por ello que la comorbilidad y sintomatología señalada por la perspectiva psiquiátrica; la vulnerabilidad caractereológica para relacionarse con determinadas drogas y la presencia de factores familiares, enfatizados por las perspectivas psicológicas individual y familiar son necesarias de tomar en cuenta no sólo por el hecho de que exacerban la presentación del cuadro clínico de consumo de sustancias, sino también porque es pertinente identificar oportunamente las características de la personalidad que favorecen o mantienen el uso de los psicotrópicos.

En consecuencia, no resulta obvio reiterar la importancia de evaluar la psicopatología individual tomando en cuenta que para hacer un buen diagnóstico es necesario determinar la sintomatología actual, la organización de la personalidad y los factores precipitantes de la condición adictiva. Por ello además de considerar estrategias de evaluación adecuadas a la problemática que presentan los adolescentes que se involucran con las drogas, se propone hacer una valoración de las motivaciones que los llevan inicialmente al consumo y más adelante a buscar algún tipo de atención que los ayude a "alejarse de las drogas."

CAPITULO III

MOTIVACION AL TRATAMIENTO Y EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS

La consecuencia lógica de la formulación del diagnóstico y el conocimiento de la psicopatología de cualquier tipo de trastorno, es la propuesta de un plan de tratamiento. Plan que para su escritura y desarrollo requiere de la participación activa y conjunta del paciente y del terapeuta, en tanto el trabajo terapéutico es un proceso que sólo tiene lugar si ambos están presentes.

Esta presencia por parte del paciente no puede remitirse a la asistencia, si por ello se entiende el "estar de cuerpo presente." Se refiere más bien al estar presente por decisión propia, lo cual implica hacer mención de aquello que hace que un sujeto se dirija a un otro con una intención concreta. Aquí es necesario hacer un punto y aparte para hablar de la presencia intencional-intencionada del paciente y de la solicitud abierta- encubierta que se hace al profesional, ya que ambas cuestiones están ligadas de alguna manera con la forma en que se llega a solicitar la atención.

La evaluación de los síntomas y de la psicopatología como ya se ha mencionado, es la base teórico-metodológica que sustenta el ofrecimiento de servicios asistenciales de salud pero no asegura o garantiza la aceptación de la atención que el profesional sugiere; la presencia del paciente; la aparición de resultados, ni que este se beneficie de lo recibido, puesto que todo esto depende de algo que va más allá del establecimiento de un diagnóstico. La asistencia a la consulta, la aceptación del tratamiento, la permanencia hasta su feliz conclusión y la resolución de la sintomatología no dependen única y exclusivamente de la valoración psicopatológica *per se*, dependen también de los recursos internos que sostienen un deseo de algo. Por esto en esta investigación se considera relevante acercarse al pedido de ayuda y a lo que el paciente o la familia esperan, y con ello analizar 3 situaciones: los factores condicionantes de la asistencia y su relación con el diagnóstico; los aspectos clínicos de la motivación al tratamiento; y el impacto de las expectativas terapéuticas que se juegan en la atención, debido a que, si bien se reconoce que la atención curativa tiene sentido a partir de la emergencia de la motivación, suele no dársele la importancia debida en términos de evaluación.

3.1 FACTORES CONDICIONANTES DE LA ASISTENCIA

Aunque parece haber razones obvias del por qué se busca tratamiento (vgr. el malestar producido por la sustancia, las secuelas del consumo), en los motivos expresados por los pacientes, no siempre se observa una motivación que refleje esperanza alguna en el tratamiento, posiblemente porque no comprenden la necesidad de un cambio personal y

emocional. Es probable que esto se deba a que su presentación inicial está fuertemente afectada por las circunstancias que lo empujan a solicitar ayuda. La mayor parte de los farmacodependientes acuden cuando se enfrentan a una crisis o emergencia que exige atención inmediata. Estas crisis que precipitan la solicitud y lo forzan a asistir, son causadas, en su gran mayoría por consecuencias negativas directamente ligadas con el uso de alcohol y otras drogas. Los riesgos de trabajo, arrestos, encarcelamiento, problemas económicos o problemas familiares, son situaciones críticas, que precipitan la necesidad de una atención profesional, que convierte a la primera entrevista en una intervención que exige un manejo clínico específico encaminado por un lado a hacer frente a los motivos expresados; es decir, a la demanda de atención; y por otro, a atender la crisis que obliga a diferir la evaluación completa hasta que el paciente se ha estabilizado. (Bowden y Maddux, 1973).

Estas crisis, junto con otras formas de coerción ejercidas por fuerzas externas (la corte, el patrón, o la presión de algún miembro de la familia) influyen en la valoración y constituyen un desafío para el terapeuta, ya que si bien en el decir del paciente, puede aparecer el deseo explícito de asistir a la consulta para "dejar las drogas" - por las múltiples complicaciones que probablemente le ha acarreado el consumo - en ocasiones el estado de intoxicación o abstinencia en que se presenta, son la causa de una búsqueda apremiante de alivio, que una vez conseguido hace desaparecer la necesidad del tratamiento.

Bowden y Maddux (1973) sostienen que otros posibles desencadenantes de solicitud de tratamiento son ciertas experiencias impactantes como por ejemplo la muerte de un adicto conocido; la debilidad física que acompaña a la adicción, la baja calidad de las sustancias, o la relativa accesibilidad a las drogas. Entre otras razones, un sujeto puede acudir a tratamiento de desintoxicación para reducir su dependencia física y así poder obtener nuevamente la euforia de la heroína con una dosis menos fuerte y más barata; o bien puede ir al tratamiento de metadona porque la disponibilidad inmediata de esta sustancia y su abastecimiento legal, lo han convencido de que su vida se resuelve alrededor de ella. Estas, además de las razones arriba citadas para ir a tratamiento, avicinan algunos factores asociados con el éxito terapéutico.

Algunos estudios epidemiológicos realizados en pacientes de nuevo ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A. C., (1999) en los últimos años, revelan ocho demandas de atención que abarcan la mayor parte de las áreas que pueden verse afectadas en forma directa o indirecta por el consumo de sustancias, ya sea porque son consecuencia del uso o porque influyen como factores externos, que aún cuando pueden o no reconocerse como problemas, se mencionan como razones que llevan al farmacodependiente o a su familia a la búsqueda de ayuda profesional. La atención general a la farmacodependencia es el motivo de consulta expresado con mayor frecuencia; a éste le siguen en orden de importancia otras solicitudes tales como resolver problemas familiares, atender síntomas psicológicos, atender síntomas físicos y resolver problemas sociales (C.I.J., 1999).

Los síntomas psicológicos, los físicos y los problemas sociales causados por el consumo forman parte de los motivos principales que atañen directamente al paciente, son por lo tanto la expresión consciente de algo que quiere y debe solucionar por él mismo. Son motivo de consulta y motivación para el tratamiento si se piensa que es a partir de éstos que puede sostenerse un espacio terapéutico. Sin embargo, en algunos casos se ha observado que la posible relación entre los motivos que expresan y los aspectos afectados no son fácilmente perceptibles para ellos, por lo cual operan como razones pero no necesariamente se traducen en motivación; aunque en la literatura las escasas evidencias existentes acerca de los motivos por los cuales se busca el tratamiento señalan que el temor o las amenazas externas tales como la pérdida de empleo, la expulsión de la escuela, o el retorno a la prisión, son factores motivacionales muy efectivos.

Por otra parte es sabido que en el caso de los adolescentes, es muy probable que la primera llamada provenga de los padres, quienes muchas veces consultan porque sospechan del consumo; y es también común que sean enviados a los centros de atención por parte de la escuela donde pueden haber sido sorprendidos consumiendo o en compañía de otros quienes se sabe son consumidores. La sospecha de los padres o el descubrimiento por parte del ámbito escolar, motivan que sean llevados a consulta al menos con el fin de corroborar la sospecha o para cumplir con la condición impuesta por la escuela.

Los padres consultan por diferentes problemas, desde el simple conflicto familiar, hasta la angustia y el pánico provocados por el descubrimiento de jeringas, o para solicitar un análisis de productos diversos. Existen decenas de jóvenes que viven en casa con sus padres, sin que la familia esté al corriente en un principio de su toxicomanía. Es obvio sin embargo que el comportamiento y la manera de vivir se modifican bajo el efecto de las drogas paulatinamente, pero siempre de modo sustancial. Por tanto, resulta interesante comprender la ceguera que padres y hermanos atestiguan durante meses y años (Sternschuss, 1986).

La falta de motivación propia con que suelen llegar los farmacodependientes a las instituciones, se ha utilizado como un elemento que explica el fracaso de los individuos para entrar, continuar o completar y salir con éxito de los programas terapéuticos (Miller, 1985) y ha servido también de base para pensar que la motivación para el tratamiento de abuso de drogas no puede concretarse tan sólo al interés personal de atender a los síntomas o de dejar las sustancias.

Aún cuando por una parte es evidente que los motivos que llevan a la consulta se relacionan directamente con la sintomatología, existen muchas otras razones que suelen no provenir del adicto mismo. Son los padres, los hermanos, los amigos o las instituciones legales o de educación quienes de alguna manera los obligan. Obligatoriedad que genera algunas paradojas. Por un lado los motivos son peticiones, dirigidas al terapeuta, que demandan atención y solución, las más de las veces "inmediata." Por otro que la posibilidad del tratamiento y su feliz conclusión dependen en gran parte de dos cosas: el

establecimiento de una relación de trabajo que se inicia con la evaluación; y de las fuerzas internas que actúan en el paciente para facilitar propiamente el proceso terapéutico. Estas últimas son las que parecen trastocarse seriamente cuando las situaciones externas imponen el tratamiento.

Tanto los síntomas como la coerción, es decir, la presencia de los familiares que lo llevan o que lo presionan para que acuda, sostienen la asistencia del paciente en la consulta, pero al mismo tiempo sus expectativas de una solución rápida a los síntomas y el no tener un interés propio, interfieren en la permanencia. Estas paradojas, dejan ver el lugar que tiene la voluntariedad en la asistencia y las consecuencias de la condicionalidad.

Un elemento más a considerar es el hecho de que el descubrimiento de la toxicomanía llega, la mayoría de las veces, señalada por un tercero o por una actuación fallida, muy raramente por el joven mismo; como si hiciese falta que la patología fuese reconocida desde el exterior para que fuese reconocida dentro del grupo familiar.

La revelación de la toxicomanía denunciada por un médico, un amigo, vecino, etc, es decir, alguien externo al sistema familiar, conlleva un estado de mayor tensión, un estado de crisis. Esta desemboca a menudo sobre la solicitud de consulta por los padres para el adolescente o a veces por él mismo, no para desistir, sino para que el terapeuta haga comprender a sus padres de que no es nada serio y le ayude a enfrentarse con un conflicto familiar (Sternschuss, 1986).

La frecuencia con que se ha observado que la solicitud de atención no proviene del paciente, sino de las circunstancias, los problemas o las condiciones que otros ponen, ha llevado a considerar que en los farmacodependientes no existen motivos de consulta o que los motivos que externan son ambiguos; y por ello muchas veces se piensa que son sujetos que "carecen de conciencia de enfermedad" y de "motivación para el tratamiento" (C.I.J., 1994 - 1995). Por estas situaciones y otras más, resulta fundamental conocer y comprender las principales fuerzas que actúan en un individuo para facilitar el proceso de tratamiento y sus resultados, en tanto la motivación es un factor importante en el tratamiento de conductas adictivas; y suele concebirse como un prerequisite sin el cual el terapeuta no puede hacer nada (Beckman, 1980). El peso que tiene para el tratamiento, se relaciona no sólo con la continuidad de la asistencia, sino también con los resultados y efectividad de la atención a corto o largo plazo.

Motivación y Diagnóstico

Si se parte de la idea de que la motivación para el tratamiento se relaciona directamente con las fuerzas internas que conducen a la búsqueda de alivio o mejoría en la sintomatología, es fácil suponer que tan sólo la comorbilidad psiquiátrica y adictiva son motivo suficiente para propiciar la relación terapéutica y el logro de los objetivos señalados

en el Plan de tratamiento, sin embargo se piensa que existen características en los pacientes que los hacen sujetos de difícil manejo debido a que su problema de socialización, su bajo umbral para las frustraciones, el fracaso y el dolor y su necesidad de satisfacciones inmediatas e inmadurez, les dificulta enfrentarse a los problemas (Vallejo, 1979).

Dado que el paciente drogadicto es incapaz de postergar la demanda y su capacidad de espera y mediación en el logro de objetivos es muy reducida, en la relación terapéutica, recurre a dos modos específicos de defensa: las conductas de tipo *acting-out* y la formulación de pactos o alianzas denominados perversos (as). Ambos estilos de defensa sitúan al drogadicto en el escenario de la transgresión, en donde juega un papel importante cualquier otro en la escena. El pacto o alianza contempla la exclusión de un tercero (terapeuta), en su función legalizante (Bulacio, 1985).

La notable dificultad del joven adicto en el manejo de sus límites y su particular disposición al *acting out*, constituyen su principal defensa frente a los profundos estados de angustia y las vivencias de indefensión que contrarresta con la droga. Esta adquiere el valor de una salida exitosa y momentánea frente a la angustia, por ende el carácter seductor y trasgresivo opera como una resistencia y obstáculo a la labor terapéutica (Bulacio, 1985).

Aunque esto parece explicar en cierto modo las dificultades del adicto para involucrarse con el terapeuta y para faltar a la palabra de compromiso que se establece desde el inicio de la atención, es común escuchar que esta dificultad para comprometerse mostrado a lo largo de la terapia y el pronto abandono del tratamiento que ocurre con frecuencia, se deben a la psicopatología inherente al consumo de sustancias, por su asociación con los trastornos de personalidad que se atribuyen a los consumidores. De este modo esta falta de motivación y compromiso mencionada por los terapeutas además de otras constantes que se observan en la práctica (vgr, el deseo de que no se enteren los familiares de su consumo; las dificultades que tienen para proporcionar información útil para el diagnóstico) interfieren en el proceso y son la explicación de lo que los profesionales denominan "falta de conciencia de enfermedad."

Si bien es posible que existan características psicopatológicas que intervengan de alguna manera en la aparente imposibilidad de estos sujetos para establecer una relación con los terapeutas y/o para involucrarse y responsabilizarse con su atención, es factible señalar al menos dos cosas: primero que en el ámbito clínico se cree que la psicopatología es la causa o responsable de la falta de conciencia de enfermedad y de demanda; y segundo que existen pocas referencias de investigación que aporten información en torno a los aspectos de la personalidad que subyacen a la condición de permanencia ya que la motivación para el tratamiento ha sido estudiada preferentemente a través de sujetos que han abandonado el tratamiento.

Por supuesto la psicopatología y propiamente algunas características de la personalidad pueden determinar o al menos influir para que un paciente no se interese en el tratamiento el tiempo suficiente o para que se quede en él y obtenga ciertos logros, pero no puede atribuirse sólo a la psicopatología, el peso de la interrupción de los tratamientos ni de las dificultades de manejo de los pacientes, ya que si se acepta que la farmacodependencia como fenómeno está multideterminada, debe aceptarse también que la confluencia de varios parámetros de evaluación permitirán tener una visión más amplia y adecuada de los diversos factores que intervienen. Por ende, se requiere profundizar en el estudio de las relaciones entre los aspectos psicopatológicos, la personalidad, los acontecimientos relevantes en la vida del paciente y las circunstancias externas que llevan a la búsqueda de soluciones aún cuando ésta sea efímera.

De León y Jainchill (1986) sugieren que la motivación en los adictos es multidimensional ya que incluye aspectos como la forma en que los pacientes perciben tanto la presión intrínseca como la presión externa; la prontitud para el tratamiento y la conveniencia de los programas que se le ofrecen.

3.2 ASPECTOS CLINICOS DE LA MOTIVACION AL TRATAMIENTO

Motivación es un término comúnmente utilizado en el ámbito clínico, pero no siempre es claro lo que significa. Se usa en conexión con las actitudes positivas de aceptación hacia el tratamiento y a quien lo proporciona. Con este término se designan las expectativas de curación, la disposición a aceptar la psicoterapia y las aptitudes del paciente para participar de manera activa (Baekeland y Lundwall, 1975). Algunos autores como Fiorini (1998) han hecho hincapié en los componentes inconscientes de la conducta ante el terapeuta y destacan la importancia de la transferencia inicial y las fantasías de enfermedad y curación con que llega el paciente a la consulta. Otros subrayan el papel de las aptitudes o capacidades yoicas, reforzables con sus aspectos conscientes.

Fiorini (1998) señala que el concepto de motivación para el tratamiento no ha recibido aún toda la atención que merece, ya que resulta ambiguo, además su relativo valor pronóstico ha sido precisamente criticado por ser difuso, pobre, parcialmente definido y circular. Es claro que la fuerza de las razones del paciente para acudir al tratamiento influye en si renuncia o permanece; y que esto puede incluir su habilidad para soportar la frustración, y los objetivos a largo plazo, su insatisfacción consigo mismo, junto con su necesidad de cambio la presencia o ausencia de síntomas disfóricos y un sentido necesario de ayuda de su parte, (Baekeland y Lundwall, 1975); sin embargo la motivación puede o no estar presente en los motivos de consulta expresados por los pacientes.

El motivo de consulta en el modelo médico, suele ser el que determina y justifica el diagnóstico principal que se da al paciente. Por ello, en el DSM IV, por ejemplo se señala que "en una asistencia ambulatoria, cuando a un sujeto se le aplica más de un diagnóstico,

el motivo de consulta es el trastorno que justifica en primer lugar la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita". (DSM-IV, 1994) Por tanto, tan sólo la presencia de los síntomas físicos es desde la medicina lo que haría que el farmacodependiente se involucre con el tratamiento; no obstante la experiencia clínica muestra que en ocasiones lo que el paciente busca es únicamente la solución del malestar producido por la intoxicación y la abstinencia; solución que implica adoptar medidas terapéuticas inmediatas (Ortíz, 1992) que se dirigen a la desaparición de los síntomas.

Desde el punto de vista psicológico tradicional, un "motivo" es la experiencia consciente o el estado subconsciente que sirve como factor para determinar la conducta social o comportamiento de un individuo en una situación determinada (Warren, 1974); por consiguiente, los motivos que se expresan en la consulta ya sean conscientes o inconscientes determinan de alguna manera la posibilidad de involucrarse en el tratamiento; de permanecer en él y de obtener beneficios.

Bleger (1994) señala que el psicólogo debe tomar en cuenta que el motivo de consulta no es el problema, sino sólo un síntoma del mismo, lo cual parece querer decir que no es suficiente con quedarse con la razón consciente expresada por el paciente, sino que hay que indagar más ampliamente y que en este caso, las razones dadas no son en sí mismas su problema, sino que se remiten a algo más que es justamente lo que hay que averiguar. Esto implica desde luego considerar los aspectos latentes y manifiestos que generalmente se aluden en la clínica psicológica.

"El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa a quien solicita la consulta hasta el punto de operar en él como señal de alarma, es decir, que algo que le ha preocupado, reconoce que no puede arreglarlo solo y decide solicitar ayuda" (Siquier, de O., 1987). En la mayoría de los casos el motivo es dentro de una gama más o menos extensa de síntomas que aquejan al paciente, lo menos ansiógeno, lo más inocuo, lo más fácil y conveniente de decir al psicólogo. Por lo general, el motivo es otro más serio y relevante que el involucrado en primer término. Este es el motivo subyacente o profundo" (Siquier, de O., 1987).

La discriminación entre ambos aspectos (manifiestos y latentes), deja ver que si bien el reconocimiento de una preocupación y de la dificultad de arreglarlo por sí mismo pudiera fungir como un requisito indispensable para la asistencia y solicitud de ayuda, es precisamente esta solicitud lo que hay que analizar. Si el motivo de consulta más referido en el campo de las adicciones es "la demanda de atención general a la farmacodependencia, se podría pensar que "demanda" y "motivo de consulta" son sinónimos y que lo que solicita un farmacodependiente es atención para su farmacodependencia.

La confusión entre el motivo de consulta manifiesto y la demanda es frecuente. En tanto el primero es, desde el paciente mismo un síntoma, entendido éste como una señal de

alarma que pudo haber sido percibida por él (paciente) o por otro (un tercero, padre, madre) y que desencadena el pedido de ayuda, mientras que la segunda, es decir, la demanda no es necesariamente un signo o señal observable. Por el contrario es la articulación de un deseo atrapado en el síntoma (Quijano, 1989). Por consiguiente en el motivo de consulta se juega algo de lo interno y algo de lo externo, que se dirige al prójimo, en la forma de un pedido de algo que va más allá de la satisfacción de una necesidad concreta como las externadas en la primera consulta.

Si se da por entendido que una solicitud de atención implica una demanda, es necesario ubicar su origen (de dónde surge); su agente (quien solicita) y su sentido - significado (finalidad). Si se analizan estos tres elementos es posible observar que el origen de la demanda puede entenderse, por ejemplo, como la presencia de problemas familiares; escolares; de pareja; de interacción o legales; enunciados por el paciente (los motivos aludidos en la consulta) mientras que el agente podría ser el patrón, los padres, el orientador escolar, la pareja, o en el mejor de los casos el mismo paciente (agente que lo empuja a la solicitud de una consulta con una finalidad). Es pues en el agente donde se hayan los motivos latentes y la demanda misma.

La entrevista es el espacio privilegiado para esclarecer la existencia de la demanda o promoverla así como para especificar las diferentes demandas desplegadas en la sesión: por su procedencia (paciente, familiares, escuela, autoridades, etc.), por su objetivo (abandono del consumo, tratamiento de otros síntomas, tratamiento de la farmacodependencia asociada a otros síntomas, etc.) o por su pertinencia clínica o institucional (Cruz y Quijano, 1992).

La motivación al tratamiento, como un concepto de dominio coloquial en el ámbito de la psicoterapia, es con frecuencia la responsable de que un paciente asista a sus sesiones y se cure, independientemente de su diagnóstico. Aunque no hay referencias teóricas que avalen o desacrediten esta afirmación, es posible darse cuenta de que en el discurso clínico, la demanda es promotora de la adherencia terapéutica. Esta motivación que puede entenderse como voluntaria, es lo que funciona como prognosis, ya que opera como suposición de una "voluntad de recuperación" (Rycroft, 1976).

La voluntad de recuperación como alta motivación, es un signo pronóstico que parece tener gran peso en los logros terapéuticos. Como tal, es algo que se observa desde las primeras consultas cuando se lleva a cabo el proceso diagnóstico en el mejor de los casos, pero también es algo que puede no ser permanente y mantenerse.

La voluntad de recuperación o la alta motivación tan importante en el tratamiento puede ser vulnerable, si no forma parte de la demanda, ya que se dice que cuando ésta no existe, las posibilidades de una intervención eficaz son prácticamente nulas. Sin embargo al considerar que muchos de los pacientes farmacodependientes que asisten a los servicios de tratamiento no portan una demanda, ya que ésta la plantea generalmente uno de los

familiares, o al tener presente que cuando llegan canalizados por instituciones represivas o educativas que condicionan la asistencia a tratamiento ya sea a la libertad o a su permanencia en el ámbito escolar, es imprescindible plantearse cuál es el lugar que tiene el motivo de consulta en el tratamiento y qué quiere decir para el paciente.

3.3 IMPLICACIONES DE LAS EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS

En la práctica de la psicoterapia se dice que todo proceso de atención curativa se inicia y sostiene en una demanda específica y particular que siempre está presente en el paciente; y se sabe también que en toda consulta existe algo que se espera. Las expectativas terapéuticas bajo la forma de actitudes ante el terapeuta y la terapia misma, contienen partes tanto racionales como irracionales que influyen en la relación que se establece con el terapeuta.

Según Singer (1998) en el núcleo de acceso irracional del paciente hacia la terapia, estriba la esperanza de que su estilo de vida no sea perturbado por el tratamiento. En este núcleo se espera que la estructura del carácter permanezca intacta, aún cuando al mismo tiempo se produzca una activación la angustia generada por su conducta y su relación con los demás. Por otra parte, en el núcleo racional, las esperanzas del paciente hacia la terapia están determinadas por el grado en que puede imaginarse una vida significativamente diferente. Estas esperanzas racionales, según este autor, provienen de dos fuentes: del conocimiento profundo pero inconsciente de que se ha fracasado en la realización de sus potenciales humanos constructivos; y de los conflictos que acompañan ese fracaso.

Las esperanzas de cambio y no cambio presentes al mismo tiempo en los pacientes, pueden generar diversos tipos de reacción ante la psicoterapia, dependiendo de la forma en que se acude. Así por ejemplo en algunos casos donde los pacientes no buscan voluntariamente la ayuda del profesional, (porque son llevados por su padres o enviados por otras personas con autoridad), puede verse que aunque no crean tener dificultades, pueden experimentar en alguna parte de sí, alguna sensación conciente de conflicto o angustia. Sin embargo, se ha observado que existen otros pacientes que no creen que vienen luchando con el conflicto y creen que han logrado eliminar la conciencia de desasosiego. Estos últimos son quienes acuden a terapia sólo porque otros creen que sus actos indican la presencia del conflicto y por lo tanto no tienen esperanza alguna en la terapia.

Evidentemente en estos últimos pacientes se observa que no comprenden la necesidad de un cambio emocional o personal, situación que suele ocurrir con el adolescente farmacodependiente, quien como ya se ha señalado con anterioridad, acude a la consulta a insistencia de otros. La coexistencia de un deseo de cambio al mismo tiempo que un impulso de permanecer igual, manifiestos en las esperanzas y temores asociados a ambas tendencias, con frecuencia forman parte de la actitud inicial con que suelen acudir estos adolescentes a la terapia. Por consiguiente no es raro observar que haya una

resistencia que se presenta tempranamente como una dificultad para comprometerse con el tratamiento.

No obstante en estas actitudes iniciales, está contenida la demanda y las expectativas puestas en el tratamiento. En los motivos externados por vía de la palabra, emergen solicitudes dirigidas al profesional que se remiten la mayor parte de las veces a la búsqueda de una solución a los síntomas que se espera se logre al comienzo del tratamiento. Esperanza que desde luego tiene algunas particularidades.

Si consideramos las expectativas como un deseo basado en conseguir un cambio, cabe señalar que en ellas se abre un abanico de posibilidades. En la mayor parte de los casos se espera algo nuevo y diferente, pero al mismo tiempo aparecen sentimientos y deseos opuestos, que dan cuenta de la ambivalencia con que se dirige el pedido de ayuda al profesional. De este modo puede decirse que en el farmacodependiente existe un deseo de cambio que puede ser dejar la droga, o solucionar los problemas psicológicos, familiares o sociales causados por el consumo, al mismo tiempo que un no deseo de estar en la consulta, si se toma en consideración que precisamente muchos de ellos son llevados al tratamiento o son obligados a asistir por la presión que otros ejercen sobre ellos.

Por otra parte, se sabe que existen expectativas que aparecen encubiertas o que suelen no ser dichas. En la experiencia clínica se considera que el farmacodependiente asiste sin saber por qué o desconociendo las razones por las que lo llevan los familiares. Aunque esto muestra la existencia de una expectativa que se coloca por encima del deseo del paciente (por ser el deseo de los familiares), en ese sin saber por qué, se manifiesta algo del orden de la motivación que amerita comprenderse clínicamente en su significado, no necesariamente como un no deseo de tratamiento o cambio.

Independientemente de las formas que toman las expectativas, muchos usuarios de drogas y sus familiares acuden a la consulta esperando la recuperación inmediata. La familia especialmente, cree que esta cura rápida y mágica se logra a través del internamiento. Por lo general acuden en un momento de crisis cuando sienten que ya no tienen nada que hacer y depositan su problema en el terapeuta y en la institución de salud. Muchos padres cuando no ven cumplida esta expectativa se convierten en enemigos del tratamiento y lo obstaculizan (C.I.J., 1982). Así pues, algunos pacientes y sus familiares contemplan el tratamiento con medicamentos como una "solución mágica" que se atribuye al tipo de atención que los médicos prestan al paciente con problemas de salud física únicamente; siendo su expectativa "desaparecer" la farmacodependencia con la toma de pastillas y sin ningún otro tipo de atención. En otros casos por el contrario, se teme el uso de medicamentos porque se visualiza como un método único e incorrecto que puede llevar a un cambio de sustancia tóxica sin beneficios (C.I.J., 1999).

Paradójicamente la solución puesta en la pastilla y en la persona del médico o en la palabra del psicólogo, dejan ver que las expectativas se encaminan a la pronta resolución de los síntomas y por lo tanto son solicitudes dirigidas al profesional a quien por lo general se responsabiliza de su cumplimiento. En este sentido, cuando éste no da una respuesta favorable, las probabilidades de permanecer en el tratamiento disminuyen, porque el paciente se siente defraudado en sus expectativas.

Evidentemente tanto los aspectos latentes de la motivación y las expectativas son determinantes, pero es justamente en el interjuego de éstos donde aparece su determinación. La escasa y endeble motivación interna en el paciente o sus exigentes expectativas dirigidas al profesional encierran intereses y deseos que pueden o no ser identificados por el terapeuta; o siendo identificados, pueden o no ser satisfechos por completo en el proceso, pero de esta identificación depende en gran parte que se adopten las medidas pertinentes en términos de tratamiento.

Aún cuando las expectativas pueden o no ser congruentes con los motivos expresados, es válido considerar los aspectos latentes que aparecen en la solicitud, ya que son en sí mismos los que sustentan el tratamiento y generan las posibilidades de cambio.

Por cuanto la demanda, sólo puede entenderse en el orden de la subjetividad, la entrevista es donde puede apreciarse y valorarse la motivación del paciente hacia el tratamiento y las expectativas. Por lo mismo es pertinente analizar y leer en el discurso del paciente tanto las razones conscientes que sostienen su motivación al tratamiento y las expectativas que se dirigen al psicólogo, a la institución y al tratamiento mismo (Dor, 1987) así como las esperanzas irracionales depositadas en el tratamiento; pero también es conveniente que ambos tipos de razones se constaten e integren en la historia personal para lo cual es imprescindible evaluar los aspectos de la personalidad que se ponen en juego en la solicitud de ayuda y/o en la disponibilidad del joven para hacer dicha solicitud.

CAPITULO IV

METODOS Y TECNICAS DE EVALUACION DEL FARMACODEPENDIENTE

4.1 FUNCION DE LA EVALUACION EN LAS ADICCIONES

La evaluación del paciente en la actividad diagnóstica, representa hoy en día la puesta en operación de diversos métodos y técnicas que van desde el uso de clasificaciones e instrumentos estandarizados, hasta la incorporación de formatos clínicos, diseñados *ex profeso* para la recolección de información sobre el uso de sustancias. Esta diversidad hace necesario aclarar que si bien las formas de evaluación e instrumentos más comúnmente utilizadas, han surgido de los esfuerzos para clasificar y evaluar a la población consumidora en vías de mejorar la especificidad y eficacia de los tratamientos, los logros obtenidos al respecto, son relativamente escasos (Mc. Lellan, Luborsky, Woody y O' Brien, 1980). En especial la evaluación del adolescente farmacodependiente y su tratamiento, se hace problemática debido a la naturaleza propia de esta etapa y la relativa ausencia de instrumentos adecuados para valorar las condiciones generales y específicas de estos pacientes.

Las referencias bibliográficas acerca de los fundamentos, procedimientos y áreas de exploración son relativamente nulas, debido a que evaluación y diagnóstico se conciben usualmente como acciones equivalentes que se llevan a cabo como rutina.

El término evaluación, desde el punto de vista clínico, alude a un procedimiento que consiste en valorar o estimar las cualidades o peculiaridades del paciente. Como proceso es un argumento técnico y operativo cuya finalidad es llegar a la comprensión y estimación de la forma en que interactúan los factores sociales, psicológicos y culturales que producen una enfermedad, por ello, en el campo de las adicciones constituye además una tarea de alcances que van más allá del diagnóstico, en la medida en que la obtención de datos cuali y cuantitativos sirve de base para el desarrollo del programa de atención específico para cada caso.

A diferencia del diagnóstico que tradicionalmente se encamina al descubrimiento de los factores patológicos o partes fallidas del funcionamiento físico y mental, es decir, de la detección de la sintomatología, la enfermedad y los aspectos disfuncionales; la evaluación comprende la valoración de fuerzas, recursos, funcionamiento saludable y otros factores positivos que actúan en la resolución de problemas. Evaluar a un paciente implica no sólo reconocer sus síntomas y aspectos patológicos, sino también determinar la naturaleza de su funcionamiento global, es decir, los aspectos personales y sociales subyacentes que determinan el cuadro clínico que presenta.

En la clínica de las adicciones, es indispensable tomar en cuenta esta diferencia, pero también resulta imprescindible realizar la evaluación con precisión (Milin, Halikas, Miller y Morse, 1991; Hovens, Catwell y Kiriakos, 1994) ya que el uso de psicotrópicos suele asociarse con la presencia de rasgos y conductas antisociales (Bukstein, Brent & Kaminer, 1989), u otras patologías y se da por hecho que el uso de drogas conlleva necesariamente al deterioro, al abandono del tratamiento o al fracaso terapéutico (Robins, 1991), situaciones que hacen más compleja la atención de los usuarios.

Los estudios epidemiológicos de las últimas décadas junto con el conocimiento actual sobre psicopatología y comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo, apoyan de alguna manera esta idea, pero no es solamente la conjunción de múltiples psicopatologías o las dificultades de los tratamientos lo que hace importante la evaluación de la situación actual del paciente, sino el hecho de que en las adicciones se trata de algo mucho más complejo, que trastoca diversos ámbitos. Más aún si se miran como un fenómeno preocupante (Musaccio de Zan, 1992); una problemática psicosocial (Kalina, 1989); una enfermedad problema (C.I.J., 1982); o bien como un trastorno, como un fenómeno social o como un síntoma (Casarino y Leoneti, 1992; C.I.J., 1998), por mencionar sólo algunas de las formas en que se define.

En virtud de la multideterminación de factores que influyen en el uso de sustancias y el gran espectro de áreas en que repercute, las tendencias contemporáneas de trabajo en este campo, consideran dos condiciones principales que intervienen en el proceso evaluativo: a) la participación de diferentes disciplinas para la evaluación fina y precisa de diversos aspectos de la vida del usuario (Vallejo, 1988; Kalina, 1990) y b) la utilización de instrumentos objetivos (Craig, 1993).

Ambas condiciones remarcan la importancia de hacer una adecuada valoración de distintas áreas, y hacen patente la necesidad de utilizar un enfoque multidimensional que contemple fuentes de información directas o indirectas (vgr. cuestionarios, autorreportes u observación directa de la conducta verbal y no verbal; dada por los familiares, amigos u otros profesionales). Estos recursos además del uso de instrumentos objetivos, originado por el interés de contar con herramientas confiables, válidas y estándar ha llevado a la creación de entrevistas estructuradas que se han diseñado expresamente para evaluar múltiples aspectos del abuso de sustancias; pero también a la aplicación de pruebas psicológicas de probada utilidad para obtener información acerca de las características de personalidad.

4.2 EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL FARMACODEPENDIENTE

Partiendo de la idea fundamental de sopesar la interacción de los factores que intervienen en la relación proceso adictivo-causas individuales, es factible situar los métodos y técnicas de evaluación de la personalidad que se utilizan comúnmente, así como

sus características y la forma en que se adecúan en la clínica de las adicciones en vías de mostrar sus ventajas.

Como ya se ha señalado, la máxima utilidad de la descripción de la personalidad, se obtiene cuando ésta contiene aspectos nomotéticos e ideográficos, es decir, proposiciones generales de la ubicación de los síntomas del paciente como pertenecientes a una clase o trastorno (neurosis, psicosis u otra clase del funcionamiento inadecuadamente adaptado); y sus características o propiedades únicas, así como la probabilidad de que estas propiedades lo movilicen a formas de adaptación más sanas, patológicas o cualitativamente distintas (Bellak, 1996). Por cuanto ambos aspectos constituyen propiamente la personalidad, su evaluación en el campo psicológico implica la medición de sus rasgos - entendidos como las características particulares o motores básicos que dirigen la conducta y son responsables de ella - mediante técnicas nomotéticas, como los tests estructurales de la personalidad o inventarios; e ideográficos como las pruebas proyectivas, además por supuesto de la observación controlada por la entrevista (Dana, 1972).

Sin pasar por alto la importancia de las cualidades propias de las pruebas psicológicas (vgr. confiabilidad, sensibilidad, validez) de acuerdo a los aspectos que miden, es posible señalar algunas diferencias entre los dos tipos de técnicas.

Los cuestionarios de personalidad, que contienen un conjunto de reactivos o afirmaciones construidas bajo el método racional-empírico, permiten contrastar grupos normativos y son instrumentos de medición útiles y económicos porque pueden recopilar datos limitados de la personalidad pero confiables (Dana, 1972). Entre estos se encuentra el Inventario Multifásico de la Personalidad que suele ocuparse en el examen de los rasgos comunes de anormalidad psicológica por su reconocido valor diagnóstico y pronóstico (Morales, 1979; Pichot, 1979).

Las técnicas proyectivas originadas en una concepción de la personalidad de raigambre psicoanalítica, buscan una integración de formulaciones descriptivas e interpretativas relativas al sujeto, su conducta y el campo en el cual tiene lugar (Frank de Verthelyi, 1989). A diferencia de los inventarios, estos instrumentos contienen estímulos débilmente estructurados para movilizar aspectos inconscientes o dinámicos (Pichot, 1979); son de fácil aplicación pero su interpretación está sujeta a la evaluación subjetiva que el clínico hace con base en su experiencia y conocimientos. La utilización siempre de ambos es útil para compensar mutuamente estas desventajas (Frank de Verthelyi, 1989).

En la clínica de las adicciones, el conocimiento acerca de las formas en que se evalúa la personalidad de los consumidores de sustancias proviene de dos fuentes: a) la literatura sobre el estudio a profundidad de pacientes que concurren a la consulta por la adicción o por otros motivos entre los cuales el uso de drogas aparece como síntoma; y b) la investigación. En esta última es donde se ha documentado con más frecuencia y

regularidad el uso de pruebas psicológicas, ya que, desde hace más de 50 años, en los Estados Unidos se estima que estos instrumentos se incluyan en las investigaciones.

Con respecto a la literatura proveniente de los ambientes propiamente clínicos, la experiencia de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, documenta la utilización de la entrevista y la historia clínica como estrategias predilectas. Aunque las referencias bibliográficas no especifican exactamente cómo se lleva a cabo la evaluación de los aspectos nomotéticos e ideográficos de la personalidad de los pacientes, se constata en el contexto clínico que la historia clínica, obtenida mediante la entrevista, constituye un elemento esencial para centralizar toda la información de los distintos profesionales que participan como equipo interdisciplinario (Kalina, 1990).

En tanto los objetivos que persigue la evaluación de la personalidad en la atención clínica difieren desde luego de los que rigen las investigaciones, es posible que según las condiciones en que se presentan los pacientes, existan significativas diferencias en la realización de una entrevista a otra; por ende es factible además que la evaluación de los psiquiatras y de los psicólogos que intervienen, sea efectuada con base a su experiencia y los modelos teóricos manejados por cada uno. Situación que lleva a suponer que por un lado, la aplicación de tests psicológicos, se reduzca al uso de alguna prueba como herramienta auxiliar de la entrevista; y por otro que no siendo una actividad usada sistemáticamente para todos los casos, justamente se ocupen poco dadas las condiciones de trabajo que generalmente regulan la atención en las instituciones (vgr. la cantidad de pacientes a atender con un mínimo de tiempo; la utilización de expedientes clínicos propios de cada institución; las características específicas de los programas de atención, etc.).

Independientemente de estas condiciones, cabe hacer notar que aún cuando el valor de la entrevista y de otros instrumentos de evaluación subjetivos (vgr. técnicas proyectivas) son indiscutibles e incuestionables, es necesario reiterar que su aplicación depende, de la habilidad, conocimiento y destrezas personales del entrevistador.

Ahora bien, por lo que concierne al uso de pruebas psicológicas, es posible mencionar que la literatura sobre investigaciones señala que las Escalas de Wechsler, el test de Rorschach y el MMPI se han identificado como los instrumentos más ampliamente utilizados con adolescentes (Archer, Maruish, Imhof, Piotrowski, 1991). Es probable que el empleo preferente de instrumentos psicométricos, se deba a que éstos constituyen una fuente confiable de información. Aún cuando el uso de tests psicológicos en farmacodependientes en general está poco documentado, puede decirse que los tests, se consideran útiles para desarrollar planes de tratamiento ya que sirven de base para explorar la coexistencia de trastornos de personalidad antisocial, dependiente o narcisista y/o las características de personalidad pre-existentes que suponen el riesgo de involucrarse con las drogas; cuestiones de profundo interés en la clínica sobre adicciones, que merecen atención por su repercusión en el tratamiento (Margolis, 1995).

Curiosamente, en muchos estudios dirigidos a la indagación de las características de personalidad asociadas a los diversos tipos de sustancias de consumo y diferentes poblaciones de adictos, el instrumento psicológico más reportado ha sido el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), a raíz de una primera definición de tipologías propuesta por Kolb (1925) y Felix (1944) (Cit. en Anglin, Weisman & Fisher, 1979), hace más de 50 años. Estos investigadores utilizaron entrevistas profundas y estudios de casos, que si bien permitieron crear un primer esquema de clasificación basado en la existencia o no de trastornos psiquiátricos, fueron objeto de crítica porque los instrumentos que emplearon se juzgaron tendenciosos, debido a la influencia que se consideró que las perspectivas teóricas de los clínicos tuvieron en el establecimiento de su clasificación.

Dada la falta de credibilidad atribuida a estas primeras clasificaciones, en los años 1950's se intentó incrementar la objetividad de la investigación psicológica sobre las tipologías de personalidad de los adictos, por lo cual se introdujo el uso de instrumentos de evaluación estandarizados. Es así como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota comenzó a utilizarse para el estudio de usuarios de Narcóticos (Anglin, Weisman & Fisher, 1979) y posteriormente en numerosas investigaciones con usuarios de otros diferentes tipos de sustancias, así como con múltiples fines adicionales e independientes de la búsqueda de tipologías.

Los primeros artículos publicados en 1959 por Haertzen & Hill y por Austin, (Cit. en Anglin, Weisman & Fisher, 1979) examinaron perfiles de adictos a narcóticos, a partir de los que se establecieron dos tipos de discriminaciones: a) distinguieron poblaciones de usuarios y no usuarios; y b) diferenciaron subtipos entre distintas poblaciones de adictos. A raíz de estos estudios se derivaron 2 líneas principales de investigación: la primera se dirigió a la preocupación por la heterogeneidad en las poblaciones de adictos a narcóticos y la segunda al desarrollo de esquemas de clasificación intragrupo relacionados con diagnóstico psiquiátrico y variables sociodemográficas. Los hallazgos de Haertzen & Hill en 1959, dieron como resultado la discriminación de 4 tipos de personalidad: psicopatía primaria, psicopatía neurótica, psicopatía esquizoide y no clasificable, de los cuales en los tres primeros la escala de Desviación Psicopática se elevó significativamente por arriba del nivel psicopatológico.

En un esfuerzo adicional de clasificación, Austin (1959) (Cit. en Anglin, Weisman & Fisher, 1989) observó que esta escala (Desviación Psicopática) incluye reactivos para valorar 5 factores componentes: autoestima, hipersensibilidad; desadaptación social, control de impulsos y deprivación emocional. Este investigador se basó en las puntuaciones individuales de estos factores para distinguir entre adictos deprimidos y no deprimidos y la adicción con y sin deterioro físico, observando que en los 4 grupos habían elevaciones similares de dicha escala. En consecuencia determinó que la elevación de esta escala, tan característica en los adictos, tiene diferentes interpretaciones dependiendo del componente responsable específico de la elevación, con lo que demostró además, que el MMPI podía

ser una prueba suficientemente válida y útil para diferenciar los distintos subtipos reconocibles de adictos.

En una revisión de la literatura acerca de las investigaciones desarrolladas sobre la heterogeneidad de las poblaciones de adictos, Anglin, Weisman & Fisher (1989) examinaron datos de los estudios efectuados desde los años 1950's y señalaron los tres paradigmas básicos rectores de las investigaciones. El primer paradigma reconocido fue el de tipología sociodemográfica que involucraba la división inicial de los perfiles del MMPI entre tipos de adictos de acuerdo con criterios preexistentes tales como grupo étnico, y edad al inicio del consumo. El uso de la prueba en estos estudios tuvo por finalidad ver si las puntuaciones variaban entre los tipos pre-seleccionados. En el segundo paradigma que correspondía al de tipologías de diagnóstico psiquiátrico, los perfiles se usaban como fuente de información adicional para que los clínicos distinguieran entre subtipos psiquiátricos reconocibles; y el tercero que es el paradigma de la tipología del MMPI, involucró la aplicación de esta prueba a los adictos para clasificarlos de acuerdo con los perfiles.

En otra revisión de estudios empíricos realizados con el MMPI, en período 1976-1979 acerca de las características de personalidad de los adictos a heroína, Craig (1982) hizo notar que los estudios de dicho período se abocaron a dos problemáticas: a) la medición de rasgos específicos de personalidad en subtipos de adictos a esta sustancia y b) a los cambios en la personalidad como consecuencia del tratamiento. Además en diversos estudios posteriores al período señalado por este autor, se han intentado valorar numerosas situaciones con respecto a las características de personalidad de los usuarios de sustancias y la influencia que éstas tienen (Campbell & Stark, 1990; Craig & Olson, 1992).

Una línea más de investigaciones por mencionar, es la realizada con el fin de identificar las características de personalidad diferenciales entre usuarios de sustancias. Entre ellas pueden citarse, el estudio de Johnson, Tobin y Cellucci, en 1992 que incluye consumidores de cocaína y alcohol; y la de Fieldman, Woolfolk y Allen llevada a cabo en 1995 con adictos a heroína y cocaína.

La investigación de Johnson y cols, destaca la similitud entre alcohólicos y usuarios de cocaína y distingue dos tipos de adictos a la cocaína que se reflejan en distintos codigos-tipo. El primer tipo se describe menos compasivo y comprometido con el acting out y con grandes dificultades para aprender de la experiencia, por lo que se les considera mas propiamente con una personalidad antisocial adaptativa. El segundo tipo, experimenta depresión, ansiedad y se describe con una personalidad obsesiva-compulsiva adaptativa. Por lo que se refiere a la investigación de Fieldman, Woolfolk y Allen, ésta intentó comparar los perfiles y examinar la relación entre la droga de elección, la autoestima, los rasgos de personalidad y los trastornos de personalidad.

Es evidente que el MMPI se ha incluido en estudios que discriminan tipos étnicos pre-seleccionados y se ha usado como instrumento de información para los clínicos, quienes lo consideran muy útil para examinar tipologías psiquiátricas reconocibles, sin embargo un hecho importante de destacar sobre gran parte de las investigaciones referidas en las revisiones mencionadas, es que a excepción de las realizadas bajo el paradigma de variables sociodemográficas, muchas de ellas han examinado poblaciones de adultos. Si bien la indagación de la personalidad utilizando el MMPI es bastante amplia, llama la atención que existan pocas referencias acerca del estudio de la personalidad del adolescente farmacodependiente aún cuando en la literatura pueden rastrearse infinidad de trabajos que refieren el uso de este instrumento para la valoración de distintas condiciones clínicas y no clínicas en adolescentes.

Un punto interesante por resaltar en este sentido es que el uso del MMPI en forma experimental con propósitos clínicos y de investigación en la población adolescente, comenzó 2 años antes de su publicación formal, situación que no carece de importancia puesto que deja ver que, no obstante en los últimos años se han suscitado ciertas controversias con respecto a la utilización del instrumento original y el uso de normas de adultos para los perfiles de adolescentes, la aceptación del instrumento en el contexto clínico fue bastante considerable desde su aparición. Este hecho muestra no sólo el gran impacto que causó desde sus inicios para la medición de los rasgos de la personalidad, sino también su utilidad para discriminar aspectos patológicos, tal y como lo constatan los estudios realizados por Capwell en 1945 y Monachesi en 1948 y 1950, con adolescentes delincuentes y no delincuentes (Ampudia, 1998).

Así pues y dado que estos estudios son un importante antecedente que demostró y dió sustento al empleo de esta prueba con adolescentes, a partir de las puntuaciones de la escala de Desviación Psicopática y en relación a la escala 7 (Psicastenia); cabe mencionar que algunas aportaciones significativas de los trabajos de ambos investigadores, así como de los estudios de Hathaway y Monachesi realizados en 1965 (Cit. en Ampudia, 1998) fueron el corroborar que el MMPI podía predecir aspectos de la conducta mostrada por los jóvenes delincuentes; y el proporcionar las bases para llevar a cabo investigaciones posteriores dirigidas, en su mayor parte, a predecir, diagnosticar y elaborar planes de tratamiento para adolescentes delincuentes. Adicionalmente a las aportaciones citadas, la aplicación del MMPI a 3,971 escolares de 9º grado participantes en el estudio de Hathaway y Monachesi (1965), sirvió para obtener la base principal de las normas para adolescentes que más adelante fueron desarrolladas por Marks y Briggs en 1972 (Ampudia, 1998).

No obstante se sabe que las normas de adolescentes más frecuentemente utilizadas para la forma original, fueron derivadas de los trabajos que Marks y Briggs (Cit. en Ampudia, 1998) efectuaron en 1972 en diferentes ambientes clínicos; y se advierte que un resultado valioso de ello fue el establecimiento de un sistema de calificación y la primera información necesaria para interpretar los patrones de respuesta típicos de los adolescentes, resulta conveniente destacar que muchos autores han examinado los efectos de usar tanto normas para adultos como normas para adolescentes en términos de la elevación y

configuración de los perfiles (Burke y Eichberg, 1972; Klinge y Strauss, 1976; Klinge, Lachar, Grisell y Berman, 1978).

Por otra parte, y a pesar de que de 1974 a fechas más recientes se han hecho múltiples aplicaciones del MMPI con la finalidad de trabajar valores normativos, de examinar correlatos clínicos descriptivos para algunas escalas y de corroborar la validez de los perfiles mediante la comparación de datos provenientes de autoinformes psicométricos, o de calificaciones dadas por los padres u otros profesionales, es importante resaltar que si bien muchos de estos estudios paradójicamente han revelado la gran utilidad de la prueba, al mismo tiempo dejan ver que el uso de normas para adultos puede guiar a puntuaciones más patológicas.

Los estudios realizados por Klinge, Lachar, Grisell y Berman (1978) para comparar normas de adultos y de adolescentes en población psiquiátrica de usuarios y no usuarios de sustancias, reportan que las normas adultas guían a puntuaciones más altas y patológicas en la escala 0 de Introversión Social e interpretan este hallazgo señalando que los usuarios de sustancias son menos sociables e introvertidos. En el análisis de los perfiles realizado en este estudio se señala que la aplicación de normas de adultos da por resultado diferencias significativas en las distribuciones de código tipo, ya que al utilizar normas de adolescentes las puntuaciones de los usuarios de sustancias generaron perfiles normales y neuróticos.

Puede observarse que a partir de los estudios que examinaron preferentemente jóvenes delincuentes, la utilidad del MMPI en población adolescente ha quedado suficientemente demostrada, ya que la consistencia en las elevaciones de la escala de desviación psicopática, que coincide ser la que permite también discriminar entre poblaciones de consumidores y no consumidores de drogas, ha hecho cada vez más evidente la validez y confiabilidad de esta prueba para la evaluación de la personalidad. Sin embargo, y aún cuando se ha reconocido que en el campo de la práctica psicométrica este instrumento ha sido el más ampliamente incluido, tanto en México como en otros países, para la investigación clínica y en otras áreas de la psicología, (Lucio, 1995) muchos investigadores y clínicos han insistido en que resulta inadecuado evaluar a los adolescentes con un instrumento elaborado originalmente para adultos.

Por tanto, aunque su popularidad y principales ventajas (vgr. la naturaleza comprensiva y exacta de los descriptores clínicos, la facilidad de aplicación y la extensa base de datos de investigación disponibles de la prueba) la han hecho una de las pruebas más empleadas para la evaluación de los adolescentes, la opinión de algunos investigadores y clínicos acerca de sus inconvenientes (su extensión, su lenguaje y la carencia de normas adecuadas para los adolescentes) fundamentó la necesidad de una revisión de la prueba original, de la cual surgió el MMPI-A. Instrumento creado en 1990 con la finalidad de solventar las dificultades de evaluación, del que merecen acotarse sus características debido a que actualmente hace posible el estudio de la personalidad adolescente.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes.

El MMPI-A es el producto del trabajo de revisión y actualización del MMPI original, realizado a partir del análisis de muestras de adolescentes recolectadas por Pancoast y Archer desde 1975, quienes observaron que las normas tradicionales no proporcionaban una línea base normativa confiable para la evaluación de esta población. Dichas observaciones, además de algunas críticas hechas hacia el contenido de los reactivos y la significatividad de algunas preguntas para los jóvenes, así como la advertencia de algunos aspectos importantes de explorar no contemplados en la prueba original, dieron por resultado la aparición de esta versión creada con el fin de estandarizar las prácticas de la evaluación de los adolescentes, tanto en el campo clínico como en la investigación (Butcher y Williams, 1992. Cit. en Ampudia, 1998).

El MMPI-A es una prueba psicológica ampliamente utilizada en los Estados Unidos, en los contextos clínico y de estudio sobre psicopatología, (Archer, Maruish, Imhof y Piotrowski, 1991) ya que posee características relevantes para la medición de las alteraciones en el adolescente. En tanto permite calificar e interpretar aspectos clínicos de la personalidad, tan necesarios de contemplar a esta edad, este instrumento constituye una herramienta de evaluación adecuada para el estudio de síntomas psicológicos y problemas propios de la conducta adolescente, no sólo por ser un método específico para esta población, sino por las ventajas que conserva de la prueba original (Ampudia, 1998). Dada la estructura de la prueba que consta de 478 reactivos e incluye diversos tipos de escalas: de validez, clínicas, complementarias y suplementarias, es posible la medición de diferentes conductas tanto normales como patológicas.

Así pues, el MMPI-A de reciente estandarización en México, es un instrumento que puede incluirse en la evaluación de los problemas psicológicos propios del farmacodependiente, por ser una prueba objetiva que evalúa la personalidad y la presencia de problemas específicos de la etapa adolescente (escolares, familiares, de conducta, etc.) que curiosamente suelen reportarse en relación al origen del consumo o como áreas de alteración importantes.

Evidentemente la evaluación de la personalidad del adolescente farmacodependiente, es uno de los aspectos más controvertidos en la práctica clínica, por cuanto los métodos y técnicas que se utilizan dependen de la disponibilidad de instrumentos adecuados y accesibles y de las habilidades de los profesionales para incorporarlos en el proceso diagnóstico y/o extraer de ellos su máximo beneficio. Sin embargo, y tomando en cuenta que los trastornos adictivos pueden ser causa o consecuencia de la restante psicopatología comúnmente identificada, es preciso contemplar la evaluación de otros factores que intervienen en el uso o abuso de drogas y el establecimiento o mantenimiento de la adicción.

4.3 EVALUACION DEL PROCESO ADICTIVO

Independientemente de la evaluación de los factores individuales relacionados con las características de personalidad, es indispensable la valoración exhaustiva de muchas otras condiciones que los clínicos dedicados al tratamiento de los trastornos concomitantes, consideran sustantivos para proporcionar la atención médico-psicológica. Dicha evaluación, implica la inclusión de métodos y técnicas que derivan de determinadas posturas acerca de qué y cómo valorar el abuso de sustancias.

La postura norteamericana señala que la evaluación debe dirigirse a la adicción poniendo énfasis en la exploración exhaustiva de la situación del consumo: efectos, consecuencias, comorbilidad y conductas de riesgo. Por tanto los métodos y técnicas más utilizadas actualmente son: las entrevistas clínicas, las estructuradas, los instrumentos de valoración objetivos y las pruebas de laboratorio, en especial las pruebas toxicológicas de orina, con los cuales se pretende obtener información amplia y completa del paciente.

Desde esta perspectiva, se considera que si bien la entrevista clínica es el procedimiento preferido para diagnosticar y evaluar a una persona con abuso de sustancias; son prioritarios los instrumentos objetivos y las pruebas psicológicas, ya que confieren confiabilidad y validez a la evaluación. Por lo tanto aún cuando autores como Vaillant, Gale & Milofsky (1982) consideran que el mejor criterio para la evaluación es el clínico mismo, en los Estados Unidos se han desarrollado entrevistas clínicas especiales para adictos (Craig, 1988); alcohólicos (Verinis, 1989) o usuarios de cocaína (Washton, 1989). Estas entrevistas tienen algunas diferencias entre sí pero todas concuerdan en que en este tipo de población debe valorarse al menos lo siguiente:

- *Sustancias utilizadas*: tipo, cantidad, frecuencia, patrón y contexto del uso, antecedentes y consecuencias del uso, vía de administración, severidad, tolerancia, síndrome de abstinencia, abuso y dependencia y patrones en el tiempo.
- *Efectos del abuso de sustancias en el funcionamiento de las distintas áreas*: médica, psicológica, psiquiátrica, social, familiar, vocacional, legal, recreativa y espiritual.
- *Evaluaciones especiales*: Disfunciones sexuales, historia de intentos de suicidio, historia infantil de abuso físico y sexual y manifestaciones adultas como posible perpetrador de y conductas que constituyen factores de riesgo para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y síndromes psiquiátricos (Examen mental y comorbilidades).
- *Tratamientos previos*: tipo y resultado.
- *Identificación de situaciones de alto riesgo y provocadores de recaídas*.

En el diagnóstico hay que considerar además los objetivos del propio paciente, para valorar el tratamiento antes de establecer un mutuo acuerdo de metas de trabajo e intervenciones.

Los instrumentos objetivos de valoración que se sugieren como herramientas de trabajo para facilitar la actividad diagnóstica, se caracterizan por ser instrumentos estructurados, creados para valorar el abuso de sustancias (Lettieri, Sayers & Nelson, 1985). Además de ellos en la perspectiva norteamericana se sugiere el uso de pruebas psicológicas, que se ubican en cualquiera de los dos tipos siguientes: a) inventarios destinados *expresamente* para evaluar el abuso de sustancias y sus consecuencias, como las pruebas *Michigan Alcoholism Screening Test* (Seltzer, 1971) y *Addiction Severity Index* (Mc Lellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980) diseñados y probados en los Estados Unidos; y b) pruebas de personalidad, que incluyen escalas que valoran el probable abuso de sustancias o la tendencia al abuso.

La postura latinoamericana como un segundo punto de vista acerca de la evaluación, además de dirigirse a la situación del consumo, pone énfasis en la personalidad dado que se reconoce que la principal deficiencia en el campo de las adicciones es la carencia de formulaciones psicodinámicas útiles para comprender la respuesta cerebral e individual a las drogas y la organización intrapsíquica de la personalidad y los trastornos sintomáticos propuestos para la adicción. Por ende esta postura propone valorar la personalidad predisponente, los trastornos somáticos, los conductuales y los cerebrales producidos por la droga misma (Welson, 1991), tomando como base, situaciones que se presentan con frecuencia en los usuarios de drogas y que conducen a un trabajo interdisciplinario que contempla la evaluación y el tratamiento del paciente adicto mediante la participación de diferentes profesionales (Vallejo, 1988; Kalina 1990; Ortiz, 1992).

Ortiz (1992) sostiene que la evaluación clínica del paciente adicto no resulta sencilla ya que por un lado, el uso de ciertas sustancias modifica el estado de ánimo y por otro, es común que en el abuso y la dependencia se incluyan varios tipos de sustancias, ya sea en forma simultánea o secuencial. Por ambas razones, propone un esquema que incluye dos aspectos principales:

Medidas de orden clínico toxicológico en caso necesario especialmente cuando el paciente se presenta en estado de intoxicación

Semiología clínico dinámica profunda, a través de una historia clínica detallada ya que es necesario tener desde el inicio un panorama de la estructura y dinámica de la personalidad; sus mecanismos defensivos y compensatorios, la modalidad predominante en sus relaciones objetales y los recursos yoicos y familiares con que pueda contarse.

Este autor, insiste además en que, para comprender las características del consumo así como su repercusión sobre el individuo, es esencial investigar la organización psicodinámica de la familia incluyendo sus sistemas de alianza subyacentes así como la presencia de otros miembros adictos. Una buena evaluación clínica debe proveer información acerca de dónde, cuándo y ante qué situaciones y en compañía de quién ocurre el consumo de drogas y sus consecuencias.

Kalina (1990) por su parte menciona circunstancias como: a) la existencia de diferentes tipos de drogas psicotóxicas; b) el hecho de que los pacientes puedan ser usuarios ocasionales o habituales o bien abusadores ocasionales o adictos (abusadores habituales); y c) el que la situación se complique cuando a la condición de adicto se agrega el involucrarse en el tráfico o comercialización de la droga o por la presencia de patologías psíquicas y físicas coexistentes (en especial los casos de doble diagnóstico). En consecuencia plantea que es necesaria una cuidadosa evaluación de cada persona junto con su funcionamiento en un contexto socio-económico familiar, incluyendo su historia personal y los recursos propios con que cuenta para desenvolverse en la vida. Vallejo (1988), por otra parte, agrega la importancia de tomar en cuenta el contexto cultural y hacer un análisis de las características individuales de cada paciente, a la luz de otras circunstancias que aparecen con frecuencia (vgr. deserción, reincidencia, concurrencia sucesiva a varias instituciones, etc.).

Varios autores coinciden en que la evaluación y manejo del paciente requiere de la integración de equipos interdisciplinarios y atribuyen a la historia clínica un valor incuestionable ya que éste centraliza toda la información recabada. La historia clínica evidentemente constituye uno de los instrumentos imprescindibles de recopilación y sistematización de la información del padecimiento, en tanto reúne datos acerca de las características y circunstancias en que se originaron los síntomas, su evolución y los factores que los atenúan o exacerban (Solís, 1991). A pesar de la controversia con respecto a las áreas que deben explorarse y los aspectos que debe contener, el consenso clínico determina profundizar en los factores que han contribuido ya sea como antecedentes del uso y elección de sustancias; como situaciones negativas que exacerban el consumo; o bien como aspectos positivos que apoyan la recuperación o permiten registrar las circunstancias que anticipan las posibles recaídas; por lo cual se reitera la importancia de hacer una historia clínica completa que incluya los ordenes médico, psicológico, familiar y social.

No obstante la Historia Clínica parece ser uno de los pilares de la evaluación es pertinente señalar que la discusión entre clínicos e investigadores, suele centrarse en el uso de métodos y técnicas. Algunos autores sostienen la conveniencia de hacer uso de instrumentos clínicos como las entrevistas estructuradas, porque consideran que en la entrevista clínica se pone en juego la subjetividad, habilidad y experiencia del profesional, mientras que otros prefieren la entrevista porque constituye una situación de comunicación que permite que, el campo psicológico configurado por entrevistador y paciente, se estructure en función de lo expresado por el sujeto que consulta (Siquier de O, 1987).

Además de la Historia Clínica, otros instrumentos de uso habitual que pueden someterse a una crítica en el mismo sentido, son los registros de información que conforman los Expedientes Clínicos. Es común que en las instituciones se diseñen y manejen formatos específicos para recolectar la información de la entrevista, no sólo porque el uso de Expedientes tiene un fundamento legal (S.S., 1981) sino también por razones clínicas. Dado que estos registros contemplan rubros específicos que sirven como guía al entrevistador y que es éste quien transcribe en el formato lo enunciado por el paciente o lo observado por él, aún cuando en los expedientes se consigne el mismo tipo de información para todos los casos, la extensión o completud en el llenado depende, como en el caso de la entrevista, de la experiencia y está sujeto a la subjetividad (Quijano, 1998).

Es bastante obvio que tanto las críticas dirigidas a la entrevista, la historia clínica y los registros de información, como la preferencia por el uso de técnicas objetivas se sustentan en hechos cotidianos de la práctica clínica que no pueden soslayarse, pero ambos puntos de vista pueden y requieren integrarse. Para ello, es necesario que se tomen en cuenta las ventajas que proveen unos y otros (Rousanville, Kosten, Weissman y Kleber, 1980), sin por ello pasar por alto que minimizar las variaciones que se presentan en los expedientes y en la entrevista clínica, no garantiza que se logre un conocimiento pleno del paciente, especialmente si se contempla que en el trabajo clínico se ponen en juego aspectos objetivos y subjetivos que, si se observan y evalúan adecuadamente, proporcionarán la base de un conocimiento integral de la situación previa y actual del paciente.

4.4 EVALUACION DE SUCESOS DE VIDA Y ACONTECIMIENTOS ESTERSANTES

Es indudable que las características de la personalidad y del proceso adictivo son aspectos esenciales a examinar, sin embargo existen riesgos psicosociales cuya influencia actúa como desencadenante o interviene manteniendo el uso de sustancias. En algunos estudios longitudinales, en los que se han identificado factores sociales, ambientales o familiares con razonable consistencia (Kandel, 1978), se indica que existen varias vías que llevan a los adolescentes hacia las drogas y el alcohol (Bry, Mckenon y Pandina, 1982; Gorsuch y Butler, 1976). Así pues, se señala que diversos acontecimientos vividos en el ambiente familiar, social o escolar pueden ser estresantes o no dependiendo de su intensidad. Intensidad que determina de alguna manera su impacto, consecuencias y/o efectos, ya que la trascendencia de un suceso en particular suele valorarse en función de las capacidades personales para reaccionar, enfrentar o adaptarse a las condiciones de vida.

El estrés como una respuesta no específica ante cualquier demanda, aparece especialmente cuando las demandas exceden la capacidad de respuesta adaptativa (Seyle, 1976; Lazarus, 1976). Los estresores, no se refieren exclusivamente a eventos negativos tales como la muerte u otras situaciones de pérdida. Existen acontecimientos importantes

que tienen un efecto organizador y permiten la adaptación (Lazarus, 1980). Por ello, aunque no puede decirse que los individuos sean víctimas del estrés, - puesto que su manera de evaluar los acontecimientos, sus propios recursos y opciones de afrontamiento, es lo que determina la naturaleza de los incidentes que viven, (Lazarus, 1981); - si bien en la vida cotidiana hay eventos estresantes que afectan masivamente y hechos que impactan sólo a algunas personas; unos y otros, generan respuestas variadas en los sujetos.

Dado que cada individuo responde de determinada manera ante las situaciones externas que pondera como amenazantes, el que un suceso sea percibido como estresante, depende de la naturaleza del mismo y de los recursos de cada persona; de sus defensas psicológicas y sus mecanismos de afrontamiento. Así los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que exceden o desbordan los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986), permiten el ajuste o adaptación.

Teniendo presente que en la vida del adolescente coexisten acontecimientos y factores psicosociales cuyo impacto parece tener un rol más prominente en el desarrollo del trastorno adictivo (Kozel, et al., 1991), es fundamental favorecer la evaluación de los sucesos de vida que se enfrentan en lo cotidiano para determinar el grado de influencia y la relación que guardan entre sí. La etiología de los sucesos de vida estresantes, su significado y su relación con la psicopatología observada a través de síntomas físicos y psicológicos (Williams y Uchiyama, 1989), son elementos sustantivos que algunos profesionales sugieren tomar en cuenta para determinar el diagnóstico y el pronóstico. Estas sugerencias provenientes de varias investigaciones en las que se ha intentado establecer la conexión entre estos sucesos y los distintos trastornos psiquiátricos y psicológicos, han mostrado que algunos sucesos conflictivos en niños y adolescentes pueden tener un efecto específico que se manifiesta en trastornos o desórdenes conductuales, entre los cuales se observa precisamente el consumo de sustancias (Sandler, Reynolds, Kleber y Ramírez, 1992).

Aunque la detección de sucesos de vida estresantes es posible a través del autoinforme que el paciente hace en el contexto de la consulta; ha sido del interés de los investigadores elaborar instrumentos objetivos y confiables que apoyen la evaluación. El desarrollo de escalas de sucesos cotidianos para adolescentes iniciado por Coddington, se sostiene en las diferencias que existen entre algunos sucesos con respecto a su impacto, por tanto, el puntaje dado a los sucesos incluidos y su agrupación con base en su contenido y relación con otros factores, ha sido calculado de acuerdo con el peso que tienen los distintos cambios de vida. En algunas investigaciones el valor de los sucesos ha sido determinado a partir de una estimación subjetiva de los acontecimientos cotidianos (Johnson y McCutcheon, 1980; Kaplan, Robin y Martin, 1983; Newcomb, 1981); mientras que en otras se ha asignado como positivo o negativo (Coddington y Troxell, 1980) según las propuestas de los mismos investigadores, para establecer una medida del estrés.

Partiendo de las sugerencias hechas por las investigaciones para el estudio de la relación entre sucesos cotidianos estresantes y psicopatología en los adolescentes, Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben Porath y Kaemmer (1992) elaboraron una forma de Información Biográfica y Sucesos de Vida (similar a la desarrollada por Coddington) para obtener datos demográficos e información de la estructura e historia familiar que permitiera evaluar eventos estresantes ocurridos en los seis meses anteriores al momento de su aplicación.

Ahora bien, partiendo de la base dada por las consideraciones anteriores acerca de la importancia de la evaluación, los instrumentos que en la actualidad se utilizan en la práctica clínica y las asociaciones que se establecen entre la personalidad y el uso de sustancias, es posible hacer notar que aún cuando éste puede concebirse como una patología severa en sí misma, es también factible que algunos adolescentes que atraviesan crisis adaptativas reversibles, se vean involucrados en el uso o abuso de psicotrópicos. Situación más benigna que, en quienes dicho abuso representa algo más que un trastorno neurótico. En estos adolescentes, el consumo es un fenómeno secundario vinculado a los conflictos centrales y puede desaparecer en la medida en que se restaure el equilibrio momentáneamente perturbado (Ortiz, 1992). Por consiguiente, resulta valioso mencionar que la valoración que hace el adolescente de los acontecimientos que vive y el impacto que éstos tienen pueden conducir o bien al uso esporádico de drogas o bien a la utilización habitual pero también pueden haber acontecimientos que no siendo necesariamente negativos puedan, por el contrario, promover la recuperación.

En cualquier caso y en virtud de que algunos de los factores psicosociales relacionados con la iniciación del uso de drogas, según muestran las investigaciones, incluyen situaciones como el bajo rendimiento escolar, las relaciones problemáticas con los padres, la tensión psicológica y la baja autoestima (Kandel, 1973; Newcomb, Huba & Bentler, 1983; Barnes, 1981, Huba, Wingard y Bentler, 1980) aunados al deseo de experimentar sensaciones nuevas e inusuales, es crucial hacer una evaluación fina y precisa de los acontecimientos que tienen relevancia por su impacto positivo o negativo y que influyen en el uso de sustancias, para hacer un balance de los aspectos fallidos, las necesidades y posibilidades del adolescente en vías de proporcionar la orientación o tratamiento adecuado.

4.5 EVALUACION CLINICA DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE

Habiendo presentado un panorama general de ciertas problemáticas del consumo de drogas y de los avatares del diagnóstico médico-psicológico del proceso adictivo en el adolescente, es factible plantear algunos puntos clave sobre los propósitos de la evaluación y los métodos y técnicas pertinentes.

En primera instancia, el consumo de drogas en el adolescente es un trastorno progresivo por lo cual la atención desde el inicio requiere de una aproximación multiprolongada (Margolis, 1995), que tome en cuenta las características del uso de drogas y las razones que motivan la consulta. Debido a que los adolescentes se presentan frecuentemente más por sus problemas de conducta que por los signos propios del consumo es recomendable hacer una evaluación completa que permita identificar el grado de deterioro en su funcionamiento, ya que se ha observado además que conforme se incrementa la dependencia química, el funcionamiento de las diferentes áreas de su vida empeora.

Por otra parte, el espectro de dominio del diagnóstico asociado al uso, abuso y dependencia de sustancias en la adolescencia implica hacer un enlace entre la valoración y los servicios de atención ofrecidos. Situación clínica que amerita contemplar un modelo integral que comprenda diferentes áreas. Así pues, se requiere implementar la valoración de factores individuales, familiares y psicosociales para determinar si los problemas actuales que presenta, se deben al uso de drogas y alcohol y si van en progresión del primer uso a la completa dependencia (Margolis, 1995).

Por cuanto el diagnóstico y el perfil psicológico del adolescente farmacodependiente desde un punto de vista integral se conforma por: la evaluación de las características de la personalidad, los acontecimientos estresantes, la historia personal y las particularidades del proceso adictivo propiamente dicho, así como los aspectos psicopatológicos coexistentes, para los fines de esta investigación se ha considerado pertinente utilizar las principales herramientas propuestas por clínicos e investigadores, a saber, las pruebas psicológicas, los cuestionarios estructurados y las entrevistas diagnósticas, dadas las ventajas que cada una de ellas provee.

De este modo se incluyeron instrumentos objetivos como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes para valorar los rasgos de personalidad y el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida, de Butcher y Williams adaptado por Lucio, Ampudia y Durán, (1996) para identificar factores sociodemográficos y acontecimientos de importancia. Asimismo para conocer el contexto en que se presenta el consumo, se consideraron los datos extraídos de la situación de entrevista, que se sistematizaron en registros clínicos de la Entrevista Inicial, Historia Clínica, Estudio Social y Diagnóstico de Ingreso (C.I.J., 1992) además de la Historia Clínica de Lucio y cols., 1996, para identificar aspectos clave del motivo de consulta, las expectativas terapéuticas planteadas por el adolescente y las situaciones a que atribuye su problemática con las sustancias, así como la prevalencia de conductas o actitudes observadas en el proceso de atención. Dichos instrumentos y técnicas complementarias fueron contemplados ya que se prevé que a través de ellos es posible hacer un análisis cuali-cuantitativo de información relevante de la que pudieran obtenerse datos concluyentes acerca de la interrelación de los diversos factores mencionados.

CAPITULO V

METODOLOGIA

Justificación y Planteamiento del Problema

En la última década se ha observado que los resultados de las investigaciones epidemiológicas permiten proponer alternativas de prevención y que las investigaciones de tipo clínico se han limitado a aspectos como el diagnóstico y/o los diagnósticos asociados o a las posibles razones de las interrupciones, tal y como se establece en los antecedentes revisados. Esto hace evidente la profunda necesidad de abocarse a aspectos más específicos y precisos en la investigación y ahondar en los factores que intervienen o dan cuenta de los hallazgos encontrados hasta ahora.

La comorbilidad diagnóstica tan importante en nuestros días, deja ver que el problema del consumo de sustancias no es sólo de índole social, sino también asistencial y clínico y que se requiere de estudios más intensos y profundos para desarrollar alternativas adecuadas de atención integral.

La importancia del diagnóstico en este sentido no puede aludir exclusivamente al recuento de síntomas que por el consumo devienen criterios adjudicables a un trastorno. Debe extenderse a las características individuales que generan o bien intervienen en el establecimiento de un trastorno, o en su desarrollo.

En el caso de los trastornos relacionados con el uso de sustancias (tal y como se definen en la clasificación norteamericana de las enfermedades mentales), no basta con detectar la presencia del trastorno en sí, porque los criterios con los que se identifica sólo remiten a la distinción entre el abuso y la dependencia independientemente de su gravedad, ni explican el porqué o cómo una parte de la personalidad o la personalidad en su conjunto, actúa para promover o generar tanto el uso de una o más sustancias como la búsqueda de ayuda en un momento dado.

Las características psicopatológicas y la psicodinamia estudiada por ahora, han permitido advertir que en los adolescentes hay conductas de rebeldía, de relativa indiferencia a la escuela, de tolerancia hacia las desviaciones sociales, y existe tolerancia parental al abuso de alcohol y otras drogas (Blum, 1987) con bastante frecuencia; sin embargo la relación entre las características psicopatológicas de la personalidad, la presencia de trastornos relacionados con el uso de sustancias y los factores estresantes que desencadenan, acompañan o producen tanto las características como los trastornos, no han

sido suficientemente abordados y tomados en cuenta para el diseño de los programas de tratamiento, especialmente cuando se sabe que gran parte de los adolescentes que acuden a consulta, lo hacen por presión de los padres o la escuela (Clarac, 1985) y/o no tienen un deseo propio que los lleve a la consulta, o bien desconocen la interacción entre sus propias características y experiencias de vida.

Por lo tanto y, teniendo en mente la interrelación entre los aspectos individuales y los factores externos condicionantes del consumo y de la asistencia a la consulta, podrían plantearse al menos 5 preguntas:

1. ¿En qué medida pueden identificarse características de personalidad, en los adolescentes que abusan o dependen de las drogas, según el tipo de sustancia que consumen?
2. ¿Qué aspectos de la personalidad y qué conductas autorreportadas u observadas en el adolescente, explican o se relacionan con el inicio o el mantenimiento del consumo de drogas?
3. ¿En qué medida se relacionan las características de personalidad y los sucesos de vida estresantes del adolescente con el consumo de sustancias?
4. ¿De qué forma se relaciona el consumo de sustancias y las conductas observadas en los adolescentes con los sucesos de vida estresantes?
5. ¿Qué elementos de la personalidad y qué motivos y expectativas terapéuticas pueden identificarse como factores que favorecen que el adolescente asista a consulta y promueven la remisión o disminución del consumo?

Objetivo General

Con esta investigación se pretendió llegar al conocimiento, descripción y análisis de las características psicológicas de los adolescentes famacodependientes; de los factores asociados a los motivos que los llevaron a solicitar una atención y permanecer en ella o abandonarla; y a detectar las características de la personalidad que revelaban la disponibilidad o rechazo al tratamiento, con el fin de utilizar esta información para proponer líneas de trabajo clínico acordes con dichas características, teniendo presente que un diagnóstico preciso sería la base para formular alternativas promotoras de logros terapéuticos.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los rasgos de personalidad de los usuarios de distintas sustancias y analizar las relaciones entre las sustancias de consumo.
2. Detectar, describir y analizar la relación entre los rasgos de personalidad, el patrón de consumo, así como la relación entre dichos rasgos y los problemas actuales del adolescente que pudieran favorecer su involucración con las drogas.
3. Describir y analizar la relación entre los rasgos de personalidad, los factores sociodemográficos, los sucesos de vida estresantes y el uso de drogas.
4. Describir y analizar la relación entre los sucesos de vida estresantes, el consumo de drogas y los problemas actuales del adolescente.
5. Determinar los rasgos de la personalidad que pudieran favorecer la permanencia en el tratamiento o propiciar logros terapéuticos; y analizar la relación que estos rasgos guardaban con los motivos y expectativas expresados por los adolescentes en la consulta.

Hipótesis Conceptual

Teniendo presente la importancia que tiene el hacer un buen diagnóstico del adolescente farmacodependiente que se apoya en elementos clínicos que muestren la relación entre la personalidad y los factores que posibilitan el tratamiento, es necesario conocer y evaluar en forma fina y precisa los problemas específicos de estos sujetos, por lo cual si se identifican las características de personalidad y los sucesos estresantes de vida, deben también detectarse los factores sociodemográficos asociados con el uso de drogas y analizarse los motivos que sostienen la permanencia en el tratamiento y promueven la supresión del consumo de psicotrópicos; para que de esta forma se puedan proponer líneas de trabajo terapéutico acordes.

Hipótesis de Trabajo

1. Los rasgos de personalidad son diferentes dependiendo de la sustancia principal de uso.
2. Existen rasgos de personalidad y conductas o problemas actuales que se correlacionan entre sí de manera significativa para iniciar o mantener el consumo.
3. Las características de personalidad se relacionan significativamente con los sucesos de vida estresantes y el patrón de consumo.

4. Existe relación entre el patrón de consumo, los problemas actuales del adolescente y los sucesos de vida estresantes.
5. Los rasgos de personalidad del adolescente se relacionan significativamente con los motivos que los llevan a la consulta y sus expectativas sobre el tratamiento.

Variables

De acuerdo con el objetivo general de proponer líneas de trabajo terapéutico para los adolescentes farmacodependientes con base en el conocimiento de sus características psicológicas y los factores asociados con los motivos que los llevan a la consulta y favorecen la permanencia, en esta investigación se llevó a cabo un estudio multivariado de un grupo de adolescentes farmacodependientes para describir y analizar la relación entre sus rasgos de personalidad, factores sociodemográficos; sucesos de vida estresantes y el tipo de drogas que utilizaban para detectar, de qué manera influían todos estos elementos en su disponibilidad al tratamiento.

En consecuencia, y tomando en cuenta que las variables que se miden, controlan y estudian se basan en indicadores (Pick, 1986), la interacción de los diferentes factores considerados en esta investigación se realizó mediante un análisis cuantitativo y cualitativo

Análisis Cuantitativo

Comprendió la interrelación de las variables a partir del análisis estadístico de los datos:

1. Descripción de las características de la personalidad del grupo de farmacodependientes estudiado
2. Descripción de los rasgos de personalidad de los adolescentes de acuerdo a la sustancia ilícita principal de consumo
3. Análisis de las diferencias de personalidad que existen entre los usuarios de las sustancias ilícitas principales de consumo.
4. Análisis de la relación entre los rasgos de personalidad; el patrón de consumo y los problemas actuales (diagnóstico).
5. Análisis de la relación entre los rasgos de personalidad y los sucesos de vida estresantes.

6. Análisis de la interacción entre las variables intermedias (rasgos de personalidad) y las variables externas (sucesos de vida estresantes); la información clínica y las conductas de autorreporte.

Análisis Cualitativo

7. Descripción de los rasgos de personalidad de los adolescentes según el tipo de sustancia ilícita que consumen.
8. Interpretación Clínica

Comprende la descripción e interpretación clínica de los datos obtenidos con los diferentes instrumentos para explicar el perfil psicológico del adolescente farmacodependiente a partir de los rasgos de personalidad; los factores que favorecen la permanencia en el tratamiento y propician logros terapéuticos.

Además del análisis mencionado las variables se clasificaron de la siguiente manera:

- Variables Clasificadoras: Factores Sociodemográficos:
- Variables Intermedias: Rasgos de Personalidad
- Variables Externas: Sucesos de Vida Estresantes; Información Clínica y Conductas de Autorreporte

Definición de Variables

Adolescentes Farmacodependientes. Se refiere a la conducta patológica caracterizada por el consumo de sustancias psicotrópicas.

Variables Clasificadoras

Factores Sociodemográficos: Es el conjunto de variables relacionadas con las características socioeconómicas y etnográficas de la población a estudiar. Se dividen en: Nivel Socioeconómico y Composición Familiar.

1. **Nivel socioeconómico:** Son variables que representan el estatus social: educación de los padres; ocupación; ingreso mensual familiar; tipo de vivienda; número de personas que viven en la casa; número de personas por dormitorio; número de automóviles y

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

aparatos electrodomésticos básicos que poseen; así como si cuentan con servidumbre en casa.

2. **Composición Familiar:** Son las características de la estructura familiar y de la relación entre los sujetos de estudio y los integrantes de la familia (padre, madre, hermanos, abuelos u otros). Las variables que incluye fueron: quien es el jefe de familia, problemas presentados en el matrimonio; estado civil de los padres; número de matrimonios de los padres; número de hermanos; lugar que ocupa entre los hermanos, y con quién vive.

Variables Intermedias

Conforman los procesos psicológicos internos no observables directamente. Supone un conjunto de procesos funcionales que permiten hacer inferencias sobre las supuestas características de la conducta (Ampudia, 1998).

Rasgos de Personalidad: Se refiere a las predisposiciones únicas o personales para responder a distintos hechos externos como si realmente fueran idénticos. Los rasgos dan continuidad a la experiencia y sentido al mundo externo en función de las características e intenciones particulares de un individuo (Dana, 1972).

Los rasgos a considerar fueron los siguientes:

Rasgos Hipocondriacos, Rasgos Depresivos, Rasgos Histéricos, Rasgos Antisociales, Rasgos Paranoides, Rasgos Esquizoides, Rasgos Hipomaniacos, Ansiedad, Obsesividad, Depresión, Preocupación por la Salud, Alienación, Pensamiento Delirante, Enojo, Cinismo, Problemas de Conducta, Baja Autoestima, Aspiraciones Limitadas, Incomodidad en Situaciones Sociales, Problemas Familiares, Problemas Escolares, Rechazo al Tratamiento.

Variables Externas

Sucesos de Vida Estresantes: Son sucesos o situaciones estresantes que un sujeto evalúa como significativas para su bienestar o debido a que sobrepasan sus propios recursos. No se refiere exclusivamente a eventos negativos como la muerte u otras situaciones de pérdida, ya que existen acontecimientos importantes que tienen un efecto organizador (Lazarus, 1980). Los eventos estresantes se consideran precursores de trastornos físicos y psicológicos y existen correlaciones significativas entre los acontecimientos y las medidas de salud y enfermedad, trastornos psicológicos y accidentes. El estrés en los adolescentes está relacionado de manera importante con niveles más bajos de salud y de funcionamiento psicológico (Newcomb, Huba & Bentler, 1981).

Estos sucesos se evaluaron a partir de las respuestas dadas por los adolescentes a un listado de situaciones que se consideraban ESTRESANTES que bien podían ser positivos o benéficos y por tanto preservar o generar bienestar o sensaciones placenteras, o bien acontecimientos negativos o dañinos que provocaban sentimientos de amenaza, enojo, desilusión, miedo o ansiedad; sobre los cuales cada adolescente ponderó sus efectos positivos o negativos, según su criterio. Estos sucesos se agrupaban a las áreas: familiar, escolar, social, sexualidad, logros y fracasos, salud, problemas de conducta y recursos económicos.

Información Clínica y Conductas de Autoreporte. Son el conjunto de datos observados o explorados en la consulta. Incluyeron las conductas referidas a problemas actuales del comportamiento adolescente. La Información Clínica se remite a aspectos relacionados con el uso de drogas y las Conductas de Autoreporte se refieren a aspectos relacionados con la sintomatología y otros involucrados con el consumo que corresponden a condiciones clínicas.

Para la recuperación de estos datos se hizo la revisión de los registros clínicos de Entrevista Inicial; Historia Clínica, Estudio Social y Diagnóstico al Ingreso del Expediente Clínico de las Unidades de Tratamiento participantes en la investigación, y se solicitó el llenado del formato de Historia Clínica de Lucio y cols. (1996) a los terapeutas responsables de los pacientes. Todo ello con la finalidad de codificar la información sobre conductas o problemas observados y contrastar el diagnóstico y uso de sustancias reportados por los adolescentes y los detectados en la consulta por parte de los terapeutas. Cabe hacer notar que se consideró el uso de ambas Historias Clínicas para obtener información confirmatoria y complementaria.

Información Clínica: Conforman aspectos relacionados con el uso de drogas en dos sentidos de observación: el patrón de consumo y condiciones en que se llega a la consulta; y la situación clínica del adolescente en términos de las conductas que lo caracterizan; ambos se describen a continuación:

Patrón de Consumo y Condiciones de la Consulta: a su vez se subdivide e integra por 4 situaciones específicas. 1. Patrón de consumo o situación actual; 2. Antecedentes del consumo; 3. Condiciones de la Consulta; 4. Diagnóstico de Ingreso.

1. Patrón de Consumo de Sustancias:

Se refiere a los siguientes aspectos: sustancia ilícita principal de consumo; la frecuencia de uso; tipo de consumo; número de sustancias de consumo; 2ª Sustancia de abuso; dependencia a una 3ª sustancia y uso de alcohol. Con estos aspectos se abarca un panorama general de la situación adictiva.

Sustancia ilícita principal de consumo: Se consideraron las siguientes: Cocaína, Inhalables, Cannabis, Anfetaminas, Alucinógenos, Fenilciclidina, Opiáceos, Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos y Otras Sustancias (conocidas o desconocidas). Especialmente las tres primeras, constituyen el patrón usual en el área metropolitana (C.I.J., 1997)

Tipo de Consumo: Se consideraron las condiciones de Abuso y Dependencia, que aluden a criterios establecidos en el DSM IV. Opera para la sustancia ilícita principal de consumo.

Número de Sustancias de Consumo: Se refiere a cuántas sustancias utiliza, tomando en cuenta sólo las ilícitas.

2ª. Sustancia de Abuso: Se refiere a otra sustancia, además de la principal, de la cual el adolescente abusa. Se considera cualquier sustancia ilícita de las mencionadas con anterioridad.

Dependencia a una 3ª Sustancia: Se refiere al uso de una tercera sustancia con la cual se ha establecido dependencia, además de la principal.

Uso de Alcohol: Se refiere al uso actual de alcohol concomitante al consumo de sustancias ilícitas al momento de la consulta. Se considera el grado de involucración en la actualidad bajo las siguientes categorías: ausencia de uso; uso ocasional, posible abuso, abuso y dependencia.

2. *Antecedentes del Consumo*

Edad de Inicio del Consumo: Se refiere a la edad que tenía el adolescente cuando probó drogas por primera vez. Regularmente se investiga la edad de inicio por cada sustancia consumida hasta el momento de la primera consulta.

Droga de Inicio: Se refiere a cual fue la sustancia con la cual se involucró inicialmente. Se consideraron sólo sustancias ilícitas: Cocaína, Inhalables, Cannabis, Anfetaminas, Alucinógenos, Fenilciclidina, Opiáceos, Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos y Otras Sustancias (conocidas o desconocidas).

Evolución del Consumo: Se refiere al lapso de consumo de las principales sustancias usadas por el adolescente. En esta investigación se consideraron como datos primordiales las sustancias ilícitas, aunque usualmente las primeras sustancias con que el adolescente suele experimentar son alcohol y tabaco (Ortiz, 1992)

Motivo de Consumo: Se refiere a las razones que el adolescente atribuye como causa de su uso o relación con las drogas.

3. *Condiciones de la Consulta*

Siendo importante que el adolescente se encuentre recibiendo servicios de Diagnóstico o Tratamiento en alguna de las Unidades de Tratamiento en Consulta Externa de Centros de Integración Juvenil A. C.; condición necesaria que aseguraba que se contara con toda la información del Expediente Clínico y datos de la Historia Clínica de Lucio, y cols. (1996), en este aspecto se integraron los principales elementos relacionados con el hecho de acudir a la consulta, a sabiendas de que muchos de los pacientes que acuden al servicio no portan una demanda, ya que ésta generalmente la plantea uno de los familiares (Cruz y Quijano, 1992).

Asistentes a la Consulta: Se refiere a quien (es) acude (n) con el adolescente a solicitar la consulta.

Motivo de Consulta: Son las razones por las cuales se solicita atención; los factores internos (paciente o familia) o externos (instituciones educativas o represivas) que determinan la asistencia del paciente o su familia a la consulta (CIJ., 1992)

Expectativas Terapéuticas o de Tratamiento: Se refiere a lo que se espera lograr con la asistencia a la consulta o al tratamiento.

4. *Diagnóstico de Ingreso:*

Se refiere al registro clínico de los diagnósticos concomitantes al abuso o dependencia considerados por los terapeutas, para el Eje I del DSM IV. Se considera el número de diagnósticos y los principales trastornos comórbidos identificados con mayor frecuencia.

Comorbilidad Psiquiátrica: Se refiere a los trastornos psiquiátricos relacionados con las categorías diagnósticas establecidas en la CIE 10 o DSM IV. Para la codificación se tomaron en cuenta las siguientes: Otros problemas que pueden ser objeto de atención; Trastornos de inicio en la adolescencia; Trastornos del estado de ánimo; Trastornos relacionados con el uso de sustancias; y Trastornos de la Personalidad¹. Cabe destacar que cada una de las categorías anteriores, se integra por diferentes trastornos y que en este renglón se determina la primera condición clínica comórbida.

Otra Comorbilidad: Se refiere al segundo diagnóstico comórbido, de acuerdo con las categorías arriba mencionadas.

Formas de Uso de las Sustancias: Se refiere a diferentes formas de uso de las sustancias que se distinguen en grupos con características propias y un manejo particular de dichas sustancias por parte del consumidor. Estas formas remiten al lugar que tiene la droga en la vida del adolescente. De acuerdo con la forma en que se

¹ La nomenclatura de los trastornos corresponde al DSM IV

relaciona con ella, se dividieron en 4 grupos: experimentadores, sociales, funcionales y disfuncionales (CEMEF, 1976).

1. *Experimentadores*: Son usuarios que toman drogas por simple curiosidad.
2. *Sociales u ocasionales*: Son quienes consumen drogas solamente cuando están en un grupo. El consumo tiene por finalidad pertenecer a un grupo, rebelarse contra valores sociales establecidos o resolver problemas pasajeros.
3. *Farmacodependientes Funcionales*: Son aquellos usuarios que necesitan tomar drogas para funcionar en sociedad. Se trata de personas que han creado una dependencia tal a la droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad y sólo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga.
4. *Farmacodependientes Disfuncionales*: Son personas que han dejado de funcionar en sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirlas y consumirlas.

Problemas Actuales (Conductas más Frecuentes): Situación Clínica del Adolescente. Se refiere a patrones de conductas más frecuentes, que tienen que ver en especial con la forma de responder a diversas situaciones. Estas conductas pueden haber sido referidas por los padres o detectadas por el terapeuta en la entrevista. Se consideró un listado extraído de la Historia Clínica de Lucio y cols. (1996) que incluye los 24 problemas siguientes:

Acting Out/ Conducta irresponsable, Arrebatos de Ira/ Pleitos; Conducta de Oposición, Fugarse de la Casa; Uso/Abuso de drogas, Impulsividad, Conducta Hiperactiva/ Sobreactividad, Aislamiento, Pocas destrezas sociales, Problemas de Identidad, Baja autoestima, Depresión, Ideas /Intenciones de suicidarse, Tensión /Nerviosismo, Quejas somáticas, Vagancia/ Evitar ir a la escuela, Bajos logros académicos, Asuntos y problemas relacionados con la familia, Problemas alimenticios, Conducta delirante, Experiencias sensoriales delirantes, Procesos de pensamiento /Alucinaciones delirantes, Dificultades para concentrarse, Otros problemas.

Conductas de Autoreporte

Se incluyen los aspectos involucrados con las drogas que corresponden a diversas condiciones clínicas, entre las cuales se encuentran aquellas conductas que tienden a minimizar o a exagerar situaciones o problemas de comportamiento asociadas o responsables del consumo.

Ansiedad, Represión, Alcoholismo, Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o Drogas, Tendencia a Problemas con el Alcohol y/o Drogas e Inmadurez

Muestra

Para esta investigación se seleccionó una muestra propositiva por cuota, ya que se pretendió el estudio de una población específica y la inclusión de los sujetos se hizo mediante el método de muestreo por conveniencia, en virtud de que aún cuando todos los adolescentes farmacodependientes que se encontraban en tratamiento, tenían la misma probabilidad de participar en el estudio, no fueron elegidos estrictamente al azar, dadas las condiciones clínicas prevalecientes en cada caso.

En tanto los pacientes se encontraban en el curso del tratamiento, el momento de derivación para la aplicación de las pruebas varió, ya que por tratarse de población clínica era necesario respetar el *timing* del paciente de acuerdo con su plan de tratamiento y objetivos terapéuticos.

Se trabajó con 63 adolescentes con diagnósticos de farmacodependencia (abuso y dependencia a una o varias sustancias) que se encontraban recibiendo servicios de tratamiento en la fase diagnóstica o en las modalidades de tratamiento individual, o de grupo en las Unidades de Tratamiento en Consulta Externa Norte y Poniente de Centros de Integración Juvenil A.C., ubicadas en las delegaciones de Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc.

Sujetos

Se incluyeron 63 adolescentes varones entre 14 y 18 años, que habían consumido una o más sustancias psicotrópicas. Las sustancias reportadas por los pacientes fueron principalmente: cocaína, cannabis e inhalables, además del uso de alcohol y nicotina.

La escolaridad promedio fue secundaria. Los pacientes se encontraban cursando los grados de 1° a 3° de secundaria y de 1° a 3° de bachillerato.

El estrato socioeconómico al que pertenecían era medio bajo y bajo

Todos se encontraban recibiendo servicios de tratamiento ambulatorio en las Unidades de Tratamiento mencionadas.

Criterios de inclusión: Se consideraron principalmente el sexo (masculino) y la edad (14 a 18 años). Se incluyeron sólo pacientes varones debido a que, alrededor de un

89.4 % de la población que asiste para recibir servicios de tratamiento en Centros de Integración Juvenil son varones y sólo un 10.6 % son mujeres. La razón entre hombres y mujeres es de 8 hombres por cada mujer; y el rango de edad de ingreso predominante se ubica entre los 15 y 19 años (CIJ, 1998).

Criterios de exclusión: No se integraron a la muestra los pacientes que expresaron voluntariamente su deseo de no participar.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio ex-post-facto debido a que las condiciones de consumo de sustancias, nivel socioeconómico y la asistencia a consulta preexistían a la investigación.

Asimismo se trató de un estudio clínico de tipo descriptivo, dada la pretención de describir las características más importantes en torno a la aparición, frecuencia y desarrollo de las diferentes variables; vgr. los rasgos de personalidad, los sucesos de vida y los factores sociodemográficos; y se consideró exploratorio, puesto que no existen estudios previos que den cuenta de las relaciones entre las variables que se propusieron y por lo tanto esta investigación sería una primera aproximación al tema con fines de sondeo para poder hacer la propuesta y planteamientos específicos en torno a nuevos estudios sobre tratamiento.

Mediante el estudio se pretendió llegar a la descripción de los rasgos de personalidad de los 63 adolescentes con diagnóstico de abuso y dependencia a sustancias como cocaína, cannabis, inhalables y alcohol que estaban en tratamiento en las Unidades antes citadas. Se pretendió también la descripción de las situaciones más importantes en torno a los factores sociodemográficos y condiciones de vida estresantes; así como explicar la relación entre estas variables.

Se efectuó un estudio de campo, porque se llevó a cabo en el medio natural de los sujetos, es decir, en las instalaciones donde acuden normalmente a la consulta y se extrajeron datos directamente con los pacientes y de los registros clínicos de entrevista que forman parte de los Expedientes Clínicos resguardados en las Unidades de Atención.

Diseño del Estudio

El diseño fue de una sola muestra por los objetivos de la propia investigación y el interés en describir las relaciones entre las variables, para hacer el análisis, ya que se requería conocer aspectos de la población en su totalidad, en vista de que sólo se trataba de

establecer las relaciones entre las características de cada uno de los adolescentes, en función de su propio perfil de personalidad y sus condiciones de vida. Se planteó una sola aplicación debido a que se hizo un corte transversal por la importancia de estudiar a los sujetos en su situación actual.

Instrumentos

Para llevar a cabo la medición de las diferentes variables planteadas se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A), el Cuestionario de Información Biográfica y Cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes, (Lucio, Ampudia y Durán, 1996) así como los Registros Clínicos del Expediente Clínico de las Unidades de Tratamiento, además del formato de Historia Clínica de Lucio y cols. (1996) de acuerdo a lo siguiente:

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) versión al español, por ser un instrumento confiable para la valoración de los adolescentes (Lucio, 1996), dado que este Inventario ha sido la prueba de personalidad más utilizada tanto en el ámbito clínico como en el área de investigación. Se consideró este instrumento especialmente porque permite distinguir entre normalidad y patología, además de ser viable la versión para adolescentes por ofrecer las siguientes ventajas:

- a) proporciona un amplio espectro de información acerca de los rasgos y características de personalidad
- b) constituye una forma de evaluación que incluye aspectos del desarrollo y expresión de psicopatología
- c) es la prueba psicológica más utilizada en contextos clínicos e investigación de psicopatología porque posee características necesarias para medir alteraciones en adolescentes

Este instrumento que contiene calificaciones y puntuaciones para los rangos de edad de 14 a 18 años, consta de 478 reactivos expresados en forma de aseveraciones, que se encuentran contenidos en un cuadernillo. Los reactivos exclusivos para los adolescentes y los que corresponden a las 10 escalas básicas, se ubican en los primeros 350 reactivos y los puntajes de las escalas F1, F2, F, INVAR e INVER, así como los correspondientes a las escalas de contenido y suplementarias se obtienen al contestar el total de la prueba. (Lucio, 1998). El cuadernillo que puede ser autoadministrado en forma individual o grupal, se acompaña de una hoja de repuestas individual para lectura óptica.

El MMPI-A valora aspectos psicopatológicos y rasgos de personalidad a través de diversos tipos de escalas. Las 8 escalas clínicas tradicionales permiten identificar rasgos de

personalidad y psicopatología. Las 7 escalas de validez permiten evaluar el grado de aceptabilidad de los patrones de respuesta para las escalas básicas e identificar los grupos de respuesta que invalidan la prueba. Existen además otros 2 tipos de escalas: de Contenido que valoran características como Ansiedad, Obsesividad, Depresión, Preocupación por la Salud, Pensamiento Delirante, Alienación, Enojo, Cinismo, Problemas de Conducta, Baja Autoestima, Aspiraciones Limitadas, Incomodidad en Situaciones Sociales, Problemas Familiares, Problemas Escolares y Rechazo al Tratamiento y las Escalas Suplementarias, que valoran aspectos tales como Ansiedad, Depresión, Alcoholismo de Mac Andrew, Reconocimiento de Problemas con el Alcohol y/o Drogas; Tendencia a Problemas con el Alcohol y/o Drogas; e Inmadurez.

Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida para adolescentes (Lucio, Ampudia y Durán, 1996). Se aplicó para obtener información demográfica y datos sobre la estructura familiar, la ocupación de los padres, el lugar de residencia e historia familiar.

Con la forma de Sucesos de Vida desarrollada por Butcher y Williams y adaptada por Lucio, Ampudia y Durán (1996) se evaluaron los acontecimientos estresantes ocurridos seis meses antes de la situación de prueba, con lo cual se identificaron los factores que contribuyen al problema psicopatológico de los adolescentes que se incorporaron al estudio.

Registros Clínicos del Expediente Clínico de las Unidades de Tratamiento (de Centros de Integración Juvenil A.C.) Se revisaron los registros de entrevistas del Expediente Clínico de los pacientes. Se consideraron los 4 siguientes: Entrevista Inicial, Historia Clínica, Estudio Social y Diagnóstico al Ingreso, de los cuales se extrajo la información clínica relativa a diversos aspectos relacionados con el uso de drogas: el patrón de consumo de sustancias; los antecedentes de consumo; la demanda de tratamiento (condiciones de la consulta); y el diagnóstico del Eje I del DSM IV, formulado a su ingreso.

Finalmente el formato de Historia Clínica de Lucio, y cols. 1996, se utilizó primordialmente para identificar y corroborar las conductas más frecuentes observadas por los terapeutas y registradas en el Expediente Clínico, como síntomas asociados a la farmacodependencia.

Procedimientos

Para identificar y analizar la relación existente entre las características de personalidad de los adolescentes farmacodependientes; los factores asociados al consumo; los motivos de consulta y los rasgos de personalidad promotores de la permanencia en el tratamiento y la supresión del consumo, se realizó un trabajo en dos etapas: a) Información b) Aplicación

En la primera etapa, es decir en la de Información, se presentó el proyecto a los equipos de trabajo a fin de que conocieran los objetivos de la investigación y se definieran los mecanismos de derivación de los pacientes ya que la aplicación de instrumentos implicaba un tiempo adicional a las consultas regulares programadas por las Unidades y porque siendo población clínica era necesario hacer dicha derivación respetando el encuadre del tratamiento y la decisión del paciente. Por otra parte era importante dar a conocer a los terapeutas la forma en que este proyecto se integraría a sus actividades cotidianas y el cómo se haría el reporte estadístico, a fin de no interferir con el registro de acciones que se lleva normalmente en la Institución donde se llevó a cabo.

Esta presentación se llevó a efecto a través de una reunión en la que se convocó a los dos equipos de trabajo de las Unidades participantes. Se presentaron los aspectos metodológicos del proyecto y se solicitó que definieran tiempos y fechas de aplicación, considerando que en un periodo de 8 a 12 meses se reuniera la muestra; así como el control que se llevaría para las aplicaciones, para afectar lo menos posible la organización interna de su trabajo.

Segunda Etapa.

La aplicación de los instrumentos se llevó a efecto en las instalaciones de las dos Unidades de Centros de Integración Juvenil, A.C. ubicadas en las delegaciones Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc, en pequeños grupos en los que se reunían de 4 a 10 pacientes como máximo. Las derivaciones se hicieron respetando el criterio de los terapeutas responsables de los casos, con respecto al tiempo, para evitar interferencias desfavorables en el proceso de tratamiento.

Dado que se establecieron fechas de aplicación, ésta se llevó a cabo una vez por mes. En cada sesión de aplicación se comunicó a los pacientes el objetivo y el encuadre de trabajo de esa sesión, señalando que se les darían dos instrumentos. Se dieron las instrucciones correspondientes y se hizo el llenado de los datos de identificación en las hojas de respuesta, de manera conjunta. Se inició con el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida y posteriormente se procedió a la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) versión al español para adolescentes (Lucio, 1998) dando un descanso de 15 minutos entre uno y otro instrumento. En algunos casos, la aplicación fue individual por razones de tipo clínico, pero se siguió el mismo procedimiento de explicación y llenado de ficha de identificación, así como de tiempo de descanso.

Simultáneamente a la aplicación de los dos instrumentos, se fue haciendo la revisión de los registros clínicos. Se solicitaron los expedientes de todos los pacientes para recabar la información de las entrevistas llevadas a cabo con cada paciente. En algunos casos se hicieron dos revisiones para poder contar con los datos necesarios sobre los motivos de

consulta, patrones de consumo, circunstancias de inicio, expectativas terapéuticas, diagnóstico, conductas frecuentes, etc.

Toda esta información se anotó y concentró en una cédula. Posteriormente se hizo la codificación y cuantificación para iniciar el análisis estadístico.

Tratamiento Estadístico

Se llevo a cabo un análisis de los datos a través del Paquete Estadístico SPSS/PC para las Ciencias Sociales.

Se utilizó la Estadística Descriptiva obteniendo la frecuencia y porcentaje de Edad, escolaridad, promedio escolar; así como de las variables clasificatorias: Factores Sociodemográficos. Nivel Socioeconómico y Composición Familiar; de las Variables Externas: Información Clínica (Aspectos Relacionados con el Uso de Drogas: Patrón de Consumo de Sustancias; Antecedentes; Condiciones de las Consulta; Diagnóstico de Ingreso y Problemas Actuales); y Sucesos de Vida Estresantes con la finalidad de ver como se distribuía la muestra .

Se calcularon las medidas de tendencia central, es decir, los puntajes de la Media y la Desviación Estándar, de cada una de las Escalas Clínicas; las Escalas de Validez; las Escalas de Contenido y las Escalas Suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) versión al Español para adolescentes, de cada uno de los sujetos de la muestra, para obtener el perfil de personalidad y saber las características y rasgos de personalidad de la muestra de adolescentes estudiados.

Se calcularon también los puntajes de la Media y la Desviación Estándar, de cada una de las variables externas, es decir, de la Información Clínica incluyendo los diversos aspectos relacionados con el uso de las sustancias: Patrón de Consumo de Sustancias; Antecedentes; Condiciones de las Consulta; Diagnóstico de Ingreso y Problemas Actuales; y de cada uno de los Sucesos de Vida Estresantes.

Dado el interés de analizar la relación entre las diferentes variables, se utilizaron técnicas paramétricas y no paramétricas para:

1. Conocer en qué medida se correlacionaban los rasgos de personalidad de los adolescentes con el tipo de sustancia ilícita principal de consumo.

2. Diferenciar los rasgos de personalidad de los usuarios de sustancias y analizar las relaciones entre éstos y las principales drogas de consumo.
3. Identificar los aspectos de la personalidad y las conductas autorreportadas u observadas en el adolescente, que favorecieran que se involucrara con las drogas, para describir y analizar la relación entre ambos y explicar como se relacionaban con el origen del uso de drogas y el patrón de consumo.
4. Establecer la relación entre las características de personalidad, los sucesos de vida estresantes del adolescente y el patrón de consumo, para describir y analizar sus interconexiones.
5. Identificar los elementos de la personalidad que favorecían que el adolescente asistiera a consulta y promovían la remisión o disminución del consumo y su relación con los motivos y expectativas terapéuticas expresados por los adolescentes.

Tomando en cuenta que el objetivo final del estudio fue contar con elementos que permitieran describir y analizar los rasgos de personalidad y sus variaciones en función de los factores sociodemográficos, los sucesos de vida estresantes, el consumo de drogas y el diagnóstico, este tipo de análisis posibilitaría obtenerlos.

CAPITULO VI

ANALISIS DE RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue llegar al conocimiento, descripción y análisis de las características psicológicas de los adolescentes famacodependientes; de los factores asociados a los motivos que los llevaban a solicitar una atención y permanecer en ella o abandonarla, para con ello, detectar las características de la personalidad reveladoras de su disponibilidad o rechazo al tratamiento. Por tal motivo y con la intención de utilizar esta información para proponer líneas de trabajo terapéutico acordes con el diagnóstico y características de los pacientes, se hizo el análisis descriptivo de los datos a través del Paquete Estadístico SPSS/PC para Ciencias Sociales realizando las siguientes pruebas estadísticas.

1. Se utilizó la Estadística Descriptiva y se obtuvo la frecuencia y porcentajes de las variables de: edad, escolaridad, promedio escolar; sociodemográficas incluyendo el nivel socioeconómico y composición familiar; así como de la información clínica concerniente al consumo de sustancias y condiciones de la consulta de los adolescentes estudiados, en sus diversos aspectos (patrón de consumo, evolución, condiciones de la consulta; diagnóstico de ingreso y problemas actuales) y de las calificaciones obtenidas para los reactivos del Cuestionario Sucesos de Vida Estresantes con el fin de mostrar la distribución general de la muestra.
2. Se obtuvieron las medidas de tendencia central, tales como los puntajes de la media y desviación estándar de la información clínica, los aspectos sociodemográficos, los sucesos de vida estresantes. Posteriormente se calculó la media y desviación estándar de cada una de las Escalas Clínicas; las Escalas de Validez; las Escalas de Contenido y las Escalas Suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-A de los sujetos para obtener el perfil de personalidad general y conocer las características y rasgos de personalidad de la muestra de adolescentes, a partir de las calificaciones T Lineal y Uniforme del instrumento. Así también se obtuvo el perfil por tipo de droga.
3. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para observar las diferencias entre los rasgos de personalidad para cada tipo de droga de consumo, es decir, entre consumidores de cocaína, marihuana y e inhalables.
4. Se aplicó la prueba estadística Correlación de Pearson para establecer las relaciones entre las variables clínicas relativas al patrón de consumo y condiciones de la consulta y los rasgos de personalidad.

5. Se aplicó la prueba estadística Correlación de Pearson para establecer las relaciones entre las variables clínicas relativas a los problemas actuales observados en los adolescentes y sus rasgos de personalidad.
6. Se aplicó la prueba estadística Correlación de Spearman para analizar y describir la relación entre los rasgos de personalidad y los sucesos de vida estresantes detectados como significativos.
7. Se realizó la prueba de Correlación de Pearson para describir y analizar la relación entre los sucesos de vida estresantes, el consumo de drogas y los problemas actuales de los adolescentes.

6.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Para observar la distribución de las diferentes variables, en esta investigación se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes de la información obtenida con los diversos instrumentos, en el siguiente orden:

- a) variables de edad, escolaridad y promedio escolar.
- b) aspectos sociodemográficos, considerando el nivel socioeconómico y la composición familiar, mediante las calificaciones obtenidas en los reactivos del Cuestionario Sociodemográfico.
- c) variables de información clínica, obtenida de los registros que conforman los Expedientes Clínicos (Entrevista Inicial, Historia Clínica, Estudio Social, Diagnóstico de Ingreso) agrupada en 4 aspectos: patrón de consumo, antecedentes del consumo, condiciones de la consulta y diagnóstico de ingreso; además de los problemas actuales explorados en la Historia Clínica de Lucio y cols. (1996).
- d) calificaciones obtenidas en cada uno de los reactivos del Cuestionario de Sucesos de Vida Estresantes.

En dicho análisis se encontraron los siguientes resultados:

EDAD Y NIVEL ESCOLAR

Tabla 1

Edad de la muestra de adolescentes

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
14	7	11.2
15	14	22.2
16	20	31.7
17	13	20.6
18	9	14.3
Total	63	100.0

En el análisis de frecuencias y porcentajes que se presenta en la Tabla 1 se observa que la edad promedio del grupo de adolescentes varones estudiados, fue de 16 años (31.7%) y puede apreciarse también que la mayor parte de quienes conformaron la muestra, tenían entre 15 (22.2%) y 17 años (20.6%).

Con relación a la escolaridad, se tomó en cuenta el grado que cursaban y su promedio de calificaciones, lo cual se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 2

Grado Escolar y Promedio Escolar de la muestra de adolescentes

GRADO ESCOLAR		Frecuencia	Porcentaje	PROMEDIO	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	1°	11	17.5	10	1	1.6
	2°	12	19.0	9	2	3.2
	3°	22	34.9	8	15	23.8
Preparatoria	1°	9	14.3	7	35	55.5
	2°	8	12.7	6	9	14.3
	3°	1	1.6	Reprobado	1	1.6
Total		63	100.0	Total	63	100.0

Los resultados de esta tabla muestran que la mayoría de los adolescentes asistía a la escuela secundaria, siendo el 3° de secundaria el grado de estudios que más prevalece (34.9%). Aún cuando existen en menor proporción estudiantes de preparatoria el 14.3% de ellos cursaba el 1er. Año y sólo el 12.7 % el 2° de bachillerato.

Por lo que concierne al promedio, como puede observarse, la mayoría de ellos ha obtenido 7 de calificación (55.5%).

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Para conocer la distribución de los aspectos sociodemográficos que se integraron por el nivel socioeconómico y la composición familiar, se realizó el análisis de frecuencias y porcentajes del Cuestionario Sociodemográfico de la siguiente forma:

Nivel Socioeconómico

Para su exploración se recolectaron datos sobre: educación y ocupación de los padres, ingreso mensual, tipo de vivienda, número de personas que habitan en la casa, el número de personas que ocupan un mismo dormitorio y el número de autos con que cuentan. Los resultados al respecto fueron los siguientes:

Escolaridad y Ocupación de los padres

Se consideraron los niveles de educación básica (primaria y secundaria o escuela técnica) así como de enseñanza superior para el padre y la madre, tal y como aparece en la siguiente tabla.

Tabla 3

Escolaridad de los padres de la muestra de adolescentes

PADRE		NIVEL ESCOLAR	MADRE	
Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
25	39.7	Primaria	25	39.7
17	27.0	Secundaria	20	31.7
7	11.1	Preparatoria	6	9.5
5	7.9	Licenciatura Inc.	2	3.2
5	7.9	Licenciatura.	6	9.5
2	3.2	Posgrado	2	3.2
2	3.2	Sin datos	2	3.2
63	100.0	Total	63	100.0

Los resultados de esta tabla muestran que el porcentaje más alto en cuanto a la educación de las figuras parentales, corresponde al nivel de primaria tanto para el padre

(39.7%) como para la madre (39.7%), seguido de la escolaridad secundaria en la que se observa en mayor proporción en la madre (31.7%) con respecto al padre (27.0%); y preparatoria que se presenta en orden inverso, es decir, en mayor proporción en el jefe de familia (11.1%) y menor en la madre (9.5%). Los estudios profesionales y de posgrado en ambos padres los porcentajes son bajos.

Con respecto a la ocupación, se incluyeron las 5 categorías de empleo siguientes para ambos padres: obrero, empleado, profesionista, comerciante y actividades del hogar. Estas se distribuyeron como sigue:

Tabla 4

Ocupación de los padres de la muestra adolescente

PADRE		TIPO DE EMPLEO	MADRE	
Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
13	20.6	Obrero(a)	5	7.9
24	38.1	Empleado (a)	16	25.4
10	15.9	Profesionista	8	12.7
14	22.2	Comerciante	8	12.7
1	1.6	Acts. Del Hogar	26	41.3
1	1.6	Sin datos	-	-
63	100.0	Total	63	100.0

Se observa que la principal ocupación desempeñada por el padre es empleado (38.1%); seguido de comerciantes (22.2%) obreros (20.6%) profesionistas (15.9%) y en menor porcentaje dedicados a actividades en el hogar (1.6%); a diferencia de las ocupaciones de la madre que se distribuyen en las mismas categorías bajo el siguiente orden: el 41.3% se dedica a actividades del hogar, el 25.4% son empleadas, el 12.7% corresponde respectivamente a comerciantes y profesionistas y sólo un 7.9% trabajan como obreras (Tabla 4).

Tipo de Vivienda

Otras variables de índole socioeconómica, fueron el tipo de vivienda, el número de personas que viven en la casa y cómo se distribuyen en cada dormitorio, para lo cual se indagó si habitaban en vecindad, departamento, casa sola o cuarto; cuántas personas vivían en la casa y ocupaban el mismo cuarto para dormir. Los resultados de esta indagación aparecen en las tablas siguientes:

Tabla 5

Tipo de Vivienda de la muestra de adolescentes

VIVIENDA	Frecuencia	Porcentaje
Vecindad	5	7.9
Departamento	13	20.6
Casa sola	43	68.3
Cuarto	2	3.2
Total	63	100.00

Tabla 6

Número de personas que habitan en la casa y número de personas por dormitorio, muestra de adolescentes

VIVEN EN CASA	Frecuencia	Porcentaje	PERSONAS POR DORMITORIO	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 2	7	11.1	1	19	30.2
3-4	15	23.8	2-3	36	57.1
5-6	27	42.9	4-5	7	11.1
7-8	4	6.3	Sin datos	1	1.6
9-10	4	6.3			
11 ó más	6	9.6	Total	63	100.0
Total	63	100.0			

Con relación al tipo de vivienda, mostrado en la Tabla 5 se observa que en su gran mayoría habitan o en casa sola (68.3%) o bien en departamento (20.6 %); en el que viven aproximadamente de 5 a 6 personas (42.9%), o de 3 a 4 (23.8 % de los casos). Al analizar el número de personas que ocupan un mismo dormitorio, se observó que en un 57.1% utilizan un dormitorio para 2 a 3 personas, que un 30.2% usan una habitación por persona y que sólo en el 11.1% comparten la habitación entre 4 ó 5 (Tabla 6). Así pues se deduce que las familias de los adolescentes de la muestra tienen entre 3 y 6 integrantes y que en su mayoría comparten el dormitorio.

Ingreso Mensual

El último aspecto socioeconómico considerado fue el ingreso mensual familiar y el número de automóviles que poseen, lo cual se muestra en la tabla a continuación.

Tabla 7

**Ingreso Mensual y número de automóviles con que cuentan,
muestra de adolescentes**

INGRESO MENSUAL	Frecuencia	Porcentaje	NUM. DE AUTOS	Frecuencia	Porcentaje
			1	16	25.4
600 a 1200	35	55.5	2	6	9.5
1201 a 1800	16	25.4	3	5	7.9
1801 a 4800	8	12.7	4	1	1.6
4801 a 9600	3	4.8	Ninguno	35	55.6
Sin Datos	1	1.6			
Total	63	100.0	Total	63	100.0

El análisis de porcentajes con respecto al ingreso mensual, mostró que el porcentaje más alto se ubica en el salario entre \$600 y \$1200; asimismo que el 55.5% de las familias de los adolescentes no cuentan con ningún automóvil, que el 25.4% con uno y en mínima proporción con más de uno.

Composición Familiar

La composición familiar como un segundo aspecto sociodemográfico, se investigó a través de puntos que atañen a la organización familiar entre los cuales tomaron en cuenta: quién es el jefe de familia, el tipo de problemas en el matrimonio, el número de veces que los padres han contraído matrimonio y su estado civil, así como el número de hermanos del adolescente, el lugar que éste ocupa entre sus hermanos y con quién vive. Los diversos aspectos de la composición familiar se presentan en las tablas 8 a 12 que aparecen a continuación.

Organización Familiar

Se tomó en cuenta primeramente quien funge como jefe en la familia y cuáles son los principales problemas que se existen entre los padres, encontrando los resultados siguientes:

Tabla 8

Jefe de familia y Problemas en el matrimonio, muestra de adolescentes

JEFE DE FAMILIA	Frecuencia		PROBLEMAS ENTRE LOS PADRES	Frecuencia	
		Porcentaje			Porcentaje
Padre	38	60.3	Divorcio	5	7.9
Madre	19	30.2	Separación	18	28.6
Abuelo	3	4.7	Peleas	14	22.2
Tío	2	3.2	Golpes	4	6.4
Padrastro	1	1.6	Sin problemas	20	31.7
			Sin datos	2	3.2
Total	63	100.0	Total	63	100.0

Como puede observarse, en el 60.3% de los casos el padre es el jefe de familia y en menor porcentaje (30.2%) es la madre quien funge como tal. En relación a los problemas que se han presentado en los padres durante su matrimonio, se consideraron 5 categorías: divorcio, anulación, separación, peleas, golpes y la ausencia de problemas, encontrando que ésta última categoría fue en la que se detectó el mayor porcentaje, ya que el 31.7% de los adolescentes reportaron que entre sus padres no existen problemas. El 28.6% de los padres están separados y en el 22.2% de los casos se reportan peleas, tal y como se observa en la tabla anterior.

Independientemente de los problemas indagados, otro aspecto familiar explorado fue la situación civil de los padres, para la cual se consideró también el número de veces que uno y otro han contraído matrimonio.

Tabla 9

Número de veces que los padres han contraído matrimonio, muestra de adolescentes

PADRE		NO. DE MATRIMONIOS	MADRE	
Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
19	30.2	Ninguno	26	41.3
34	54.0	Uno	33	52.4
8	12.6	Tres	4	6.3
1	1.6	Cuatro		
1	1.6	Sin datos		
63	100.0	Total	63	100.0

Tabla 10

Estado civil de los padres, muestra de adolescentes

ESTADO CIVIL	PADRE		ESTADO CIVIL	MADRE	
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Casado	39	61.9	Casada	32	50.8
Divorciado	3	4.7	Divorciada	6	9.5
Viudo	-	-	Viuda	1	1.6
Separado	10	15.9	Separada	12	19.0
Unión libre	9	14.3	Unión libre	8	12.7
Sin datos	2	3.2	Madre soltera	4	6.4
Total	63	100.0	Total	63	100.0

En cuanto al número de veces que los padres de los adolescentes han contraído matrimonio, se reporta que para la mayoría ha sido sólo una vez tanto para el caso de la madre (52.4%) como del padre (54%); y con respecto a su Estado Civil se observa que la mayor parte de ellos están casados; una pequeña proporción están separados y una minoría viven en unión libre.

Número de Hermanos

Adicionalmente a la situación civil parental, se indagó el número de hermanos y el lugar que el adolescente ocupaba entre ellos, observando lo siguiente:

Tabla 11

Número de hermanos y lugar que ocupa entre ellos, muestra de adolescentes

NUM. DE HERMANOS	Frecuencia	Porcentaje	LUGAR QUE OCUPA	Frecuencia	Porcentaje
1	15	23.8	Hijo único	6	9.5
2-3	27	42.9	El mayor	23	36.6
4-5	13	20.6	De los de en medio	12	19.0
6-7	2	3.2	El menor	22	34.9
8 ó más	6	9.5	Total	63	100.0
Total	63	100.0			

Con respecto al número de hermanos del adolescente y el lugar que éste ocupa entre ellos, puede verse que en su mayoría tienen de 2 a 3 hermanos (42.9%) siendo en gran parte de los casos o bien el hijo mayor (36.6%) o bien el menor (34.9%). Sólo un 9.5% de los adolescentes son hijos únicos y un 3.2% reportaron tener de 6 a 7 hermanos.

Como último aspecto relacionado con la composición familiar de los adolescentes, se investigó con quien viven lo cual se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 12
Con quien vive el adolescente

VIVE CON	PADRE		MADRE		ABUELOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	38	60.3	56	88.9	12	19.0
No	25	39.7	7	11.1	50	79.4
Sin Datos					1	1.6
Total	63	100.0	63	100.0	63	100.0
VIVE CON	PADRASTRO		MADRASTRA		OTROS PARIENTES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	9.5	1	1.6	17	27.0
No	56	88.9	61	96.8	46	73.0
Sin Datos	1	1.6	1	1.6		
Total	63	100.0	63	100.0	63	100.0

Analizando los datos anteriores, puede apreciarse que la mayor parte de ellos viven con su familia de origen, ya que los porcentajes más altos corresponden a la cohabitación con las figuras parentales y abuelos. Aún cuando no se precisa en cuantos casos residen ambos con el adolescente, se observa que casi todos viven con la madre, ya que el 88% así lo refirió. Con respecto al padre el 60.3% reportó vivir con éste y sólo el 19.0% con los abuelos. Al indagar sobre la residencia con otros parientes, o bien con el padrastro o madrastra, se encontró que el número de casos en esta condición es mínima pues únicamente 6 registraron tener padrastro (9.5%) y solamente 1 madrastra (1.6%).

Finalmente en cuanto a la residencia con otros parientes, que abarca el vivir con los hermanos o tíos, sólo se presentó esta condición en el 27% de los casos.

INFORMACION CLINICA

Siendo el uso de psicotrópicos el elemento común compartido por los adolescentes que integraron la muestra de este estudio, a continuación se describe el análisis de frecuencias y porcentajes de la información que revela su situación clínica.

Dado que la información clínica contiene además de los datos recabados directamente con los pacientes, las observaciones de los terapeutas que los atienden, cabe hacer notar que con ambas fuentes se obtuvo una visión general del grupo, en torno a dos cuestiones centrales: el Patrón de consumo de sustancias y las condiciones de la consulta; y los Problemas actuales concomitantes a la condición del uso, abuso o dependencia presentados por los adolescentes.

Patrón de Consumo de Sustancias y Condiciones de la Consulta

Para analizar este punto, se consideró pertinente subdividir la información en 4 aspectos relacionados con el uso de las sustancias, ya que además de la situación del consumo como tal, se indagaron los antecedentes del uso, los motivos y expectativas de la consulta y el diagnóstico de ingreso determinado por el terapeuta. Por otra parte, para examinar el patrón, se sondearon tanto el uso de sustancias lícitas (alcohol) e ilícitas; como algunos otros datos acerca de la frecuencia de uso, además de situaciones de importancia sobre el tiempo de evolución del consumo y los motivos atribuidos al inicio de la condición adictiva.

A continuación se presentan las tablas y el análisis de los resultados de cada uno de los aspectos indagados.

Patrón de Consumo de Sustancias

Tabla 13

Sustancia Ilícita Principal de Consumo y Tipo de Consumo, muestra de adolescentes

SUSTANCIA DE CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje	TIPO DE CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje
Cocaína	29	46.0	Abuso	25	39.7
Inhalables	21	33.3	Dependencia	38	60.3
Mariguana	13	20.7			
Total	63	100.0	Total	63	100.0

En los adolescentes estudiados se observaron como sustancias principales de consumo, la cocaína en 29 casos (46%); los inhalables en 21 casos (33.3%) y la marihuana en 13 casos (20.7%), cuyo uso frecuente deriva en un mayor porcentaje de casos de adicción, en comparación con los casos de abuso ya que en el 60.3% se cumplieron los criterios diagnósticos de dependencia y en el 39.7% los concernientes a la categoría diagnóstica de abuso.

Independientemente de este patrón, se observó que en una tercera parte de los casos existe una 2ª o 3ª sustancia de la cual se abusa o se depende. No obstante son pocos, en dichos casos se registró el consumo de cocaína (5 de abuso = 7.9% y 6 de dependencia = 9.5%); marihuana (7 de abuso = 11.1%; y 7 de dependencia 11.1%) e inhalables (1 de abuso = 1.6% y 2 de dependencia = 3.2%) principalmente y el uso de barbitúricos y anfetaminas en menor proporción (Ver Tabla 14).

Aunque la mayor parte de los adolescentes reportaron consumir una sola sustancia (33 casos = 52.4%) aproximadamente la mitad del grupo estudiado se conformó por poliusuarios en los que se detectó el uso de entre dos y cuatro sustancias, ya que alrededor de 30 casos, que equivale a un porcentaje acumulado de un poco más del 47% reportó dicha situación (Tabla 15).

Tabla 14

**2ª Sustancia de Abuso y Dependencia a una 3ª Sustancia,
muestra de adolescentes**

2ª SUSTANCIA DE ABUSO			DEPENDENCIA A UNA 3ª SUSTANCIA		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Sin abuso	49	77.8	Sin dependencia	45	71.4
Barbitúricos	1	1.6	Barbitúricos	2	3.2
Marihuana	7	11.1	Marihuana	7	11.1
Inhalables	1	1.6	Inhalables	2	3.2
Cocaína	5	7.9	Cocaína	6	9.5
			Anfetaminas	1	1.6
Total	63	100.0	Total	63	100.0

Tabla 15

**No. de sustancias ilícitas de consumo,
muestra de adolescentes**

CANTIDAD DE SUSTANCIAS	Frecuencia	Porcentaje
Una sustancia	33	52.4
Dos sustancias	21	33.3
Tres sustancias	8	12.7
Cuatro Sustancias	1	1.6
Total	63	100.0

No obstante el consumo de sustancias ilícitas, se encontró que el uso de alcohol, se presenta en gran número de casos, por ende se indagó el grado de consumo considerando las categorías de no uso, uso ocasional, posible abuso, abuso y dependencia.

Tabla 16

Uso y consumo de alcohol, muestra adolescentes

GRADO DE CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje
No uso	11	17.5
Uso Ocasional	20	31.7
Posible Abuso	5	7.9
Abuso	19	30.2
Dependencia	8	12.7
Total	63	100.0

La tabla nos muestra que la mayoría de los adolescentes presenta consumo de alcohol en grados que van del uso ocasional a la dependencia. Puesto que sólo un 17.5% reportó no usarlo, se deduce que el porcentaje acumulado de los casos que consumen sustancias lícitas e ilícitas simultáneamente, es de un poco más del 80%. Como puede apreciarse en el 31.7% de los adolescentes se reportó el uso ocasional; en el 30.2% se identificó como sustancia de abuso y en menor proporción se consideró el diagnóstico de dependencia al alcohol (12.7%).

Antecedentes del Consumo

Dado que la situación actual de consumo clínicamente depende de su evolución, se indagaron los antecedentes del consumo tomando en cuenta la edad en que comenzó el uso de drogas, la droga de uso inicial, el tiempo de uso previo a la asistencia a consulta y los motivos a los que se atribuye. Los datos obtenidos al respecto se presentan a continuación:

Tabla 17

**Edad de inicio del consumo de sustancias,
muestra de adolescentes**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
12 años	5	7.9
13 años	4	6.3
14 años	19	30.2
15 años	22	34.9
16 años	9	14.3
17 años	3	4.8
18 años	1	1.6
Total	63	100.0

Por lo que se refiere a la edad de inicio, se observa que la mayor parte de los adolescentes tenían 14 (30.2%) ó 15 años (34.9%) cuando probaron por primera vez sustancias ilícitas. En pocos casos se identificó el comienzo en edades más tempranas (5 casos a los 12 años) y más tardías (3 casos a los 17 años = 4.8% y 1 caso a los 18 años = 1.6%).

Aunque las sustancias con que se inició el uso de drogas, coinciden con las del consumo actual y su distribución sigue el mismo orden, ya que el 39.7% de los casos comenzó con cocaína, el 36.5% con inhalables y el 23.8% con marihuana (tal y como se presenta en la Tabla 18), existe una ligera diferencia en el número de casos y porcentajes reflejados en el patrón detectado al momento de la consulta y el referido como inicial. Por otra parte y a pesar de tal coincidencia, es probable que el alcohol haya sido la primera sustancia utilizada.

Tabla 18

Droga de inicio del consumo, muestra de adolescentes

SUSTANCIA	Frecuencia	Porcentaje
Cocaína	25	39.7
Inhalable	23	36.5
Mariguana	15	23.8
Total	63	100.0

Los porcentajes arriba señalados parecen concordar con 2 últimas situaciones: la evolución del consumo y sus motivos. Con respecto a la primera, es decir el tiempo que llevan consumiendo sustancias adictivas, se consideró un lapso mínimo de menos de 3 meses y un máximo mayor a 5 años, cuya distribución se presenta en la tabla 19.

Tabla 19

**Evolución del Consumo, muestra de adolescentes
(Tiempo entre su inicio y la primera consulta)**

PERIODOS	Frecuencia	Porcentaje
≥ 3 meses	15	23.8
De 3 a 6 meses	6	9.5
De 6 a 11 meses	20	31.7
Entre 1 y 2 años	13	20.6
Entre 2 y 3 años	2	3.2
Entre 3 y 4 años	4	6.4
Entre 4 y 5 años	2	3.2
5 años o más	1	1.6
Total	63	100.0

El consumo más breve encontrado, fue menor o igual a 3 meses, en el cual hubieron 15 casos (23.8%); el más prolongado fue mayor a 5 años de uso, en el que se encontró un solo caso (1.6%). Los dos lapsos de uso mayormente reportados en la consulta fueron los rangos de 6 a 11 meses de consumo, en el que aparecen 20 casos que equivalen al 31.7% y el rango entre uno y dos años, donde se registraron 13 casos (20.6%).

Finalmente en torno a los motivos a los cuales se atribuye el consumo de las sustancias, cabe señalar que, aún cuando casi la mitad de los adolescentes no refirió ningún motivo, lo cual se observó en el 41.3% de los casos; la curiosidad fue la razón más comúnmente señalada (31.7%), seguida de la influencia de otros (11.1%) como un factor responsable del inicio del consumo. (Tabla 20)

Tabla 20

**Motivos atribuidos al inicio del consumo,
muestra de adolescentes**

MOTIVO DE CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje
Por curiosidad	20	31.7
Por influencia de otros	7	11.1
Por insistencia de los amigos	5	7.9
Para olvidarse de sus problemas	2	3.2
Porque se la robaron	1	1.6
Otros Motivos	2	3.2
No sabe	26	41.3
Total	63	100.0

Condiciones de la Consulta

Debido a que el grupo de adolescentes estudiado se encontraba recibiendo servicios de tratamiento, se estimaron 2 cuestiones sustantivas: en primera instancia las condiciones en que se presentaron a la consulta (demanda de tratamiento) y en segundo término el diagnóstico que se estableció en su ingreso.

Con respecto a la primera, es decir, la demanda de tratamiento, se indagó quienes acompañaron al adolescente a la primera consulta, dada la común asistencia de algún familiar, que se observa con frecuencia en los servicios terapéuticos. Así también, se identificaron los motivos para acudir a tratamiento y las expectativas sobre éste, a partir de lo señalado por él o sus familiares en la primera consulta. Los datos relativos a estos aspectos se exponen en las tablas 21 y 22.

Tabla 21

Asistentes a la primera consulta, muestra de adolescentes

ACOMPAÑANTE	Frecuencia	Porcentaje
Acude solo	2	3.2
Padre	4	6.4
Madre	36	57.1
Padre y madre	15	23.8
Padres y hermanos	4	6.3
Hermanos	1	1.6
Otros	1	1.6
Total	63	100.0

Tabla 22

Motivos de consulta y expectativas de los adolescentes con respecto al tratamiento, muestra de adolescentes

MOTIVOS	Frecuencia	Porcentaje	EXPECTATIVAS	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento y Rehabilitación	10	15.8	Dejar de drogarse	28	44.4
Ayuda	1	1.6	Recibir atención especializada	15	23.8
Por Consumo	19	30.2	Mejorar relaciones familiares	3	4.8
Fue descubierto	18	28.6	Mejorar conducta social	1	1.6
Insistencia de los padres	1	1.6	Que sea productivo	3	4.8
Enviado por la escuela	1	1.6	No acepta tener problemas	2	3.2
Se sospecha del consumo	2	3.2	No expresa una demanda	11	17.4
Por haber recaído	1	1.6	Total	63	100.0
Otros	10	15.8			
Total	63	100.0			

En la tabla 21 se observa que en la primera consulta la presencia de la madre fue la condición más frecuente ya que en más de la mitad de los casos (57.1%) el adolescente fue acompañado por ésta a la consulta. Aunque la asistencia de ambos (padre-madre) se aprecia en menor cantidad (23.8%) es importante señalar que en un alto porcentaje de casos fueron precisamente los padres quienes estuvieron presentes en la consulta y sólo en mínima cuantía o bien acudieron otros familiares; o bien asistió el adolescente solo (3.2%).

En relación con la demanda de tratamiento, se identificaron 3 principales razones para acudir a la consulta, las cuales fueron en orden de importancia: el consumo (30.2%) el haber sido descubiertos (28.6%) y el interés de recibir tratamiento y rehabilitación (15.8%). Así también algunos adolescentes acudieron por insistencia de los padres (1.6%) otros por haber sido enviados por la escuela (1.6%) y algunos más porque en la familia se sospechaba de su consumo (1.6%).

Por lo que respecta a las expectativas, puede verse que los 2 motivos más importantes fueron: el deseo expreso de dejar de consumir (44.4%) y el interés de recibir atención especializada (23.8%). Otros motivos identificados con menor frecuencia fueron: mejorar las relaciones familiares (4.8%) mejorar su conducta social (1.6%); y el deseo que los padres tienen (esperanza) de que el adolescente se vuelva productivo y estudioso (4.8 %). Curiosamente en un 17.4 % de los adolescentes no se identificó ninguna expectativa.

Diagnóstico de Ingreso

Del hecho de recibir servicios de tratamiento el diagnóstico de ingreso, es la consecuencia lógica de la exploración del patrón de consumo y sus antecedentes al momento de la consulta. Por consiguiente, para determinarlo se estimaron dos últimos elementos: la comorbilidad y el lugar que la sustancia ocupa en la vida del adolescente, es decir, cómo se involucra con ella de acuerdo a los escenarios donde la usa.

Así pues, además de las condiciones de Dependencia y Abuso, señaladas anteriormente, se tomó en cuenta la comorbilidad psiquiátrica, tanto en número como en tipo de trastornos concomitantes, entre los cuales se incluyeron 5 categorías diagnósticas: Trastornos de inicio en la adolescencia; trastornos del estado de ánimo; trastornos relacionados con el uso de sustancias; trastornos de personalidad y otros problemas que pueden ser objeto de atención.

Cabe hacer notar que por la edad de los adolescentes, el diagnóstico de trastornos de personalidad no procede como tal, pero curiosamente los rasgos de personalidad paralelos a la condición adictiva, fueron señalados en gran medida por los terapeutas.

Las condiciones de número y tipo de trastornos comórbidos se integran a continuación en las tablas 23 y 24.

Tabla 23

Número de diagnósticos de comorbilidad reportados por los terapeutas, muestra de adolescentes

NO. DE DIAGNÓSTICOS	Frecuencia	Porcentaje
Sin diagnóstico	25	39.6
Un diagnóstico	18	28.6
Dos diagnósticos	17	27.0
Tres diagnósticos	3	4.8
Total	63	100.0

Aún cuando se puede observar que en la mayoría de los casos se reporta sin diagnóstico de comorbilidad (39.6%), cabe mencionar que hubo un total de 38 casos en los que se detectó alguna condición psiquiátrica de la siguiente manera: en 18 casos (28.6%) se registró un diagnóstico; en 17 (27%) dos y finalmente en 3 casos más (4.8%) hasta tres diagnósticos múltiples.

El tipo de trastornos para la primera y segunda condición clínica comórbida, presentada a continuación, consigna la distribución de los 38 casos en que se registraron más de una categoría diagnóstica, entre las cuales se reportan las siguientes:

- Otros problemas que pueden ser objeto de atención
 - Problemas de Relación
 - Problemas Paterno - filiales
 - Problemas de Relación entre Hermanos
 - Problemas Académicos
- Trastornos de inicio en la adolescencia
 - Trastorno Negativista Desafiante
 - Trastorno de la comunicación
- Trastornos del estado de ánimo
 - Trastorno Distímico
- Trastornos relacionados con el uso de sustancias
 - Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias
- Trastornos de personalidad
 - Rasgos de personalidad Antisocial, Narcisista, Histriónico, Por Evitación o Por Dependencia

Tabla 24

Primera y Segunda Condición Comórbida, muestra de adolescentes

TRASTORNO	1ª COMORBILIDAD		2ª COMORBILIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin Diagnóstico	25	39.6	43	68.3
Problemas de Relación o Académicos	1	1.6	11	17.5
Negativismo Desafiante	2	3.2	5	7.9
Trastorno Distímico	3	4.8	4	6.3
Trastorno de Ansiedad	2	3.2		
Rasgos de Personalidad	30	47.6		
Total	63	100.0	63	100.0

Como puede observarse en la tabla anterior, gran parte de los adolescentes presentan alguna comorbilidad ya que en 38 de ellos se obtuvo al menos un segundo diagnóstico cuya distribución es la siguiente: el 47.6% se reportó con diagnóstico de rasgos patológicos de personalidad antisocial, narcisista, histriónicos, por evitación o por dependencia; el 4.8% con trastornos del estado de ánimo específicamente depresión o distimia; el 3.2% con trastornos de ansiedad asociado al consumo específico de la sustancia, el 3.2% con negativismo desafiante y el 1.6 % restante con problemas de relación o académicos.

Aún cuando en un 68.3 % no se reportó una segunda comorbilidad psiquiática, en los 20 casos en que sí se registraron de 2 a 3 trastornos, se refirieron las siguientes condiciones clínicas en orden de importancia: 17.5 % con problemas de relación o académicos; 7.9% con negativismo desafiante y 6.3 % con distimia.

Como puede observarse las tres condiciones principales de comorbilidad se ubican en relación a rasgos de personalidad y a situaciones relacionadas con la depresión y el oposicionismo, éste último relacionado en muchas ocasiones con los rasgos de personalidad antisocial o propiamente al trastorno antisocial que suele atribuirse a los usuarios de sustancias.

Analizando los resultados, puede verse que adicionalmente al uso de sustancias, los porcentajes parecen revelar la triada: rasgos de personalidad - depresión - oposicionismo como característica diagnóstica en los adolescentes de la muestra; no obstante hay también

una gran incidencia de problemas de relación o académicos que son objeto de atención terapéutica.

Como elemento de importancia diagnóstica aunado a la comorbilidad, se contempló finalmente la forma en que se vincula el adolescente con las sustancias, esto es, las formas en que las consume y como consecuencia de ello, el lugar que éstas ocupan en su vida. Para consignar esta información se tomó como base una clasificación propuesta por CEMEF que designa 4 tipos de usuario: experimentador, social, funcional y disfuncional.

Tabla 25

**Forma de Uso de las Sustancias - Tipo De Usuario -
muestra de adolescentes**

TIPO DE USUARIO	Frecuencia	Porcentaje
Experimentador	11	17.5
Social	16	25.4
Funcional	29	46.0
Disfuncional	7	11.1
Total	63	100.0

Con base en esta tabla, llama la atención el alto porcentaje de casos de adolescentes funcionales (46.0%), es decir, que toman las drogas para funcionar en la sociedad; en comparación con aquellos que usan las drogas reportadas en forma experimental por curiosidad (17.5%) y social (25.4%), esto es, que la consumen cuando están en grupo o para pertenecer a él.

Aunque se observa una menor proporción de usuarios que han dejado de funcionar socialmente y dedican la mayor parte de su tiempo a conseguir las sustancias (11.4%), es significativo el hecho de que estos 7 adolescentes se hayan involucrado considerablemente, dadas las implicaciones que esto tiene.

Problemas Actuales (Conductas más Frecuentes)

La coexistencia de los diagnósticos de abuso o dependencia a las sustancias y la comorbilidad psiquiátrica que presentan los adolescentes, clínicamente se reflejan en conductas cuya observación permite a los terapeutas identificar y definir propiamente el diagnóstico. Para analizar algunas de las conductas que se observan con regularidad, este último aspecto de la información clínica de la muestra estudiada, incluyó la exploración de

24 problemas actuales relacionados con diferentes áreas cuya frecuencia de aparición se muestra en la tabla 26:

Tabla 26

Problemas actuales identificados por los terapeutas, muestra de adolescentes

PROBLEMAS (CONDUCTAS SINTOMATICAS)	No se presentó		Sí se presentó	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Acting Out /Conducta irresponsable	25	38.7	38	60.3*
Arrebatos de ira y pleitos	33	52.4	30	47.6
Conducta de oposición	34	54.0	29	46.0
Fugarse de casa	43	68.3	20	31.7
Uso/Abuso de Drogas	12	19.0	63	100.0*
Impulsividad	38	60.3	25	39.7
Conducta Hiperactiva	43	68.3	20	31.7
Aislamiento	45	71.4	18	28.6
Pocas destrezas sociales	38	60.3	25	39.7
Problemas de identidad	53	84.1	10	15.9
Baja Autoestima	27	42.9	36	57.1*
Depresión	35	55.6	28	44.4
Ideas/Intenciones de suicidarse	57	90.5	6	9.5
Tensión/Nerviosismo	36	57.1	27	42.9
Quejas somáticas	56	88.9	7	11.1
Vagancia/Evitar ir a la escuela	30	47.6	33	52.4*
Bajos logros académicos	21	33.3	42	66.7*
Problemas familiares	18	28.6	45	71.4*
Problemas alimenticios	49	77.8	14	22.2
Conducta delirante	62	98.4	1	1.6
Experiencias sensoriales delirantes	62	98.4	1	1.6
Procesos de pensamiento delirantes	63	100.0		
Dificultades de concentración	54	85.7	9	14.3
Otros problemas	54	85.7	9	14.3

* Porcentajes mayores al 50%

Como puede observarse los 9 problemas encontrados en la mayoría de los adolescentes estudiados se presentaron en el siguiente orden de importancia: 63 casos con Uso de drogas (100.0%); 45 casos Problemas familiares (71.4%); 42 casos Bajos logros académicos (66.7%); 38 casos Acting Out/ Conducta irresponsable (60.3%); 36 casos Baja Autoestima (57.1%); Vagancia (52.4%); 30 casos Arrebatos de ira y pleitos (47.6%); 29 con conducta de oposición (46.0%) y 28 con Depresión (44.4%). Así también se puede

apreciar que la conducta delirante y las experiencias sensoriales delirantes fueron observadas en un mínimo grado, ya que ambas se encontraron sólo en un caso.

Analizando estos resultados es evidente que estas conductas sintomáticas (problemas actuales) observadas por los terapeutas son las que definen los principales diagnósticos múltiples referidos anteriormente.

CUESTIONARIO DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES

Para el análisis del cuestionario de Sucesos de Vida Estresantes para adolescentes, conformado por 70 reactivos que exploran diferentes áreas se obtuvieron frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos, de acuerdo con el reporte dado por cada adolescente, al elegir el efecto positivo, negativo, neutro (es decir, sin ningún efecto en él) de los sucesos enlistados, ocurridos en el lapso de los 6 meses previos a la aplicación, y/o bien al señalar que dicho acontecimiento no ocurrió.

Dado que sólo en 21 sucesos se refirieron efectos positivos o negativos considerables, los restantes 49 se excluyeron del análisis por no haber sido relevantes en cuanto a su ocurrencia.

Las áreas correspondientes y el número de sucesos contemplados en cada una para su análisis fueron los siguientes:

AREA	NUMERO DE SUCESOS
Familiar	2
Escolar	7
De Logros y Fracasos	2
De la Salud	2
De la Sexualidad	1
Social	4
Económica	1
De Problemas de conducta	2

Las frecuencias y porcentajes de estos 21 sucesos y su clasificación aparecen en la tabla 27.

Tabla 27

Sucesos de Vida Estresantes, muestra de adolescentes

REACTIVOS POR AREA	Positivo		Negativo		Neutro		No Ocurrió	
	F	%	F	%	F	%	F	%
AREA FAMILIAR								
56 Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá)			20	31.7	11	17.5	32	50.8
103 Mejoraron mis relaciones con mi familia	31	49.2*	2	3.2	6	9.5	24	38.1
AREA ESCOLAR								
50 Empecé la secundaria o preparatoria	28	44.4*	6	9.5	6	9.5	23	36.5
64 Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo	1	1.6	16	25.4	10	15.9	36	57.1
65 Me expulsaron de la escuela o de algún curso	4	6.3	20	31.7*	4	6.3	35	55.6
76 Problemas en la escuela con algún (os) maestros			17	27.0*	11	17.5	35	55.6
80 Reprobé o repetí un año escolar	5	7.9	25	39.7*	2	3.2	31	49.2
97 Reprobé un examen o un curso importante	2	3.2	20	31.7			41	65.1
105 Mejoré mi promedio escolar	13	20.6	1	1.6	1	1.6	48	76.2
AREA DE LOGROS Y FRACASOS								
102 Tuve un logro personal sobresaliente	25	39.7*	1	1.6	3	4.8	34	54.0
92 Tuve una desilusión amorosa	3	4.8	13	20.6*	11	17.5	36	57.1
AREA DE LA SALUD								
61 Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	34	54.0*	1	1.6	7	11.6	21	33.3
75 Bajé mucho de peso	2	3.2	16	25.4*	9	14.3	36	57.1
AREA DE SEXUALIDAD								
71 Tuve relaciones sexuales por primera vez	14	22.2*	3	4.8	9	14.3	37	58.7
AREA SOCIAL								
47 Mejoraron mis relaciones con otras personas	30	47.6*	4	6.3	12	19.0	17	27.0
78 Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros	23	36.5*	16	25.4	4	6.3	20	31.7
88 Empecé a tener novia	24	38.1*	1	1.6	11	17.5	27	42.9
90 Me dieron permiso de salir con un muchacho (a) por primera vez	13	20.6	3	4.8	7	11.1	40	63.5
AREA ECONOMICA								
94 Empecé a trabajar medio tiempo	18	28.6	4	6.3	2	3.2	39	61.9
AREA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA								
82 Me suspendieron de la escuela			16	25.4	5	7.9	42	66.7
84 Tomé drogas o alcohol	6	9.5	46	73.0*	5	7.9	6	9.5

* Porcentajes más relevantes

A simple vista puede apreciarse que el área que concentra el mayor número de sucesos estresantes es la escolar y en las que se registraron menos fueron las áreas de sexualidad y económica. Así también puede observarse que de los 21 sucesos considerados, las áreas familiar, escolar, de la salud y social son las que remiten a mayor número de casos en los que se connotó un efecto positivo, ya que en éstas se identificaron 5 acontecimientos cuyos porcentajes más altos se ubican en dicha condición. Por el contrario, en el área de problemas de conducta, se presentó 1 sólo suceso (tomé drogas o alcohol) en el que se observó el porcentaje más alto de todos, siendo valorado como un acontecimiento de efectos negativos.

En el análisis de las diferentes áreas en que se clasificaron los sucesos, puede observarse lo siguiente:

Area Familiar

En el área familiar, destacan dos sucesos por su contraste positivo y negativo. Los desacuerdos con los padres, que ocurre 31 casos de los cuales en 20 (31.7%) se percibe como un acontecimiento negativo; y la mejoría en las relaciones con los familiares que se reportó en 31 casos en los que por el contrario se valoró como un acontecimiento de efecto positivo (49.2%)

Area Escolar

Los siete sucesos más importantes que comprenden esta área corresponden a las categorías logros y problemas. En torno a la primera, los logros como el haber iniciado la secundaria o preparatoria y el haber mejorado el promedio escolar, fueron valorados en 28 (44.4%) y 13 (20.6%) casos respectivamente como acontecimientos positivos, aunque en un amplio porcentaje de casos ambos eventos no se presentaron en los 6 meses previos a la investigación.

Por lo que se refiere a los problemas del ámbito escolar, cabe destacar que situaciones tales como la reprobación de exámenes y/o cursos y por ende la repetición del año, es decir, relativos al rendimiento académico, ocurrieron en al menos una tercera parte de los adolescentes, valorándose como acontecimientos negativos que se presentaron en la siguiente forma: repetición del año en 25 casos (39.7%) y reprobación de exámenes en 20 casos (31.7%). Estos mismos acontecimientos ocurrieron en otros 5 y 2 casos más pero fueron valorados con un efecto positivo por parte de los adolescentes.

Además de los problemas de rendimiento, los sucesos relacionados con dificultades de conducta como es el caso de "hacer trampa" que se observó en 16 casos (25.4%); la presencia de problemas con algunos profesores, que se reportó en 17 casos (27%) y la expulsión que se dio en 20 casos (31.7%) fueron percibidos por la mayor parte de los adolescentes, como situaciones negativas; aún cuando la expulsión y el haber sido sorprendido mintiendo o haciendo trampa, se presentó además en otros 5 casos que contrariamente los valoraron como acontecimientos positivos.

Area de Logros y Fracasos

Los 2 sucesos que destacan por su contraste, son el haber tenido un logro personal sobresaliente que ocurrió y se valoró como algo positivo en 25 casos (39.7%); y el haber tenido una desilusión amorosa, lo cual se reportó en 16 casos en los cuales para 13

adolescentes representó un hecho negativo, mientras que para los 3 restantes, esta desilusión resultó positiva.

Area de la Salud

Se aprecia un contraste en 2 sucesos sobresalientes: haber sido enviado con un psicólogo o terapeuta; y haber bajado de peso.

Con respecto al primero, en el 54% de los adolescentes que lo refirieron, se percibió como un acontecimiento positivo y sólo en un 1.6% esto se valoró como algo negativo. Con respecto al segundo, es decir, el bajar de peso, que se presentó en 18 casos, este hecho se valoró negativamente para la mayoría de ellos (25.4%) y sólo en mínima proporción la disminución de peso fue positiva (3.2%).

Area de Sexualidad

El único acontecimiento relevante de esta área, fue el tener relaciones sexuales por primera vez, que se reportó en 26 casos. En 14 de ellos (22.2%) se estimó como positivo; en 3 (4.8%) se percibió en forma negativa y en los otros 9, este hecho no tuvo importancia.

Area Social

Los 4 sucesos reportados por los adolescentes en esta área, destacan por dos situaciones: en 3 de ellos se aprecian más los efectos positivos y neutros o sin importancia, mientras que en uno se observa un contraste entre la connotación positiva y negativa atribuida. En el primer caso, se reportaron acontecimientos tales como: la mejoría en las relaciones con otras personas, vista como positiva en 30 casos (47.6%) y neutra en 12 (19.0%); y el empezar a tener novia que se consideró positivo en 24 casos (38.1%) y neutral, es decir sin importancia en 11 adolescentes (17.5%).

Así también el hecho de haber obtenido permiso de salir con una muchacha por primera vez, se percibió en 13 casos en forma positiva y en 7 de ellos el hecho no tuvo importancia. El contraste entre el efecto positivo y negativo se reportó en el suceso "comparto más tiempo con mis amigos o compañeros" el cual fue valorado positivamente en 23 casos (36.5%) y en 16 (25.4%) como negativo.

Area Económica

En esta área sólo se identificó un suceso: "empecé a trabajar medio tiempo" que se refirió en 24 casos de los cuales en 18 de ellos (28.6%) se reportó un efecto positivo; en 4

(6.3%) se valoró como un acontecimiento negativo y en los 2 restantes (3.2%) el efecto considerado fue neutro.

Area de Problemas de Conducta

Los dos problemas de conducta referidos con mayor frecuencia fueron: haber sido suspendido de la escuela y el tomar drogas y alcohol. Aún cuando el primer problema relacionado con el ambiente escolar ocurrió sólo en 21 casos, para 16 (25.4%) de los adolescentes este acontecimiento representó una situación negativa, mientras que para los otros 5 (7.9%) fue algo que no tuvo importancia.

El hecho de haber tomado drogas y alcohol, manifestado en 57 casos, fue considerado en el 73% de ellos un suceso de efectos negativo (46 casos); para el 9.5% tuvo un efecto positivo y para los otros 7.9 % (5 casos) fue un suceso que no tuvo importancia. Cabe destacar que 6 adolescentes reportaron que el tomar drogas y alcohol no ocurrió, lo cual resulta curioso debido a que la muestra estudiada se encuentra recibiendo servicios de tratamiento en un centro de atención a farmacodependientes.

Finalmente, más allá del análisis por áreas de los reactivos que se ha descrito, al examinar en orden decreciente los porcentajes de los sucesos presentados en la tabla 27, es factible señalar que, al acontecimiento de mayor impacto negativo que fue "tomé drogas y alcohol", le siguen sucesos de efecto positivo y negativo en igual número, relacionados con dos aspectos principales: la asistencia de los adolescentes a recibir servicios de tratamiento y los problemas concomitantes del consumo de sustancias.

La mejoría en las relaciones familiares e interpersonales, el cambio de nivel escolar y el contacto con un terapeuta, fueron los 4 sucesos de importancia que se percibieron como algo favorable por más del 40 % de los adolescentes. Aún cuando existen otros acontecimientos que representan logros posiblemente alcanzados como resultado del tratamiento (vgr. "empezar a tener novia"; "compartir más tiempo con los amigos y compañeros" y "tener un logro personal sobresaliente"), éstos se contrarrestan con situaciones escolares y familiares de efecto negativo que se presentan en alrededor del 30% de los casos. Tales situaciones aluden a la reprobación y la repetición escolar; la expulsión y los serios desacuerdos con los padres.

No obstante la connotación no favorable por sí misma, de las dificultades escolares y de la relación familiar con los padres, cabe hacer notar que como problemas, constituyen las principales repercusiones derivadas del uso, abuso y/o dependencia a las sustancias y todo lo que ello implica.

6.2 PUNTAJE DE LA MEDIA, DESVIACION ESTANDAR DE LA CALIFICACION T LINEAL Y UNIFORME

Como segundo análisis, para obtener el perfil de personalidad general y conocer las características y rasgos de personalidad del grupo de adolescentes estudiado, a partir de las calificaciones T Lineal y Uniforme del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, se calcularon los puntajes de la media y desviación estándar de cada una de las Escalas Clínicas; las Escalas de Validez; las Escalas de Contenido y las Escalas Suplementarias, con los siguientes resultados:

Escalas de Validez y Clínicas

Tabla 28

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas básicas y de validez, muestra de adolescentes

N = 63

	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTAJACION T
ESCALAS DE VALIDEZ	INVAR	57.06	14.08	57*
	INVER	55.92	7.05	56*
	F1	63.71	12.39	64*
	F2	57.00	11.29	57*
	F	60.81	11.66	61*
	L	50.03	11.14	50
	K	48.65	12.32	49
ESCALAS CLINICAS	Hs	61.60	11.36	62*
	D	57.59	8.57	58*
	Hi	59.89	12.22	60*
	Dp	65.19	10.67	65**
	Mf	50.33	10.41	50
	Pa	56.56	10.86	57*
	Pt	56.38	9.92	56*
	Es	57.71	10.10	58*
	Ma	53.63	11.24	54
	Is	53.52	7.76	53

* Puntuación > T = 56, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación > T = 65, patología (según Butcher, 1990).

En el grupo de adolescentes se observa que a excepción de la escala Desviación Psicopática (T= 65), ninguna de las restantes escalas clínicas y de validez sobrepasa el nivel de puntuación T Lineal y Uniforme T = 65 relacionado propiamente con patología. Sin embargo, la mayoría se encuentran por encima de la normalidad estadística de T = 45-55.

Con base en los criterios propuestos por Archer (1989), la puntuación T lineal y Uniforme igual o mayor a 56 se detectó en las escalas de validez INVAR (T=57.06); INVER (55.92); (F1) Infrecuencia 1 (T= 63.71); (F2) Infrecuencia 2 (T= 57); (F) Infrecuencia (T = 60.81). En las escalas clínicas los valores más elevados encontrados fueron: Escala 1 (Hs) Hipocondriasis (T=61.60); 2 (D) Depresión (T= 57.59); 3 (Hi) Histeria (T= 59.89); 6 (Pa) Paranoia (T= 56.56); 7 (Pt) Psicastenia (T= 56.38) y 8 (Es) Esquizofrenia (T = 57.71).

Escalas de Contenido y Suplementarias

En las escalas de Contenido y Suplementarias del grupo estudiado los resultados de los puntajes de la media y desviación estándar fueron los siguientes:

Tabla 29

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas de contenido y suplementarias, muestra de adolescentes

N = 63

	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION T
ESCALAS DE CONTENIDO	ANS-A	56.22	11.31	56*
	OBS-A	54.19	10.77	54
	DEF-A	58.03	10.08	58*
	SAU-A	60.11	11.13	60*
	ENA-A	55.94	9.01	56*
	DEL-A	53.81	10.92	54
	ENJ-A	55.11	12.10	55
	CIN-A	53.44	11.80	53
	PCO-A	56.16	11.11	56*
	BAE-A	55.95	10.21	56*
	ASL-A	56.38	10.00	56*
	ISO-A	53.08	7.87	53
	FAM-A	58.11	8.47	58*
	ESC-A	59.81	11.20	60*
	RTR-A	55.54	10.64	55
ESCALAS SUPLEMEN-TARIAS	MAC-A	59.84	10.79	60*
	RPAD	62.27	12.02	62*
	TPAD	60.08	8.96	60*
	INM-A	58.52	10.12	58*
	A-A	54.40	11.14	54
	R-A	52.56	11.98	53

* Puntuación > T = 56, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación > T = 65, patología (según Butcher, 1990).

Aunque en la tabla anterior se observa que ninguna de las escalas de contenido y suplementarias sobrepasa el nivel $T = 65$, gran parte de ellas se encuentra por arriba del nivel de normalidad estadística $T = 45-55$, por lo cual de acuerdo con los criterios establecidos por Archer (1989) las escalas de contenido y suplementarias que pueden ubicar problemas psicológicos significativos, debido a que se obtuvo un puntaje T mayor o igual a 55 fueron: (ANS-A) Ansiedad ($T=56.22$); (DEP-A) Depresión ($T=58.03$); (SAU-A) Preocupación por la salud ($T=60.11$); (ENA-A) Enajenación ($T=55.94$); (PCO-A) Problemas de Conducta ($T=56.16$); (BAE-A) Baja autoestima ($T=55.95$); (ASL-A) Aspiraciones limitadas ($T=56.38$); (FAM-A) Problemas familiares ($T=58.11$); (ESC-A) Problemas escolares ($T=59.81$); (MAC-A) Alcoholismo de MacAndrew ($T= 59.84$); (RPAD) Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas ($T= 62.27$); (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas ($T= 60.08$); e (INM-A) Inmadurez ($T= 58.52$).

PUNTAJE DE LA MEDIA, DESVIACION ESTANDAR DE LA CALIFICACION T LINEAL Y UNIFORME POR TIPO DE DROGA

Para obtener el perfil de personalidad por tipo de droga y conocer las características y rasgos de personalidad de los consumidores, de las tres sustancias principales identificadas, se siguió el mismo procedimiento utilizado para el grupo total, calculando los puntajes de la media y desviación estándar de cada una de las Escalas Clínicas; las Escalas de Validez; las Escalas de Contenido y las Escalas Suplementarias a partir de las calificaciones T Lineal y Uniforme del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, para los 3 subgrupos de la muestra.

El análisis de cada subgrupo se hizo de acuerdo con la distribución de la sustancia de consumo referida en la primera consulta (Ver Tabla 13) independientemente de su frecuencia de uso, ya que la finalidad de presentar y analizar por separado el perfil de cada grupo, fue detectar las semejanzas y/o posibles diferencias con base en los distintos efectos producidos por estas sustancias, dados sus componentes químicos y lo que éstos alteran.

No obstante el número de consumidores de los subgrupos no son equivalentes, puesto que el grupo mayoritario fue el de usuarios de cocaína, compuesto por 29 adolescentes, al cual se siguen en orden decreciente 21 inhaladores, y 13 usuarios de marihuana; al obtener las puntuaciones de las diferentes escalas, pueden verse por separado las características para utilizar más adelante esta información y hacer un análisis cualitativo tanto del grupo total como de los pequeños grupos a su interior.

A continuación se presentan los resultados y el análisis de los consumidores de cocaína, de inhalables y de marihuana considerando los mismos criterios de interpretación de la puntuación T que se utilizaron para el grupo total.

Consumidores de Cocaína

Escala de Validez y Clínicas

Tabla 30

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas básicas y de validez, muestra de adolescentes

N = 29

ESCALAS DE VALIDEZ	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION T
	INVAR	60.70	16.43	61*
INVER	54.66	5.63	55	
F1	65.00	12.95	65**	
F2	56.90	11.37	57*	
F	61.41	12.29	61*	
L	49.24	9.99	49	
K	46.83	10.22	47	
ESCALAS CLINICAS	Hs	62.00	10.88	62*
	D	58.28	6.78	58*
	Hi	59.86	12.13	60*
	Dp	64.62	9.35	65**
	Mf	50.28	9.91	50
	Pa	57.69	11.90	58*
	Pt	56.31	8.38	56*
	Es	57.72	9.94	58*
	Ma	54.24	11.81	54
	Is	53.72	6.25	54

* Puntuación > T = 56, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación > T = 65, patología (según Butcher, 1990).

En el grupo de cocainómanos se observa que exceptuando las escalas (F1) Infrecuencia 1 y (Dp) Desviación Psicopática (T = 65), ninguna otra escala clínica ni de validez sobrepasa el nivel de puntuación T lineal y Uniforme T = 65 relacionado con patología. A pesar de ello, como puede observarse gran parte de las escalas se encuentran por encima de la normalidad estadística de T = 45-55. De este modo al tomar como base los criterios propuestos por Archer (1989), ya antes mencionados se detectó que en las escalas de validez INVAR (T=60.70); (F2) Infrecuencia 2 (T= 56.90); (F) Infrecuencia (T = 61.41) la puntuación T Lineal y Uniforme fue igual o mayor a 56.

Por lo que se refiere a las escalas clínicas los valores más elevados se encontraron en las siguientes: Escala 1 (Hs) Hipocondriasis (T=62.00); 2 (D) Depresión (T= 58.28); 3 (Hi) Histeria (T= 59.86); 6 (Pa) Paranoia (T= 57.69); 7 (Pt) Psicastenia (T= 56.31) y 8 (Es) Esquizofrenia (T = 57.72)

Escalas de Contenido y Suplementarias

En las escalas de contenido y suplementarias del mismo grupo los resultados de los puntajes de la media y desviación estándar fueron:

Tabla 31

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas de contenido y suplementarias, muestra de adolescentes

N = 29

	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION T
ESCALAS DE CONTENIDO	ANS-A	55.31	10.12	55
	OBS-A	54.41	9.39	54
	DEP-A	59.72	8.31	60*
	SAU-A	59.69	10.38	60*
	ENA-A	58.38	7.99	58*
	DEL-A	53.17	10.37	53
	ENJ-A	55.34	11.38	55
	CIN-A	54.28	11.61	54
	PCO-A	56.62	10.50	57*
	BAE-A	56.34	9.08	56*
	ASL-A	56.24	9.55	56*
	ISO-A	52.72	7.43	53
	FAM-A	58.31	8.13	58
	ESC-A	59.14	9.64	59*
RTR-A	56.86	10.25	57*	
ESCALAS SUPLEMEN-TARIAS	MAC-A	60.59	10.13	61*
	RPAD	61.97	11.47	62*
	TPAD	58.90	9.23	59*
	INM-A	59.31	10.28	59*
	A-A	55.48	9.49	55
R-A	50.76	9.72	51	

* Puntuación > T = 56, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación > T = 65, patología (según Butcher, 1990).

En la tabla se observa que aún cuando ninguna de las escalas de contenido y suplementarias sobrepasa el nivel T = 65, muchas de ellas están por arriba del nivel de normalidad estadística T = 45-55. De acuerdo con los criterios establecidos por Archer (1989) las escalas de contenido y suplementarias cuyo puntaje T mayor o igual a 55 que pueden ubicar problemas psicológicos significativos, fueron: (DEP-A) Depresión (T= 59.72); (SAU-A) Preocupación por la salud (T= 59.69); (ENA-A) Enajenación (T= 58.38); (PCO-A) Problemas de Conducta (T= 56.62); (BAE-A) Baja autoestima (T= 56.34); (ASL-A) Aspiraciones limitadas (T= 56.24); (FAM-A) Problemas familiares (T= 58.31); (ESC-

A) Problemas escolares (T= 59.14); (RTRAC) Rechazo al tratamiento (T= 56.86); (MAC-A) Alcoholismo de MacAndrew (T= 60.59); (RPAD) Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas (T= 61.97); (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (T= 58.90); e (INM-A) Inmadurez (T= 59.31).

Consumidores de Inhalables

Escalas de Validez y Clínicas

Tabla 32

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas básicas y de validez, muestra de adolescentes

N = 21

	ESCALA	MEDIA TOTAL	DESVIACION ESTANDAR. TOTAL	PUNTUACION T
ESCALAS DE VALIDEZ	INVAR	55.62	13.01	55
	INVER	57.23	6.76	57*
	F1	62.46	15.04	62*
	F2	57.85	10.43	58*
	F	60.69	13.03	61*
	L	46.92	9.49	47
	K	48.00	14.28	48
ESCALAS CLINICAS	Hs	61.92	12.85	62*
	D	56.92	7.70	57*
	Hi	59.46	12.31	59*
	Dp	65.85	13.30	66**
	Mf	50.23	7.89	50
	Pa	55.54	11.13	55
	Pt	57.62	13.09	57*
	Es	59.00	12.48	59*
	Ma	54.46	11.59	54
	Is	54.38	10.61	54

* Puntuación > T = 56, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación > T = 65, patología (según Butcher, 1990).

En la tabla anterior se aprecia que los consumidores de inhalables obtuvieron el nivel de puntuación T lineal y Uniforme T = 65 en la escala Desviación Psicopática (T=65.85). No obstante es la única escala indicativa de patología, en las escalas de validez que se mencionan a continuación se observó la puntuación T lineal y Uniforme igual o mayor a 56: INVER (57.23); (F1) Infrecuencia 1 (T= 62.46); (F2) Infrecuencia 2 (T= 57.85); (F) Infrecuencia (T = 60.69). Así también el puntaje T Lineal y Uniforme igual o mayor a 56 se encontró en las siguientes escalas clínicas: Escala 1 (Hs) Hipocondriasis

(T=61.92); 2 (D) Depresión (T= 56.92); 3 (Hi) Histeria (T= 59.46); 7 (Pt) Psicastenia (T = 57.62) y 8 (Es) Esquizofrenia (T = 59.00)

Escalas de Contenido y Suplementarias

Los resultados de las escalas de Contenido y Suplementarias de los consumidores de inhalables reflejaron los siguientes puntajes de la media y desviación estándar:

Tabla 33

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas de contenido y suplementarias, muestra de adolescentes

N = 21

	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION T
ESCALAS DE CONTENIDO	ANS-A	58.00	13.11	58*
	OBS-A	54.38	14.33	54
	DEP-A	58.38	13.61	58*
	SAU-A	61.54	10.02	62*
	ENA-A	56.15	11.52	56*
	DEL-A	55.23	12.19	55
	ENJ-A	56.92	13.09	57*
	CIN-A	53.77	12.23	54
	PCO-A	58.54	13.16	59*
	BAE-A	54.92	11.79	55
	ASL-A	57.00	9.65	57*
	ISO-A	53.08	9.19	53
	FAM-A	58.92	7.49	59*
	ESC-A	59.08	13.96	59*
RTR-A	55.69	11.79	56*	
ESCALAS SUPLEMEN-TARIAS	MAC-A	60.31	9.57	60*
	RPAD	65.77	15.73	66**
	TPAD	62.62	6.84	63*
	INM-A	57.23	11.85	57*
	A-A	55.08	13.87	55
	R-A	49.00	13.36	49

* Puntuación > T = 56, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación > T = 65, patología (según Butcher, 1990).

Puede observarse que únicamente la escala suplementaria Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas (RPAD) es mayor al nivel T = 65; y que el resto de las

escalas de contenido y suplementarias, sobrepasan el nivel de normalidad estadística $T = 45-55$, por lo que las escalas de (ANS-A) Ansiedad ($T=58$); (DEP-A) Depresión ($T= 58.38$); (SAU-A) Preocupación por la salud ($T= 61.54$); (ENA-A) Enajenación ($T= 56.15$); (ENJ-A) Enojo ($T=56.92$); (PCO-A) Problemas de Conducta ($T= 58.54$); (ASL-A) Aspiraciones limitadas ($T= 57$); (FAM-A) Problemas familiares ($T= 58.92$); (ESC-A) Problemas escolares ($T= 59.08$); (MAC-A) Alcoholismo de MacAndrew ($T= 60.31$); (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas ($T= 62.62$); e (INM-A) Inmadurez ($T= 57.23$), donde se obtuvo un puntaje T mayor o igual a 55, indican la existencia de problemas psicológicos significativos.

Consumidores de Marihuana

Escalas de Validez y Clínicas

Tabla 34

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas básicas y de validez, muestra de adolescentes

N = 13

ESCALAS DE VALIDEZ	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR.	PUNTUACION T
	INVAR	53.81	10.45	54
	INVER	56.86	8.82	57*
	F1	62.71	10.04	63*
	F2	56.62	12.19	57*
	F	60.05	10.33	60*
	L	53.05	13.19	53
	K	51.57	13.72	52
ESCALAS CLINICAS	Hs	60.86	11.59	61*
	D	57.05	11.25	57*
	Hi	60.19	12.88	60*
	Dp	65.57	11.10	66**
	Mf	50.48	12.69	50
	Pa	55.62	9.46	55
	Pt	55.71	10.12	55
	Es	56.90	9.12	57*
	Ma	52.29	10.62	52
	Is	52.71	7.96	53

* Puntuación $> T = 56$, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación $> T = 65$, patología (según Butcher, 1990).

En los consumidores de marihuana se observa que la escala Desviación Psicopática es la única en que se obtuvo el nivel de puntuación T lineal y Uniforme $T = 65.57$

relacionada con patología. Así también se encontró que gran parte de las escalas de validez y clínicas sobrepasan el puntaje de normalidad estadística de $T = 45-55$. La puntuación T lineal y Uniforme igual o mayor a 56 propuesto por Archer (1989), se obtuvo en las escalas validez INVER (56.86); (F1) Infrecuencia 1 ($T = 62.71$); (F2) Infrecuencia 2 ($T = 56.62$); (F) Infrecuencia ($T = 60.05$); así como en: Escala 1 (Hs) Hipocondriasis ($T = 60.86$); 2 (D) Depresión ($T = 57.05$); 3 (Hi) Histeria ($T = 60.19$); y 8 (Es) Esquizofrenia ($T = 56.90$).

Escalas de Contenido y Suplementarias

Los puntajes de la media y desviación de las escalas de contenido y suplementarias del grupo de consumidores de marihuana fueron:

Tabla 35

Media y desviación estándar a partir de la puntuación T Lineal y Uniforme, escalas de contenido y suplementarias, muestra de adolescentes

N= 13

	ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR.	PUNTUACION T
ESCALAS DE CONTENIDO	ANS-A	56.38	12.12	56*
	OBS-A	56.57	10.62	57*
	DEP-A	55.48	9.80	55
	SAU-A	59.81	13.09	60*
	ENA-A	52.43	7.79	52
	DEL-A	53.81	11.33	54
	ENJ-A	53.67	12.84	54
	CIN-A	52.10	12.24	52
	PCO-A	54.05	10.76	54
	BAE-A	56.05	11.12	56*
	ASL-A	56.19	11.23	56*
	ISO-A	53.57	7.98	54
	FAM-A	57.33	9.74	57*
	ESC-A	61.19	11.80	61*
RTR-A	53.62	10.67	54	
ESCALAS SUPLEMEN-TARIAS	MAC-A	58.52	12.63	58*
	RPAD	60.52	10.20	60*
	TPAD	60.14	9.75	60*
	INM-A	58.24	9.12	58*
	A-A	52.48	11.72	52
	R-A	57.24	13.03	57*

* Puntuación $> T = 56$, problemas psicológicos significativos (según Archer, 1989)

** Puntuación $> T = 65$, patología (según Butcher, 1990).

En las escalas de contenido y suplementarias de este grupo, ninguna de las escalas sobrepasa el nivel $T = 65$, pero sí se observa que en gran parte de éstas se obtuvo un puntaje mayor a la normalidad estadística $T = 45-55$. Las escalas de contenido y suplementarias que pueden ubicar problemas psicológicos significativos, según Archer (1989), por tener un puntaje T mayor o igual a 55 fueron: (ANS-A) Ansiedad ($T=56.38$); (OBS-A) Obsesividad ($T= 56.57$); (SAU-A) Preocupación por la salud ($T= 59.81$); (BAE-A) Baja autoestima ($T= 56.05$); (ASL-A) Aspiraciones limitadas ($T= 56.19$); (FAM-A) Problemas familiares ($T= 57.33$); (ESC-A) Problemas escolares ($T= 61.19$); (MAC-A) Alcoholismo de MacAndrew ($T= 58.52$); (RPAD) Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas ($T= 60.52$); (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas ($T= 60.14$); e (INM-A) Inmadurez ($T= 58.24$) y (R-A) Represión ($T = 57.24$).

A simple vista los puntajes de la media y la desviación estándar de las escalas, presentados para los tres subgrupos de consumidores, son bastante similares ya que en gran parte de ellas la puntuación T sobrepasa el nivel de normalidad estadística $T = 45-55$.

Analizando en conjunto los subgrupos, pueden observarse a grandes rasgos 2 situaciones: a) existe coincidencia en el nivel de puntuación T en gran parte de las escalas, tanto en aquellas que se encuentran en el nivel de normalidad, como en las que lo sobrepasan; y b) se observan diferencias en algunas de las escalas que están por arriba del nivel de normalidad en un subgrupo pero no en los otros. Ambas situaciones se presentan de la siguiente manera:

En los consumidores de cocaína, inhalables y marihuana, la escala (Dp) alcanzó una puntuación mayor a $T= 65$. Así también se observa que las escalas de validez (F2) Infrecuencia 2 y (F) Infrecuencia y las escalas clínicas (Hs) Hipocondría; (D) Depresión; (Hs) Histeria y (Es) Esquizofrenia, coincidentemente se encuentran por arriba de la puntuación de normalidad estadística ya que están en niveles mayores a $T = 55$. Lo mismo sucede en las escalas de contenido (SAU-A) Problemas de Salud; (ASL-A) Aspiraciones limitadas; (FAM-A) Problemas Familiares; (ESC-A) Problemas Escolares; y en las suplementarias (MAC-A) Alcoholismo de MacAndrew; (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas; e (INM-A) Inmadurez.

Por otra parte las diferencias se presentan en las escalas (Pa) Paranoia; (Pt) Psicastenia; (ANS-A) Ansiedad; y (DEP-A) Depresión; ya que en un (os) subgrupo (s) se encuentran en el límite de la normalidad estadística, mientras que en otro (s) por arriba de este nivel, es decir, como indicador de problemas psicológicos. Asimismo se perciben diferencias en las escalas INVAR; INVER; (OBS-A) Obsesividad; (ENA-A) Enajenación; (ENJ-A) Enojo (PCO-A) Problemas de Conducta; (BAE-A) Baja autoestima; (RTR-A) Rechazo al tratamiento; y (R-A) Represión; debido a que hay contrastes en la puntuación, es decir, es indicadora de problemas psicológicos para alguno (s) de los subgrupos pero, es normal para otro (s).

6.3 PUNTAJE DE LA MEDIA, DESVIACION ESTANDAR, F Y SIGNIFICANCIA

Con el fin de observar las diferencias entre los rasgos de personalidad entre los consumidores de las distintas sustancias se realizó un análisis de varianza ANOVA, a partir de los puntajes de la media y la desviación estándar de cada una de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota; y el cálculo de la F.

Este procedimiento se siguió tanto para las escalas de validez y clínicas, como para las de contenido y suplementarias, cuyos resultados se presentan en las dos siguientes tablas:

Tabla 36

Media y desviación estándar por uso de sustancia en las escalas de validez y clínicas, muestra de adolescentes

N = 63

ESCALAS DE VALIDEZ	ESCALA	MEDIA TOTAL	DESVIACION ESTANDAR. TOTAL	F	SIGNIFICANCIA
	INVAR	57.06	14.08	1.30	0.27
	INVER	55.92	7.05	0.87	0.42
	F1	63.71	12.39	0.28	0.75
	F2	57.00	11.29	0.04	0.95
	F	60.81	11.66	0.08	0.92
	L	50.03	11.14	1.36	0.26
	K	48.65	12.32	0.92	0.40
ESCALAS CLINICAS	Hs	61.60	11.36	0.06	0.93
	D	57.59	8.57	0.17	0.84
	Hi	59.89	12.22	0.01	0.98
	Dp	65.19	10.67	0.07	0.92
	Mf	50.33	10.41	0.00	0.99
	Pa	56.56	10.86	0.28	0.75
	Pt	56.38	9.92	0.14	0.86
	Es	57.71	10.10	0.16	0.84
	Ma	53.63	11.24	0.22	0.80
	Is	53.52	7.76	0.19	0.82

* Significancia 0.05

Observando esta tabla es posible notar que no existen diferencias significativas en las escalas de validez y clínicas entre los consumidores de cocaína, inhalables y marihuana.

Tabla 37

Media y desviación estándar por uso de sustancia en las escalas de contenido y suplementarias, muestra de adolescentes

N = 63

	ESCALA	MEDIA TOTAL	DESVIACION ESTANDAR TOTAL	F	SIGNIFICANCIA
ESCALAS DE CONTENIDO	ANS-A	56.22	11.31	0.25	0.77
	OBS-A	54.19	10.77	0.02	0.97
	DEP-A	58.03	10.08	1.09	0.34
	SAU-A	60.11	11.13	0.13	0.87
	ENA-A	55.94	9.01	2.82	0.05*
	DEL-A	53.81	10.92	0.15	0.85
	ENJ-A	55.11	12.10	0.29	0.74
	CIN-A	54.44	11.80	0.20	0.81
	PCO-A	56.16	11.11	0.69	0.50
	BAE-A	55.95	10.21	0.08	0.91
	ASL-A	56.38	10.00	0.03	0.97
	ISO-A	53.08	7.87	0.06	0.93
	FAM-A	58.11	8.47	0.15	0.85
	ESC-A	59.81	11.20	0.23	0.79
	RTR-A	55.54	10.64	0.55	0.57
ESCALAS SUPLEMEN-TARIAS	MAC-A	59.84	10.79	0.23	0.79
	RPAD	62.27	12.02	0.77	0.46
	TPAD	60.08	8.96	0.76	0.46
	INM-A	58.52	10.12	0.19	0.82
	A-A	54.40	11.14	0.46	0.63
	R-A	52.56	11.98	2.63	0.05*

* Significancia 0.05

El análisis de datos de las escalas de contenido y suplementarias presentado en esta última tabla muestra que únicamente existe una diferencia significativa entre los consumidores de las tres sustancias en las escalas de (ENA-A) Enajenación y (R) Represión Adolescente.

Aún cuando los tres subgrupos identificados no eran equivalentes, lo cual pudo haber interferido en los resultados, es importante hacer notar la similitud en los perfiles de personalidad.

Independientemente de los resultados de las diferencias, el objeto del siguiente análisis fue identificar la relación entre los rasgos de personalidad, las condiciones clínicas observadas y los sucesos de vida estresantes. Para ello se obtuvieron cuatro grupos de correlaciones, entre los diferentes tipos de escalas, cuyos pormenores se describen a continuación.

6.4 CORRELACION DE PEARSON, INFORMACION CLINICA DE LOS ADOLESCENTES Y MMPI-A

Información Clínica (Variables Externas) con rasgos de personalidad (Variables Intermedias)

Para conocer la relación entre las variables externas y las intermedias, es decir, entre la información derivada de la Historia Clínica de los adolescentes y sus rasgos de personalidad, se dividieron los datos clínicos en dos grupos. En el primero se reunió la información del patrón de consumo y las condiciones de la consulta; y en el segundo se incluyeron los problemas actuales y/o conductas del adolescente; ambos observados y diagnosticados por el terapeuta. Para ambos grupos de datos se obtuvieron las correlaciones correspondientes a cada una de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI- A tal y como se describe a continuación:

Patrón de Consumo de Sustancias y Condiciones de la Consulta

En este análisis se incluyeron 4 aspectos relacionados con el uso de sustancias: Situación del consumo (patrón); antecedentes; motivos y expectativas de consulta y diagnóstico de ingreso; cada uno de los cuales se integra a su vez por la información siguiente:

Patrón de Consumo

- Sustancia ilícita principal de Consumo
- Tipo de Consumo
- Número de sustancias de consumo
- 2a. Sustancia de Abuso
- Dependencia a una 3a. Sustancia
- Uso de Alcohol

Condiciones de la Consulta

- Asistentes a la consulta
- Motivo de Consulta
- Expectativas Terapéuticas

Antecedentes del Consumo

- Edad de inicio del consumo
- Droga de inicio
- Evolución del consumo
- Motivo del Consumo

Diagnóstico de Ingreso

- Número de Diagnósticos de comorbilidad
- Comorbilidad Psiquiátrica
- Otra Comorbilidad
- Forma de uso (tipo de usuario)

Los resultados de las correlaciones entre cada uno de estos datos y las escalas del MMPI se presentan en las tablas 38 a 41 que muestran sólo los datos significativos:

Escalas de Validez y Clínicas

Tabla 38

Correlación entre el patrón de consumo y condiciones de la consulta; y las escalas de validez del MMPI -A, muestra de adolescentes

DATOS CLINICOS	L	K
Número de sustancias de consumo	.31*	.29*
Motivo de Consulta	.33*	
Expectativas Terapéuticas	.33**	.25*

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Tomando como base los datos del patrón de consumo y las condiciones de la consulta, presentados en la tabla anterior, puede observarse que en las escalas de validez se encontró que el número de sustancias de uso y las expectativas terapéuticas se relacionaron en forma positiva tanto con esta escala (L) como con la escala (K) de Corrección; y que el motivo de consulta se relacionó positivamente con la escala (L) de Mentiras.

Los resultados obtenidos para las escalas clínicas, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 39

Correlación entre el patrón de consumo y las escalas clínicas del MMPI -A, muestra de adolescentes

DATOS CLINICOS	Hs	Hi	Dp	Pt
No. de sust. de consumo		.26*		
2a. Sustancia de Abuso	.32*			
Dependencia a una 3a. Sustancia			.25*	
Uso de Alcohol	.29*			
Droga de inicio			.25*	
Expectativas Terapéuticas				-.26*
Otra Comorbilidad			.25*	

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Al analizar las relaciones con las escalas clínicas, se observó que el uso de alcohol se correlacionó positivamente con la escala 1 (Hs) Hipocondriasis; que el número de sustancias se relacionó en forma positiva con la escala 3 (Hi) Histeria; que dependencia a una tercera sustancia; la droga de inicio y la presencia de un segundo diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica, se correlacionaron también en forma positiva con la escala 4 (Dp) Desviación Psicopática y que las expectativas terapéuticas planteadas por los adolescentes, se relacionaron negativamente con (Pt) Psicastenia, tal y como se aprecia en la Tabla 39.

Escalas de Contenido

Los resultados de la correlación entre los datos clínicos y las escalas de contenido del MMPI-A se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 40

Correlación entre el patrón de consumo y las escalas de contenido del MMPI -A, muestra de adolescentes

DATOS CLINICOS	ANS-A	OBS-A	SAU-A	ENJ-A	PCO-A	ASL-A	FAM-A
Tipo de Consumo					.27*		
No de sustancias de consumo	.36**			.34**			.25*
2a. Sustancia de Abuso			.26*				
Dependencia a una 3a. Sustancia	.29*				.25*		
Uso de Alcohol			.30*				
Droga de inicio	.26*						
Motivo de consumo						-.28*	
Asistentes a la consulta						.28*	
Expectativas Terapéuticas		-.26*			-.30*		
Forma de uso			.33**		.26*		

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

En términos generales puede observarse en esta tabla, que las correlaciones entre las escalas de contenido y los datos clínicos oscilaron entre .25 y .36, siendo positivas en su mayoría, especialmente aquellas que remiten al patrón o situación de consumo y negativas las que implican las circunstancias de la consulta. A excepción de la condición "con quien acude el adolescente a la consulta" que se relacionó positivamente con (ASL-A)

Aspiraciones Limitadas, en otras cuestiones relativas a la asistencia a tratamiento, se presentaron correlaciones negativas.

Así pues, en cuanto al Patrón de consumo y sus antecedentes se puede apreciar lo siguiente: el tipo de consumo estuvo relacionado con (PCO-A) Problemas de Conducta; la dependencia a una tercera sustancia se relacionó con (ANS-A) Ansiedad y con (PCO-A) Problemas de Conducta; mientras que la condición de una segunda sustancia de abuso con (SAU-A) Preocupación por la Salud, al igual que el uso de alcohol. El número de sustancias de consumo, se correlacionó con (ANS-A) Ansiedad, con (ENJ-A) Enojo y con (FAM-A) Problemas Familiares. Por lo que se refiere a los antecedentes, cabe hacer notar que la sustancia con que se dio inició al uso de drogas, se correlacionó con (ANS-A) Ansiedad; y los motivos atribuidos al consumo con (ASL-A) Aspiraciones Limitadas.

Las condiciones de la consulta y el diagnóstico de ingreso mostradas en la tabla anterior, dejan ver que las expectativas que llevan a la consulta, se correlacionaron negativamente con (OBS-A) Obsesividad y con (PCO-A) Problemas de Conducta; y que la forma de uso de las sustancias, esto es, su uso experimental, social, funcional o disfuncional, se relacionó con (SAU-A) Preocupación por la Salud y con (PCO-A) Problemas de Conducta.

Escalas Suplementarias

La siguiente tabla muestra los resultados de la relación entre éstas y los datos clínicos.

Tabla 41

Correlación entre el patrón de consumo y las escalas suplementarias del MMPI-A, muestra de adolescentes

DATOS CLINICOS	R
Número de sustancias de consumo	.25*

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Como puede apreciarse, el único aspecto clínico que tuvo una correlación positiva con las escalas suplementarias del MMPI-A, fue el número de sustancias de consumo reportado por los adolescentes, cuyo resultado fue de .25 para la escala R (Represión).

6.5 CORRELACION DE PEARSON, PROBLEMAS ACTUALES OBSERVADOS EN LOS ADOLESCENTES Y MMPI-A

El segundo aspecto de la información obtenida de la Historia Clínica de los adolescentes, agrupó los problemas que presentan de manera concomitante a la situación del consumo, para lo cual se tomó en cuenta la observación de los terapeutas. Para analizar estos datos, se obtuvieron las correlaciones entre los problemas que se mencionan a continuación y las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A.

Problemas Actuales

En el análisis de esta información se incluyeron los 24 problemas siguientes:

PROBLEMAS ACTUALES

- Acting out / Conducta Irresponsable
- Arrebatos de ira / Pleitos
- Conducta de Oposición
- Fugarse de la casa
- Uso / Abuso de Drogas
- Impulsividad
- Conducta hiperactiva / Sobreactividad
- Aislamiento
- Pocas Destrezas Sociales
- Problemas de Identidad
- Baja Autoestima
- Depresión
- Ideas / Intenciones de Suicidio
- Tensión / Nerviosismo
- Quejas Somáticas
- Vagancia/Evitar ir a la escuela
- Bajos Logros Académicos
- Asuntos y Problemas con la familia
- Problemas Alimenticios
- Conducta delirante
- Experiencias sensoriales delirantes
- Procesos de pensamiento delirantes
- Dificultades para Concentrarse
- Otros Problemas

Los resultados de la relación entre problemas y escalas se presenta en las tablas 42 a 45

Escalas de Validez y Clínicas

Tabla 42

Correlación entre los problemas actuales y las escalas de validez del MMPI-A, muestra de adolescentes

PROBLEMAS ACTUALES	INVAR	F1	F	L	K
Aislamiento	.28*				
Problemas de Identidad				.33**	
Ideas /Intenciones de Suicidio				-.28*	-.26*
Conducta delirante	.26*	.34**	.28*		
Experiencias sensoriales delirantes	.26*	.34*	.28*		

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

En esta tabla se observa que existen correlaciones positivas que van desde el .26 al .34, entre las Escalas de Validez y los siguientes problemas actuales de los adolescentes: Problemas de identidad, Ideas/ intenciones de suicidio, Conducta delirante y Experiencias sensoriales delirantes. Los Problemas de identidad se relacionaron con la escala (L) de Mentiras; la Conducta delirante, con INVAR, (F1) Infrecuencia 1 y con (F) Infrecuencia, al igual que Experiencias sensoriales delirantes. Por otra parte las Ideas de Suicidio tuvieron una relación negativa con las escalas (L) de Mentiras, y (K) de Corrección.

Tabla 43

**Correlación entre los problemas del adolescente
y las escalas clínicas del MMPI -A, muestra de adolescentes**

PROBLEMAS ACTUALES	Hs	Dp	Mf	Pa	Is
Acting out/Cta Irresponsable		.24*			
Uso / Abuso de Drogas				.26*	
Problemas de Identidad				.26*	
Depresión					.25*
Bajos Logros Académicos		.29*			
Problemas Alimenticios	.25*		-.27*		
Conducta delirante				.28*	
Experiencias sensoriales delirantes				.28*	

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Con respecto a las escalas clínicas, se encontró un grupo de 8 conductas relacionadas en su mayoría positivamente. La Conducta Acting out y los Bajos logros académicos, con la (Dp) Desviación psicopática. El uso de drogas con la escala de (Pa) Paranoia, al igual que los Problemas de identidad, la conducta delirante y las experiencias sensoriales delirantes. La Depresión, con (Is) Introversión social; los Problemas de alimentación, con (Hs) Hipocondriasis y la escala (Mf) Masculinidad-Feminidad.

Escalas de Contenido y Suplementarias

Las relaciones entre las conductas sintomáticas y las escalas de contenido y suplementarias se presentan en las tablas 44 y 45.

Tabla 44

Correlación entre los problemas del adolescente
y las escalas de contenido del MMPI -A, muestra de adolescentes

PROBLEMAS ACTUALES	ANS-A	ENA-A	ENJ-A	BAE-A	ASL-A	ISO-A	FAM-A	RTRA
Acting out/ Cta Irresponsable							.25*	
Conducta de Oposición		-.26*						
Aislamiento		.34**		.32**				.32**
Problemas de Identidad					.31**			
Baja Autoestima					.26*			
Depresión			.29*	.26*		.24*		
Tensión / Nerviosismo	.27*							
Bajos Logros Académicos	.28*							

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

En esta tabla se aprecian 7 problemas con correlaciones positivas que van de .24 a .34 y una correlación negativa de -.26 entre de la conducta de oposición y la escala (ENA-A) Enajenación.

Las conductas correlacionadas positivamente con las escalas de contenido son: La conducta Acting out, con (FAM-A) Problemas Familiares; el aislamiento, con (ENA-A) Enajenación, (BAE-A) Baja Autoestima y (RTRA) Rechazo al Tratamiento. Los problemas de identidad y la autoestima, con (ASL-A) Aspiraciones Limitadas; la tensión al igual que los bajos logros académicos con la (ANS-A) Ansiedad y finalmente la depresión, con las escalas de (D) Depresión, (ENJ-A) Enojo, (BAE-A) Baja Autoestima e (ISO-A) Incomodidad en situaciones sociales.

Al obtener las correlaciones con las escalas suplementarias que se muestran a continuación se obtuvo lo siguiente:

Tabla 45

**Correlación entre los problemas del adolescente
y las escalas suplementarias del MMPI-A, muestra de adolescentes**

PROBLEMAS ACTUALES	RPAD	TPAD	INM-A	A
Uso / Abuso de Drogas	.28*	.31*		
Aislamiento			.33**	
Tensión / Nerviosismo				.26*
Quejas Somáticas		.29*		
Bajos Logros Académicos	.31*			
Problemas Alimenticios	.25*			

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

En esta tabla se aprecian correlaciones positivas que van del .25 al .33 para seis problemas en la siguiente combinación: los bajos logros académicos, los problemas alimenticios al igual que el uso /abuso de drogas, con (RPAD) Reconocimiento de Problemas con el Alcohol y/o Drogas. Asimismo el uso /abuso de drogas se relacionó también con (TPDA) Tendencia a problemas con el Alcohol y/o las Drogas. Con respecto a conductas como el aislamiento y la tensión, cabe mencionar la relación de la primera con la escala (INM-A) Inmadurez, y de la segunda con (ANS-A) Ansiedad; y finalmente la correlación entre las quejas somáticas y la (TPDA) Tendencia a problemas con el Alcohol y/o Drogas.

Tomando en consideración el análisis de frecuencias y porcentajes señalados al describir la muestra, puede observarse que aquellos señalados reiteradamente por parte de los terapeutas (Tabla27), se correlacionaron con las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias, sin embargo, cabe hacer notar que los resultados arrojados en las correlaciones muestran que algunos problemas no fueron mencionados como frecuentes, pero sí se relacionaron positiva o negativamente con las diversas escalas. Esto se observa en los siguientes: Problemas de identidad; aislamiento; problemas alimenticios; ideas / intenciones de suicidarse; quejas somáticas; conducta delirante y experiencias sensoriales delirantes. Curiosamente las 4 últimas fueron las de menor porcentaje de ocurrencia, según lo reportado por los terapeutas.

6.6 CORRELACION DE SPEARMAN, SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES Y MMPI - A

Para conocer la relación entre los acontecimientos percibidos como estresantes por parte de los adolescentes y los rasgos de personalidad, se aplicó la prueba estadística Correlación de Spearman. Para ello se consideraron en primer término los sucesos de vida previamente detectados con mayor porcentaje de ocurrencia, tomando como base la clasificación por áreas descrita con anterioridad.

De acuerdo con las ocho áreas se destacan acontecimientos relativos a los aspectos familiares (relaciones con los padres), escolares, logros y fracasos, de la salud, de la sexualidad, sociales, económicos y problemas de conducta del adolescente. Los 21 reactivos de estas áreas considerados para el análisis fueron los siguientes:

	Reactivo		Reactivo
	AREA FAMILIAR		AREA DE LOGROS Y FRACASOS
56	Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá)	102	Tuve un logro personal sobresaliente
103	Mejoraron mis relaciones con mi familia	92	Tuve una desilusión amorosa
	AREA ESCOLAR		AREA SOCIAL
50	Empecé la secundaria o preparatoria	47	Mejoraron mis relaciones con otras personas
64	Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo	78	Comparto más tiempo con mis amigos y compañeros
65	Me expulsaron de la escuela o de algún curso	88	Empecé a tener novia
76	Problemas en la escuela con algún (os) maestros	90	Me dieron permiso de salir con un muchacho (a) por primera vez
80	Reprobé o repetí un año escolar		AREA DE LA SALUD
97	Reprobé un examen o un curso importante	61	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta
105	Mejoré mi promedio escolar	75	Bajé mucho de peso
	AREA ECONOMICA		AREA DE SEXUALIDAD
94	Empecé a trabajar medio tiempo	71	Tuve relaciones sexuales por primera vez
	AREA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA		
82	Me suspendieron de la escuela	84	Tomé drogas o alcohol

Escala de Validez y Clínicas

En las Tablas 46 y 47 se presentan los resultados de las correlaciones obtenidas entre los sucesos estresantes de las distintas áreas mencionadas y el primer grupo de escalas.

Tabla 46

**Correlación sucesos de vida estresantes y
escalas de validez del MMPI-A, muestra de adolescentes**

Reactivo		F1	F2	F	L	K
AREA FAMILIAR						
103	Mejoraron mis relaciones con mi familia			.28*		
AREA ESCOLAR						
80	Reprobé o repetí un año escolar	.33**		.26*		
97	Reprobé un examen o un curso importante		.25*	.29*		
105	Mejoré mi promedio escolar				.35*	
AREA DE LOGROS Y FRACASOS						
102	Tuve un logro personal sobresaliente				-.30*	.42**
92	Tuve una desilusión amorosa					-.33*
AREA DE LA SALUD						
61	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta				-.26*	-.27*
75	Bajé mucho de peso	.41*		.38**	-.26*	
AREA DE SEXUALIDAD						
71	Tuve relaciones sexuales por primera vez				-.25*	
AREA SOCIAL						
47	Mejoraron mis relaciones con otras personas			-.29*	-.29*	

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Tabla 47

**Correlación sucesos de vida estresantes y
escalas clínicas del MMPI-A, muestra de adolescentes**

Reactivo	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma	Is
AREA FAMILIAR									
56	Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá)		.25*						
103	Mejoraron mis relaciones con mi familia	.38**							
AREA ESCOLAR									
65	Me expulsaron de la escuela o de algún curso	.37**					.25*		
80	Reprobé o repetí un año escolar	.33**		.28*		.25*	.24*		
97	Reprobé un examen o un curso importante				.28*		.30*		
105	Mejoré mi promedio escolar	.37**	.30*						
AREA DE LOGROS Y FRACASOS									
102	Tuve un logro personal sobresaliente		-.30*			.33**		.29*	
92	Tuve una desilusión amorosa			.42**	.33*		.29*	.33**	.27*
AREA DE LA SALUD									
75	Bajé mucho de peso						.26*		
AREA SOCIAL									
78	Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros			.27*					
88	Empecé a tener novia	.28*	.28*						

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

En el análisis de los 21 sucesos por área encontramos lo siguiente:

Area Familiar.

Los dos acontecimientos identificados en las relaciones con los padres, muestran que el reactivo "Tuve serios desacuerdos con papá (mamá)" se relacionó positivamente con (Hi) Histeria y que el reactivo "Mejoraron mis relaciones con mi familia" tuvo también una correlación positiva con las escalas de (F) Infrecuencia e (Hs) Hipocondría.

Area Escolar

En los 7 reactivos considerados para esta área, es importante subrayar que los reactivos: "Empecé la secundaria o preparatoria"; "Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo" y "Tuve problemas con algún (os) maestro (s)"; no se encontraron correlaciones con ninguna de las escalas de validez o clínicas, pero sí se observaron correlaciones positivas entre .24 y .37 en cuatro reactivos, de la siguiente forma: el reactivo "Me expulsaron de la escuela o de algún curso", se relacionó con (Hs) Hipocondría y con (Es) Esquizofrenia. Para el reactivo "Reprobé o repetí un año escolar" las correlaciones fueron con (F1) Infrecuencia 1, (F) Infrecuencia, (Hs) Hipocondría, (Dp) Desviación Psicopática y (Es) Esquizofrenia. En el reactivo "Reprobé un examen o curso importante" se encontró la relación con las escalas (F2) Infrecuencia 2, (F) Infrecuencia, (Pa) Paranoia y (Es) Esquizofrenia.

Finalmente en el reactivo "Mejoré mi promedio escolar" se observó su relación con (L) de Mentiras y las escalas clínicas (Hs) Hipocondría y D (Depresión).

Area de Logros y Fracazos

En esta área se analizaron 2 sucesos en los que se identificaron las siguientes relaciones: en el reactivo "Tuve un logro personal sobresaliente" la correlación fue positiva con las escalas (K) de Corrección, (Pt) Psicastenia y (Ma) Manía; pero fue negativa con (L) de Mentiras y (D) Depresión. Por otro lado, para el reactivo "Tuve una desilusión amorosa", se observó una correlación negativa con la escala (K) de Corrección, encontrando a la vez que se relacionó positivamente con las escalas (Dp) Desviación Psicopática, (Pa) Paranoia, (Es) Esquizofrenia, Ma (Manía) e (Is) Introversión Social.

Area de la Salud

Por lo que se refiere al área de la salud, cabe señalar que se apreciaron correlaciones positivas y negativas que oscilaron entre el -.26 y .41 en los dos reactivos: "Me enviaron con un psicólogo o terapeuta" y "Bajé mucho de peso."

El hecho de haber sido enviado con un psicólogo se relacionó en forma negativa con las escalas de validez (L) de Mentiras y (K) de Corrección, pero tuvo una relación positiva con la escala clínica (Es) Esquizofrenia. El reactivo "Bajé mucho de peso" igualmente tuvo una relación negativa con la escala (L) de Mentiras y positiva con (F1) Infrecuencia 1, (F) Infrecuencia y (Es) Esquizofrenia.

Area de la Sexualidad

El único reactivo considerado para esta área fue "Tuve relaciones sexuales por primera vez" hecho que sólo tuvo una correlación negativa de -.25 con la escala (L) de Mentiras.

Area Social

Para los sucesos de vida relacionados con aspectos sociales, se tomaron en cuenta 4 acontecimientos para el análisis, encontrando que en reactivo "Mejoraron mis relaciones con otras personas" se produjo una correlación negativa con las escalas de validez (F) Infrecuencia y (L) de Mentiras; mientras que con el reactivo "Comparto más tiempo con mis amigos" se relacionó positivamente con la escala (Dp) Desviación Psicopática. Para el reactivo "Empecé a tener novia" la relación se estableció con las escalas clínicas (Hs) Hipocondría y (Hi) Histeria, pero en el reactivo "Me dieron permiso de salir con una muchacha por primera vez" no se produjo relación alguna con las escalas.

Areas Económica y de Problemas de Conducta

Como puede observarse finalmente en ambas áreas, donde se consideraron los sucesos "Empecé a trabajar medio tiempo"; "Me suspendieron de la escuela" y "Tomé drogas o alcohol", no se encontraron relaciones con ninguna de las escalas.

Escalas de Contenido

Las relaciones entre las escalas de contenido y los 21 sucesos de vida estresantes seleccionados, aparecen en la tabla 48

Tabla 48
Correlación sucesos de vida estresantes y
escalas de contenido del MMPI-A, muestra de adolescentes
Areas Familiar y Escolar

AREA FAMILIAR		ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ISO	FAM	ESC	RTR
103	Mejoraron mis relaciones con mi familia				.38**					.31*					
AREA ESCOLAR		ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ISO	FAM	ESC	RTR
64	Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo				.28*										
65	Me expulsaron de la escuela o de algún curso	.26*			.37**										
80	Reprobé o repetí un año escolar				.25*					.31*			.30*		
97	Reprobé un examen o un curso importante			.27*		.29*									
105	Mejoraré mi promedio escolar						.39**								

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Continuación Tabla 48

Correlación sucesos de vida estresantes y
escalas de contenido del MMPI-A, muestra de adolescentes

Áreas Logros y Fracasos; de la Salud; de Sexualidad y de Problemas de Conducta

	AREA DE LOGROS Y FRACASOS	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ISO	FAM	ESC	RTR
102	Tuve un logro personal sobresaliente	.25*	.32**					.45**	.31*	.25*					
92	Tuve una desilusión amorosa	.49*	.29*	.45**		.40**		.29*		.25*	.25*	.25*	.34**	.36**	.40**
	AREA DE LA SALUD	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ISO	FAM	ESC	RTR
61	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	.24*						.35**							
75	Bajé mucho de peso						.26*			.31*			.26*		.26*
	AREA DE SEXUALIDAD	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ISO	FAM	ESC	RTR
71	Tuve relaciones sexuales por primera vez	.30*					.35**			.32*					
	AREA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ISO	FAM	ESC	RTR
82	Me suspendieron de la escuela				.41**										

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Como puede apreciarse en la tabla anterior se encontraron relaciones con los sucesos relativos a las siguientes áreas: familiar, escolar, logros y fracasos, de la salud, y de la sexualidad, observando además en el área logros y fracasos, hubo un mayor número de correlaciones con las escalas y fue menor en las áreas familiar y de problemas de conducta, tal y como se describe a continuación:

Area Familiar

El reactivo "Mejoraron mis relaciones con mi familia" se relacionó positivamente con (SAU-A) Preocupación por la Salud y (PCO-A) Problemas de Conducta

Area Escolar

De los siete reactivos de esta área se observó que en los seis que se describen a continuación, las correlaciones positivas fueron de .25 a .39, estableciéndose como sigue: El reactivo "Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo" se relacionó con (SAU-A) Preocupación por la Salud; el reactivo "Me expulsaron de la escuela o de algún curso" con (ANS-A) Ansiedad y con (SAU-A) Preocupación por la Salud; el suceso "Reprobé o repetí

un año escolar" con ésta última y además con (PCO-A) Problemas de Conducta y con (FAM-A) Problemas Familiares. Para el reactivo "Reprobé un examen o curso importante" la relación encontrada fue con (DEP-A) Depresión y (ENA-A) Enajenación; y finalmente el reactivo "Mejoraron mis relaciones con otras personas" se relacionó con (DEL-A) Pensamiento Delirante.

Area de Logros y Fracazos

Siendo esta área la que concentró mayor número de correlaciones con las escalas de contenido, cabe destacar además la coincidencia de relación de los dos reactivos analizados con las 4 escalas: (ANS-A) Ansiedad (OBS-A) Obsesividad (ENJ-A) Enojo y (PCO-A) Problemas de Conducta. Así pues el reactivo "Tuve un logro personal sobresaliente" se relacionó con dichas escalas y con (CIN-A) Cinismo mientras que el reactivo "Tuve una desilusión amorosa" fue el que se relacionó con (ANS-A) Ansiedad, (OBS-A) Obsesividad, (DEP-A) Depresión, (ENA-A) Enajenación, (ENJ-A) Enojo, (PCO-A) Problemas de Conducta, (BAE-A) Baja Autoestima, (ISO-A) Incomodidad en Situaciones Sociales, (FAM-A) Problemas Familiares, (ESC-A) Problemas Escolares y finalmente con (RTR-A) Rechazo al Tratamiento.

Area de la Salud

Con respecto a los dos reactivos pertenecientes a esta área, se observa que el suceso "Me enviaron con un psicólogo o terapeuta ", tuvo una relación positiva (ANS-A) Ansiedad y (ENJ-A) Enojo. Por otra parte el reactivo "Bajé mucho de peso" tuvo relación con cuatro escalas: (DEL-A) Pensamiento Delirante, (PCO-A) Problemas de Conducta, (FAM-A) Problemas Familiares y con (RTR-A) Rechazo al Tratamiento.

Area de la Sexualidad

En el único reactivo de esta área, la relación entre "Tuve relaciones sexuales por primera vez" y las escalas de contenido fue con (ANS-A) Ansiedad, (DEL-A) Pensamiento Delirante y (PCO-A) Problemas de Conducta.

Area Problemas de Conducta

De los dos reactivos explorados en esta área, sólo en el suceso "Me suspendieron de la escuela" se encontró una correlación positiva con la escala (SAU-A) Preocupación por la Salud.

EscalaS Suplementarias

Los resultados de la relación entre este último grupo de escalas y los reactivos sobre los sucesos de vida estresantes se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 49
Correlación sucesos de vida y escalas
suplementarias del MMPI-A, muestra de adolescentes

	Reactivo	MAC-A	RPAD	TPAD	INM-A	A-A	R-A
AREA ESCOLAR							
80	Reprobé o repetí un año escolar			.31*			
97	Reprobé un examen o un curso importante						
AREA DE LOGROS Y FRACASOS							
102	Tuve un logro personal sobresaliente					.28*	-.39*
92	Tuve una desilusión amorosa				.40**	.44**	
AREA DE LA SALUD							
75	Bajé mucho de peso		.28*	.25*	.34**		
AREA DE SEXUALIDAD							
71	Tuve relaciones sexuales por primera vez			.27*			
AREA SOCIAL							
47	Mejoraron mis relaciones con otras personas				-.26*		
78	Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros			.27*			

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Como puede apreciarse, de los 21 sucesos estresantes considerados para el análisis, sólo en 7 de ellos se observan correlaciones tanto positivas como negativas. Así también cabe destacar que los reactivos de las áreas: Familiar, Económica y de Problemas de Conducta no hubo ningún tipo de correlación.

Las correlaciones de los 7 reactivos mencionados correspondientes a las áreas Escolar, de Logros y Fracaso; de la Salud; de la Sexualidad y Social se presentaron de la siguiente forma:

Area Escolar

Existe sólo una relación positiva de .31 entre el reactivo "Reprobé o repetí un año escolar" y la escala (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas.

Area de Logros y Fracaso

En los dos reactivos de esta área, se observan dos situaciones importantes: en primera instancia que en el reactivo "Tuve un logro personal sobresaliente" existe una correlación positiva con (A) Ansiedad y negativa con (R) Represión y en segundo término que las correlaciones positivas más altas de este grupo de escalas, se encontró entre el reactivo "Tuve una desilusión amorosa" y las escalas (INM-A) Inmadurez y (A) Ansiedad.

Area de la Salud

En esta área se exploraron los dos reactivos, de los cuales sólo el suceso "Bajé mucho de peso" se correlacionó positivamente con (RPAD) Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas, con (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas y finalmente con (INM-A) Inmadurez.

Area de la Sexualidad

En el reactivo "Tuve relaciones sexuales por primera vez" correspondiente al área de la sexualidad sólo se observó la correlación de .27 con (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas.

Area Social

En esta área los dos reactivos en que se obtuvieron correlaciones fueron: "Mejoraron mis relaciones con otras personas" y "Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros." En el primero, el hecho de mejorar relaciones con otras personas tuvo una relación negativa con (INM-A) Inmadurez; mientras que con respecto al segundo, es decir, al compartir más tiempo con amigos y compañeros, la relación positiva de .27 se dio con (TPAD) Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas.

6.7 CORRELACION DE PEARSON, PATRON DE CONSUMO, PROBLEMAS ACTUALES Y SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES.

Para analizar la relación que guardan entre sí las variables externas, es decir, los diversos aspectos que comprende la información clínica, derivada de los terapeutas y los propios adolescentes, se aplicó la prueba estadística correlación de Pearson, en tres grupos de datos en los que se consideraron dos elementos sustantivos: el diagnóstico y los sucesos estresantes.

Para el primer elemento (diagnóstico) se tomó en cuenta la situación clínica de los adolescentes observada y señalada por los terapeutas, la cual se conformó por los problemas actuales y el patrón de consumo, identificando en este último sus cuatro aspectos primordiales: consumo actual, antecedentes, condiciones en que llega a la consulta y diagnóstico de ingreso. Para el segundo (sucesos estresantes), nuevamente se tomaron en cuenta los 21 sucesos que anteriormente se mencionaron más frecuentes.

En el análisis del primer grupo de datos, se correlacionó la información siguiente:

PATRON DE CONSUMO

Patrón de Consumo

- Sustancia de Consumo
- Frecuencia de uso
- Tipo de Consumo
- Número de sustancias de consumo
- 2a. Sustancia de Abuso
- Dependencia a una 3a. Sustancia
- Uso de Alcohol

Antecedentes del Consumo

- Edad de inicio del consumo
- Droga de inicio
- Evolución del consumo
- Motivo del Consumo

Condiciones de la Consulta

- Asistentes a la consulta
- Motivo de Consulta
- Expectativas Terapéuticas

Diagnóstico de Ingreso

- Número de Diagnósticos de comorbilidad
- Comorbilidad Psiquiátrica
- Otra Comorbilidad
- Forma de uso (tipo de usuario)

PROBLEMAS ACTUALES

- Acting out / Conducta Irresponsable
- Arrebatos de ira / Pleitos
- Conducta de Oposición
- Fugarse de la casa
- Uso / Abuso de Drogas
- Impulsividad
- Conducta hiperactiva / Sobreactividad
- Aislamiento
- Pocas Destrezas Sociales
- Problemas de Identidad
- Baja Autoestima
- Depresión
- Ideas / Intenciones de Suicidio
- Tensión / Nerviosismo
- Vagancia/Evitar ir a la escuela
- Bajos Logros Académicos
- Asuntos y Problemas con la familia
- Problemas Alimenticios
- Conducta delirante
- Experiencias sensoriales delirantes
- Procesos de pensamiento delirantes
- Dificultades para Concentrarse
- Otros Problemas

Los resultados de la correlación entre el primer grupo de datos se presentan en las tablas a continuación:

Tabla 50

Correlación patrón de consumo y problemas actuales, muestra de adolescentes

Patrón de Consumo y Antecedentes del Consumo

DATOS	PROBLEMAS											
	Acting	Ira	Fugarse	Drogas	Hiperactividad	Pocas Destr Soc	Depresión	Tensión	Quejas Som	Vagancia	Bajos Logros	Otros
Tipo de Consumo	.47**		.41**	.35**	.27*		.39**			.26*	.25*	
2a. Sustancia de Abuso			-.25*			-.42*	-.40**					
Dependencia a 3a. Sustancia				.29*								
Uso de Alcohol		.45*	.33**									-.37**
Edad de inicio del consumo								.26*				
Droga de Inicio												-.32*
Motivo del Consumo									.25*			

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Tabla 51

**Correlación patrón de consumo y problemas actuales,
muestra de adolescentes**

Condiciones de la Consulta y Diagnóstico de Ingreso

DATOS	PROBLEMAS												
	Acting	Oposición	Fugarse	Drogas	Impulsividad	Hiperactividad	Pocas Dest. Soc	Depresión	I. Suicidio	Tensión	Vagancia	Bajos Logros	Prob. All men.
Asistentes a la consulta				.25*					-.28*	-.27*			
Motivo de Consulta						-.28*							
Expectativas Terapéuticas		-.25*											
Núm. de Dx. de comorbilidad	.26*		.46**	.28*	.30*	.35**	.41**	.65**	.30*	.27*	.41**	.52**	
Comorbilidad Psiquiátrica	.37**	.30*	.41**	.32**	.31*	.25*	.39**	.60**			.36*	.46**	
Otra Comorbilidad			.28*			.28*	.32**	.44*	.47*			.41**	
Forma de uso	.37**	.25*	.37**	.31*				.27*					.24*

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Como puede apreciarse en la tabla anterior, se identificaron 15 aspectos valorados en relación al consumo de sustancias y condiciones de la consulta, que aparecieron relacionados con diversos problemas actuales prioritariamente en forma positiva. A simple vista puede observarse que la variable comorbilidad psiquiátrica, es la que se vincula con mayor número de problemas.

En un análisis más detallado entre la conexión entre el uso de drogas y las conductas de los adolescentes que con frecuencia se asocian a ello, se destaca lo siguiente:

Patrón de Consumo

Se observaron principalmente correlaciones positivas en menor proporción negativas. El tipo de consumo (abuso o dependencia) se relacionó positivamente con los problemas de: acting out, fugarse de la casa, conducta hiperactiva, depresión, vagancia y bajos logros académicos; en la 2ª. sustancia de abuso todas las correlaciones fueron negativas con los problemas: fugarse de la casa, pocas destrezas sociales y depresión.

En el uso de alcohol, se dieron correlaciones positivas con arrebatos de ira y fugarse de la casa; pero negativas con otros problemas; mientras que la dependencia a una 3ª sustancia se relacionó en forma positiva, obviamente con la detección de uso de drogas.

Antecedentes del Consumo

La edad de inicio en el consumo se relacionó positivamente con tensión / nerviosismo; la droga de inicio, negativamente con otros problemas y el motivo al que se atribuye el uso de drogas con quejas somáticas.

Condiciones de la Consulta

En relación a los asistentes a la consulta (padre, madre, etc.) que acompañaron al adolescente, se observó que se relacionaron positivamente con la detección del uso de drogas, y en forma negativa con ideas / intenciones de suicidio y con tensión / nerviosismo. El motivo de consulta se correlacionó negativamente con sobreactividad / conducta hiperactiva; y las expectativas que lo llevaron al tratamiento en forma negativa con conducta de oposición.

Diagnóstico de Ingreso

En las tres variables comprendidas en este rubro se aprecia la mayor cantidad de correlaciones con los problemas actuales, ya que el número de diagnósticos de comorbilidad (de 2 a 3) se relacionó con acting out / conducta irresponsable; fugarse de la casa; uso / abuso de drogas; impulsividad; conducta hiperactiva / sobreactividad; pocas destrezas sociales; depresión; ideas / intenciones de suicidio; tensión / nerviosismo; vagancia /evitar ir a la escuela y bajos logros académicos. Del mismo modo la comorbilidad psiquiátrica se correlacionó con la conducta de oposición y con la mayor parte de las anteriormente mencionadas, a excepción de las intenciones de suicidio y tensión.

La existencia de un 2º Diagnóstico de Comorbilidad se relacionó con fugarse de la casa; conducta hiperactiva; pocas destrezas sociales; depresión; intenciones de suicidio y bajos logros académicos. Finalmente la forma de uso, es decir, el lugar que la droga ocupa en la vida del adolescente, por la situación en que la usa (experimental, social...etc.), se relacionó positivamente con acting out / conducta irresponsable; conducta de oposición; fugarse de la casa; uso / abuso de drogas; depresión y problemas alimenticios.

Por lo que se refiere al segundo grupo de datos, cabe señalar que se valoró la correlación entre los sucesos de vida estresantes y las variables clínicas referentes al patrón y antecedentes de consumo, así como de las condiciones de consulta y diagnóstico de ingreso, las cuales se muestran en las tablas 52 y 53.

Tabla 52

Correlación sucesos de vida estresantes; patrón de consumo y antecedentes del consumo, muestra de adolescentes

	Reactivo	Sustancia de Consumo	Tipo de Consumo	No. de Sustancias	2a. Sust. de Abuso	Dependencia a una 3ª. Sust.	Edad de Inicio	Droga de Inicio	Evolución del Consumo
	AREA FAMILIAR								
56	Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá)		.34*						.34**
	AREA ESCOLAR								
50	Empecé la secundaria o preparatoria		.32*						-.25*
76	Problemas en la escuela con algún(os) maestros		.26*						
80	Reprobé o repetí un año escolar					.35**		.25*	
	AREA DE SEXUALIDAD								
71	Tuve relaciones sexuales por primera vez			.29*					
	AREA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA								
82	Me suspendieron de la escuela				.27*				
84	Tomé drogas o alcohol	.36**				.29*	.35**	.28*	

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Tabla 53

Correlación sucesos de vida estresantes; condiciones de la consulta y diagnóstico al ingreso, muestra de adolescentes

	Reactivo	Expectativas Terap	No. de Dx. de Comorbilidad	Comorbilidad Psiq.	Otra Comorbilidad	Forma de Uso
	AREA FAMILIAR					
56	Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá)			.29*		
	AREA ESCOLAR					
50	Empecé la secundaria o preparatoria	-.31*				.33**
76	Problemas en la escuela con algún(os) maestros		.29*		.25*	

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

Como puede apreciarse en ambas tablas, únicamente 7 sucesos estresantes de las áreas familiar, escolar, de la sexualidad y de problemas de conducta, fueron detectados en correlación con la situación del consumo de sustancias, lo cual se presentó de la siguiente forma:

Area Familiar

Los desacuerdos con el padre y la madre, se relacionaron positivamente con el tipo de consumo (abuso o dependencia); con el tiempo de evolución y con la presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica

Area Escolar

En los tres sucesos identificados en esta área, se observaron principalmente correlaciones positivas. En el hecho de haber iniciado la secundaria o preparatoria, fueron tanto positivas como negativas. En torno al tipo de consumo (abuso o dependencia) y la forma en que el adolescente usa la droga la relación fue positiva, mientras que con respecto a la evolución del consumo y las expectativas de tratamiento fue negativa.

Por lo que se refiere a "problemas en la escuela con algún (os) maestro (s)", la relación se dio con la condición del tipo de consumo, es decir, el abuso o la dependencia y con el número de diagnósticos de comorbilidad. La "reprobación del año escolar", por su parte se correlacionó con la dependencia a una 3ª sustancia y la droga de inicio.

Area de la Sexualidad

El reactivo "tuve relaciones sexuales por primera vez" se relacionó únicamente con el número de sustancias de consumo.

Area de Problemas de Conducta

De los dos reactivos detectados en esta área, puede observarse que el hecho de haber sido suspendido de la escuela se relacionó positivamente con la presencia de una 2ª. Sustancia de abuso; mientras que "tomé drogas y alcohol" se correlacionó evidentemente con la sustancia de consumo, la dependencia a una 3ª. sustancia, la edad del adolescente y la droga de inicio.

Finalmente para el último grupo de datos, se agruparon los problemas actuales para observar su relación con los sucesos estresantes señalados por los adolescentes. Dicha relación se presenta en la tabla a continuación:

Tabla 54

**Correlación sucesos de vida estresantes y problemas actuales,
muestra de adolescentes**

	REACTIVO	Opo sición	Impul sividad	Quejas somá ticas	Probls Familia res	Cta Deli rante	Exper sensor. deli rantes	Otros Probls.
	AREA ESCOLAR							
50	Empecé la secundaria o preparatoria					.28*	.28*	.28*
76	Problemas en la escuela con algún(os) maestros		.25*					
	AREA DE LA SALUD							
61	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta			-.27*				
	AREA SOCIAL							
47	Mejoraron mis relaciones con otras personas				-.26*			
78	Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros	.26*	.32*					
	AREA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA							
84	Tomé drogas o alcohol		.28*					

* Significativa al .01 ** Significativa al .05

En esta última tabla se presentan 6 sucesos de vida estresantes de las áreas escolar, de la salud, social y de problemas de conducta que se relacionaron en su mayoría positivamente con los 7 siguientes problemas actuales: conducta de oposición; impulsividad, quejas somáticas; asuntos y problemas con la familia; conducta delirante; experiencias sensoriales delirantes, así como otros problemas, distribuyéndose como se describe a continuación:

Area Escolar

En esta área se identificaron dos sucesos; el primero, "empecé la secundaria o preparatoria", se correlacionó positivamente con la Conducta delirante, las experiencias sensoriales delirantes y con otros problemas; el segundo "problemas en la escuela con algún (os) maestros" se relacionó en forma positiva con impulsividad.

Area de la Salud

En el reactivo "Me enviaron con un psicólogo o terapeuta", se observó una correlación negativa de -.27 con el problema de quejas somáticas.

Area Social

En esta área se detectaron 2 sucesos. "Mejoraron mis relaciones con otras personas" que se correlacionó negativamente con los problemas familiares; y " Comparto más tiempo con mis amigos y compañeros", se relacionó en forma positiva con la conducta de oposición, y con impulsividad.

Area Problemas de Conducta

El suceso "Tomé drogas o alcohol", finalmente se correlacionó en forma positiva con la conducta impulsiva.

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

7.1 DISCUSION

De acuerdo con el objetivo general de conocer, describir y analizar las características psicológicas de los adolescentes farmacodependientes; los factores asociados a los motivos que los llevan a solicitar una atención y permanecer en ella o abandonarla y de detectar las características de personalidad reveladoras de su disponibilidad o rechazo al tratamiento, en esta investigación se hizo un análisis de los rasgos de personalidad de los 63 varones que conformaron la muestra. Asimismo se observó la forma en que se relacionaron los diferentes tipos de variables: clasificatorias (factores sociodemográficos) intermedias (rasgos de personalidad) y externas (información clínica, sucesos de vida estresantes y conductas de autoreporte).

A través de la aplicación del MMPI-A para adolescentes, versión en español (Lucio, 1995) se pudieron evaluar las características de personalidad del grupo de farmacodependientes estudiado. Mediante la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico y de Sucesos de Vida Estresantes (Lucio, Ampudia y Durán, 1996) fue posible realizar el análisis de los aspectos sociodemográficos y familiares de estos, así como de los sucesos de vida provocadores de estrés, a los que se enfrentaron en el período de seis meses previos a la aplicación.

Además de ello al consultar los registros de las entrevistas realizadas por sus terapeutas, se obtuvieron algunos de los datos de tipo clínico observados en las consultas, con los cuales fue factible verificar el patrón de consumo y los problemas actuales que dieron lugar al diagnóstico de abuso o dependencia a las sustancias y la comorbilidad psiquiátrica y adictiva concomitante o asociada, que se refirió en sus expedientes clínicos.

Con toda esta información se examinaron las relaciones entre la observación hecha por el profesional y el autorreporte de los pacientes, trabajo que en última instancia dio respuesta a las preguntas planteadas en esta investigación y en consecuencia a las siguientes consideraciones:

Teniendo presente que la primera hipótesis formulada en esta investigación fue la existencia de diferentes rasgos de personalidad en los consumidores, dependiendo de la sustancia principal de uso, se analizaron los rasgos identificados con el MMPI-A, mediante pruebas estadísticas que permitieron conocer las características generales del grupo

estudiado y las específicas de los subgrupos de usuarios, a saber, de cocaína, inhalables y marihuana. Con dichas pruebas se apoya la hipótesis alterna, debido a que no se encontraron diferencias sustantivas en los consumidores de las sustancias ilícitas principales de consumo, en los tres tipos de escalas proporcionadas por este instrumento.

Este resultado concuerda con lo reportado en 1991 por Walfish, Massey y Krone, en el estudio de perfiles de adolescentes hombres y mujeres usuarios de marihuana, alcohol y cocaína, que solicitaron tratamiento residencial, ya que estos investigadores no encontraron diferencias entre los grupos ni entre sexos.

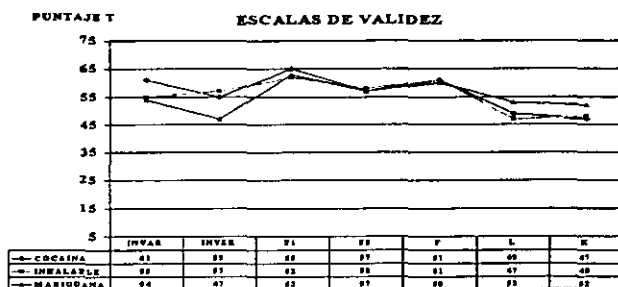
Coincide también con lo registrado en otras dos investigaciones con población adulta donde se utilizó el MMPI en su versión original para discriminar perfiles de usuarios de cocaína y alcohol, - en quienes solo encontraron diferencias significativas en la escala 0 de Introversión Social (Johnson, Tobin y Cellucci, 1992); - y entre adictos a cocaína y heroína (Fieldman, Woolfolk y Allen, 1995). En este último estudio se reportó similitud en muchos de los diagnósticos y variables de personalidad y se atribuyó este resultado a que el nivel socioeconómico y la severidad de la adicción en los dos grupos de usuarios eran similares.

Es interesante la concordancia en los resultados, entre la presente investigación y la efectuada por Walfish, Massey y Krone. Probablemente ésta se debe a la coincidencia de las características de la muestra (adolescentes en tratamiento, usuarios de cocaína y marihuana) y al uso de criterios de Archer para la puntuación T. Sin embargo, cabe destacar que la proporción inversa de casos de ambas sustancias (69% de consumidores de marihuana y 13% de cocaína, además de 18% de consumidores de alcohol, en el estudio de Walfish y cols.; versus 20.7% de marihuana, 46.0% de cocaína y 33% de inhalable) aunada a la condición de uso de dos a tres sustancias además del alcohol, pudieran ser datos importantes a analizar.

Si bien los datos permiten corroborar la utilidad y efectividad tanto del MMPI original como del MMPI-A, es probable que se requieran estudios donde puedan valorarse separadamente monousuarios y poliusuarios, ya que la condición de uso de más de una sustancia en forma secuencial o simultánea seguramente interfiere en los resultados.

No obstante las pruebas estadísticas permiten la aceptación de la hipótesis alterna, es válido hacer notar que la estructura del Inventario Multifásico de la Personalidad, permitió obtener los perfiles por tipo de droga. Al apreciarlos por separado, se pudieron ver ligeras discrepancias en algunos de los rasgos, como las que se presentan a continuación:

Escala de Validez



Los resultados obtenidos para los tres subgrupos de consumidores muestran que existe similitud entre ellos independientemente de la sustancia que utilicen. Esto se observó en las escalas de validez de identificación de problemas, donde emergieron aspectos depresivos relacionados con problemas escolares, familiares y de conducta, los cuales si bien reconocen hasta cierto punto, no son capaces de manejarlos, tal y como lo muestra la escala de habilidades para resolver problemas, en la cual los tres perfiles mostraron diferencias cualitativas muy ligeras que no resultan eminentemente significativas.

Los usuarios de cocaína aparentemente están más confusos y tienen más dificultades para resolver sus problemas. Aunque los consumidores de marihuana e inhalables también presentan estas dificultades, los usuarios de marihuana parecen ser más capaces de reconocer que los tienen y de enfrentarse al ambiente social, a diferencia de los inhaladores.

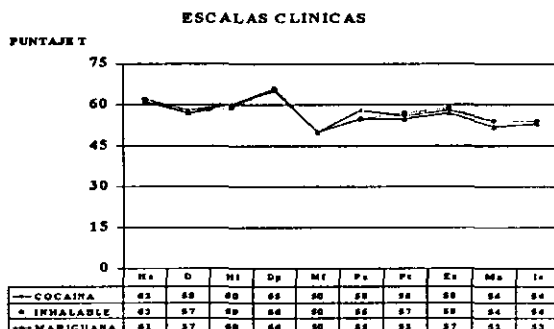
Los aspectos más relevantes reflejados en las escalas de validez que indican del talante depresivo y las dificultades de estos adolescentes para enfrentarse a sus problemas, han sido documentadas en investigaciones sobre comorbilidad psiquiátrica, donde se destaca que el uso de cocaína se asocia con trastornos depresivos tales como la distimia (Cocores, Pattel, Gold y Pottash, 1987).

También en la literatura psicoanalítica se ha señalado que la elección de esta sustancia es un intento de automedicarse para evitar episodios depresivos (Kaufman, 1992), ya que los adictos la utilizan por sus propiedades energéticas en tanto estas les ayudan a contener con la depresión la fatiga y el aburrimiento (Khantzian, 1978). Aún cuando la elección de sustancias como el cannabis y los inhalables según los autores se produce por otras razones (vrg. por su efecto opuesto en cuanto a la desinhibición o sensación de alivio), se ha indicado que el uso de éstas se encuentra asociado a trastornos afectivos. Esto se

observó en una investigación realizada por De Milio en 1989, quien valoró adolescentes que solicitaron servicios de desintoxicación.

Ahora bien, las dificultades que los adolescentes de esta investigación presentan para resolver sus problemas, corroboran lo establecido previamente por Vallejo (1989) al destacar que los farmacodependientes son sujetos de difícil manejo, por la inmadurez con que se enfrentan a los problemas, además de sus problemas de socialización, su bajo umbral para las frustraciones y su necesidad de satisfacciones inmediatas. Aunque las dificultades no se observaron con el uso de una sustancia en especial, este resultado parece ser una característica generalizable a la población consumidora, dado que la droga funciona como un amortiguador cuando el adolescente no puede valerse de sus defensas internas para contener la tensión (Materazzi, 1985).

Escalas Clínicas



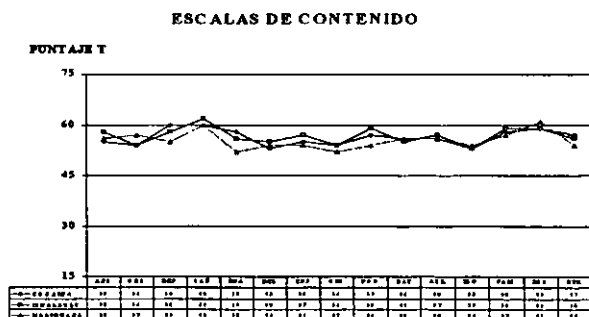
En las escalas clínicas, son evidentes las coincidencias de los perfiles. La elevación de las 4 escalas clínicas principales, -desviación psicopática, hipocondriasis, histeria y depresión- que componen el perfil de los adolescentes estudiados se asemeja en puntaje en los tres subgrupos. Los rasgos psicopáticos que se encuentran por arriba de lo normal indican patología, mientras que los rasgos hipocondríacos, histéricos y depresivos están al nivel de problemas psicológicos significativos.

La combinación de las restantes escalas de Esquizofrenia, Psicastenia y Paranoia que ponen de manifiesto los rasgos esquizoides, paranoides y obsesivo-compulsivos, es compartida por los usuarios de las tres sustancias; combinación que concuerda con los hallazgos de Friedman y cols, en un estudio longitudinal con estudiantes, en quienes se identificó la hostilidad, la ideación paranoide y los síntomas obsesivo compulsivos, como predictores del incremento en el uso de sustancias.

La elevación de las escalas clínicas, por otra parte, parece coincidir con lo anotado en la literatura acerca de los primeros estudios realizados a través del Inventario Multifásico de la Personalidad en su versión original. La elevación significativa de la escala de desviación psicopática, al grado de considerarse característica de los adictos en adultos, no es un antecedente carente de valor, ya que durante mucho tiempo la primera versión de este instrumento se utilizó en diversas investigaciones con jóvenes delincuentes, que sirvieron de base para señalar que es esta escala la que permite discriminar entre poblaciones de consumidores y no consumidores de drogas (Hataway y Monachessi, 1965) (Cit. en Ampudia, 1998).

Dado lo anterior, los resultados de las escalas clínicas obtenidos en esta investigación concuerdan nuevamente con lo reportado por Walfish, Massey y Krone (1990), ya que estos autores encontraron la elevación clínicamente significativa en la escala de Desviación Psicopática, utilizando el criterio de puntuaciones T establecido por Archer (1988) con usuarios de marihuana, alcohol y cocaína; sin embargo sus resultados son contrarios a lo observado por Klinge, Lachar, Grisell y Berman en 1978 y con Johnson, Tobin y Cellucci en 1992, debido a que aunque estos autores consideran que la escala de Introversión Social es la única que distingue a usuarios de no usuarios e interpretan este hallazgo sosteniendo que los usuarios de sustancias son menos sociables e introvertidos, en el caso de Klinge y cols., la significancia se obtuvo comparando las normas de adultos y las desarrolladas por Marks para adolescentes. El estudio de Johnson, Tobin y Cellucci, aun cuando incluyó solo usuarios de sustancias, fue llevado a cabo, como ya se ha mencionado, con adultos usuarios de cocaína y alcohol.

Escalas de Contenido



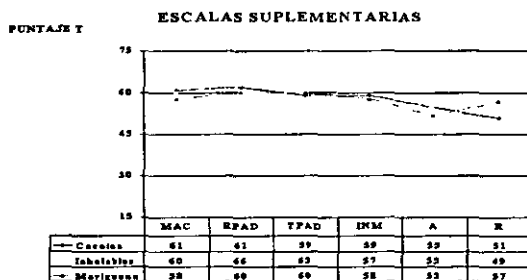
En las escalas de contenido propias para identificar variables de personalidad, es donde se observa una dispersión distinta entre los tres perfiles obtenidos a pesar de la coincidencia de algunas escalas que aparecen consistentemente con elevaciones moderadas. En tal caso se encuentran las preocupaciones por la salud y los problemas escolares y

familiares en los que se obtuvieron las puntuaciones mas elevadas, a las que le siguen los problemas de conducta y el rechazo al tratamiento.

Aunque estas variables no han sido mencionadas de manera específica en adolescentes farmacodependientes, existen algunas referencias que parecen coincidir con estos resultados, ya que en estudios con población estudiantil se ha valorado la presencia de síntomas psicossomáticos e impulsividad-tensión (Stefanis y Kokevi, 1987) y se alude a las consecuencias a largo plazo de los síntomas de depresión y ansiedad en la adolescencia que al perdurar hasta la adultez reducen los logros educativos (Johnson y Kaplan, 1990).

Así las preocupaciones por la salud, y los problemas de conducta identificados en esta investigación, resultan consistentes con los hallazgos de diversos estudios de comorbilidad en los que se refieren diagnósticos de trastornos de conducta (Weiss, 1986; De Milio, 1989; Gawin & Kleber, 1985) y de la alimentación (Zweeben, 1987; Jonas, 1987) que además se consideran como algunas de las razones que llevan a los adictos a tratamiento.

Escalas Suplementarias



La elevación de moderada a alta que se presenta en las escalas de Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o las drogas; y de Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas, bastante obvia en el grupo de adolescentes estudiado, es similar en los puntajes de los tres perfiles de usuarios y ratifica la relación que ellos han establecido con las drogas.

La escala de inmadurez alcanza una elevación moderada al igual que la de Alcoholismo de McAndrew -Revisada. La primera corrobora los problemas de estos adolescentes en cuanto a sus pocas habilidades para resolver problemas, en los tres subgrupos, mientras que la segunda ratifica el consumo de alcohol que acompaña el uso de sustancias ilícitas.

Las diferencias en las puntuaciones de los tres subgrupos, sólo se manifiestan en la escala de Represión, más elevada en los usuarios de marihuana y menor en los consumidores de cocaína e inhalables.

Las elevaciones de estas escalas corroboradoras del uso de sustancias y reveladoras de la combinación uso de drogas - alcohol no resulta inesperada si se toma en cuenta que la mayor parte de los estudios realizados con población estudiantil usuaria de sustancias y con pacientes en tratamiento por uso de drogas, refieren la coexistencia del consumo de ambas. En este sentido, las investigaciones de Deykin y cols., 1987; de Kashani, Keller, Solomon et al., 1985; de Ross, Glasser y Stiasny, 1988; Van Ameringen, Mancini, Styan y Donison, 1991, llevadas a cabo con sujetos usuarios de alcohol, drogas o ambos, revelan la presencia de tal coexistencia asociada a diversos trastornos psicopatológicos.

Como puede apreciarse la respuesta a la primera pregunta de investigación con respecto a en qué medida pueden identificarse características de personalidad en los adolescentes que abusan o dependen de las drogas, según el tipo de sustancia que utilizan, queda contestada en tanto la estructura del MMPI-A como instrumento de evaluación de la personalidad, dió la oportunidad de examinar separadamente los perfiles de los tres subgrupos de drogas de consumo que se encontraron, además del análisis de la muestra en su conjunto. Tal análisis permitió delinear el perfil psicológico del grupo total.

Perfil General del Grupo de Adolescentes

A partir de los resultados del MMPI-A, en esta investigación se encontró que las características de personalidad que describen a los farmacodependientes de la muestra se relaciona con adolescentes cuyo nivel de adaptación se reduce por su inmadurez e incapacidad para enfrentarse a algunos problemas que reconocen pero sienten que no pueden resolver. Asimismo, tienen quejas, preocupaciones y dificultades para involucrarse socialmente y tienden a presentar patrones de reacción afectiva ante el estrés que los lleva a manifestar y desarrollar síntomas físicos.

Se autoperceben como adolescentes frustrados, que se enojan con facilidad y son poco tolerantes e impacientes, tienden a culpar a los demás, tienen poca confianza en sí mismos y son dependientes y desafiantes. Pueden considerarse inestables, poco cooperadores, impredecibles e incontrolables, con un desempeño escolar limitado y problemas académicos.

Como características principales de personalidad, se observa aislamiento social, confusión y desorganización, con cierto comportamiento esquizoide. Presentan sentimientos de inferioridad, baja autoestima, sentimientos de frustración e infelicidad,

pobre ajuste a nivel escolar, problemas de adaptación y probablemente conductas regresivas.

Contrastando los resultados del perfil psicológico con estudios previos, es posible observar que algunas de estas características son similares a las descritas por Walfish, Massey y Krone (1990) en usuarios de marihuana, alcohol y cocaína, ya que la rebeldía, inconformidad, impulsividad y las dificultades para controlar el enojo que estos investigadores encontraron, coincide con el patrón general de comportamiento generado por la forma en que se autoperciben los adolescentes de este estudio. Así también las características de pensamiento confuso y desorganizado, resentimiento, hostilidad, agresión y rebeldía, así como la tendencia a exagerar sus problemas físicos encontrada en los trabajos de Craig & Olson (1992), estudiando usuarios de cocaína, muestra similitud con el perfil general.

La interpretación de la Escala de Desviación Psicopática indicadora de conductas acting out como defensa, y de poca experimentación de culpa y remordimiento ante su conducta, para Walfish, Massey y Krone, concuerda en cuanto al sentido de estas conductas, es decir, en tanto son defensivas; sin embargo, en los adolescentes de este estudio se apreció más su tendencia a culpar a los demás, lo cual no significa que no experimenten culpa.

Una discrepancia importante a señalar son las características principales de personalidad del grupo estudiado. El aislamiento social, la confusión y desorganización y el comportamiento esquizoide encontrados, no han sido plenamente documentados en las investigaciones con farmacodependientes, pero sí en estudios que evalúan psicopatología en adolescentes comparando resultados del MMPI-A entre sujetos normales y población clínica. En el estudio de Lucio, Durán y Ampudia (1999) con una muestra clínica que incluyó adolescentes con alteraciones emocionales, dificultades de adaptación, problemas de conducta y uso y abuso de alcohol y drogas; se describe la presencia de problemas de adaptación y en algunos casos de confusión y desorganización; así como sentimientos de insatisfacción, desesperanza e infelicidad; falta de autoconfianza y aislamiento social.

No obstante las semejanzas y diferencias con investigaciones previas, por otro lado, resulta interesante advertir la similitud de los resultados con las descripciones de usuarios de sustancias basadas en la observación clínica, de ahí que sea posible decir que se confirman las referencias de Khantizan, 1974 en cuanto al sentido adaptativo, que tiene el uso de drogas, debido a que tal y como se identificó en los adolescentes de la muestra, presentan dificultades para regular sus afectos y tienen poca capacidad para contender con el estrés. Asimismo se corroboran las observaciones de Treece y Khantzian (1978) con respecto a la vulnerabilidad caractereológica que consideran subyace al consumo. Es evidente que la escasa autoestima y las alteraciones en el pensamiento y en el juicio, que señalan ambos autores, permiten comprender la inmadurez y mecanismos de adaptación y defensa rígidos que se han detectado en los adictos.

En otro orden de experiencias sobre usuarios de sustancias, se señala que es típico encontrar en la infancia de quienes consumen marihuana, episodios de pesadillas, enuresis y otros síntomas indicadores de tensión emocional y de alteraciones en las relaciones interpersonales. Esta observación de Ausubel (1974) resulta interesante porque menciona además que en ellos existen signos de inmadurez motivacional temprana que aparecen en la adolescencia junto con asistencia irregular a la escuela y rendimiento escolar considerablemente menor a su nivel de inteligencia.

Como puede observarse, tanto los estudios previos como las apreciaciones basadas en la experiencia clínica sustentan los resultados obtenidos en el perfil general de los adolescentes estudiados.

Con relación a la segunda hipótesis de trabajo: existen rasgos de personalidad y conductas o problemas actuales que se correlacionan de manera significativa para iniciar o mantener el consumo, se acepta debido a que a través de la prueba estadística Correlación de Pearson, se pudo detectar que los problemas identificados por los terapeutas con mayor frecuencia, se relacionaron significativamente con las puntuaciones de algunas escalas del MMPI-A.

Habiendo identificado en la consulta un mayor porcentaje de: uso de drogas, problemas familiares, bajos logros académicos, conductas acting out, baja autoestima, vagancia o evitar ir a la escuela, arrebatos de ira y pleitos, conductas de oposición, tensión-nerviosismo y depresión, como conductas frecuentes, es importante señalar que al aplicar las pruebas estadísticas se corroboró que efectivamente gran parte de estas conductas se relacionan con los rasgos psicopáticos e histriónicos de los adolescentes.

Por otra parte, las conductas y experiencias sensoriales delirantes, el aislamiento, las ideas e intenciones de suicidio, los problemas alimenticios y los de identidad, son problemas que a pesar de no haber sido observados tan frecuentes en el grupo estudiado, están también estrechamente ligados al perfil psicológico, ya que guardan conexión con los rasgos depresivos y esquizoides que los caracterizan, pero además son congruentes con las consecuencias que usualmente se atribuyen al uso de sustancias.

Esta relación entre lo observado por el terapeuta y el reporte de los pacientes reflejado en el perfil, hace ver que efectivamente existe conexión entre sus rasgos de personalidad y el inicio de su consumo o su mantenimiento.

La relación entre los problemas arriba citados y los rasgos psicopáticos, histriónicos y paranoides principalmente, parecen ser los responsables de que se hayan involucrado con las drogas. Así pues, la conducta irresponsable y los bajos logros académicos están asociados a sus actitudes dependientes y desafiantes, mientras que los problemas de

identidad, así como sus conductas y experiencias sensoriales delirantes derivan de sus problemas de adaptación.

En la literatura referente a las causas del consumo de drogas, se sostiene que los rasgos de personalidad son un factor influyente para el inicio del consumo, pero también se destaca que el uso de sustancias precede a la conducta antisocial o es un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de personalidad antisocial. Aunque en los adolescentes de esta investigación los rasgos de desviación psicopática son clínicamente significativos pero no indicativos de severa patología, (tal y como se ha observado en otras investigaciones) y en virtud de que en las referencias bibliográficas sobre la etiología del consumo sigue prevaleciendo la controversia y discrepancia de opiniones, mas allá de la presencia de estos rasgos como determinantes, es crucial destacar que si bien el uso de sustancias conlleva a conductas no aceptadas socialmente como señalan Gerstley, Altterman, McLellan y Woody, (1990), el propio proceso adictivo refuerza dichas prácticas, por la función que tienen para el adolescente, es decir, el lugar que éste le atribuye a las drogas.

Las evidencias dadas en esta investigación coinciden con las observaciones de los clínicos acerca de la función de las drogas como mecanismo para contender contra la ansiedad (Kalina, 1990) o con el fin de modificar el estado de ánimo normal hacia una situación placentera (Musaccio de Zan, 1980), por ende los resultados muestran que estos adolescentes al no tolerar las frustraciones de la vida cotidiana, recurren a las drogas en un intento de automedicación, esto es, a utilizar un mecanismo artificial que mitiga sus necesidades, pero a la vez les impide desarrollar recursos internos necesarios para superar sus dificultades y problemas.

Dados estos resultados y consideraciones de la experiencia clínica, la pregunta acerca de los aspectos de la personalidad y las conductas autorreportadas u observadas en el adolescente que explican o se relacionan con el inicio o mantenimiento del consumo puede contestarse, pues como se constató, existen conductas en ellos que tienden a exagerar los problemas que se asocian al consumo.

La tercera hipótesis que consideró que las características de personalidad se relacionan significativamente con los sucesos de vida estresantes y el patrón de consumo, se acepta en virtud de que a partir de la prueba estadística correlación de Pearson se obtuvieron resultados clínicamente significativos entre la situación actual del uso de sustancias y los rasgos de personalidad de los adolescentes. Así también, mediante la correlación de Spearman se corroboró la conexión entre los sucesos de vida negativos relacionados con los rasgos de personalidad que denotan sus principales problemas, y los acontecimientos valorados positivamente por ellos, que también están asociados con sus características.

Por lo que se refiere al patrón de consumo y su relación con los rasgos de personalidad, cabe hacer notar que al tomar en cuenta la situación adictiva actual, los antecedentes y el diagnóstico de ingreso de los adolescentes de la muestra, se observó lo siguiente:

Patrón de Consumo y Antecedentes: Son usuarios de cocaína, inhalables y marihuana; drogas cuyo uso frecuente los ubica como casos de adicción que cumplen con el criterio diagnóstico de dependencia a 2 ó 3 sustancias, además del abuso o dependencia al alcohol.

Los resultados de esta investigación, señalan que este patrón se relaciona principalmente con rasgos clínicos -psicopáticos, histriónicos e hipocondríacos- y características (de ansiedad, problemas de conducta, enojo, preocupación por la salud, aspiraciones limitadas, problemas familiares y represión) que permiten observar la conexión que guarda la adicción con las conductas delictivas, y opositoras; con el desarrollo de síntomas físicos (que interfieren en el desempeño y fungen como mecanismos de resolución de angustia) con la presencia de problemas familiares; y con sus dificultades para controlar el enojo y la frustración. Por ende en ellos se desencadenan conductas acting-out debido a sus escasos recursos de adaptación que los hacen proclives a funcionar a través de las drogas.

Los antecedentes de consumo señalan que iniciaron a los 14 o 15 años, por lo que actualmente llevan de 6 meses a 2 años de consumo en promedio. Aún cuando para muchos de ellos el origen y la causa de su consumo fue aparentemente la curiosidad o influencia de otros, muchos de ellos no saben a qué atribuir su involucración con las drogas.

Dado que sus antecedentes se relacionaron con sus rasgos psicopáticos y sus características de ansiedad, estos chicos muestran poco interés en el estudio y escasos logros, lo cual bien pudiera ser razón suficiente para propiciar el consumo.

Condiciones de la Consulta: Por lo que respecta a su asistencia a la consulta, cabe hacer notar que gran parte de ellos, acudieron en compañía de alguno de sus padres, con el interés de solicitar atención para sus problemas de farmacodependencia; y que a su ingreso fueron diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias (dependencia de cocaína; abuso o dependencia a inhalables; abuso o dependencia a marihuana, etc.), según los criterios del DSM IV, además se les atribuyó un segundo diagnóstico de comorbilidad relativo a rasgos patológicos de personalidad antisocial, narcisista, histriónico, por evitación o por dependencia y en algunos casos se diagnosticó hasta una tercera condición comórbida objeto de atención (problemas de relación; paterno - filiales; entre hermanos y académicos).

Estos diagnósticos dejan ver que son farmacodependientes funcionales y que las condiciones en que se presentan a la consulta, están clínicamente relacionadas en forma significativa con sus rasgos psicopáticos y obsesivo-compulsivos, así como con sus problemas escolares, de conducta y sus preocupaciones por la salud.

Tomando en consideración las diversas investigaciones que se han realizado con el objeto de establecer la comorbilidad de los adictos, es interesante hacer notar que los dobles y triples diagnósticos del grupo de farmacodependientes coinciden con las observaciones del estudio que Schiff y Cavaiola (1988) llevaron a cabo en unidades de tratamiento residencial y de consulta externa, donde se presentaron numerosos casos de doble diagnóstico. Así también sus características de personalidad son congruentes con los hallazgos del estudio longitudinal de Friedman y cols., (1987) sobre psicopatología temprana en adolescentes, donde se consideró que las conductas hostiles, la ideación paranoide y los síntomas obsesivo-compulsivos se relacionan con el incremento en el uso de sustancias.

Por otra parte, los trastornos de conducta y la impulsividad, el trastorno deficitario de atención, los episodios depresivos, el trastorno distímico y trastorno de personalidad por evitación, asociados al consumo de cocaína, tetrahidrocannabinol y alcohol, identificados anteriormente por DeMilio (1989), parecen estar también en la línea de lo encontrado, en la medida en que parte de los síntomas de estos trastornos, hallados también en otros estudios (Milin, Halikas, Miller y Morse, 1991; Gawin y cols.; Khantzian, 1983; Weiss y cols. 1985) implican según el DSM IV, o bien comportamientos perturbadores manifestados por la impaciencia y la interferencia frecuente a otros hasta el punto de provocar problemas, o en su defecto preocupaciones por la posibilidad de ser criticados, rechazados o desaprobados en situaciones sociales, lo cual en última instancia da pie a la inhibición a causa de su baja autoestima, hipersensibilidad y su sensación de ser inferiores.

Ahora bien en cuanto a los sucesos de vida, el mayor peso de los acontecimientos valorados negativamente, se observó en las áreas escolar, de la salud y de logros y fracasos, donde emergieron como principales situaciones, el índice de reprobación de exámenes y/o cursos (año escolar); la disminución de peso y las desilusiones amorosas, que parecen ser producto de algunos rasgos de carácter específicos, ya que las pruebas estadísticas revelaron que este tipo de sucesos están vinculados con rasgos hipocondríacos, psicopáticos, paranoides, obsesivo-compulsivos y esquizoides. En especial los problemas de reprobación se encuentran ligados a sus preocupaciones por la salud, sus problemas familiares y de conducta.

Así pues la manifestación y desarrollo de síntomas físicos tanto por el perfil de personalidad como por el uso de las drogas, aunadas a la autopercepción de frustración, la intolerancia e impaciencia que los caracterizan, los lleva a tener problemas que desde su perspectiva, son importantes porque no son buenos para ellos; sin embargo y dadas las dificultades que tienen para reconocer sus problemas y su incapacidad para resolverlos, es

probable que los atribuyan a circunstancias externas, sin considerarlos propiamente como resultado o efecto de su conducta.

Por lo que concierne a los sucesos ponderados positivamente en las áreas: social, de la sexualidad, de la salud y de logros y fracasos, es posible señalar que la mejoría en sus relaciones familiares e interpersonales, mantienen relación con las escalas clínicas que se encuentran dentro de los límites de normalidad y las escalas de contenido y suplementarias que a pesar de ser psicológicamente significativas, pueden tener una contraparte positiva. Este es el caso de los rasgos obsesivo-compulsivos y maníacos que junto con los síntomas moderados de ansiedad, tensión, irritabilidad, sensaciones y experiencias extrañas, desconfianza y problemas de conducta, están vinculados con los logros personales, el tener novia y el haber sido enviado con un terapeuta. Acontecimientos que bien pueden ser la consecuencia de haberse involucrado en un tratamiento.

Por cuanto los sucesos de vida pueden ser estresantes o no dependiendo de su intensidad y se perciben como tal en función de las capacidades personales para reaccionar, al tomar en consideración que los resultados de esta investigación arrojan que el bajo rendimiento escolar, las relaciones problemáticas con sus padres, la tensión psicológica y la baja autoestima, están vinculadas con el uso de drogas, es posible suponer que como situaciones concretas ponderadas estresantes, probablemente antecedieron o precipitaron el consumo. Este dato concuerda con otros hallazgos señalados en la literatura sobre adicciones.

Luego entonces, la conexión entre los rasgos, el patrón de consumo y los acontecimientos estresantes coincide de alguna manera con lo encontrado en estudios realizados con el fin de identificar factores de riesgo, aún cuando no se remitan a indagar rasgos de personalidad. Tal es el caso del estudio longitudinal de Newcomb, Maddahian y Bentler (1986), sobre los factores de riesgo asociados al inicio y mantenimiento del consumo, así como a la frecuencia de uso y su gravedad, en el que se valoraron los diez siguientes factores: baja autoestima, tensión psicológica-psicopatología, bajos logros académicos, poca religiosidad, problemas de relación con sus padres, búsqueda de sensaciones nuevas, uso temprano de alcohol, uso de alcohol en los familiares adultos, amigos usuarios de sustancias y mayor tolerancia a las desviaciones sociales.

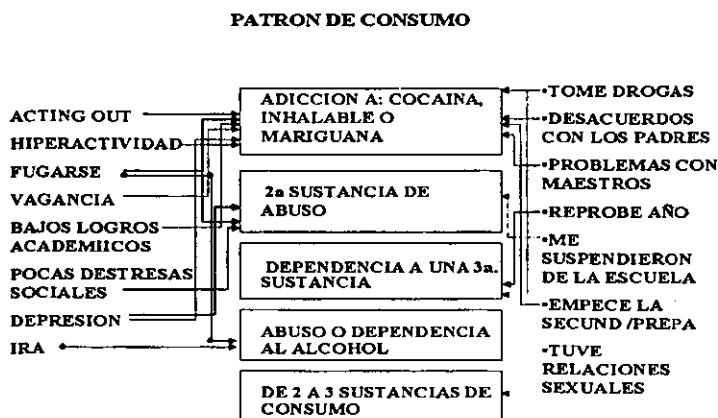
Newcomb y sus colaboradores observaron que los bajos logros académicos, la tensión psicológica- psicopatología, los problemas de relación con los padres y la baja autoestima se encontraban especialmente asociados al uso ocasional, la frecuencia y/o el abuso de tabaco, cannabis y otras drogas. Estos hallazgos según estos investigadores apoyan el modelo de múltiples vías para el uso de drogas, el cual establece que no existe una razón única y particular válida para todos los tipos de drogas y todos los tipos de usuarios, sino que existen varios factores que conducen a un mismo resultado.

En síntesis y en virtud de que los problemas de rendimiento, la baja autoestima, la tensión psicológica y los problemas con los padres tienen relación con las conductas que dieron lugar al diagnóstico de consumo de sustancias y la comorbilidad signada por rasgos de personalidad antisocial, narcisista, histriónica, por evitación y por dependencia que son coincidentes con el perfil psicológico de los adolescentes de la muestra; la pregunta que dio lugar a la hipótesis sobre esta relación puede responderse afirmando que precisamente los acontecimientos positivos y negativos estresantes a los que estuvieron expuestos, constituyeron situaciones de riesgo por ser además comportamientos perturbadores comunes en los trastornos comórbidos citados en diversas investigaciones.

Con respecto a la 4ª hipótesis de trabajo: Existe relación entre el patrón de consumo, los problemas actuales del adolescente y los sucesos de vida estresantes, se acepta debido a que se identificaron los sucesos positivos y negativos de mayor impacto para los adolescentes de este estudio, así como las conductas que dieron lugar al diagnóstico de farmacodependencia y la comorbilidad psiquiátrica que se relacionan con la situación del consumo.

Al analizar nuevamente el patrón de consumo, a la luz de las relaciones significativas reveladas por la prueba estadística Correlación de Pearson entre éste, los acontecimientos estresantes y conductas problema detectadas en la consulta, puede apreciarse cómo los datos clínicos de observación, empataron con el reporte de los pacientes. Esto se muestra con mayor claridad en los siguientes cuadros:

Patrón de Consumo

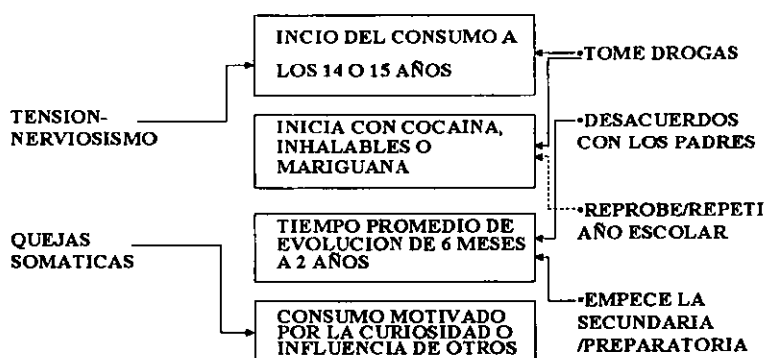


La situación adictiva al momento de la consulta, ligada a conductas que suelen ser perturbadoras para los demás (vgr. acting out, oposicionismo, arrebatos de ira,

sobreactividad, etc.) halla correspondencia con problemas escolares y familiares al igual que con acontecimientos que marcan el inicio de una nueva condición, tal es el caso del cambio de escuela y el comienzo de la vida sexual activa. Aunque estos dos últimos sucesos, no han sido citados como factores o situaciones de riesgo, no puede soslayarse que aún siendo experimentados por los adolescentes con efectos positivos, implican situaciones de riesgo en tanto reclaman nuevas adaptaciones. Si bien esta consideración no se ha reportado en estudios previos, huelga decir nuevamente que los factores familiares y escolares ocupan un lugar preponderante en la literatura como precipitantes o coexistentes al uso o abuso de sustancias.

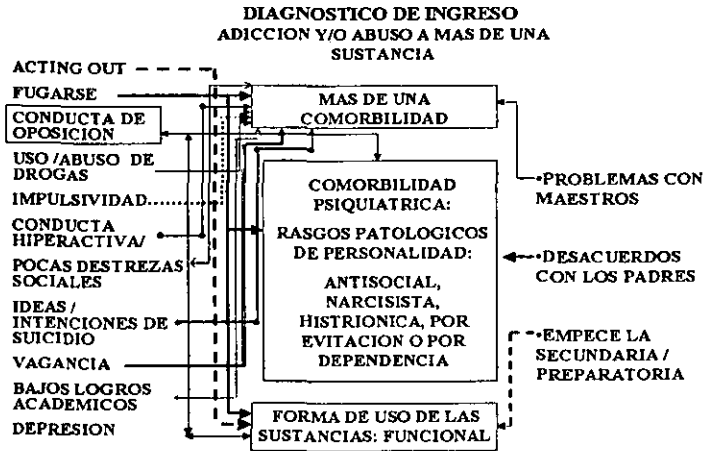
Antecedentes del Consumo

ANTECEDENTES DE CONSUMO



Partiendo del hecho de que el primer contacto con las drogas usualmente ocurre en los comienzos de la adolescencia y de que el lapso de uso, abuso o dependencia entre dicho contacto y la solicitud de los servicios terapéuticos descrito en los seguimientos epidemiológicos de pacientes de nuevo ingreso a tratamiento, varía de menos de dos y hasta por 5 años (C.I.J., 1999) es obvia la correspondencia entre la evolución del consumo del grupo estudiado y los problemas que anteceden a la búsqueda de atención médica o psicológica. Siendo las quejas somáticas y la tensión/nerviosismo, síntomas característicos, motivo de consulta, no es sorprendente la relación entre éstos y ciertos acontecimientos de orden familiar y escolar, que se han citado como razones que llevan al farmacodependiente a solicitar ayuda profesional. Ayuda que demanda precisamente la resolución de estos problemas.

Diagnóstico al Ingreso



Es indudablemente que los resultados acerca de la comorbilidad psiquiátrica y adictiva del grupo de adolescentes estudiado dejan ver la relación razonablemente obvia entre la observación clínica de los terapeutas (problemas actuales) y el diagnóstico establecido a su ingreso a tratamiento. El inicio de la secundaria o preparatoria, como suceso de importancia positiva, así como los desacuerdos con los padres y los problemas con los maestros, ponderados por los adolescentes como sucesos negativos, son los acontecimientos que ellos reconocen como problemas. Sin lugar a duda, éstos guardan estrecha vinculación con la sintomatología de los trastornos frecuentemente citados en la literatura: vgr. alteraciones conductuales, cognitivas y afectivas asociadas al uso de drogas (Hart, 1995) que se agudizan como consecuencias del consumo de dos o más sustancias. (C.I.J. 1998).

Como en otros estudios que reportan que los trastornos depresivos y la ideación suicida constituyen factores de riesgo frecuentemente asociados con el consumo de sustancias (Hawkins et. al., 1992); e investigaciones cuyos hallazgos refieren una mayor prevalencia de conductas agresivas y labilidad afectiva entre sujetos poliusuarios, así también al encontrar en los adolescentes estudiados el correlato entre el consumo de drogas y trastornos psiquiátricos, se constata lo evidenciado en los últimos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos entre usuarios de drogas. Un resultado de éstos señala la prevalencia de síntomas como deterioro social, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones conductuales, alteraciones de la conducta alimentaria, síntomas de ansiedad, alteraciones de la cognición, la atención y la memoria, alteraciones del nivel de energía, alteraciones del pensamiento y rasgos anormales de personalidad (C.I.J., 1998).

En resumen, los problemas de reprobación escolar, las dificultades con los maestros, los desacuerdos con los padres y el tener relaciones sexuales por primera vez, son los sucesos estresantes que se repiten consistentemente en asociación tanto a los rasgos de personalidad como a la situación adictiva de los adolescentes. Por otra parte, las conductas acting out y de oposicionismo, así como el uso de drogas, la depresión, las ideas e intenciones de suicidio, la tensión/nerviosismo, los bajos logros académicos y los problemas alimenticios están asociadas necesariamente a las características psicológicas.

Por cuanto el inicio de la secundaria-preparatoria y los problemas con los maestros son conductas no relacionadas significativamente con las características de personalidad, pero sí con los síntomas que dan lugar a los diagnósticos comórbidos, es válido señalar que a pesar de su ocurrencia, son situaciones que ellos perciben problemáticas a pesar de que son propias del devenir adolescente.

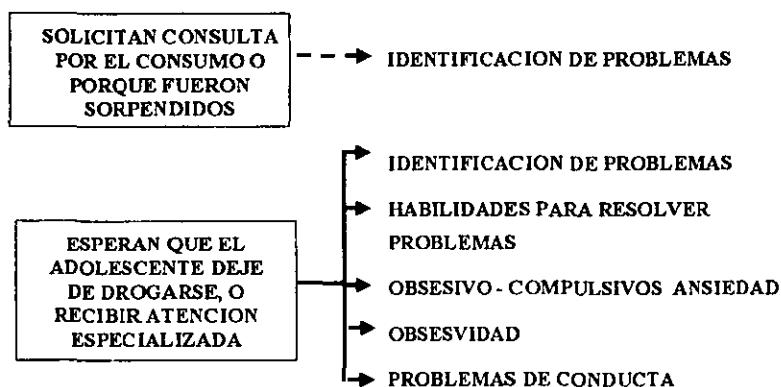
Por consiguiente y en tanto la adolescencia constituye un proceso de transición que se caracteriza por fenómenos de crisis de identidad, experiencias de vacío, desequilibrios narcisistas, etc., entre otros muchos factores, es muy probable que dichos fenómenos determinen el adoptar actitudes de desafío y la búsqueda de estímulos y experiencias emotivas, independientemente de las nuevas demandas de ajuste social y psicosocial a que los jóvenes están expuestos (Blos, 1962; Ortiz, 1992). Tales demandas de carácter frecuentemente contradictorio exigen un esfuerzo adicional de adaptación que incrementa el riesgo de la emergencia de conductas anómicas (C.I.J., 1998).

De lo anterior deriva la respuesta a la cuarta pregunta de investigación que alude a la forma en que se relaciona el consumo de sustancias, las conductas que se observan en el adolescente y los sucesos de vida estresantes a los que han estado expuestos. Sin afán de reiterar en los problemas que se han descrito exhaustivamente al referir la comprobación de las hipótesis planteadas, puede decirse que los problemas principales de los adolescentes del grupo estudiado encajan perfectamente en las observaciones derivadas de la experiencia clínica y de las investigaciones que se han llevado a cabo con anterioridad. Los estudios epidemiológicos, de comorbilidad, y sobre factores de riesgo, dejan ver la multiplicidad de relaciones en el uso, abuso y adicción a las drogas.

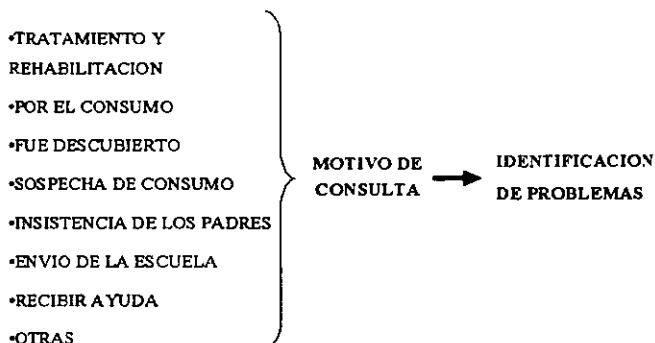
Finalmente por lo que se refiere a la 5ª hipótesis: los rasgos de personalidad del adolescente se relacionan significativamente con los motivos que los llevan a la consulta y sus expectativas sobre el tratamiento, huelga decir que también se acepta, ya que el supuesto de una conexión entre ambos aspectos pudo comprobarse al analizarlos específicamente.

Retomando algunos datos evidenciados en las hipótesis anteriores, acerca de las condiciones de la consulta y sus relaciones con las diferentes variables valoradas (externas, intermedias) con las pruebas estadísticas se hace patente que las condiciones de la asistencia de los adolescentes al inicio de la atención, se vinculan principalmente con los resultados de las escalas de validez de identificación de problemas y la de habilidades para resolverlos.

MOTIVOS DE CONSULTA, EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS Y RASGOS DE PERSONALIDAD



Tal y como se mencionó al describir las diferencias cualitativas entre los tres perfiles de usuarios identificados en esta investigación, la emergencia de problemas de tipo escolar, familiar y de conducta versus la inmadurez que caracteriza a estos adolescentes, exagera las dificultades que tienen para contender con las situaciones que se les presentan, por lo cual no resulta incongruente que tanto los motivos que los llevan a la consulta, como las expectativas que sostienen su asistencia, se encuentren relacionados con algunos de sus rasgos de personalidad. Dicha relación se observa de la siguiente manera:

*Motivo de Consulta***MOTIVOS DE CONSULTA Y EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS**

Los resultados obtenidos señalan que los motivos de consulta, es decir, las peticiones hechas con base en las razones que llevaron a los adolescentes a la consulta, oscilaron entre la solicitud expresa de tratamiento, verbalizada como tal; y la asistencia causada por la insistencia de un tercero (familia, escuela, etc.). Peticiones que se hallaron significativamente relacionadas con las dificultades observadas en los adolescentes con respecto al reconocimiento de sus problemas. Tal relación, fue eminentemente congruente con lo reportado en la práctica clínica con usuarios de sustancias (C.I.J. 1994-1995).

La experiencia de clínicos como Bulacio (1988) establece que un alto porcentaje de consultas o pedidos de consulta en los centros de atención proviene de los familiares, quienes demandan orientación, solicitando saber qué y cómo hacer para que el usuario de sustancias se acerque a la consulta. "El padre agobiado anonadado por una situación que no llega a comprender, toma la palabra frente al negativismo del paciente...[] "El hijo permanecía inmutable; sólo se limitaba a decir que consumía drogas de vez en cuando y que esto no significaba un problema para él." La supuesta adicción del paciente, sostiene Bulacio, no se presenta como un síntoma; en la mayoría de los casos el paciente parece mostrarse indiferente y ajeno a los padecimientos de la familia o a los suyos propios.

Analizando separadamente los diversos motivos expresados por los adolescentes que participaron en esta investigación, o por sus padres en aquellos que los acompañaron, fue posible identificar 3 tipos de razones que aluden a situaciones lógicas y recurrentes que también han mencionado algunos clínicos. Así pues las solicitudes de tratamiento por el reconocimiento del consumo; la asistencia por la sospecha o por haber sorprendido al

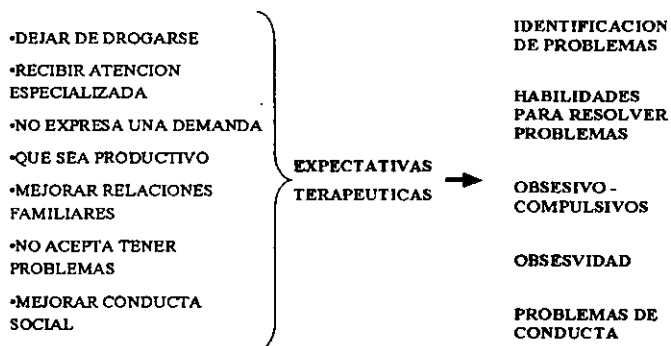
adolescente consumiendo; y el hecho de haber acudido a los centros de tratamiento donde se desarrolló el estudio, con el fin de dar cumplimiento a la condición impuesta por los propios padres o la escuela, coinciden con los datos proporcionados por los estudios epidemiológicos de pacientes de primer ingreso a tratamiento, realizados en los últimos años. (C.I.J., 1998)

La demanda de atención general a la farmacodependencia, citada como el motivo de consulta más frecuente, en el seguimiento epidemiológico del período 1990 a 1997, realizado con pacientes de Centros de Integración Juvenil, A.C. implica precisamente la solicitud expresa de tratamiento y rehabilitación a causa del consumo. Esta solicitud bastante obvia, dado que se dirige a una institución dedicada al tratamiento de la farmacodependencia, hace evidente de alguna manera que la búsqueda de ayuda profesional ocurre cuando el adolescente y su familia se enfrentan a una crisis o emergencia que exige atención inmediata. (Bowden y Maddux, 1973). Crisis que aflora por los problemas familiares, económicos, o las formas de coerción ejercidas la mayor parte de las veces, por fuerzas externas al adolescente (vgr. la presión de la escuela y la propia familia).

Esto explica la relación entre los peculiares motivos planteados y la escala de identificación de problemas, como ya se mencionó al analizar el perfil del grupo total; y revela además la sensación de incapacidad de los adolescentes ante un precario reconocimiento de sus problemas, que se aprecia a partir de que hechos tales como el uso de las drogas, o bien sus problemas con sus padres, su bajo rendimiento escolar y su conducta, que no son considerados por ellos, problemas como tal.

Expectativas Terapéuticas

MOTIVOS DE CONSULTA Y EXPECTATIVAS TERAPEUTICAS



El planteamiento de expectativas tal y como se aprecia, está vinculada tanto con la identificación de problemas por parte de los adolescentes y sus habilidades para resolverlos, como con los rasgos obsesivo-compulsivos, las características de obsesividad y los problemas de conducta previamente descritos en las hipótesis anteriores.

La vinculación de las expectativas con las escalas de validez, que muestran la emergencia de aspectos depresivos, problemas escolares, de conducta y de inmadurez para darles respuesta, guarda cierta lógica con los motivos de consulta citados líneas arriba. Las razones que los llevan a consulta, al igual que algunas de sus expectativas, provienen evidentemente de su situación de consumo, sea ésta o no considerada como un problema. No obstante esta concordancia parece ser congruente, llama la atención que la relación entre las expectativas y los rasgos de personalidad se haya dado precisamente con aspectos que denotan la falta de confianza en sí mismos, la dependencia, las actitudes desafiantes, la inestabilidad y la falta de cooperación y de control que los caracteriza.

Independientemente de la relación planteada, la emergencia de expectativas concretas (dejar de drogarse, mejorar las relaciones familiares; mejorar la conducta social y que el adolescente sea productivo) versus la ambigüedad observada en la "no expresión de una demanda," señalada en los registros clínicos por parte de los terapeutas, muestra la presencia de dos condiciones de distinta índole que probablemente provienen de las partes tanto racionales como irracionales que según Singer (1998), están presentes en la relación que el paciente establece con el terapeuta.

Siguiendo las ideas de Singer, acerca de la existencia de casos que no buscan voluntariamente la ayuda profesional y de pacientes que no creen que sus actos indican la presencia de conflicto, una característica de los primeros (aquellos que son llevados por sus padres o enviados por otras personas con autoridad), es que a pesar de que no creen que tienen dificultades, pueden experimentar alguna sensación consciente de conflicto y angustia, situación que difiere por completo en los que no creen tener conflictos, ya que según este autor, éstos últimos no tienen esperanza alguna en la terapia.

Así también al considerar que la mayor parte de los adolescentes dependientes experimentan negación, ya que es típico que sean los últimos en reconocer el consumo y por consiguiente se resisten al tratamiento en las etapas iniciales, es entendible que no se exprese una demanda que haga referencia a expectativas. Como señala Margolis (1995) es muy común que traten de mantener la apariencia y la convicción interna de su normalidad a pesar de que su vida se torne progresivamente intolerable, inmanejable y fuera de control.

Al hacer una analogía entre lo planteado por Singer y la forma en que suelen llegar los farmacodependientes a la consulta, puede verse que las dos vertientes de expectativas verbalizadas por los adolescentes participantes en la investigación o sus padres,

corresponden coincidentemente con los dos tipos de pacientes descritos, ya que las esperanzas de cambio (dejar de drogarse, mejorar las relaciones familiares, etc.), probablemente fueron externadas por los que reconocieron el consumo o por quienes señalaron el deseo de recibir atención especializada, hayan o no acudido por la insistencia de un tercero. Aún cuando no puede asegurarse que quienes acudieron por sospecha de un consumo, sean efectivamente quienes no aceptan tener problemas, o quienes no expresan una demanda, es fácil suponer que la aparente no expresión de demanda, es parte de las actitudes desafiantes, la inestabilidad y la falta de cooperación y de control observadas como parte del perfil psicológico.

Finalmente y tomando en consideración que el campo de la investigación en adicciones carece de estudios dirigidos *ex profeso* a las expectativas terapéuticas y que por parte de los clínicos el tema no suele ser tratado, cabe señalar que la relación encontrada entre éstas y algunas características de los adolescentes estudiados, no puede generalizarse. Sin embargo y para los fines de la práctica clínica con usuarios de sustancias, la exploración de los elementos afectivos y cognitivos de las expectativas es de suma importancia, más aún, cuando se sabe que en sí mismas son deseos basados en conseguir un cambio. Cambio que sólo es posible si se toman en cuenta tanto los acontecimientos estresantes, como la historia del consumo en su relación con las características de la personalidad.

7.2 CONCLUSIONES

Mucho puede decirse sobre los resultados presentados, sin embargo y dado que el objetivo de esta investigación se encaminó a la descripción y análisis de las características psicológicas de los adolescentes, así como de los factores asociados a los motivos para solicitar atención, para detectar en última instancia las características de personalidad reveladoras de su disponibilidad o rechazo al tratamiento, es necesario señalar los principales hallazgos con respecto a los tres elementos sustantivos de este objetivo y su trascendencia clínica.

Como en otros estudios, en esta investigación se observó que no existen diferencias significativas relevantes entre las características de personalidad de los consumidores de distintas sustancias, sin embargo y en virtud de que son usuarios de cocaína, marihuana e inhalables que consumen una segunda o tercera sustancia, razón por la cual probablemente sus perfiles no pudieron diferenciarse, pueden distinguirse algunos aspectos cualitativos de los usuarios que permiten concluir lo siguiente:

- Existen características comunes entre los usuarios de las tres sustancias, tales como rasgos de rebeldía, problemas de conducta y de adaptación escolar, junto con retraimiento social, hostilidad y poca confianza en sí mismos. Sus rasgos de personalidad están relacionados con preocupaciones somáticas, problemas escolares y

familiares, así como con necesidades de aislamiento. Estas hacen patente sus dificultades generales para manejar sus problemas, por la forma en que se perciben a sí mismos (frustrados, poco tolerantes y que se enojan con facilidad) y por el cómo enfrentan las demandas del ambiente (con inmadurez, por su poca capacidad para adaptarse).

Tanto los usuarios de cocaína, como en los consumidores de inhalables y marihuana, presentan baja autoestima y síntomas físicos que interfieren en su desempeño académico, en sus actitudes hacia la escuela y en las relaciones con sus padres.

Es claro que reconocen sus problemas con el alcohol y las drogas; y sus tendencias a los problemas relacionados con sustancias. No obstante este reconocimiento es obvio por tratarse de usuarios de sustancias, este ratifica lo descrito en la literatura sobre adicciones, ya que estas tendencias implican la inclinación a violar reglas, la presencia de actitudes negativas hacia el éxito; la poca capacidad de juicio y los problemas con los padres. Todas ellas forman parte del cuadro clínico, en el que son patentes las dificultades para el control de impulsos y algunos rasgos de exhibicionismo y gusto por correr riesgos. Estas características clínicas, refuerzan la conducta antisocial mencionada con frecuencia en este tipo de pacientes.

- No obstante se observaron características comunes, existen también variaciones de personalidad entre los tres subgrupos que se presentan en algunas conductas específicas que aparecen ligeramente más pronunciadas en un perfil que en otro, dependiendo de la sustancia de uso. Así por ejemplo el desinterés y los problemas de conducta parecen caracterizar más a los consumidores de cocaína e inhalables, mientras que las conductas de aislamiento y los problemas escolares son más pronunciadas en los usuarios de marihuana. En los usuarios de inhalables hay mayor preocupación por sus síntomas físicos y sus problemas de conducta.

Otras diferencias sutiles se observan en el aislamiento, la distancia emocional, la sensación de incompreensión y de no ser importantes para nadie, que siendo rasgos comunes entre los farmacodependientes, resultan ser más marcados en los inhaladores. Así también las características de extraversión, expresividad y energía se aprecian más en los consumidores de marihuana, éstos tienen un menor grado de represión que les permite ser ligeramente más extravertidos y expresivos que los usuarios de cocaína, y es mucho menor que el de los usuarios de inhalables quienes se muestran más cohibidos e inexpresivos.

- Independientemente de los rasgos comunes y sutiles diferencias entre consumidores, cabe mencionar las características psicológicas detectadas con el MMPI-A:

Desde el punto de vista emocional se observan sus tendencias a negar sus problemas y una fuerte necesidad de aceptación, atención y afecto. Los principales problemas reflejados en el perfil psicológico de los adolescentes, se relacionan con conductas delictivas, el uso de drogas y alcohol y bajas calificaciones. Tienen un estilo de vida impulsivo ante el cual no se observan preocupados, debido a que no les resulta importante medir las consecuencias de sus conductas.

Sus problemas en el aspecto familiar se remiten a la percepción que tienen acerca de sus padres. Estos son concebidos como incomprensivos, lo cual refleja su inmadurez; las dificultades que están teniendo para consolidar la etapa adolescente y sus escasos recursos para enfrentar y resolver sus problemas.

El grupo de adolescentes estudiado es una población de alto riesgo que parece estar en problemas debido a su comportamiento, ya que el poco control que ejercen ante su impulsividad los lleva a adoptar conductas de tipo antisocial y a asumir actitudes y creencias que generan conflicto con las normas y estándares sociales y la autoridad. Su poca autoestima y la desconfianza en sí mismos así como los sentimientos de inadecuación que experimentan, hacen que los demás los perciban pasivos e inconformes.

- Con respecto a los aspectos de la personalidad y conductas que explican o se relacionan con el inicio o mantenimiento del consumo, puede decirse que existen tres situaciones importantes. La primera concierne a su bajo nivel de adaptación, inmadurez e incapacidad para enfrentar sus problemas y sus dificultades para involucrarse socialmente, lo cual se presenta en el ámbito escolar a través de problemas de rendimiento académico y baja autoestima que los hacen aparecer ante los demás incompetentes; la segunda situación es el contraste que existe entre sus rasgos psicopáticos e histriónicos y sus principales problemas psicológicos; y la tercera es el aislamiento social, la confusión y desorganización y su comportamiento hasta cierto punto esquizoide, que los hace autoperibirse frustrados, infelices, poco tolerantes e incapaces de adaptarse.

Su bajo nivel de adaptación y el contraste entre sus características oposicionistas, dependientes y desafiantes - que se manifiestan con conductas acting out, inestabilidad, falta de control e impulsividad marcada - y sus fuertes necesidades de aceptación atención y afecto, pueden llevarlos a recurrir a las drogas, ya que aún cuando tiendan a negar sus problemas y necesidades afectivas, es muy probable que la forma en que busquen obtener aceptación sea a través de conductas de tipo delictivo que les crean una identidad ilusoria que de alguna manera les ayuda a verse y sentirse menos vulnerables.

Involucrarse con las drogas parece permitirles por un lado no verse vulnerables y por otro hacer que pase desapercibida la distancia emocional y desorganización interna que tienen, ya que siendo típico que los usuarios de sustancias se asilen del grupo social y familiar y que este aislamiento se atribuya precisamente al consumo, es fácil que esta actitud minimice sus necesidades emocionales. Así pues sus conductas oposicionistas enmascaran su depresión, sus sentimientos de inferioridad y frustración, lo cual les sirve para taponear y mitigar su ansiedad y responder ante las demandas del ambiente al experimentar sensaciones de autosuficiencia que los hacen percibirse al menos momentáneamente capaces, felices y superiores a lo que sienten que son.

La cocaína como estimulante es el recurso que ayuda a desempeñarse mejor, la marihuana les crea la ilusión de una percepción diferente y el inhalable es el que les hace sentirse menos sus necesidades. El desarrollo de síntomas físicos y las quejas somáticas producidas por las sustancias mismas, son otras de las formas en que manejan la ansiedad, por lo tanto son precursoras del consumo o lo mantienen, ya que les permiten sofocar el estrés mediante manifestaciones corporales que se confunden con los síntomas de abstinencia. El uso de drogas les ayuda a no ver sus problemas y los esfuerzos que hacen para conseguirlas transgrediendo las normas sociales, les permiten aparecer ente los demás con una autosuficiencia que no tienen.

- Por lo que se refiere a los sucesos de vida estresantes relacionados con el perfil psicológico, huelga decir que las drogas son el medio por el cual resuelven problemas que tenían de antemano o que aparecen como consecuencia. Entre ellos las dificultades escolares y con sus padres son causa y efecto del consumo. La incomprensión que sienten por parte de sus padres, genera desencuentros familiares que pueden recrudecerse cuando la droga refuerza su confusión y desorganización interna y los hace aislarse. Alejándose de sus padres, ratifican su sensación de incomprensión. Dada la escasa confianza que tienen en sí mismos, acontecimientos tales como los problemas familiares y escolares anteceden y preceden al uso de sustancias ya que el desafío y la dependencia ante las figuras de autoridad (padres-maestros) y las dificultades de apegarse a las normas o lo establecido (exigencia escolar) los conduce a la reprobación, deserción escolar y a los problemas con sus padres (desconfianza, negación de permisos), etc.
- Con respecto a los factores asociados a los motivos que los llevan a solicitar una atención y permanecer en ella o abandonarla, es importante mencionar que éstos se vinculan con los acontecimientos estresantes y su personalidad, por lo cual existen situaciones familiares, escolares y personales que propician la solicitud de la consulta y promueven la asistencia o motivan la interrupción de la asistencia.

Entre los factores que intervienen para motivar la consulta, pueden considerarse los problemas familiares, es decir, de relación con sus padres que son causados por la forma en que los perciben; por lo que el uso de las sustancias propicia, la desconfianza, la sospecha del consumo o los cambios de conducta que los propios padres observan; y desde luego por los desacuerdos que tienen entre ellos.

Los factores escolares, es decir, sus problemas de reprobación, bajas calificaciones y suspensión escolar, junto con los factores de tipo personal relacionados tanto con acontecimientos como el inicio de la secundaria o preparatoria, que representa nuevas situaciones de adaptación; así como con algunas de sus características psicológicas, esto es, sus problemas de conducta (acting out, impulsividad, falta de control, opositorismo, etc.) que se presentan en casa (hacer trampa o mentir) o en la escuela (problemas con los profesores), son cuestiones de difícil manejo para los padres. Constituyen razones que sostienen la búsqueda de ayuda, aún cuando éstos no tengan plena conciencia de que muchos de estos problemas existían antes de que se iniciara el consumo.

Por otra parte, los problemas físicos causados por las sustancias, la presencia de trastornos comórbidos (uso de dos o más sustancias ilícitas, además del uso ocasional, abuso o dependencia de alcohol inclusive, rasgos de personalidad y problemas de relación y académicos que merecen atención clínica; así como sus fracasos en sus relaciones interpersonales o desilusiones amorosas) aunque no son propiamente motivos de consulta explícitos, son factores asociados a la solicitud de ayuda, especialmente porque son percibidos por los terapeutas y diagnosticados como parte de su cuadro clínico, pero también porque son parte de las dificultades cotidianas que disparan y reflejan su precaria capacidad de adaptación.

Siendo éstos los motivos que conducen a la consulta los factores que propician la permanencia o el abandono de la atención, están relacionados con la resolución de problemas específicos, pero también con aspectos psicológicos.

Los factores asociados a los motivos que los llevan a permanecer en el tratamiento, remiten a los problemas específicos que motivan la consulta, entre ellos los problemas de índole escolar y familiar como ya se señaló, que son además en el mejor de los casos explícitamente planteados como expectativas.

El hecho de que los adolescentes hayan considerado como sucesos positivos la mejoría en sus relaciones con la familia y el compartir más tiempo con sus amigos, pueden ser índices de que sus expectativas fueron respondidas de alguna manera, pero también de que han afrontado lo mejor que han podido su condición adolescente. Del mismo modo al considerar que el haber sido enviados con un terapeuta fue un suceso favorable, es

probable que la relación establecida haya permitido precisamente que se dieran mejoras concretas y palpables en áreas importantes de la vida adolescente.

Es posible señalar que los motivos de abandono parecen estar relacionados con aspectos psicológicos tales como la tendencia a negar la importancia de sus problemas y las dificultades para adaptarse a situaciones nuevas y manejar ambos; pero también con situaciones concretas como el no tener una demanda propia o el haber acudido por insistencia de los padres o por haber sido enviados por la escuela. Ambos aspectos están interconectados y sujetos a una doble imposibilidad: a) de darse cuenta de la severidad del consumo e identificarlo problemático; y b) de poder articular una solicitud propia y voluntaria, condición observada con bastante frecuencia en la clínica. No habiendo un reconocimiento de por medio es evidentemente impensable que la atención pueda ser vista como algo favorable.

- Con base en lo anterior, es factible argumentar que las características de personalidad subyacen a la disponibilidad o rechazo del tratamiento, en la medida en que el reconocimiento o no de dificultades es un primer paso para asumir un lugar de paciente.

Los elementos de la personalidad que en el MMPI-A reflejan la disponibilidad son el reconocimiento de problemas con el alcohol y las drogas, y la forma en que se presentan los rasgos psicopáticos. La primera como condición necesaria para articular una solicitud concreta con relación al consumo (que se observó en algunos de los adolescentes) y la segunda como aspecto favorable a pesar de su presencia. Paradójicamente el perfil psicológico reveló que las conductas delictivas, el uso de drogas y alcohol y sus bajas calificaciones son problemas pero también formas de obtener atención y afecto (aún cuando sea negativo); y dejó ver también que aunque el poco control que ejercen ante sus impulsos los lleva a adoptar conductas de tipo antisocial y a asumir actitudes que les generan conflicto con las normas sociales y la autoridad, difieren de las verdaderas conductas psicopáticas que caracterizan a la personalidad antisocial propiamente dicha.

Sus rasgos psicopáticos, defensivos en este caso, no son necesariamente un impedimento para involucrarse en un tratamiento, aunque si es pertinente señalar que su estilo de vida impulsivo y sus conductas acting out pueden indicar rechazo al tratamiento o dificultarlo, al ligarse a otras características que pudieran ser de mayor peso.

Su sensación de no ser comprendidos por sus padres y la falta de confianza en sí mismos, así como sus recursos para enfrentar y resolver sus problemas, posiblemente contribuyan más para no involucrarse en el tratamiento, ya que por un lado la desconfianza ante sí mismos y los demás puede interferir en el establecimiento de la relación terapéutica y por otro, el sentir que no tienen suficientes recursos puede fungir

como elemento anticipador de un resultado que preve desfavorable, es decir, que no va a poder dejar las drogas.

La imposibilidad de articular razones del consumo, de la misma manera que la dificultad de plantear una demanda o expectativas en la consulta, característica que se observó en muchos de los adolescentes de la muestra, deja ver que no basta con que haya consumo de drogas para solicitar una atención y mantenerse en ella.

Por lo tanto el rechazo al tratamiento, no solo tiene que ver con las características psicológicas (condiciones internas), sino también con las condiciones externas (apoyo familiar y social) en que se inscribe el vivir adolescente.

- La experiencia clínica constata que el sujeto adicto no solicita por sí mismo, sino que es otro miembro de la familia quien pide ayuda; y revela que cuando la solicitud es propia, por lo general la hace atado a las ligaduras de la familia, especialmente cuando ésta se encuentra en crisis. Ambas consideraciones permiten reiterar la importancia de valorar la situación y condiciones en que se llega a la consulta.

Es fundamental resaltar el valor de la entrevista y de la evaluación oportuna y precisa de aspectos psicológicos y sucesos estresantes previos a la solicitud de la consulta, en el adolescente usuario de sustancias. Es crucial identificar en primera instancia los aspectos relevantes por trabajar en la consulta misma y hacer que dicha evaluación de por resultado la elaboración de un plan de tratamiento acorde, sin perder de vista que la propia evaluación y actitud benevolente y ética del psicólogo en las entrevistas es, en sí la que propicia y genera las condiciones en las que un adolescente con o sin una solicitud o expectativas (demanda clara), pueda convertirse en paciente y mantenerse en el tratamiento.

En tanto la consecuencia lógica de un diagnóstico preciso a través de instrumentos adecuados, es el tratamiento, cabe hacer la consideración de que siendo el grupo de adolescentes estudiado una población de alto riesgo (por sus características de poco control, sus conflictos con los estándares sociales, su falta de confianza en sí mismos y poca autoestima), es pertinente pensar en acciones terapéuticas que incidan en los problemas escolares y familiares, en la disminución o remisión del consumo y en el crecimientos emocional, a fin de que las conductas antisociales de tipo defensivo (entre ellas el uso de drogas) dejen de operar al servicio de las necesidades psicológicas de aceptación y afecto, que no pueden solicitar de otra manera.

- Por cuanto la última pregunta planteada en esta investigación remite a los elementos de la personalidad, los motivos y las expectativas que pueden identificarse como factores que favorecen que el adolescente asista a la consulta y promueven la remisión o disminución del consumo, es válido hacer notar que si bien existen rasgos de personalidad que pueden minimizar las posibilidades para involucrarse con el tratamiento (vgr. negación, dificultades de adaptación, etc.), así como motivos y expectativas que al provenir de alguien más pueden considerarse desfavorables para la continuidad del tratamiento (padres que consultan porque sospechan que sus hijos consumen o los llevan a consulta porque los sorprendieron consumiendo; y esperan que se solucione el consumo y mejoren en sus relaciones familiares y escolares), hay otros elementos que bien pueden favorecer o y deben tomarse en cuenta.

Siendo chicos que provienen de familias donde la separación y los pleitos entre los padres, son comunes, probablemente por sus bajos niveles de escolaridad, es de suponerse que el apoyo familiar es precario, condición que aunada a la propia conflictiva psicológica daría por resultado dificultades para involucrarse en la atención terapéutica. Sin embargo y aún cuando la situación general de los adolescentes de la muestra coincidió totalmente con las características clave del uso de drogas adolescente señaladas por Margolis (1995), - se manifiestan por sí mismos a través de problemas de conducta más que por otros signos del consumo; abusan de más de una droga, pueden tener una "droga de elección" pero casi siempre usan varias drogas; tienen dificultades para conectar sus problemas familiares y escolares con el uso de drogas; experimentan retardos en el desarrollo causados por el uso de drogas; presentan un proceso de maduración y crecimiento lentificado o detenido a raíz del comienzo del abuso - al ser población de riesgo por estar en problemas debido a su comportamiento y las dificultades para consolidar la etapa adolescente, sus conductas de tipo antisocial, como ya se señaló, se deben a la falta de confianza en sí mismos y a la inadecuación que experimentan.

Con base en lo anterior, la pasividad e inconformidad con que son percibidos por los demás, son la clave para considerar que más allá de su imposibilidad de hacer una solicitud, (Sternschuss, 1986) y de la resistencia a tratarse alegada por los padres, están las circunstancias que hacen posible la presencia o las causas de dicha resistencia. Estas circunstancias, comprensibles como sostiene Bulacio (1988), a la luz de la relación del paciente con el grupo familiar, no es distinta a la posición subjetiva que encarna su presencia, es decir, lleva el sello de la relación entre él y la familia, por ende la situación límite que pone el consumo afectando la relación familiar, es la que hay que ver en la consulta, en tanto la droga como elemento intrusivo fractura lo que sostenían hasta entonces las relaciones familiares.

No obstante el adolescente que es llevado por los padres puede mostrarse ajeno e indiferente a sus propios padecimientos, por lo general, "demanda algo relacionado con los síntomas secundarios "...[] la clínica ha mostrado que en muchas ocasiones la

drogadicción es una ficción sostenida por la dependencia real del objeto droga, que tiene una función de soporte. Como suerte de disfraz, oculta la fragilidad del ser.

En síntesis, un elemento que pudiera favorecer el tratamiento, en el mejor de los casos, es el diagnóstico psicológico, es decir la descripción de los aspectos clínicos que subyacen al establecimiento de una categoría diagnóstica en términos de clasificación. Más allá de la enunciación de rasgos de personalidad antisocial, está en todo caso, el señalar qué significan las conductas observables que dan lugar a tales rasgos, es decir, de que manera tienen lugar en la historia personal del adolescente.

Dadas las conclusiones anteriores, sólo resta advertir que las limitaciones de la presente investigación remiten a la trascendencia de los hallazgos, en cuanto a la inexistencia de diferencias psicológicas importantes entre consumidores de las diversas sustancias, evidentemente no generalizables a todos los casos de uso de drogas, debido a que los patrones de consumo fueron diversos.

Desde el punto de vista metodológico, puede decirse que el haber trabajado con una muestra reducida no permitió discriminar mayores diferencias en el perfil de personalidad entre los consumidores ni distinguir si las semejanzas en dichos perfiles se deben a la combinación de las drogas que utilizan, sin embargo, tratándose de una investigación clínica con adolescentes cuya asistencia a los servicios terapéuticos paradójicamente es producto de la insistencia y preocupación de sus padres porque en muchos de ellos el consumo de sustancias no es percibido realmente como un problema a pesar de sus repercusiones; estas limitaciones se contrarrestan por ser precisamente un pequeño grupo representativo de la situación que guardan los estudios que se realizan en el ámbito clínico

La reunión de casos que cubran determinados criterios para llevar a cabo la aplicación sistemática de instrumentos psicológicos sin menoscabo del respeto y ética que merece la atención de pacientes, suele ser difícil, por ello y aún cuando la selección de la muestra impidió hacer subgrupos equivalentes de usuarios de las principales sustancias de consumo y agrupar consumidores con el mismo grado de involucración con las drogas, es muy válido reconocer los límites de esta investigación, pero también las siguientes aportaciones:

1. Permite ver la importancia de utilizar diversos instrumentos de evaluación psicológica constituidos no sólo por pruebas sino por otras herramientas clínicas útiles en la exploración de distintas áreas de afectación de la farmacodependencia.

2. Destaca algunos aspectos significativos de la personalidad del adolescente farmacodependiente que subyacen al consumo y que deben tomarse en cuenta para elegir estrategias adecuadas de tratamiento.
3. Señala y describe algunas controversias, problemas y situaciones propias de la clínica de las adicciones y las vicisitudes de la evaluación de los patrones de consumo.

En virtud de los alcances y límites expuestos cabe sugerir que se lleven a cabo estudios con diversos grupos de usuarios, donde puedan evaluarse distintas condiciones de consumo; que se contemplen metodologías cualitativas para el análisis de otras variables diagnósticas involucradas con la adherencia terapéutica; y que se contrasten los hallazgos de esta investigación con estudios de caso, utilizando otros instrumentos psicodiagnósticos.

Finalmente y no obstante los resultados señalan líneas generales acerca del diagnóstico y el perfil psicológico como base para establecer el tratamiento, no está por demás mencionar que es recomendable que en la clínica de cada caso, se valore la relación entre el perfil psicológico y el diagnóstico, los sucesos estresantes y la forma en que éstos se insertan en la historia individual, de manera que el trabajo clínico diagnóstico-terapéutico del psicólogo se realice a la altura de lo que su rol profesional implica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberastury, A. y Knobel M., (1981). La adolescencia normal. Un estudio Psicoanalítico. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Altamirano, M., (1991). Department of Psychiatry Central Military Hospital, Mexico City. En of the International Symposium on Drug Dependence for the molecular to the social level, Mexico City.
- Ampudia, R.- A., (1998). Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, 1998.
- Armstrong, D.K.B.; Convery, A.G. y Dinsmore, W.W., (1994). Reasons for patient drop out from an intracavernous auto-injection programme for erectil dysfunction. *British Journal of Urology* 74 (1) pp. 99-101.
- Anglin, M.D.; Weissman, C.P. y Fisher, D.G. (1979) The MMPI profiles of narcotics addicts I. A review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 24 (9), pp. 867-880.
- Archer, R.P. (1989). MMPI assessment od adolescent clients. *Clinical Notes on the MMPI no. 12* Minneapolis National Computer Systems.
- Archer, R.P.; Maruish, H.; Imhof, E.A.; Piotrowski, C., (1991). Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. *Professional Psychology Research and Practice*. Vol. 22, pp. 247-252.
- Arias, J.A., (1990a). " La drogadicción en los adolescentes" en *La familia del adicto y otros temas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, pp. 141- 168.
- Arias, J.A., (1990b). " La drogadicción como fracaso en la individuación. La dependencia sujetando al sujeto" en *La familia del adicto y otros temas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, pp. 169- 178.
- Astin, A., (1959). Cit. en Anglin, M.D.; Weissman, C.P. y Fisher, D.G. (1979) The MMPI profiles of narcotics addicts I. A review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 24 (9), pp. 867-880.
- Ausubel, D., (1974). "La Psicología del fumador de marihuana." En *La adicción a las drogas en los jóvenes*. Erich Goode, Editorial Hormé, Buenos Aires, pp. 36-46.
- Barnes, G.M., (1981). Drinking among adolescents: a substance phenomenon or a model of adult behaviors. *Adolescence*, Vol., 16, pp. 211-229.
- Bauman, L.; Nieporet, H.; Ferguson, J. y Klein, J., (1988). Desmytifying the patient dropout: A study of 122 brief stay day treatment center admissions. *International Journal of Partial Hospitalization*, Sep. Vol. 5 (3) pp. 213-224.
- Baekland, F. and Lundwall, C., (1975) Dropping out of treatment. A critical review. *Psychological Bulletin*, Vol 82 (5), pp. 738-783.
- Beauvais, F.; Spooner & Oetting, ER., (1991). The role of psychologist on the drug user treatment team. *The International Journal of Addictions*, 26 (11), 1137-1158; 1991.
- Beckman, L.J. (1980). An attributional analysis of alcoholics anonimus. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol., 41, pp. 714-726.
- Beckhman, E.E., (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy* 29 (2), pp. 177-182.

Belsasso, G. y Rosenkrantz, R.P., (1971) Incidencia del uso de alcohol, tabaco y drogas psicotrópicas en obreros de la Ciudad de México. Reporte preliminar en Revista del Instituto Nacional de Neurología. Vol. V No. 2.

Bellak, L., (1996) El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT. Editorial El Manual Moderno, México. Cap. 1 pp. 1 a 47.

Bellomo, L.E. (1992). "Aspectos psiquiátricos de la drogadicción," en Drogadicción, Capítulo 9. Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 188-214.

Bergeret, J., (1980) *Le toxicomane et la cure psychoanalytique*. Neuropsychiatrie de l' Enfant et l'Adolescence. Joullet-Aôut 28 année/ No. 7-8, pp. 303-309.

Berry, G. J., Heaton, R.R. y Kirby, M.N., (1977). Aspectos neurológicos de los abusadores crónicos de inhalantes. Un reporte preliminar. En Contreras Pérez Carlos. Inhalación Voluntaria de Solventes Industriales. Edit. Trillas, pp. 262-292, México.

Bleger, J., (1988). Psicología de la Conducta, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Bleger, J., (1988). Niveles de Integración de la Conducta. Capítulo VI, en Psicología de la Conducta. Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 69 a 80.

Bleger, J., (1994). "El psicólogo Clínico y la Higiene Mental" en Psicohigiene y Psicología Institucional, Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 25 a 42.

Blood, L., (1994). Pretreatment variables that predict completion of an adolescent substance abuse treatment program. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Jan. Vol., 182 (1), pp. 14 -19.

Blum, R., (1972). Students and drugs. *Horatio Alger's Children*, Edit. Hossey Bass, Sn. Fco.

Blum, R.W., (1987). Adolescent substance abuse: Diagnosis and treatment issues. *Pediatric Clinics of North America*, Vol., 34 (2), pp. 523-537.

Bowden, C.; Maddux, J., (1973). Clinical and counseling problems in drug dependence. Chapter IV in *Drug Dependence and Rehabilitation* Approches, Richard E. Hardy & Jihn H. Cull (Eds.) Springfield Thomas pp.125 -139.

Braught, G.; Brakarsh, D.; Follingstad, D., (1973). Drug use in adolescence: a review of psychosocial correlates. *Psychological Bulletin*, Vol. 79, pp. 92-106.

Braunstein, N., (1984). "Clasificar en Psiquiatría" En *Teoría del Sujeto (hacia Lacan)*. Parte I, Siglo XXI Editores, 3ª Edición, México, pp. 13-65.

Bry, B.M.; Mc Keon, P. y Pandina, R.J., (1982), Extent of drug use as a function of number of risk factors *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 91, pp. 273-279.

Bukstein, O.; Brent, D.D. & Kaminer, Y., (1989) Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 146, pp. 1131-1141.

Bulacio, B. J., (1985). "Algunos aportes a la experiencia al tratamiento y psicopatología de la drogadicción" en Drogadicción. Contribuciones a la Clínica. Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 58-60.

Bulacio, B.J., (1988). "Las toxicomanías y su relación con las instituciones" en El problema de la Drogadicción. Enfoque Interdisciplinario, Editorial Paidós, Buenos Aires, Cap. 3, pp. 51-103.

Burke, E.L., y Eichberg, R.H., (1972). Personality characteristics of adolescent users of dangerous drugs as indicated by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 154, pp. 291-298.

Butcher, J.N.; Williams, C.L.; Graham, J.L.; Archer, R.P.; Tellegen, A.; Ben Porath, Y.S. y Kaemmer, B., (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory- Adolescent (MMPI-A) Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Campbell, B.K. & Stark, M.J. (1990) Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *The International Journal of Addictions*, Vol. 25 (12) 1467-1474.

Capwell, D.F., (1945). Cit. en Ampudia, A., (1998). Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes. Tesis de Posgrado, Facultad de Psicología, UNAM, 1998.

Cardeña, G., (1988). La concientización de la familia a través del paciente identificado. Tesis de Licenciatura Fac. de Psicología UNAM.

Casarino, E.C. y Leoneti, M.R., (1992). "Factores psicológicos tempranos en la estructuración de la personalidad adictiva", en *Drogadicción*, Cap. 4, Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 71-104.

Castro, M.E.; García, G.; Rojas, R.; De la Serna, J., (1988). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. *Salud Pública de México*, 30 pp. 216-226

CEMEF, (1975). Cuadernos Científicos, publicación de trabajos de investigación. Edición especial "Disolventes e Inhalables". Simposio AMEFAR, CEMEF, México.

Centros de Integración Juvenil A.C., (1982). Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia. Serie Técnica no. 1, México.

Centros de Integración Juvenil A.C., (1992). Manual del Expediente Clínico. Departamento de Tratamiento y Rehabilitación, México.

Centros de Integración Juvenil A.C., (1994-1995). Informes Cualitativos del Departamento de Tratamiento y Rehabilitación.

Centros de Integración Juvenil A.C., (1996). Estudio epidemiológico de pacientes de nuevo ingreso a tratamiento en 1995.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1997) Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1998). Estudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en C.I.J. 1998, México.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1998). Características sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil entre 1990-1997. Centros de Integración Juvenil, A.C., México, Informe de Investigación 98-2, pp. 1- 37.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1998). Prevalencia de trastornos psiquiátricos entre usuarios de drogas de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C., México.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1999). Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en C.I.J. 1990-1998, México.

- Centros de Integración Juvenil, A.C., (1999). El consumo de drogas ilícitas en México. Población General, Estudiantes, Menores Trabajadores y Pacientes usuarios de Drogas. Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- Centros de Integración Juvenil, A.C., (1999). "La Metadona como forma de tratamiento" Mecanograma de Guía de Seminario Clínico para Unidades de Tratamiento. Septiembre, 1999. Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, México.
- Centros de Integración Juvenil, A.C., (1999). El consumo de drogas ilícitas en México: Población general, estudiantil, menores trabajadores, pacientes usuarios de drogas en C.I.J., México.
- Claras, P. y Rosales de la Parra L., (1976). Investigación social sobre el adolescente farmacodependiente en el Distrito federal y zonas colindantes. Cuadernos Científicos CEMEF, Vol. 5, pp. 135-185, México.
- Claras, P., (1985). Interrupción del tratamiento por parte de pacientes farmacodependientes durante el período 1981-1982. Publicado en Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. Serie Técnica Vol. 5: Perfil Farmacodependiente. Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- Clinton, D.N., (1996). Why do eating disorder patient drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol., 65 (1) pp. 29-35.
- Cocores, J.; Pattel, M.; Gold, S. and Pottash, A., (1987). Cocaine abuse, attention deficit disorder, and bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 175, Año 7, pp. 431-432.
- Coddington, R.P., (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the disease of children I. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol., 16, pp. 17- 18.
- Coddington, R.P., (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the disease of children II. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol., 16, pp. 205-213.
- Coddington, R.D. & Troxell, (1980). Effects of emotional factors on football injury rates. A pilot study. *Journal of Human Stress*, Vol., 6, pp. 3-5.
- Collins, D.C.; Schlenger, W.E. & Jordan, B.K., (1988). Antisocial personality and substance abuse disorders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Vol. 16 (2), pp. 187-198.
- Craig, R., (1993). Contemporary trends in substance abuse. *Professional Psychology Research and Practice*, 1993 Vol. 24 no. 2 pp. 182-189.
- Craig, R.J., (1982). Personality characteristics of heroin addicts: Review of empirical research 1976-1979. *The International Journal of Addictions*, Vol. 17 (2), pp. 227-248
- Craig, R. J., (1988). Diagnostic interviewing with drug abusers. *Professional Clinical Psychology: Research and Practice*, Vol., 19, pp. 14-20.
- Craig, R.J. & Olson, R., (1992). MMPI Subtypes for cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 18 (2), pp. 197-205.
- Cruz, M.E. y Quijano B.E., (1992). Manual del Expediente Clínico. Mecanograma de Circulación Interna del Departamento de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil A.C. México.
- Dana, R., (1972). Teoría y Práctica de la Psicología Clínica. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- De la Fuente, R. y cols., (1972). El problema de la farmacodependencia. *Gaceta Médica de México*, No. 103 pp. 101-123, México.

De la Fuente, R. y Medina Mora, M.E., Caraveo, J., (1997) *La Salud Mental en México. Cap. Las adicciones en México, problemas relacionados.*

De la Garza y cols., (1977). Perfil del inhalador. Trabajo presentado en la 2ª Reunión Internacional Fronteriza sobre Abuso de Drogas y Alcohol, Piedras Negras, Coahuila, México.

De Leon, G. y Jainchill, N., (1986). Circumstance motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol., 18 (3), pp. 203-208.

Delgado, L. y Soubran L., (1989). Las relaciones interpersonales en el paciente farmacodependiente. Tesis de Licenciatura Fac. de Psicología UNAM.

DeMilio, L., (1989). Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 1989 Sep. Vol. 146 (9) pp. 1212-1214.

Deykin, E.Y.; Levy, J.C.; Wells, V.W., (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*, Vol 77, pp. 178-182.

Deykin, E.; Buka, S.L. y Zeena, T., (1992). Depressive illness among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1992 Oct. Vol. 149(10) pp. 1341-1347.

Dor J., (1987). Introducción a la lectura de Jacques Lacan. El Inconsciente estructurado como un lenguaje. Edit. Gedisa, Buenos Aires.

Dor J., (1988). "El concepto de "evaluación diagnóstica" en la clínica psicoanalítica" en *Estructura y Perversiones*, Editorial Gedisa, Buenos Aires, pp. 19 a 25

Dupetit, S. (1982). *La adicción a las drogas.* Editorial Futuro, Buenos Aires.

Ellis, O., (1979). The medical health professional's concept of the normal adolescent. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 38, pp. 149-152.

Ey, H., (1980). *Tratado de Psiquiatría.* Edit. Toray Masson S.A. Barcelona.

Famularo, R.; Stone, K.; Popper, C., (1985) Preadolescent alcohol abuse and dependence. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 142, pp. 1187-1189.

Felix, (1944). Cit. en Anglin, M.D.; Weissman, C.P. y Fisher, D.G. (1979) The MMPI profiles of narcotics addicts I. A review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 24 (9), pp. 867-880.

Fieldman, N.P.; Woolfolk, R.; Allen, L.A., (1995) Dimensions of self concept: A comparison of heroin and cocaine addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 21 (3), pp. 315-326.

Fiorini, H., (1988). *Teoría y Técnica de Psicoterapias.* Editorial Nueva Visión, Buenos Aires. Última Reimpresión.

Frances, A., (1980). The DSM III Personality disorder section: A commentary. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 137, pp. 1050-1054.

Frank de Verthelyi, R., (1989). "Técnicas proyectivas y evaluación psicológica" en *Temas de Evaluación Psicológica*, Edit. Lugar, Buenos Aires, pp. 7 a 38.

Freud, A., (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente.* Editorial Paidós, pp. 187-194 y 165-186.

- Friedman, A., Utada, A.; Glickman, N.W. y Morrissey, M.R., (1987). Psychopathology as an antecedent to, and as a "consequence" of, substance use, in adolescence. *Journal of Drug Education*, Vol. 17 (3) pp. 233-244.
- Friedman, A. y Glickman, N.W. (1987). Effects of psychiatric symptomatology on treatment outcome for adolescent male drug abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 1987 Jul. Vol. 175 (7), pp. 425-430.
- García, B.J., (1992). "El funcionamiento mental del paciente drogadicto y su familia" en *Drogadicción*, Cap. 7, Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 150-162.
- Gawin, W. K. & Kleber, H.D., (1985). Cocaine Abuse: Abstinence, symptomatology and psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 43, pp. 569-573.
- Gawin, F.H. & Ellinwood, E.H., (1988). Cocaine and other stimulants: Action, abuse and treatment. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 38 (8), pp. 1173-1182.
- Gerstley, L.; Alterman, A.I.; Mc Lellan, T.; Woody G.E., (1990). Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorder: A problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, Vol., 147, Feb, pp. 173-178.
- Gittelman, R.; Manuzza, A.; Shenker, R. et., al., (1985) Hyperactive boys almost grown up, psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 142, pp. 943-947.
- Good, M.I., (1992). Factors affecting patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, Feb. Vol. 149 (2), pp. 275-276.
- Gorsuch, R. y Butler, M., (1976) Initial drug abuse. A review of predisposing psychological factors. *Psychological Bulletin*, Vol. 83, pp. 120-137.
- Haertzen, C.A. y Hill, H.E., (1959). Cit. en Anglin, M.D.; Weissman, C.P. y Fisher, D.G. (1979) The MMPI profiles of narcotics addicts I. A review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 24 (9), pp. 867-880.
- Hare, R., (1985). Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 53, pp. 7-16.
- Hart, L.R., (1995). MAPI: Personality correlates of comorbid substance abuse among adolescent psychiatric. *Journal of Adolescence Psychiatry*, Vol. 18, pp. 669-677.
- Hatsukami, D.; Mitchell, J.E; Eckert, E.D.; Pyle, R., (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. *Addictive Behavior*, Vol. 11, pp. 399-406.
- Hawkins, D.; et al., (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol. 112 (1), pp. 64-105.
- Heinz Reuband, K., (1990) Research on drug use: a review of problems, needs and future perspectives. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 25 pp. 149-152.
- Hogenson, D., (1987). Chemical dependency in adolescent and young adult patients: A psychological perspective. *Medical Hypnoanalysis Journal*; 1987 Jun. Vol. 2(2) pp. 71-74.
- Hollister, L.E., (1990). Treatment outcome: a neglected area of drug abuse research. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 25, pp. 175-177.

Hovens, J.; Cantwell, D.P. y Kiriakos, R., (1994). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, May., Vol., 33 (4) pp. 476-483.

Huba, G.J.; Wingard, J.L. y Bentler, P.M., (1980). Longitudinal analysis of the role of peer support, adult models and peer subcultures in beginning adolescent substance abuse: An application of setwise canonical correlation methods. *Multivariate Behavioral Research*, Vol. 15, pp. 259-280.

Huges, P.H., (1992). The Medical Management of Heroin Epidemic, *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol., 27, pp. 585-591.

Ingold, R. (1986). "El estado de dependencia" en *La vida del toxicómano*. Editorial Fundamentos, Madrid España, pp. 51-71.

Jainchill, N.; De Leon, G. and Pinkman L., (1986). Psychiatric diagnoses among substance abusers in therapeutic community treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 18, pp. 209-213.

Jiménez, A.F., (1994). Atención oportuna a jóvenes de alto riesgo. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología UNAM, México.

Johnson, R. y Kaplan, H.B., (1990). Stability of psychological symptoms: Drug use consequences and intervening processes. *Journal of Health and Social Behavior*, Sep. Vol. 31 (3), pp. 277-291.

Johnson J.M. y Mc Cutcheon, S.M., (1980), Assessing life stress in older children and adolescents. Preliminary findings with Life Events Checklist. In G. Saranson & C.D. Spielberger (Eds.) *Stress and Anxiety*, Vol., 7, pp. 111-125, Washinton D.C. Hemisphere.

Johnson, R.; Tobin, J.W.; Cellucci, T., (1992). Personality characteristics of cocaine and alcohol abusers: more alike than diferent. *Addictive Behaviors*, Vol. 17, pp. 159-166.

Jonas, J.M.; Gold, M.S.; Sweeny, D.; Pottash, A.L.C., (1987). Eating disorders and cocaine abuse: a survey of 259 cocaine abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 48, pp. 47-50.

Kalina, E., (1985) *Adolescencia, Drogadiccion y su tratamiento*. En *Adolescencia y Drogadicción*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1997 Tercera Edición.

Kalina, E., (1987). *Temas de Drogadicción*, Edit. Nueva Visión, Buenos Aires pp. 12.

Kalina, E., (1989). Prólogo del libro *La familia del adicto y otros temas*. Editorial Nueva Visión, pp. 7-8.

Kalina, E., (1990). "Consideraciones teórico-técnicas sobre el tratamiento de pacientes internados", en *La Familia del adicto y otros temas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, pp. 43-61.

Kalina, E., (1997). *Adolescencia y Drogadicción*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires. Tercera Edición.

Kandel, D.B.; Treiman, D.; Faust, R. y Single, E., (1976). Adolescent involvement in legal and ilegal drug use a multiple classification analysis. *Social Forces*, pp. 55.

Kandel, D.B., (1978). "Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal population". In D. Kandel (Ed.) *Longitudinal research on drug use: Empirical and methodological issues*, Washington D.C. Hemisphere, pp. 3-38.

Kandel, D.B., (1973). Adolescent mariгуana use: role of parents and peers. *Science*; Vol. 181, pp. 1067-1070.

- Kaplan, H.B.; Robin, C. & Martin, S.S., (1983). Antecedents of psychological distress in young adults: Self rejections, deprivation of social support, and life events. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol., 24, pp. 230-244.
- Kashani, J.M.; Keller M.B.; Solomon, N. et al., (1985). Double depression in adolescent substance users. *Journal Affective Disorders* Vol. 8, pp. 153-157.
- Kaufman, E., (1992). Desarrollos recientes en la comprensión y tratamiento del abuso y de la dependencia. *Hospital Community Psychiatry*, Vol. 43 no. 3.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Khantzian, E.J., (1974). Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, Vol., 28, pp. 59-70.
- Khantzian, E.J., (1978). The ego, the self, and the opiate addiction: theoretical and treatment considerations. En *NIDA Research Monograph Series* no. 12.
- Khantzian, E.J., (1983). An extreme case of cocaine dependence and marked improvement with methylphenidate treatment. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 140, pp. 784-785.
- Khantzian, E.J., (1985). Self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 142, pp. 1259-1264.
- Khantzian E.F. & Treece, C., (1985). DSM III Psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 42, pp. 1067-1071.
- Kleinman, P.M.; Miller, A.B.; Millman, R.B.; Woody, G.E.; Tood, T.; Kemp, J. & Lipton, D.S., (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 178, pp. 442-447.
- Klinge, V. y Strauss, M.E., (1976). Effects of scoring norms on adolescent psychiatric patients, MMPI profiles. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 49, pp. 13-17.
- Klinge, V. y Lachar, D., Grisell, J. And Berman, W., (1978). Effects of scoring norms on adolescent psychiatric drug users' and non users' MMPI profiles. *Adolescence*, Vol. XIII, No. 49, Spring, pp. 1-11.
- Knapp, Templer, Cannon y Dobson, (1991). Variables associated with success in an adolescent drug treatment program. *Adolescence*, Vol. 26, No. 102, Summer, pp. 305-317.
- Krystal, H., (1978). Self and object representation in alcoholism and other drug dependence: Implications for therapy. En *NIDA Research Monograph Series* no. 12.
- Kolb, L.C., (1978). *Psiquiatría Clínica Moderna*, Edit. Prensa Médica Mexicana. Cap. VI pp. 108 segunda reimpression.
- Kolb, L. (1925). Cit. en Anglin, M.D.; Weissman, C.P. y Fisher, D.G. (1979) The MMPI profiles of narcotics addicts I. A review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 24 (9), pp. 867-880.
- Kozel, N. L.; Sanborn, J. S. y Kennedy, N., (1991), *Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence for the molecular to the social level*, Mexico City.
- Kutcher, S.P.; Marton P. y Korenblum, (1989). Relationship between psychiatric illness and conduct disorder in adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry* Vol. 34 (6) pp. 526-529.

Lavik, NJ; Clausen, SE; Pedersen, W., (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway *Acta Psychiar Scand*, Vol. 84, pp 387-390.

Lavik, N. J.; Onstad, S., (1986). Drug use and psychiatric symptoms in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986 Apr. Vol. 73(4) pp. 437-440.

Lazarus, R.S., (1976). Op. Cit. Stress and personality Endler, N.S. Edwards J. Cap. 4 en *Handbook of Stress theoretical and clinical issues*, The Free Press, New York. pp. 36-48.

Lazarus, R.S., (1980). *Emotions and Adaptation*. New York, Oxford University Press.

Lazarus, R.S., (1981). Op. Cit. Stress and personality Endler, N.S. Edwards J. Cap. 4 en *Handbook of Stress theoretical and clinical issues*, The Free Press, New York, pp. 36-48.

Lazarus, R.S. y Folkman, S., (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca.

Lettieri, D. J.; Sayers, M.-A.; & Nelson, J.E. (Eds.) (1985). *Alcoholism treatment assessment research instruments (NIA AA Treatment Handbook series 2)* Washington D.C: US Government Printign Office.

Lowenstein, L.F., (1991). The relationship of psychiatric disorder and conduct disorders with substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 23 (3), jul-sept., pp. 283-287.

Lucio, G.M., E., (1998). *Manual de Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad versión para adolescentes MMPI-A*. Facultad de Psicología UNAM. Editorial El Manual Moderno.

Lucio, G.M., E., (1995). *Inventario Multifásico de la Personalidad para adolescentes, versión al Español MMPI-A*. Facultad de Psicología UNAM.

Lucio, G.M., E.; Ampudia R.-A., y Durán, C., (1996). *Información biográfica y sucesos de vida. Forma para adolescentes. Primera revisión*. Facultad de Psicología UNAM.

Lucio, G.M., E.; Ampudia R.- A., y Durán, C., (1996). *Historia Cl[ínica*. Facultad de Psicología UNAM.

Lucio, G.M., E.; Durán, C. & Ampudia, R.-A., (1999) *Evaluación de la Psicopatología Adolescente en un Grupo Clínico y un Grupo Normal con el MMPI-A*.

Malow, R.M.; West, J.A.; Williams, J.L. & Sutker, P.B., (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opiod addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol., 57, pp. 1-3.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R (1978). Edit. Toray Masson, S.A., México, Segunda Edición.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. (1995). Edit. Toray Masson, S.A., México.

Magolis, R., (1995). "Adolescent Chímical Dependency: Assessment, Treatment and Management" In *Psychotherapy and Substance Abuse. A Practitioner's Handbook*, Edited by Arnold M. Washton, The Guilford Press.

Martínez, (1985). *La desintegración familiar como causa de la farmacodependencia*. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.

Masterson, J.F., (1975). *Tratamiento del adolescente fornerizo*. Editorial Paidos, Buenos Aires.

Materazzi, M.A., (1985). *Drogadependencia*. Editorial Paidos, Buenos Aires, Argentina.

- Materazzi, M.A., (1985). "Psicodinamismo del grupo familiar" en *Drogadependencia*. Edit. Paidos, Buenos Aires, Argentina, pp. 32 a 43.
- Mc Lellan, A.T.; Luborsky, L.; Woody G.E y O'Brien, C.P., (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The addiction severity index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol., 16 (68), pp. 26-33.
- Medina Mora, M.E., (1976). Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México. En Contreras Pérez Carlos. *Inhalación Voluntaria de Solventes Industriales*, Edit. Trillas, México, pp. 352-362.
- Medina Mora, M., (1997). "Los conceptos de uso, abuso, dependencia y adicción," en *La Salud Mental en México*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Meek, S.K.; Clark, H.K. & Solana, V.L., (1989). Neurocognitive impairment: The unrecognized component of dual diagnosis in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol., 21 (2) 153-160.
- Mejía, M., Moreno, M. Pérez, M.S. y Reyes, F., (1984). Estudio de factores causales de deserción de los pacientes en tratamiento de rehabilitación de farmacodependencia. Tesis de Trabajo Social. Secretaría de Educación Pública, México.
- Mernick, M., (1983). Clinical aspects of dangerous behavior. *Journal of Psychiatry Law*, Vol. 11, pp. 277-304.
- Meyer, R.E., (1986). *Psychopathology and addictive disorders*. Guilford Press, New York.
- Milín, R.; Halikas, J.A.; Meller, J.E. y Morse, C., (1991). Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991 Jul. Vol. 30(4) 569-574.
- Milkman, H. y Frosh, W.A., (1973). On the preferential abuse of heroin and methamphetamine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 156, pp. 242-248.
- Miller, W.P., (1985). Motivation for treatment. A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, Vol. 98 (1), pp. 84-107.
- Millon, T., (1981). *Disorders of personality: DSM III - Axis I*. New York, John Wiley & Sons.
- Mirin, S.M.; Weiss, R.; Michael, J., (1988). Psychopathology in substance abusers. *Diagnosis and treatment*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 14 (2), pp. 139-157.
- Monroy, A. y Quijano, B.E., (1990). Estudio comparativo de síntomas depresivos entre un grupo de inhaladores y otro de no inhaladores. Tesis de Licenciatura Fac. de Psicología UNAM.
- Morales, M.L., (1979) *Psicometría aplicada*. Editorial Trillas, México, Cap 1. pp 9-42 y Cap. 6 pp 213-249.
- Muntaner C., (1989). Correlates of self reported early childhood, aggression in subjects for drug studies, *American Journal of Volunteering Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 5 (4), pp. 383-402.
- Musaccio, de Zan, A., (1980). Sociedad actual y familia. *Psicología Médica*, Vol., No. 3, pp. 399.
- Musaccio de Zan, A., (1992). "Carácter y Drogadicción" en *Drogadicción*, Cap. 6, Editorial Paidos, Buenos Aires, pp. 134-148.
- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L. et al., (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in the communities. *Archives of General Psychiatry*, Vol., 4, pp. 959-967.

Natera, G. y cols., (1979). Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en 27 centros de tratamiento en la República Mexicana. Cuadernos Científicos CEMESAM, Vol. 11 pp. 101-122, México.

Newcomb, M.D., (1981). Alcohol abuse and type of life events experienced during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol., 1 (2), pp. 104-107.

Newcomb, M.D.; Huba, G.J. & Bentler, P.M. (1981). A multidimensional of stressful life events among adolescents: derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 22, Dec., pp. 400-415.

Newcomb, M.D.; Huba, G.J. & Bentler, P.M. (1983) Mother's influence on the drug use of their children: confirmatory test of direct modeling and mediatorial theories. *Development Psychology*, Vol. 19, pp. 714-726.

Newcomb, M.D.; Maddahian, E. and Bentler, P.M., (1986). Risk factors for drug abuse among adolescents: Current and longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*, May, Vol. 76 No. 5, pp. 525-531.

O'Brien, C.P.; Woody, G.E. & Mc Lellan, A.J., (1984). Psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 45, pp. 9-13.

Organización Mundial de la Salud, (1981). Nomenclatura y clasificación de problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol. *Bulletin of World Health Organization* Vol. 59 No. 2 pp. 225-242.

Organización Mundial de la Salud, (1992). Décima revisión internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ginebra.

Ortiz, A. y Caudillo, C., (1985). Alteraciones cognitivas en menores usuarios crónicos de sustancias inhalables. Informe de un estudio experimental. *Salud Pública de México*, 27 (4) pp. 286-290.

Ortiz, F.A., (1992). "El médico y el psicólogo ante el paciente adicto: la evaluación y el tratamiento", en *Drogadicción*. Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 308-322.

Paton, S.M.; Kessler, R.; Kandel, D., (1977) Depressive mood and adolescent illegal drug use: a longitudinal analysis. *Journal of Genetic Psychology*, Vol. 31, pp 267-289.

Pierini, C.D., (1990). "Adicción a las drogas, un fenómeno de masas" en *La Familia del Adicto y Otros temas*, Editorial Nueva Visión Colección Guadalupe, Buenos Aires, 1990.

Pichot, P., (1979). Los test mentales. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Pick, S. y López Velasco A. (1986). *Cómo investigar en Ciencias Sociales*. Editorial Trillas, México.

Powell, B.; Penick, E.; Othner, E. y cols., (1982). A prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol., 43, pp. 404-407.

Quijano, B.E.M., (1989). Algunas consideraciones sobre el abordaje psicodiagnóstico del paciente farmacodependiente. Mecanograma de Circulación Interna del Departamento de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Quijano, B.E.M., (1992). Del diagnóstico a la modalidad terapéutica. Mecanograma de circulación interna del Depto. de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil A.C.

Quijano, B.E.M., (1998). Consideraciones clínicas del registro de información en el Expediente Clínico. Mecanograma de Circulación interna del Depto. de Detección Temprana y Seguimiento, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A.C. México.

Rapaport, D., (1977). *Test de Diagnóstico Psicológico*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Rapaport, D., (1978). "Implicaciones teóricas de los procedimientos de verificación diagnóstica" en El modelo psicoanalítico, la teoría del pensamiento y las técnicas proyectivas. Editorial Hormé, Buenos Aires, pp. 128-157.

Reilly, D.F., (1975). "Family factors in the etiology and treatment youthful drug abuse family therapy" en Terapia Familiar en el Uso y Abuso de Drogas. Edit. Gedisa, Buenos Aires.

Robins, L. N., (1991). "Major areas of social research on drugs" In Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence for the molecular to the social level, Mexico City, pp. 15 -21.

Robles, M.T., (1991). Terapia Cortada a la Medida. Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México Editorial.

Rodriguez, S.S., (1988). Crítica a la conceptualización médico-legal de la Farmacodependencia. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.

Rousanville, B.J.; Kosten, T.R.; Weissman, M.M. y Kleber, H.D., (1985). Evaluating and treating depressive disorders in opiate addicts. Treatment Research Monograph Series, Rockville, M.D. National Institute on Drug Abuse.

Rousanville, B.; Rosenberger, P.; Wilber, Ch.; Weissman, M.; Kleber, H., (1980). A comparison of the SADS/RDC and the DSM III Diagnosing drug abusers. Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 168, No. 2, pp. 90-97.

Rosenfeld, D., (1976). El paciente drogadicto: Guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico. En Clínica Psicoanalítica Estudios sobre Drogadicción, Psicosis y Narcisismo. Editorial Galerna, Argentina, pp. 62 a 64 y 87 a 91.

Rosenfeld, H., (1978). Sobre la adicción a las drogas. En Estados Psicóticos. Editorial Horme, Buenos Aires.

Ross, H.E.; Glaser, F.B. y Stiasny, S., (1988). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. British Journal of Addiction, Oct. Vol. 83(10), pp. 1179-1192.

Rycroft, Ch., (1976). Diccionario de Psicoanálisis. Biblioteca Lexicon Ed. Paidós, Buenos Aires.

Salta, L. y Buick, W.P., (1989). Impact of organizational change on the intake, referral treatment of outpatients at a community mental health center. Journal of Mental Health Administration, Fal. Vol. 16(2) pp. 71-79.

Sandler, I.N.; Reynolds, K.D.; Kliever W. & Ramirez, R. (1992). Specificity of the relation between life events and psychological symptomatology. Journal of Clinical Child Psychology, Sept. Vol. 21 (3), pp. 240-243.

Sargunraj, D. y Kumaraiah, V., (1989). Characteristics of drop outs from a biofeedback therapy programme. NIMHANS Journal, Jul. Vol. 7 (2), pp. 127-131.

Schiff, M., y Cavaioia, A., (1988). The presentation of dual diagnosis in an adolescent chemical dependence unit. Alcoholism Treatment Quarterly Vol. 5(1-2) pp. 261-271.

Secretaría de Salud, (1981). Norma técnica para la elaboración, integración y uso del Expediente Clínico., Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, México.

Shafii, M.; Steltz-Lenarsky, J.; Derrick, A.M. y Beckner, C., (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. Special Issue: Childhood affective disorders. Journal of Affective Disorders, Nov. - Dec. Vol. 15(3) pp. 227-233.

- Seltzer, M., (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127 pp. 84-94.
- Seyle, H., (1976). *The stress of life* (2nd Ed.) New York, Mc Graw Hill, op. Cit. Stress and personality Endler, N.S. Edwards J. Cap. 4 en *Handbook of Stress theoretical and clinical issues*, The Free Press, New York, pp. 36-48.
- Singer, E. (1998). *Conceptos fundamentales de la psicoterapia*, Fondo de Cultura Económica, México, Última Reimpresión.
- Simpson, D.D., (1992). Op cit, Simpson, D. y Joe, G.W., (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. Special Issue: Psychotherapy for the addictions. *Psychotherapy, Sum. Vol. 30 (2)*, pp. 357-368.
- Simpson, D. y Joe, G.W., (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. Special Issue: Psychotherapy for the addictions. *Psychotherapy, Sum. Vol. 30 (2)*, pp. 357-368.
- Siquier de Ocampo, M., (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Sledge, W.H.; Moras, K.; Hartley, D.; Levine, M., (1990). Effect of time limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry* 147 (10), pp. 1341-1347.
- Soejima, Y.; Naruo, T.; Takii, M.; Nozoe, S.I.; Tanaka, H; Koga, Y., (1994). Long-term prognosis of anorexia nervosa. The role of the family as co-therapist for drop-out patients. *JPN Journal of Psychosomatic Medicine*, Vol. 34 (2) pp. 169-174.
- Solís, R.L., (1991). Introducción a la Psicopatología de la Farmacodependencia. Mecanograma de circulación interna para el curso monográfico Psicopatología en su Relación con el Diagnóstico. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, pp. 1 a 63.
- Solózano, A., (1980). Estudio de 1000 casos de niños dedicados al comercio ambulante y servicios de la Ciudad de México. Cuadernos INET 9:97, México.
- Soriano, R. (1990). Problemas relacionados con el consumo de drogas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, México.
- S.R.E., (1997). México y Estados Unidos ante el problema de las drogas. Estudio Diagnóstico Conjunto, Secretaría de Relaciones Exteriores, México D.F.
- Stanton, M.D., (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Editorial Gedisa, Buenos Aires Argentina.
- Stanton, M.D., y Todd, T., (1979). Structural family therapy with drug addicts. In E. Kaufman and Kaufman (Eds.) *The family therapy on drug and alcohol abuse*. N.Y. Gardner Press.
- Stark, M. J. y Campbell, B.K., (1988). Personality drug use and early attrition from substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 14 (4), pp. 475- 485.
- Stefanis, C., y Kokkevi, A., (1987). Depression and drug use. International Commemorative Symposium World Health Organization and World Psychiatric Association: Latest findings on the etiology and therapy of depression (1986, Basel, Switzerland). *Psychopathology*, 1987 Feb. Vol. 19 (Supl. 2), pp. 124-131.
- Sternschuss, S., (1986). "La familia del toxicómano." En *La Vida del Toxicómano*, Editorial Fundamentos, pp. 35 a 49.

- Stoffelmayr B.E.; Benishek, L.A.; Humphreys, K.; Lee, J.A. & Mavis, B.E., (1989). Substance abuse prognosis with and additional diagnosis: understanding the relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 21 (2), pp. 145-152.
- Tardiff, K.; Gross, E. & Messner, S., (1981). A study of homicide in Manhattan *American Journal of Public Health*, Vol., 76, pp. 139-143.
- Tood, T., (1991). The evolution of family therapy approaches to substance abuse personal reflections and thoughts on integration. *Contemporary Family Therapy*, Vol., 13 (5) pp. 471- 495.
- Torres, R.A., (1975). Manifestaciones clínicas en los usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables. *Cuadernos Científicos CEMEF*, pp. 73-79.
- Trecee, C.J. y Khantzian, E.J., (1978). Psychodynamics on drug dependence: An overview. En NIDA Research Monograph Series no. 12.
- Tsushima, W.T.; Stoddard, V.H.; Tsushima, V.G.; Daly, J., (1991). Characteristics of treatment drop-out among two samples of chronic headache patients. *Journal of Clinical Psychology* 47 (2), pp. 199-205.
- Tyndal, M., (1974). Psychiatric study of one thousand alcoholic patients. *Canadian Psychiatric Association Journal*, Vol. 19, pp. 21-24.
- Van-Ameringen, M.; Mancini, C.; Styan, G. y Donison, D., (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, Feb. Vol. 21(2), pp. 93-99, St Joseph's Hosp, McMaster Psychiatric Unit, Hamilton, ON, Canada.
- Vallejo, A., (1979). *Introducción a la Psiquiatría*. Edit. Científica Médica, Universidad de Barcelona.
- Vallejo, N.E., (1988). "El uso indebido de drogas desde una perspectiva clínico toxicológica " en El problema de la Drogadicción, Enfoque Interdisciplinario. Editorial Paidós, Buenos Aires, pp. 9-27.
- Vaillant, G.E.; Gale, L. & Milofsky, E.S., (1982). Natural history of male alcoholism: II. The relationship between different diagnostic dimensions. *Journal of Studies on Alcohol* Vol., 43, pp. 216-232.
- Vaillant, G.E., (1983). *The natural history of alcoholism*. Harvard University Press.
- Vera, O.E., (1988). *Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Verinis, J.S., (1989). Alcoholism, In R. J. Craig (Ed.) *Clinical and diagnostic interviewing*, pp. 147-178. Northvale, NJ Aronson.
- Walfish, S.; Massey, R.; y Krone, A., (1990). MMPI profiles of adolescent substance abusers in treatment. *Adolescence*, Fal. Vol. 25 (99), pp. 567-572.
- Walfish, S.; Massey, R.; y Krone, A., (1992). Cluster analysis of MMPI profiles of adolescents treatment for substance abuse. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, Vol. 2 (2), pp. 23-33.
- Wallen, M.D. y Weiner, H.D., (1988). The dually diagnosed patient in an impatient chemical dependency treatment program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol. 5 (1/2), pp. 197-218.
- Warren, H.C., (1974). *Diccionario de Psicología*. Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- Washton, A.M., (1989). *Cocaine addiction: Treatment, recovery and relapse prevention*. New York; Norton.

Weiss G.; Hechtman, L; Milroy, T.; et al., (1985) Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15 year follow up of 63 hyperactive children. *Journal of American Academy Child Psychiatry*, Vol.24, pp. 211-220.

Weiss, R.D.; Mirin, S.M.; Michael, J. & Sollugub, A.C., (1986). Psychopathology in cronic cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 12 (1-2), pp. 17-29.

Weissman, M.M.; Myers, J.K., (1980). Clinical depression in alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, Vol., 137, pp. 372-373.

Welson, D., (1991). "Psychiatric diagnosis in psychoactive abuse disorders". En *Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence for the molecular to the social level*, Mexico City, pp. 171-178.

William, P., (1973). *Psychodynamics of Drug Dependence*, NIDA Research Mongraphic Series no. 12 Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, USA.

Williams, C.L. y Uchiyama, C., (1989). Assessment of live events during adolescence. The use of self report inventories. *Adolescence Spring*, Vol., 24 (93), pp. 95-118.

Wurmser, L., (1972). Drug abuse nemesis of psychiatry. *American Scholar*, Vol. 41, pp. 393.

Wurmser, L., (1978). Mr. Pecksniff's Horse? (Psychodynamics in compulsive drug use). En *NIDA Research Monograph Series* no. 12.

Yeomans F.E.; y Gutfreund, J. (1994) Factors related to dropouts by borderline patients. Treatment contact and therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy and Research* 3 (1) pp. 16-24.

Zweben, J.E. ,(1987) Eating disorders and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 19, pp. 181-192.