

9/4 2013



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad de Psicología

ESTUDIO COMPARATIVO DE SINTOMAS DE-
PRESIVOS ENTRE UN GRUPO DE ADOLESCEN-
TES INHALADORES Y NO INHALADORES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ARTURO MONROY GUTIERREZ
ELSY MARGARITA QUIJANO BARAHONA



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

INTRODUCCION 5

ANTECEDENTES 10

CAPITULO 1 FARMACODEPENDENCIA

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FARMACO-
DEPENDENCIA 27

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS 33

1.2 PERSPECTIVA SOCIAL 42

1.3 PERSPECTIVA FAMILIAR 56

1.4 PERSPECTIVA INDIVIDUAL 69

1.5 GENERALIDADES SOBRE EL CONSUMO DE
DROGAS 95

1.6 GENERALIDADES SOBRE LOS INHALABLES 104

1.7 ADOLESCENCIA MARGINAL E INHALANTES 113

CAPITULO 2 DEPRESION

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA DEPRESION 120

2.1 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA
DEPRESION 123

2.2 NEUROSIS DEPRESIVA 127

2.3	DEPRESION PSICOTICA O CRISIS DE MELANCOLIA	131
2.4	POSTURA PSICOANALITICA	136

CAPITULO 3 METODOLOGIA

3.1	NATURALEZA DE LA INVESTIGACION	148
3.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	148
3.3	HIPOTESIS	148
3.4	VARIABLES	150
3.5	SUJETOS	150
3.6	MATERIAL	151
3.7	ESCENARIO	153
3.8	PROCEDIMIENTO	157
3.9	DISEÑO EXPERIMENTAL	159
3.10	TRATAMIENTO ESTADISTICO	159

CAPITULO 4 RESULTADOS

4.1	DESCRIPCION DE LA MUESTRA	162
4.2	ANALISIS ESTADISTICO	173

CAPITULO 5 CONCLUSIONES

	CONCLUSIONES	184
	SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	197

APENDICE

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG 201

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

DE HATHAWAY 211

BIBLIOGRAFIA 216

INTRODUCCION

INTRODUCCION

En México, el uso de drogas es un problema importante en la Salud Pública y lo seguirá siendo en el futuro porque las actitudes sociales favorecen el consumo. Lo extendido de su uso en la población general, los altos índices de morbilidad y mortalidad que ocasiona y la ausencia no rígida de política que controle su uso bajo una perspectiva de salud pública, son factores que se conjuntan provocando la extensión de su magnitud y efectos.

En particular la inhalación deliberada o voluntaria de pegamento y disolventes que comunmente se utilizan en la elaboración de pinturas, es uno de los problemas más generalizados a que se enfrenta la humanidad actualmente. Si bien se puede argumentar que estas sustancias no son fármacos utilizados alguna vez en la terapéutica médica, ni derivados de plantas, su utilización como psicodislépticos los convierte como tal si consideramos que: un fármaco es cualquier sustancia aparte de las necesarias para el mantenimiento de la vida que por su naturaleza química, altera la estructura y las funciones de los organismos. No se sabe con precisión cómo actúan y cuánto daño causan lo que sí se sabe con certeza es que su abuso involucra principalmente a adolescentes y niños, lo cual, constituye para muchos países un gran problema. (28)

La farmacodependencia parece surgir en el adolescente como una solución a sus problemas; como un alivio a las tensiones diarias, lo cual es un incentivo para la continuación del consumo de drogas, en tanto que los efectos que ésta causa son "placeres" y hacen olvidarse de la realidad. La aparente solución es fallida ya que al suprimirse el efecto, el usuario vuelve a enfrentarse con su realidad provocándole una serie de trastornos psicológicos.

Se ha observado que uno de los efectos comunes de la farmacodependencia es la presencia de estados depresivos los cuales a su vez se presentan como resultado de una gran cantidad de causas influyentes, entre las cuales se encuentran las carencias sociales y las presiones de este orden, así como aquellas relativas a alimentación y la privación en el contacto físico y afectivo. (134)

Si bien una de las consecuencias del consumo de sustancias volátiles al igual que de otras drogas, es la alteración de los procesos bioquímicos del S. N. C. afectando el comportamiento - en general, una de las reacciones que con más frecuencia se presentan, es la depresión como un estado afectivo ligado al enfrentamiento de las carencias, aún cuando no sea conscientemente reconocido por el sujeto.

Cabe aclarar que en muchas ocasiones la dificultad para expresar este estado afectivo estriba en que en sí mismo es doloroso

y/o displacentero para quien lo experimenta, de tal forma que se busca la manera de bloquearlo, suprimirlo, y/o evadirlo; sustituyéndolo mediante otros medios que si bién no son del todo exitosos, por lo menos permiten tener sensaciones que ocultan el verdadero estado emocional, y que funcionan a la vez como una forma de protegerse del hambre, frío, hacinamiento y marginación entre otros.

Nuestro propósito al vincular el problema de la farmacodependencia con la depresión surge a partir del supuesto de que la depresión es una característica de todo ser humano que se presenta en diversos momentos de la vida. Aunque algunos autores afirman que en la adolescencia está unida a los cambios físicos y psicológicos propios de la etapa y que éstos a la vez son con secuencia de la reedición de los conflictos infantiles, sostienen que puede modificarse mediante actividades como el Estudio, Deporte, Música y/o la Militancia. Sin embargo la mínima tolerancia de algunos ante los cambios propios de la etapa los lleva en muchas ocasiones a optar por vías alternas-nocivas tales como la delincuencia, el alcoholismo y la farmacodependencia.

De ahí entonces que nuestro interés en estudiar una muestra de adolescentes de la comunidad Pedregal de Santo Domingo, (con características socio culturales similares pero con diferentes posibilidades de desarrollo, en tanto que unos son usuarios de sustancias volátiles y otros no lo son), se dirige a tratar de establecer una comparación en el índice de los síntomas depresi

vos entre los adolescentes inhaladores y los no inhaladores, a través de la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad y la Escala de Depresión de Zung, partiendo del supuesto de que habrá mayor nivel de depresión en los farmacodependientes al considerar que al suprimirse el efecto de los inhalables, aparece la depresión y que ésta al resultar intolerable constituye un motor para repetir la experiencia, mientras que en los adolescentes no usuarios, ésta se canaliza por otras vías.

Los resultados obtenidos demostraron que el supuesto anterior no es válido, pues encontramos su nivel relativamente mayor de depresión en los adolescentes no inhaladores.

Las conclusiones por lo tanto, apuntan a tratar de plantear algunas inferencias sobre las posibles causas por las cuales los síntomas depresivos no se manifiestan en el adolescente inhalador, considerando que por las limitaciones propias de este estudio tales inferencias solo pueden tomarse como su punto de partida para posteriores reflexiones o estudios.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

El fenómeno de la farmacodependencia en México como en otros países es un problema complejo que ha sido estudiado con mayor interés durante los últimos 20 años. Las investigaciones realizadas sobre el consumo de drogas se dirigen a explorar la incidencia, prevalencia, causas, efectos y manifestaciones más frecuentes en la población usuaria en relación a la naturaleza propia de los diversos tipos de consumo.

Algunos estudios sobre farmacodependencia y/o depresión que a continuación mencionaremos son importantes antecedentes que nos permitirán aproximarnos al problema, dado que el uso de inhalables representa la parte central de éste primordialmente en los grupos de menor edad.

Uno de los primeros estudios donde se reportan las reacciones producidas por el abuso de drogas es el efectuado por Keller y Graft quienes en 1968 observaron que existían varias reacciones adversas con el uso de marihuana, principalmente de pánico, despersonalización, confusión, paranoia y depresión. (72)

En relación a los factores causales los estudios de Richards en 1969 que se efectuaron en una zona de alto índice de drogadicción en Nueva York revelaron que las familias de individuos farmacodependientes presentaban varios factores característicos: padre ausente o débil, madre sobreprotectora y/o dominante, y otros patrones estándares en la conducta de las figuras

parentales como manifestaciones de hostilidad y de afecto y aspiraciones desproporcionadas respecto al futuro de los hijos - tomando en cuenta su estrato socioeconómico. (126)

Posteriormente el mismo autor, realizó investigaciones sobre estudiantes de diversas universidades de la ciudad de Nueva York, los cuales señalaron que los motivos para hacer uso de drogas eran: deseo de experiencias místicas, superar temores, prepararse para situaciones angustiosas, satisfacer un antojo, contrarrestar la impotencia o reducir impulso sexual, evitar el tedio, tranquilizarse, superar estados depresivos, incrementar el intelecto, establecer disciplina corporal o simplemente suicidarse. El autor al tener todos estos datos infiere que existen características de personalidad tales como pasividad, inmadurez, dependencia, infantilismo, depresión, escasa identificación de su sexo, pobre relación interpersonal y disminución de autoestima. (127)

El incremento del uso de sustancias psicoactivas ha sido señalado por Ramón de la Fuente en 1973, quien afirma que "la adicción por las drogas principia en la primaria, se duplica en la secundaria y se cuadruplica en la prepa. Calcula que aproximadamente la drogadicción crece a razón de 7×1000 , lo que supera mucho al desarrollo demográfico". (37)

Con respecto a los estudios epidemiológicos encontramos los siguientes:

En 1973 la Investigación Epidemiológica del D. F. realizada en el Centro de Trabajo Juvenil y en el Tribunal para Menores reveló que de un total de 126 varones, un 66.42% consumían ce-
 mento y un 18.96% thinner; el 52.41% fumaba marihuana, lo que indica que existía un total de 85.38% que inhalaba sustancias volátiles. En el mismo penal se encontró entre 1000 expedientes que: 869 varones consumían diferentes sustancias ocupando el porcentaje más alto de 38% los cementos plásticos; el 37% - marihuana, el 17% de thinner; siendo un total de 49% que inhalaba algún volátil. (132)

En 1976 Medina Mora M. E. realizó un estudio piloto sobre la - epidemiología de farmacodependientes en el D. F. con una muestra de 595 sujetos de 14 años en adelante.

Los usuarios se jerarquizaron de la siguiente manera:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1) Usuarios experimentales: | (aquellos que se inician - en el consumo pero no <u>con</u> tinúan). |
| 2) Los usuarios no actuales: | (aquellos que consumieron en el pasado y que <u>actual</u> mente no consumen). |
| 3) Los usuarios Irregulares | (aquellos que consumieron en los últimos 6 meses). |
| 4) Los usuarios regulares: | (aquellos que consumen <u>dro</u> gas). |

Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes:

La marihuana fue el fármaco más consumido. 7 de cada 100 la consumía por lo menos en una ocasión, y 5 de cada 100 con una frecuencia mayor a la experimentación.

En 2do. lugar quedaron los inhalables, 2 de cada 100 lo consumían con una frecuencia mayor a la experimentación y 1 de cada 100 reportaron haber consumido alucinógenos y cocaína con una frecuencia mayor a la experimentación; no se encontró ninguna persona que reportara haber consumido en forma experimental -- los inhalables, alucinógenos y cocaína sin haber continuado su uso.

En el caso de la marihuana se observó que el índice de consumo en el pasado fue de 5.03%, siendo mayor el índice de consumo actual que corresponde al 1.88%. Esto señala una gran incidencia de consumo en el pasado en cual parece haber disminuido.

Este mismo fenómeno se observó en los inhaladores, en el que el 1% consumió en el pasado y el .67% consumía actualmente. (90)

En un estudio epidemiológico que realizó Natera en 1979 en 27 centros de tratamiento de la República Mexicana, se encontró -- que la mayor parte de pacientes acudió a tratamiento por el -- consumo de drogas no médicas en el período 1970-1976, encontrándose en primer lugar la marihuana y en segundo lugar los inhalables.

Asimismo señala que el patrón predominante fue el uso ocasional y el grupo de edad fue de 14 a 18 años con un grado de escolaridad medio. En relación a la incidencia, esta incrementa en 1960. (103)

En relación a las investigaciones sobre incidencia y prevalencia en el consumo de drogas cabe mencionar las efectuadas en los años 70's:

Belsasso y Rosenkranz en 1971 realizaron un estudio preliminar sobre la incidencia del uso del tabaco y drogas psicotrópicas en obreros en la zona metropolitana de la Ciudad de México. -- Los resultados señalaron que en estratos económicos más deprimidos es "relativamente bajo" lo cual coincide tanto en el aspecto estadístico como en el interpretativo. (9)

Un año más tarde De la Fuente y Cols. realizan un estudio para conocer el porcentaje de uso de drogas en la población estudiantil de la Ciudad de México en la Universidad Nacional Autónoma de México. En dicha investigación se consideró una muestra de 233 sujetos cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 25 años. - Los resultados fueron los siguientes: El 10.4% usaba marihuana; el 10.7% usaba inhalantes y el 1.2% alucinógenos. Otros estudios llevados a cabo en 1974 señalan el porcentaje de consumo de diversas sustancias tanto ocasional como diariamente. (38)

La investigación en la cárcel de mujeres en México realizada por CEMEF, con el objeto de conocer la relación entre socialización de la mujer farmacodependiente delincuente y la integración de una personalidad conflictiva y por lo tanto propensa a la farmacodependencia, se efectuó con 24 casos de farmacodependientes y reportó los siguientes datos: El 88% consumía marihuana diariamente y ocasionalmente el 17%. Los derivados del opio los había probado el 29%, de este lo consumían --

diariamente un 13% y ocasionalmente un 16%; con respecto a los barbitúricos los habían probado un 50% consumiéndolos diariamente un 17%, sin un consumo ocasional; los inhalables los había probado un 25% consumiéndolos diariamente el 8% y ocasionalmente el 8%; los tranquilizantes los había probado el 25% y los consumía diariamente el 17%. En la mayoría de los casos las drogas fueron probadas por primera vez entre los 16 y los 20 años, aunque el porcentaje de inicio fue a los 15 años en un 20%. (95)

En el mismo año Wellish D. y Hays J.R. realizaron un estudio transcultural de Houston Texas y Monterrey Nvo. León, con el objeto de delinear tendencias potenciales que influyen en los estudiantes para el uso y abuso de las drogas. Para ello encuestaron a 299 estudiantes; 172 hombres y 57 mujeres.

Los resultados reportados en relación al consumo de inhalables fueron de un 4.8% en estudiantes mexicanos y un 19.1% en estudiantes norteamericanos. Se concluyó además que en ambas culturas el consumo de sustancias tóxicas es significativamente mayor en hombres que en mujeres. Asimismo en las dos ciudades se presentaba un elevado consumo de sustancias tóxicas aunque los resultados demostraron que la prevalencia fue menor en Monterrey que en Houston. Se consideró que cualquier incidencia en el consumo de este tipo de sustancias en una población estudiantil podría ser un gran riesgo epidémico potencial para los no consumidores. (160)

Por otra parte Clarac P. y Rosales de Parra en 1976 realizaron

una investigación sobre el adolescente farmacodependiente en el D. F. y zonas colindantes.

Dicho estudio consistió en la exploración de 70 casos mediante el método de estudios de casos, considerando los casos que tuvieron a la mano entre 16 y 20 años. Los resultados indican que las anfetaminas y los barbitúricos eran consumidos por el 19% de los casos, ocupando el 4º lugar, marihuana el 96%, los disolventes el 57%, el LSD el 31%, los hongos alucinógenos el 16%, el peyote el 13%, estupefacientes el 4%, siendo una edad promedio de 15 años. Como características generales de la población se encontró una necesidad de agruparse con otros jóvenes por lo que no es extraño que el 83% llegue a drogarse por solidaridad aunque también es impulsado por la fuerza atractiva y misteriosa el 56%. (26)

El Centro Mexicano de Estudios Sobre Farmacodependencia en los años 1974 a 1978 lleva a cabo un estudio sobre prevalencia del consumo de inhalantes en diferentes ciudades de la República Mexicana; se realizaron encuestas de hogares a una población de 14 años en adelante y con ambos sexos durante los años 1974, 1975, 1976 y 1978. Se encontró que el porcentaje obtenido en el D. F., con una muestra de 2733 en 1974 fue de 0.4%, en San Luis Potosí con una muestra de 624 en 1975 fue de 6.5%, en la Ciudad de Puebla con una muestra de 666 en 1976 obteniéndose un porcentaje de 0.01%, en la Ciudad de Monterrey, con una muestra de 248 en 1975 el porcentaje obtenido fue de 1.2% en 1975,

en la Paz, Baja California con una muestra de 444 en el año de 1974 se obtuvo un porcentaje de 0.07% y en la Ciudad de México con una muestra de 648 en el año de 1978 se obtuvo un porcentaje de 0.02%. (91) (92) (102) (114) (115) (146)

Por otra parte en 1980 Solórzano realizó una investigación de tipo exploratorio en niños dedicados a comercio ambulante; los resultados del estudio apuntan que el 95.5% tenía contacto con la escuela y su media de escolaridad era superior a los 4 años cursados. El 97.5% tenía contacto con la familia, el 95.5% vive con ella; el 97.1% pernoctaba en la casa; el 1.2% en la calle y el 4.6% en el lugar de trabajo: Se encontró que después del alcohol 24% y el tabaco 32.1% la marihuana y los solventes seguían en importancia de consumo. (141)

Como podemos observar, en la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, se señala que el mayor problema es la marihuana sin embargo es posible considerar que el principal problema son los inhalables pues en los últimos años los hallazgos dejan observar que el número de usuarios entre niños ha aumentado y éstos no han sido estudiados epidemiológicamente.

El hecho de que los inhalables sean de uso cotidiano y su venta no esté restringida ha contribuido probablemente a que se ignorara durante mucho tiempo la trascendencia que su uso tiene. Los primeros casos de intoxicación por inhalación delibe-

rada de gasolina fueron publicados en 1951 por Clinger y Johnson, quienes describieron la farmacodependencia por inhalación de gasolina a través del caso de un adolescente negro de 16 años que fue internado en 1946 por un cuadro de inhalación compulsiva de gasolina, este hecho llevó a indagar sobre su historia, encontrándose que su hábito había comenzado cuando tenía 6 ó 7 años por imitación de su hermano mayor y otros niños vecinos. Al investigar en la comunidad se demostró que otros 9 jóvenes habían practicado la inhalación en forma individual o colectiva. Aunque habían abandonado este hábito al cabo del tiempo, ésto llevó a pensar que era una práctica grupal entre niños de comunidades pobres y marginadas en la década de los 30's en los Estados Unidos. (27)

En México la farmacodependencia por inhalación de sustancias volátiles ha determinado a partir de los años 70's una serie de investigaciones dirigidas hacia múltiples direcciones sobre el problema. Dentro de éstas se ubican las correspondientes al aspecto biomédico, y a los aspectos sociales y comunitarios.

Las investigaciones biomédicas abarcan los estudios fisiológicos, farmacológicos, toxicológicos, anatomopatológicos y psicofisiológicos sobre los efectos que estas sustancias tienen sobre el organismo.

Entre ellas encontramos las realizadas por Torres R. en 1975 quien realizó un análisis de 2375 pacientes, de los cuales 1107

consumían distintos tipos de cementos como tolueno, acetona, acetatos alifáticos, benceno, tetracloruro de carbono y alcoholes. A través de este estudio se señala que una de las principales características de los inhaladores es el promedio de edad que es menor que para el resto de consumidores de drogas en general ya que existen datos acerca de niños de 7 u 8 años que son dependientes a volátiles inhalables. Además describe los signos y síntomas de la intoxicación aguda por volátiles, siendo: lenguaje incoherente, desorientación, excitación inicial, dificultad para la concentración, percepción y juicio disminuídos, conducta errática, zumbido de oídos, estupor posterior a la excitación, delirio, alucinaciones, convulsiones, inconsciencia, midriasis, diplopia, irritación de membranas mucosas, y dificultad para la coordinación muscular. (148)

Barry G.J. y Cols. en 1977, llevaron a cabo un estudio preliminar en un intento de ampliar información concerniente al funcionamiento neuropsicológico de un grupo de 37 inhaladores crónicos de disolventes volátiles y de otro grupo 11 sujetos que desarrollaron una farmacodependencia múltiple. El grupo de 37 sujetos fue el grupo experimental cuyas edades fluctuaban entre 14 y 29 años de ambos sexos, predominando el masculino. El grupo control estuvo formado por 11 sujetos entre 15 y 22 años siendo 10 del sexo masculino y 1 del sexo femenino. Para dicho estudio se aplicaron:

Pruebas psicológicas que midieron inteligencia (WAIS) y personalidad (MMPI).

En los resultados de las pruebas se observó que las calificaciones medias del grupo de inhaladores era más bajo que los del grupo control en todas las pruebas. El 60% de sujetos inhaladores calificaron en un rango normal (C.I 80-89), los sujetos del grupo control calificaron en el mismo rango. En los resultados del MMPÍ se observó que el grupo de inhaladores obtuvo calificaciones significativamente más altas en la escala F (validez), así como en 4 escalas clínicas: depresión, psicastenia, equizofrenia, e introversión social. Se observó también una configuración sociopática clásica (escala 4 y 9). El del grupo control es similar en la elevación de la escala 4 a la experimental. (11)

En 1985 Ortíz A. y Caudillo C. presentan los resultados de un estudio experimental para saber si el consumo crónico de sustancias inhalables origina daño cognitivo en adolescentes institucionalizados, a través de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan, el Test de Wais y la Prueba de Bender. Fueron estudiados 20 sujetos de sexo masculino que se encontraban recluidos en un Centro de Readaptación Social, de los cuales 11 eran usuarios crónicos y los otros 9 no usuarios. (111)

El índice de déficit encontrado en la Batería Neuropsicológica fue: 10% de los sujetos no presentó daño; 45% se clasificaron en daño ligero y 45% en nivel de daño moderado. El coeficiente intelectual promedio fue de 80. Los datos sugieren que los sujetos se encuentran disminuidos en su rendimiento. En los usuarios se observó mediante el Wais una disminución en memo--

ria pasiva y receptiva, deficiencia en la concentración, disminución de la formación de conceptos y abstracción y se detectó sensible baja en la capacidad de juicio, análisis y síntesis. En el mismo año Castro y Cols. comentan los resultados de algunos estudios como sigue:

En el primero con 52 casos dividido en 4 grupos de acuerdo al consumo de drogas (no usuarios, usuarios leves, moderados y excesivos) investigando los factores sociales, familiares, psicológicos y sociales asociados al consumo.

En dos estudios más con un diseño cuasi experimental integró un grupo de inhaladores crónicos y controles, con el propósito de investigar las alteraciones cognitivas asociadas al uso crónico de inhalables a través de una batería neuropsicológica de Halstead Reitan. en tales estudios se concluyó que algunas variables de tipo familiar y social producen significativamente el uso de drogas en jóvenes. Dichas variables son la vagancia, familias inestables o caóticas e integrantes de pandilla. Asimismo se observó disminución en algunos aspectos tales como habilidades motoras, atención, capacidad visomotora y seguimiento de secuencias. (23)

En relación a los estudios sociales y comunitarios se incluyen los relativos a patrones de uso, factores predisponentes, condiciones de vida, etc. a fin de identificar características del inhalador. Las primeras investigaciones al respecto fueron hechas por CEMEF en 1975 donde se recopilaron datos sobre

los posibles efectos, en relación a la personalidad del inhalador. En este mismo año Gutiérrez analiza los componentes de solventes industriales, tales como: lacas, pinturas, barnices y tintas de impresión; en este estudio describe la velocidad de evaporación, poder solvente, grado de viscosidad, intervalo de destilación y dilución, y punto de inflamación. (33) (64)

Las investigaciones de Fidel de la Garza y Cols. durante 1975 y 1976 en torno al diagnóstico médico y psicosocial en dos poblaciones marginales de la Ciudad de Monterrey, con el objetivo de idear métodos que permitieran el acercamiento a la familia y con los inhaladores, fueron llevadas a cabo mediante la inserción en sus comunidades. Se estudiaron 32 pacientes que consumían inhalables con fines adictivos y que pertenecían a 28 familias (entre ellos existían 2 parejas de hermanos).

La causa del consumo de inhalantes es variable. El 73.4% de los sujetos manifestaron consumirlo porque les produce placer y sabor agradable, un porcentaje similar recurría a la inhalación porque tenía sentimientos de tristeza y/o problemas familiares. (40)

En 1977 el mismo autor se propone hacer una labor preventiva - mediante un estudio epidemiológico para realizar el análisis - de las familias en general, de la colonia y de las familias - de los sujetos inhaladores.

La labor previa de 3 años en la comunidad permitió establecer un buen contacto posibilitando la realización de las entrevistas.

Las conclusiones del autor en relación a la incidencia de inhaladores en la colonia estudiada fue de 10.1% en las familias con niños en edad de inhalar. Asimismo menciona que los factores sociales son importantes en la determinación de la farmacodependencia pero los factores familiares tienen una importancia relevante. "El problema del abuso de solventes por los niños es un fenómeno que nace en la familia con antecedentes de alcoholismo y farmacodependencia en general; además el marco socio económico de miseria de las poblaciones marginadas es el medio de cultivo propicio para este tipo de dependencia y finalmente señala que la causa y la solución de este problema se encuentra en factores supraestructurales de orden político y económico. (41)

Otros estudios efectuados en el mismo año son los de Leal y Cols. quienes encontraron que los jóvenes que utilizaban tolueno y además establecían cierto liderazgo, podían controlar y facilitar la droga a grupos de adolescentes y niños. (82)

Con respecto a la población usuaria encontramos que:

En 1979 Campillo, Medina-Mora y Castro en un estudio epidemiológico sobre drogas en diferentes ciudades de México, observan que el consumo de inhalables principalmente es en niños y adolescentes, además las poblaciones marginadas como las de alto riesgo y la presión de grupo junto con la desintegración familiar son variables asociadas al consumo de éstas. (18)

Años más tarde Medina-Mora y Cols. en 1982 realizaron un estudio en campo sobre la prevalencia del consumo de solventes y -

la comparación de las características de usuarios y no usuarios. Excluyendo el tabaco, los solventes fueron la droga más consumida y el 27% reportó haber inhalado alguna vez y el 22% hacerlo diariamente por un tiempo promedio de uso de 4.5 años. (89)

Ortíz Arturo en 1984 trabajó en una comunidad donde describe el ambiente y funcionamiento grupal e individual de inhaladores que realizan actividades en la vía pública. Comprueba que el consumo es más frecuente en varones, con una edad de 6 a 18 años y el consumo lo inician de 4 a 6 años con una cronidad de uso de 4.5 años promedio. (112)

César en 1985 realiza una evaluación de la dinámica familiar de jóvenes inhaladores a través de un estudio exploratorio donde compara familias de usuarios con familias de no usuarios y concluye que en el grupo control (familias de no usuarios) existe mayor nivel de aspiración de todos los miembros, asimismo observa mayor preocupación por los hijos y mayor constancia objetiva y estabilidad emocional; características que en el grupo experimental no se observaron. (25)

C A P I T U L O I

F A R M A C O D E P E N D E N C I A

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FARMACODEPENDENCIA.

En todo el mundo han sido descubiertas diversas sustancias que además de aliviar el dolor y curar diversas enfermedades, producen una sensación placentera a quien las consume. Dentro de las más antiguas de ellas encontramos el opio que se obtiene de la adormidera, la hoja del arbusto de la coca y la planta del cannabis.

Antes del descubrimiento de nuevos fármacos, el valor medicinal del opio era elevado; igualmente la coca y el cannabis que en otro tiempo fueron utilizados con fines medicinales, hoy en día han quedado relativamente en desuso como agentes terapéuticos.

Todas estas sustancias pueden ser peligrosas ya que, en determinadas circunstancias su uso puede conducir en poco tiempo al deseo vehemente de seguir las consumiendo, lo cual puede dar lugar a una dependencia completa. Es esta dependencia tanto física como psíquica la que puede producir un daño al usuario y a la sociedad. (99)

Hasta fines del siglo XIX, no eran muchos los que veían en la cuestión de los estupefacientes un problema internacional que exigía una acción concertada mundialmente. No obstante a fines de este siglo ocurren hechos que han dado lugar a que esta cuestión observe una magnitud diferente. Los progresos tecnológicos permiten a los laboratorios empezar a obtener el opio

y a extraer de la hoja de la coca un creciente número de alcaloides y sus derivados. Aunado a ello el desarrollo del transporte y del comercio reduce las distancias geográficas y las barreras naturales entre las naciones de manera tal que lo que primitivamente parecía ser un problema local de algunos cuantos países, viene a transformarse en una preocupación de toda la comunidad mundial. Por otra parte, las relaciones entre las drogas, la miseria y el crimen llevan al convencimiento de que la venta de drogas no puede ya ser considerada como una transacción comercial ordinaria libre de interferencia gubernamental. (99)

En el siglo XX aumenta la preocupación de la sociedad por las drogas y el uso que de ellas se hace. El desarrollo de la industria farmacéutica y de productos químicos penetra no sólo en el organismo sino también en el ambiente produciendo efectos secundarios como la contaminación. El consumo de medicamentos se extiende fundamentalmente con el fin de aliviar los estados patológicos del cuerpo humano y de prevenir las enfermedades; sin embargo al ser utilizados sin fines propiamente médicos regularmente causan más daños que beneficios.

En términos generales el consumo de fármacos sin justificación médica es considerado como uso indebido. Las drogas psicoactivas son sustancias que al ingresar en el cuerpo afectan la actividad del Sistema Nervioso ya que ejercen fuerte influencia en la mente y en el comportamiento humano. (99)

En los tres últimos decenios el uso del cannabis y los opiáceos se difunde en mayor proporción en los países desarrollados; -- por el contrario, en los países en vías de desarrollo, las sus tancias psicotrópicas son las más utilizadas.

Hasta hace algunos años el uso indebido de sustancias se asociaba a pequeños grupos de condición económica modesta, sin embargo actualmente el fenómeno forma dimensiones particulares pues se extiende a la población juvenil de clase media y niveles de menor edad, al mismo tiempo que emerge la tendencia creciente del uso de drogas múltiples.

El uso de droga entraña grandes peligros para el individuo y - de muchas maneras para toda la sociedad. El sujeto que las -- consume corre su doble riesgo: por un lado el peligro que implica la intoxicación crónica además de estar expuesto a morir víctima de una dosis excesiva; por el otro, al producir cam-- bios profundos en el comportamiento y en el estado de ánimo, - alteran el sentido del tiempo y distorsionan las percepciones suscitando en ocasiones sensaciones de pánico.

La droga puede convertirse para el usuario en la finalidad de su vida lo cual puede impedirle mantener una actividad laboral estable, por lo que se ve obligado a recurrir en algunos casos a la prostitución o la reventa de drogas. Es de este modo como comienza el rompimiento de los lazos con otros sujetos para recluirse en su círculo de amistades con quienes comparte el -

abuso de drogas.

Como parte de los grandes peligros que propician para la sociedad, se encuentran los efectos negativos sobre el desarrollo económico y sobre los jóvenes en fases críticas. La magnitud de los daños socioeconómicos y sanitarios se hallan en relación con el abuso de un número cada vez mayor de drogas psicoactivas.

Siendo un problema complejo que se presenta tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, es necesario hacer frente a la situación por los peligros a que conduce la extrema difusión del consumo. Las causas de ello requieren ser contempladas para tomar las medidas pertinentes en relación al suministro, demanda y tráfico ilícito de droga, dado que esto último influye considerablemente al ser una vía entre la producción y el consumo. (99)

Muchos son los factores que influyen en el abuso de sustancias psicoactivas, pero parecen predominar algunos, como por ejemplo: la falta de comunicación en la familia, la curiosidad de los jóvenes, y la influencia que unos pueden ejercer sobre otros, la migración, la rápida urbanización, el desempleo, el aumento y crecimiento de barrios bajos, etc., que siendo fenómenos interrelacionados de desorganización social, pueden influir en la vida y contribuir a la proliferación de problemas sociales. La marginalidad social, la pobreza, la alineación y la tensión a la que se encuentra sometido el individuo, como -

problemas sociales, pueden conducir al uso y abuso de drogas, como un medio de escapar a las presiones sociales, principalmente en aquellos en los que la obtención de la droga es fácil.

Así, farmacodependencia, drogadicción, toxicomanía, adicción y drogodependencia; son algunas de las diversas formas en que comunmente se denomina a un fenómeno que se ha pretendido estudiar en los ámbitos médico, legal, psicológico, socioeconómico, cultural, etc., dado que plantea múltiples interrogantes.

Partiendo de múltiples factores como hemos mencionado, pretendemos abordar la farmacodependencia, haciendo una revisión -- histórica a fin de rastrear los orígenes y vislumbrar los patrones de uso generalizado, para posteriormente desde diferentes enfoques plantear las posibles causas del fenómeno en su conjunto, sin olvidar que los efectos varían de persona a persona. Por ello consideramos también necesario mencionar que no es posible tratar de explicar la farmacodependencia desde un solo marco teórico por la multiplicidad de factores que la determinan y abordarla desde un solo punto de vista nos conduciría a una visión unilateral en la que se limitaría su comprensión.

Desde el punto de vista social, pretendemos describir algunas de las situaciones sociales que determinan las condiciones de vida y de salud de la población y cómo éstas pueden generar -

necesidades específicas; asimismo mencionaremos algunos aspectos involucrados en el enfoque legal.

En abordaje familiar, señalamos los distintos roles y funciones de los miembros de la familia, así como la estructura y características de esta considerando que comúnmente es vista como un sistema en el que uno de sus miembros es el depositario del síntoma.

Desde la perspectiva individual analizamos desde un enfoque -- que va de lo meramente biológico a lo psicológico, los procesos de cambio que se gestan en el sujeto adolescente, y que -- pueden dar por resultado la aparición del consumo.

Finalmente en lo que respecta a las generalidades sobre el consumo de drogas e inhalables definimos conceptos centrales de la farmacodependencia, así como la descripción y clasificación de fármacos y sustancias volátiles, para analizar la relación de la adolescencia marginal con los inhalables a partir de la descripción del desarrollo urbano y las condiciones de vida -- que determinan la automarginación.

1.1 Antecedentes Históricos.

El tema farmacodependencia se observa susceptiblemente como objeto de estudio de múltiples investigaciones, ya que implica un problema de salud pública para las sociedades en que se presenta, si bien, los antecedentes indican cómo las drogas -- eran utilizadas por las civilizaciones antiguas con fines y efectos diferentes a los condicionados por su uso actual.

Es sabido que el uso de drogas se remonta a siglos atrás, por que, existen datos o señales que muestran como los pueblos -- primitivos reservaban su uso para efectuar ritos de tipo religioso o en algunas ocasiones para realizar actividades bélicas. Cabe mencionar que desde la edad de piedra el hombre -- primitivo se interesaba en el proceso de fermentación; la fruta se almacenaba en cuevas oscuras y cálidas, y ello establecía condiciones ideales para convertir los jugos frutales en alcohol.

Las civilizaciones antiguas tenían conocimiento sobre algunas plantas a las que se les atribuía propiedades curativas, lo cual ha sido constatado a través de testimonios tales como algunos escritos sumerios que datan de los años 3000 a 4000 A. C., donde se menciona la adormidera (planta original del oriente) de cuyo fruto se extrae el opio; igualmente los Sirios, Egipcios y Griegos han dejado textos que corroboran el uso -- del opio. (87)

Los Asirios conocieron el Hashish, la marihuana y la ghanza 8 siglos antes de la Era Cristiana.

En la cultura China, hace 5000 años aproximadamente el legendario emperador Sheng Nung registró los efectos del fruto del cañamo llamado Mafen, el cual al ingerirse producía alucinaciones, así mismo señaló el empleo de la marihuana en su libro de "Farmacología", ésta era considerada una medicina sumamente útil que curaba todo, desde el beri-beri hasta la malaria, el paludismo, la constipación, la gota, y dolores reumáticos, por lo que desde entonces se le conoce en el oriente con el nombre de "Cielo del pobre". o bien es llamada "liberador del pecado" en el sentido moralista. (145)

Durante los años 960 a 1644 A. C., que correspondieron a las Dinastías Sung y Ming, una especie de Datura o planta sagrada conocida como Man-t'ao-lo, era utilizada por los herbarios antiguos con fines medicinales; sus flores y semillas servían para curar erupciones en el rostro, resfriados o enfermedades nerviosas; la mezcla del cannabis con el vino, por su parte, servía para hacer operaciones de cirugía menor.

En el siglo VII el poeta Su-tung-po define al opio como "Bebida de Dios", y en el año 976, el herbario del reino, Kai-Pao, lo utilizaba con fines terapéuticos. (88)

En la India hace miles de años el uso del cannabis en una preparación llamada "Bhang", era considerada sagrada pues sus --

efectos permitían disipar el mal, traer buena suerte y apartar al hombre del pecado; los diversos tipos de derivados del cáñamo formaban parte de la practica mágica y mística, por los beneficios que se le atribuían sobre la lepra. En la obra médica Sushruta se argumentaban estos beneficios pues además se creía que podía agilizar la mente, prolongar la vida, mejorar el juicio, bajar la fiebre e inducir el sueño. La Amanita Muscaria, un hongo de la mitología Hindú, era conocida con el nombre de Soma y se veneraba como su Dios. (48)

En la cultura griega el conocimiento sobre el opio data del siglo IX A. C., época en la que era considerado de y para los dioses, al igual que el hongo Claviceps: cuyos efectos intoxicantes se asociaban con ritos secretos.

En la Grecia clásica las plantas con propiedades curativas o enervantes ocupaban un lugar preponderante tanto en la cultura como en la mitología. (55)

No obstante los antecedentes muestran como las civilizaciones mas antiguas hacían uso de sustancias psicoactivas, en las culturas que surgen en la era cristiana, las plantas adquieren un valor mágico que prevalece sobre la finalidad curativa que anteriormente poseían.

En la Europa Medieval, en el siglo XVI comienza el cultivo de plantas como la belladona, el beleño y la mandrágora, mismos

que poseían propiedades mágicas y eran el ingrediente principal de las pociones y brebajes acostumbrados en ese tiempo.

En el mundo occidental, también son conocidas algunas plantas que durante mucho tiempo fungieron como piedra angular de las creencias y costumbres de los pueblos de norte y sudamérica. Los intentos por establecer contacto con las deidades y antepasados se efectuaban en ceremonias y rituales, como es el caso de la tradición ceremonial de Huskana Wing en el que la -- iniciación de los jóvenes se hacía utilizando la datura wycocean. El ritual consistía en renacer a través del olvido, el ser "nuevo" por la gracia de la raíz divina. (88)

Desde el año 1600 A. C. se ha cultivado en el Perú la planta de la coca, ya que los nativos de América del Sur creían tener el poder de acercarse a sus deidades y conocer así los -- orígenes del mundo, como un don otorgado por los dioses. Tal creencia era posible gracias a la magia de una infusión en la que se conjuntaban varias yerbas donde predomina la Banisteriopsis. La bebida Ayahuasca llamada también "Soga del ahorcado" o "Enredadera del Alma" producía efectos variados tales como la exaltación de poderes telepáticos, la producción de -- alucinaciones, la predicción y anuncio de eventos futuros o bien provocar la muerte, lo cual era sabido por los Incas del Perú Prehispánico. (88)

En el México precolombino, las celebraciones y ritos realizados se incertan en el sentido netamente religioso en el intento de guardar el equilibrio entre la vida y la muerte, ya que desde la tradición indígena; México es un país surgido en el quinto sol que nace en Teotihuacán como producto de la muerte de los dioses, razón por la cual en sus ritos utilizaban las semillas de la planta ololiuhqui (planta serpiente) a las cuales veneraban pues consideraban que una deidad residía en dichas semillas a las que en la época prehispánica también cono- cían con el nombre de coaxihuitl. (59)

Los aztecas poseían el hongo sagrado "Teonanacatl" que signi- fica "Carne de los Dioses", el cual era utilizado en sus ri- tos; para ellos los hongos eran plantas divinas destinadas a formar parte de las fiestas solemnes. (10)

En la época de la colonia el consumo de la semilla de ololiu- hqui tenía fines curativos para lo que existía un ritual im- portante, y el uso de los hongos como el Teonanacatl se ex- - tiende.

En 1560 Fray Bernardino de Sahagun y en 1638 Francisco Hernán- dez, descubren como narcóticos a un pequeño cactus conocido - como peyote o mescalina. Por su parte Fray Toribio de Bena- vente, Fray Diego de Landa, Hernando Ruíz de Alarcón y otros evangelizadores, refieren que en México existía una gran va- riedad de plantas psicoactivas y aunque su información a ve- ces resulta contradictoria puede servir de base para suponer

que se realizaban estudios empíricos y experimentales en los jardines botánicos de las diferentes culturas mesoamericanas. No obstante se han utilizado desde épocas remotas, la primera referencia con respecto al abuso de drogas data del año 1886 en el que un pasante de medicina Genaro Pérez se propuso estudiar la marihuana. (10) (40)

En el México contemporáneo la marihuana es el sustituto de -- las plantas con las que los indígenas celebraban sus ritos. -- El ritual de la marihuana es dado por los otomíes quienes lo identifican como Yerba de Santa Rosa o Gaxa de Santa Rosa. -- El peyote es usado por los huicholes bajo el nombre de Hikuri, pues simboliza la reencarnación del venado. (88)

A fines del siglo XIX con el descubrimiento de la ciencia y -- la tecnología, el uso de sustancias narcóticas adquiere una -- nueva dimensión ya que la industria química conlleva a producir e introducir un gran número de alcaloides favoreciendo el surgimiento de la adicción planteándose así un problema de salud, dado que también se popularizaron las plantas alucinógenas y sus derivados, con los cuales se logran experiencias -- místicas; de este modo fue revivido el interés por ciertas -- prácticas primitivas donde se utilizaban los hongos y el peyote principalmente.

En 1938 el químico Alberto Hofman descubre una sustancia ex--

traña, la dietilamida del ácido lisérgico; acababa de nacer - una nueva droga destinada a originar muchos problemas, el uso del L S D hasta la fecha no ha demostrado ser de utilidad en la medicina; sin embargo, los usuarios dicen hallar una verdadera fuerza en la realidad cotidiana al encontrar la psicodelia llamada también "expansión del espíritu o viaje". (13)

En relación a la práctica de la inhalación de sustancias volátiles cabe señalar que se remonta también a las civilizaciones antiguas, ya que ésta se realizaba en ceremonias religiosas y místicas. Los hebreos aspiraban sustancias aromáticas como parte esencial del culto; los griegos, estimulaban sus experiencias estéticas mediante la inhalación de gases helados -- que emanaban de rocas o grietas. El historiador griego Herodoto, refiere que en el año 500 A. C. los Escitas (guerreros agresivos que recorrían extensos territorios) colocaban piedras muy calientes a las que añadían semillas de cáñamo a fin de producir humo y vapor con el cual se deleitaban y daban -- gritos de felicidad.

Los griegos inhalaban gases con propósitos religiosos; en el Oráculo de Delphos las sacerdotizas hacían sus predicciones en un estado semialucinatorio que se producía al inhalar gases de bióxido de carbono; los sacerdotes buscaban con propósitos religiosos alterar los estados de conciencia a fin de -- decifrar los designios divinos. (14)

Muchos siglos después Cristobal Colón presenció un ritual religioso que consistía en quemar hierbas de las cuales emanaba humo; este humo era inhalado a través de unas varas huecas -- que lo dirigían a las fosas nasales. (113)

En el México prehispánico existía como costumbre la conducta inhalatoria como parte de las ceremonias religiosas. En la medicina náhuatl muchos de los remedios se administraban mediante la inhalación. Así se sugería oler el "ecuxo" o bien los polvos extraídos del "zozoyátl" para curar la migraña. Los polvos de otra hierba llamada "tlapatl" (toloache) se inhalaban chupando los cañutos. (143)

El pueblo maya utilizaba el tabaco en sus ceremonias por las virtudes medicinales que se le atribuían; rellenar las cañas y quemar las hojas formaba parte de la tradición, y era considerado como una droga más al igual que el peyote. (147)

A fines del siglo XVIII Priestly descubre el óxido nítrico, al cual empieza a darse un uso médico por sus propiedades anestésicas en el año de 1799. Es en este tiempo cuando parece tener comienzo el consumo de sustancias inhalables al popularizarse los efectos de la inhalación del gas hilarante o gas de la risa. (30)

La utilización del éter y el cloroformo en la práctica médica tiene lugar a mediados del siglo XIX; y es a fines del mismo cuando se extiende en Irlanda como sustituto de droga. (101)

La inhalación de disolventes o sustancias volátiles con fines recreativos ha sido limitada aparentemente a este siglo. Principalmente en la época de los 60's comienza a extenderse como consecuencia del avance tecnológico, económico y social, no obstante se tienen informes acerca de antecedentes que datan de la década de los años 40's en donde se experimentaba ya la práctica grupal de inhalación de gasolina entre niños y jóvenes de comunidades pobres y marginales de E. U. A. (27)

Es a partir de los años 70's cuando la inhalación de sustancias volátiles se extiende tomando dimensiones epidémicas.

1.2 Perspectiva Social.

Hablar de farmacodependencia desde el punto de vista social implica concebir ésta como resultado de las características de la sociedad y la cultura donde los procesos acumulativos de explosión demográfica y desarrollo tecnológico se conjuntan, a fin de crear las condiciones necesarias para la mayor producción y comercialización de la droga. lo que supone el aumento de la oferta y la demanda.

Como fenómeno social, es una práctica de algunos grupos de población que se desarrollan bajo situaciones y relaciones específicas en tanto tiene una distribución social diferencial en sus causas, modalidades y consecuencias en función de la postura que se tenga frente a las relaciones sociales de producción y las restricciones de vida derivadas de ellas. (98)

Si partimos de la idea de que los modos de producción establecidos están inciertos en una estructura económica de la cual dependen fundamentalmente los factores sociales y económicos que generan ciertas condiciones de vida, habremos de señalar que éstas como el conjunto de elementos que comprenden la constitución vital total de una población, influyen directamente en la génesis de los cambios culturales y niveles de vida de los sujetos de una determinada sociedad.

La salud, el consumo de alimentos y nutrición; la educación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, -

vestimenta, recreación y libertades humanas, son necesidades básicas a tomar en cuenta para medir el nivel de vida de una población y los recursos con que cuenta para satisfacerlas.

El modo de producción capitalista que surge en nuestro país hace 50 años aproximadamente repercute y se manifiesta a través de problemas de vivienda, educación, empleo, transculturización, inflación y consumismo, entre otros que han dado lugar a su vez a la formación y crecimiento desmedido de las ciudades debido no sólo al aumento natural de la población, sino a las corrientes migratorias atraídas por la industrialización creciente.

Las ciudades son el espacio característico del modo de producción capitalista pues son el sitio donde se requiere de la elaboración manufacturera y donde el comercio puede desarrollarse plenamente favoreciendo la reproducción del capital. (156)

En México el proceso de urbanización es relativamente reciente ya que a partir de la revolución comienza a presentarse la industrialización, la cual se consolida en la década de los 40's cuando el desenvolvimiento económico pasa a ser industrial y se efectúa una ruptura en la estructura productiva agraria y ejidal con la que la producción del campo queda a la zaga. Con tales circunstancias la población rural se ve obligada a buscar alternativas entre ellas surge el aprovechamiento de --

las condiciones climatológicas y propicias para el cultivo. La oferta de mano de obra barata fundamental para alentar la producción y satisfacer un gran segmento de la población campesina cuyas condiciones son de pobreza absoluta porque la ocupación del joven en el campo es poco remunerada, hace que se recurra al cultivo de la marihuana en ejidos, rancherías y comunidades, dada la falta de empleo y las pocas posibilidades de estudio que "hacen que los muchachos" aporten fuerza para el trabajo en el cultivo, y se inicie y/o mantenga el consumo. El 30% de la juventud campesina se dedica al cultivo o es adicta a alguna droga, principalmente en los Estados de Veracruz, Oaxaca, Puebla, Jalisco, Sinaloa y Guerrero. (62)

La otra opción frente a la industrialización, es abandonar el campo por las escasas posibilidades de supervivencia que ofrece; esto hace que la expansión de las urbes se incremente creando graves consecuencias que afectan a quien las habita, por el hacinamiento y la insuficiencia y carencia de servicios cada vez más frecuente.

La necesidad de subsistencia del inmigrante rural en la ciudad, quien antes de llegar a ésta era gente "equilibrada" y "confiable", le lleva a enfrentarse a una fase de crisis y adaptación, a un mundo occidental al que imita. El campesino al tratar de repetir cada vez con más certeza el modelo convencional urbano "consumismo-competencia" que se acompaña de placer y co

modidad, se enfrenta a una realidad distinta a la esperada, ya que la escases de empleo se acompaña de la creación de más necesidades y demandas de consumo inmediato.

Por lo tanto solo logra adaptarse al subempleo, al desempleo y a la búsqueda de como vivir y pasar el ocio menos aburrido: -- asimismo en el inmigrante rural los medios de comunicación masiva logran un gran impacto ya que la gran cantidad de noticias e información que proporcionan estas vías excede a su capacidad de análisis y retención.

Por otra parte es importante mencionar que la función que los medios masivos cumplen tiene gran influencia en la población -- en general pues la radio y la televisión realizan una labor -- desde la transmisión de programas, con los cuales aprendemos y nos condicionamos a diversas situaciones como por ejemplo la -- relación entre individuos, las formas de enfrentamiento a problemas de interés colectivo, y hasta la manera de pensar del -- otro. (155)

El aparato publicitario, curiosamente es controlado por empresas privadas, cuyo objetivo promocional, es difundir bebidas -- embriagantes y el consumo de cigarrillos, siendo ésto, el principio de una actitud tendiente al consumo generalizado.

Es posible suponer que la juventud es la población más cercana a la publicidad si consideramos que por sus características --

puede ser fácilmente influenciado, pero también es necesario destacar el papel que cumple el acelerado ritmo de cambios de la sociedad; este somete al individuo a un choque importante que afecta directamente a la salud mental al derribarse los valores, pues se desencadena la necesidad de adaptarse a nuevas formas de vida que en su inicio generan desorientación y confusión.

La acelerada transformación de la sociedad surge de la superposición de una cultura sobre otra, e implica un proceso de adaptación como el vivido hace algunos años cuando surgieron cambios acelerados en la forma de vestir y en otros estilos de vida, en el tiempo en que irrumpe la "onda psicodélica", ya que, la ropa, zapatos, collares y otros accesorios como discos, posters, etc., dieron cuenta de transformaciones que fueron más allá de la copia de modelos, es decir, que implicaron también el trastocamiento de los conceptos, modos de ver las cosas, tipos de relación, entusiasmo, desinterés, intolerancia e incluso crítica. (121)

Este fenómeno no es privativo de los años 60's correspondientes al "hippismo"; pues en las sociedades hoy en día se aprecian consecutivamente este tipo de transformaciones.

En la actualidad esta situación se hace manifiesta, quizá de la misma manera pero con un diferente matiz. La influencia de otras culturas se difunde por los medios de comunicación, per-

mitiendo de esta forma que los jóvenes copien los modelos extranjeros, así se describen ciertas costumbres o modas como - por ejemplo: "en algunos barrios marginados se les ve recargados en paredes pintarrajeadas con signos que sólo ellos entienden; usan la ropa al estilo de un personaje popular o se visten a lo Punk, con la cabeza rapada de los lados y con el pelo pintado de colores y abultado en la parte media; otros - dejan sus exóticos tatuajes, se divierten con música estridente y bailan Break". Todo esto permite vislumbrar el impacto del aparato publicitario, el cual al reforzar continuamente - valores, intereses y estilos de vida de otras culturas, crea desasosiego y confusión al entrar en contradicción con el tipo de educación que proporciona la cultura, la familia y la - escuela. (36)

El contraste entre la riqueza y la pobreza, tiene que ver con lo apenas perceptible de lo macrosocial, y se manifiesta en - el tipo de empleo y/o vivienda que de alguna manera determina las posibilidades de educación y desarrollo tanto grupales y familiares como individuales.

La estrechez del espacio para vivir en las grandes ciudades, así como las distancias y las dificultades para trasladarse - al trabajo o a la escuela, cada vez son más generalizadas y - se oponen a las posibilidades de recreación cultural y deportiva que a la vez se limitan a un determinado sector de la po

blación. El alto índice de contaminación ambiental, junto con las fricciones cotidianas entre personas que se enfrentan a -- problemas y actitudes comunes, como entre los habitantes de -- las ciudades perdidas que son zonas de concentración de fuerza de trabajo asalariado y desempleado donde se localizan los problemas de consumo de drogas. Es en estas zonas donde se han -- concentrado los problemas más graves de vivienda, educación, -- empleo y servicios asistenciales. Estas condiciones de vida -- dejan ver el panorama de salud característico y predominante. Las enfermedades infecciosas son causas importantes de muerte entre los pobladores de las zonas marginadas. (81)

De igual modo podemos apreciar en un ambiente concreto como el proceso producción consumo determina las condiciones de vida generando enfermedades exclusivas de un sector social particular; así por ejemplo, las industrias del cemento, minera, textil, automotriz, siderúrgica y de productos químicos, entre -- otras, afectan directamente a la clase trabajadora, donde la inhalación constante de partículas o sustancias tóxicas da de terminando algunas afecciones en el sistema respiratorio y nervioso mientras que el stress y las afecciones gastrointestinales surgen como producto de la inseguridad, inestabilidad y -- miedo frente a las exigencias de la sociedad en otros tipos de trabajo; las actividades económicas aunadas al sedentarismo favorecen la aparición de trastornos tales como infarto de miocardio, obesidad e hipertensión arterial que se observan en ma

por proporción en la población burguesa.

Las condiciones de salud a las que la sociedad se enfrenta, -- son privativas de cada sector social, de la misma manera el tipo de atención médica a la que recurren depende de sus posibilidades económicas por lo que, es común observar que la clase trabajadora utilice los servicios médicos asistenciales del estado, donde en la mayoría de los casos la atención es deficiente, en tanto que, el sector de la población con mejores recursos socioeconómicos por lo general recurre al servicio asistencial privado, donde recibe mejor atención. La desigualdad de la distribución de la salud entre las clases sociales como resultado de las distintas condiciones de vida por lo tanto determina el tipo de adicción en los diferentes sectores de la población, por ello la incidencia y prevalencia del uso de sustancias volátiles es mayor en los jóvenes y niños de zonas marginadas no solo por la accesibilidad de sus precios sino también porque sus efectos permiten satisfacer un tipo de necesidades distintas a las que el uso de barbitúricos o anfetaminas proveen.

Los sucesos anteriores señalados (publicidad, transculturación, vivienda, etc.), son producto de una serie de cambios que se viven en el interior de una revolución tecnológica, política, psicológica y religiosa, y son característicos de una etapa -- histórica producida por el industrialismo de la sociedad, don-

de el hombre se ha convertido en el instrumento pasivo de la máquina tecnológica y económica, en el productor habitual y -- consumidor automático pasivo y compulsivo de un torrente de -- bienes materiales que lo arrollan. El desempleo surge como un resultado de la sustitución del hombre por la máquina, ya que la industria invierte menos capital adquiriendo maquinaria compleja que hace el trabajo de un gran número de obreros en menor tiempo. Esto representa un ahorro en la economía privada; así pues , ante esta condición el hombre se ve forzado a buscar nuevas fuentes de trabajo; al no encontrar mejores alternativas, recurre al comercio y muchas veces entre éstas, al comercio ilícito, el cual satisface, no solo las necesidades básicas sino deseos inmediatos de placer que marca la sociedad de consumo. (42)

Enfoque Legal

De acuerdo con la Ley General de Salud vigente desde julio de 1984, existen sustancias como el tabaco y el alcohol para cuyo consumo, no se requiere de autorización, aún cuando son nocivas para la salud. En relación a las drogas que son un peligro para la salud tanto del individuo como para la sociedad se clasifican como: a) Estupefacientes, a las sustancias que producen un estado estuporoso, esto es, un estado de inconciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a los estímulos. Este tipo de sustancias entre las que se encuentran la mariguana, la coca, el opio y la heroína están prohibidas en cuanto a

su producción. b) Los psicotrópicos que son aquellas que producen cambios en la mente tienen legalizada la producción pero su uso es ilegal. La producción y consumo del LSD, DET y DMT se encuentra reglamentada según su uso médico o para la investigación. (119)

Esta misma ley señala que los actos relacionados con el tráfico o suministro están regidos por los artículos 237, 233, 248, y 249, y legalmente ésta se autoriza exclusivamente para fines médicos o científicos. Esta condición marca la diferencia entre drogas lícitas e ilícitas.

Las disposiciones de la Ley General de Salud, los tratados o convenios internacionales, las disposiciones expedidas por el Consejo de Salubridad General; lo establecido por leyes y disposiciones de carácter general y aquellas emitidas por dependencias del Ejecutivo Federal, son las que reglamentan las actividades relacionadas con la droga en tanto la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, adquisición, comercio y transporte, así como el uso, y consumo de los productos que contengan estupefacientes o psicotrópicos quedan sujetos a las disposiciones antes mencionadas. (60)

Es por esto que el uso no médico de estas sustancias es ilegal y se inscribe en el Código Penal. La farmacodependencia y el narcotráfico por lo tanto son delitos contra la salud cuya sanción se tipifica en el Capítulo Uno del Título Séptimo del Li-

bro segundo del Código Penal bajo el rubro "De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de - estupefacientes y psicotrópicos". En dicho capítulo de acuerdo con el decreto de 1945 que ha sido reformado en los años 1947, 1968 y 1974 tales delitos contra la salud estriban en - la producción, posesión, adquisición, suministro, comercio, - transporte o prescripción de estupefacientes y psicotrópicos así como en la inducción y el auxilio para el consumo de unos y otros con la transgresión de los preceptos sanitarios correspondientes.

En relación a la producción, que incluye el producir, originar u ocasionar abarca la siembra, cultivo, cosecha, manufactura, fabricación, preparación y acondicionamiento.

Posesión comprende tanto a esta misma como almacenamiento; adquisición incorpora a esta misma y a la compra o suministro; - contempla la entrega gratuita.

El transporte implica transportación así como importación y exportación.

Por tráfico se entiende venta, compra, enagenación, el propio tráfico y comercio. La inducción recoge actos de instigar, -- persuadir, mover a uno y en tal sentido contempla la publicidad o propaganda (propósito comercial o lucrativo) provocación general, proselitismo; instigación y la estricta inducción --- además de la prescripción de alguna manera. (60)

La legislación en México especifica que una vez demostrada la adquisición o posesión de cualquier droga para el consumo per-

sonal previa demostración también de su dependencia a ella, -
tipifican al sujeto como enfermo y por tanto se le remite a -
tratamiento. En este caso no está sujeto el farmacodependien-
te a cumplir pena alguna.

Si por el contrario se demuestra que el hecho se comete por -
primera vez, esto es sujeto de penalización pues se considera
como eslabón posible de narcotráfico.

El narcotráfico es una práctica común sujeta a leyes del mer-
cado y a la economía capitalista. (98)

Las drogas bajo control legal comprenden aquellas sustancias
tanto estupefacientes como psicotrópicas de las cuales puede
hacerse un uso "abusivo".

De todas ellas algunas tienen legalizada su producción para -
fines terapéuticos pero su producción para consumo se encuen-
tra prohibida.

Estas incluyen dentro de la categoría legal de narcóticos a -
opiáceos y similares como la marihuana la cual no siendo medi-
camente un narcótico, es clasificada como tal legalmente para
fines de control.

Aunque en nuestro medio sigue siendo la marihuana la droga --
más usada tanto por su baratura como por la atracción de sus
efectos, en los últimos años las sustancias volátiles inhala-
bles han ganado terreno por el constante aumento de sustancias

químicas de uso casero, comercial y/o industrial. El cerrado camino a las sustancias extrañas o costosas abre el acceso a los inhalables ya que además de ser de bajo costo, tienen la virtud de escapar a las prevenciones de la legislación prohibida pues se encuentran al alcance. Ambas situaciones permiten que la intoxicación por inhalables se generalice entre niños y adolescentes en los sectores más débiles.

En cuestión de disolventes inhalables un factor importante de considerar es que son drogas lícitas en el sentido en que su venta es absolutamente libre, y añadido a ésto el hecho de no catalogarse como fármacos hace que la facilidad, cotidianeidad y aparente inocuidad de estas sustancias enmascaren la magnitud del problema del consumo pues las instituciones tanto de salud como gubernamentales han prestado mayor atención a las drogas ilícitas más evidentes porque éstas generan actividades delictivas. (60)

Los inhalables al no generar un mercado ilícito no son punto de interés de los traficantes profesionales ni de las instituciones dedicadas a combatirlos.

El peligro aparejado por estas sustancias se magnifica notablemente por su fácil obtención hecho que resulta difícil de coartar por las comunes y útiles aplicaciones industriales que tienen.

Las medidas de control a adoptar en el caso de los inhalables son complejas y equívocas las que al parecer convienen; entre ellas se señalan: (33)

- a) la situación de los agentes tóxicos por otros inocuos o de menor toxicidad.
- b) la introducción de sustancias aversivas o repelentes.
- c) el control de mezclas industriales y su mercadeo.
- d) disposiciones para reglamentar su distribución y venta especialmente a menores.
- e) campañas de orientación.
- f) medidas asistenciales.
- g) intensificación de las investigaciones y protección de núcleos expuestos.

La inclusión de los inhalables en la lista de psicotrópicos señalados por el artículo 321 del Código Civil el cual abarca a aquellos que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria hace suponer que el problema penal de las sustancias volátiles está resuelto con severidad, sin embargo, la función por causa de psicotrópicos comprende sólo a las tres primeras fracciones de aquel precepto, pero no a los contemplados en la fracción quinta, todo ello sin perjuicio de funciones de otro orden vgr. la consecuencia administrativa por el uso de sustancias industriales con acción psicotrópica sin permiso y control de la Secretaría de Salud. (60)

1.3 Perspectiva Familiar

Abordar a la farmacodependencia desde una perspectiva familiar implica hacer referencia a las características de su organización y las funciones que esta cumple ya que ha jugado un papel muy importante en el desarrollo social al ser un agente intermediario entre el individuo y la sociedad.

Dado que los miembros de la familia interactúan y se relacionan a través de transacciones determinadas por un estilo propio de ser y una serie de cualidades y atribuciones que a su vez determinan un estilo de vida con normas y regulaciones compartidas explícita o implícitamente, consciente o inconscientemente por todos, cuando por diversas circunstancias alguno de sus miembros no sigue estas normas, se produce una perturbación que exige un esfuerzo de reajuste e integración por parte de los demás. Todo ello hace que la familia se convierta en la fuerza de cohesión social y en agente transmisor de valores y tradiciones por lo que muchas de sus funciones repercuten en lo individual y lo cultural logrando tanto la homeostasis de las sociedades como la desintegración y desequilibrio de las mismas. (106)

La estructura familiar siempre estuvo sometida a múltiples conflictos y tensiones; no obstante, estos no salían a la luz ya que de ser así se habría presentado una crisis callada y oculta. La crisis de la familia y de la institución matrimonial -

en la actualidad es un hecho existente que tiene múltiples implicaciones por lo que, solo en la medida en que se haga un análisis de su proceso histórico será posible entender la problemática contemporánea.

En primera instancia es necesario vincular la crisis del sistema capitalista con la situación denominada su "unidad social básica", puesto que, la familia indudablemente representa y reproduce en dimensión reducida a la sociedad en su conjunto incluyendo los aspectos económicos, políticos ideológicos y culturales.

En segundo lugar es de considerarse que la familia no se transforma de manera automática cuando se produce una transformación social revolucionaria.

Ambas situaciones llevan a contemplar que cuando se cuestiona a la familia, se cuestiona a la sociedad en su conjunto. (51)

El antropólogo Ralph Linton plantea la hipótesis de que los orígenes y las posibles etapas de la evolución de la familia son desconocidos, ya que no existen testimonios directos para conocer el proceso histórico de esta como institución; incluso reafirma la hipótesis de Engels sobre el desarrollo de la familia, a partir de la promiscuidad primitiva. Por lo sabido de la organización de las sociedades humanas que aún viven en niveles inferiores de desarrollo económico y tecnológico, se infiere, que los primeros representantes de nuestra especie mantenían relaciones sexuales permanentemente siendo además -

muy probable que la mayoría de éstas uniones fueran monógamas.

(85) (161)

En la actualidad la estructura familiar presenta las siguientes características:

- A. Es conyugal, es decir, se integra por padre madre e hijos.
- B. Es una unidad de resistencia y de consumo aislado y -- autónomo, es decir, no depende de la familia de origen de los conyuges.
- C. Reposa en el vínculo matrimonial como pilar estructural del sistema de parentesco.
- D. Es un sistema libre y abierto, es decir, existe libertad para que un conyuge elija al otro sin presiones familiares a fin de que el nuevo sistema logre establecerse de manera independiente.
- E. Tiene funciones básicas que se le encomiendan.

La función básica de la familia es proporcionar soporte emocional recíproco basado en la cooperación; para que éste pueda lograrse, debe existir una diferenciación de actividades de modo que no haya rivalidades internas, así el padre cumple el rol de proveedor de las necesidades materiales de la familia, en tanto que la madre se encarga de la satisfacción de las necesidades afectivas y emocionales. Cabe señalar que otras de sus funciones como unidad vital, son la manutención física de los miembros, la colaboración social del niño y el control social,

sin embargo las distintas funciones económicas y educativas -- han quedado a cargo de otras instituciones de la sociedad, por lo que generalmente solo cumple con:

- a) La socialización primaria de los niños, es decir, la internalización que el niño hace de la cultura. Aunque existen otros medios de socialización, la familia es la más importante transmisora de valores, pautas, ideas y conceptos -- fundamentales incluso. Dicha transmisión puede ser voluntaria o involuntaria, las normas por su parte al ser aprehendidas y adoptadas por el niño tienden a mantener el --- equilibrio de la familia y por lo tanto el de la sociedad.
- b) La estabilidad a la personalidad adulta. Esta se cumple - en el matrimonio en tanto cada conyuge está ligado directa mente al otro, puesto que los lazos con los miembros de su familia de origen son más débiles. Estas relaciones, al - entablarse al interior de la familia, de alguna manera constituyen un soporte emocional para el individuo. El matrimonio y la familia de origen, brindan un apoyo emocional - recíproco, basado en la cooperación ya que éste es funda-- mental en un medio social que se caracteriza por la compe-- titividad, la lealtad y el afecto. Para lograr la estabi-- lidad emocional es necesaria la diferenciación de roles -- sexuales y familiares que asume cada miembro. (161)

El hombre desempeña un rol "instrumental" en donde se encarga de trabajar fuera del hogar, de conseguir los medios económi-

cos para mantener cómodamente a los miembros de su familia, representándola en el interior, desarrollando sus capacidades intelectuales y convirtiéndose además en un "ser agresivo"; la mujer representa el rol "expresivo", al encargarse de la satisfacción de las necesidades afectivas y ocuparse al interior del hogar, esto condiciona que se torne de un carácter dulce, tranquilo y abnegado.

La familia basada en la diferenciación de los roles de los padres tiene para el niño un fuerte contenido emocional, pues la relación con ellos constituye la primera y la más importante identificación para el desarrollo de su personalidad. Tanto los niños como las niñas se desarrollan en su primera infancia junto a la madre, y ésta cumple exclusivamente un papel de apoyo y seguridad pues el padre está comúnmente dedicado a las actividades de trabajo fuera del hogar; en este sentido la diferenciación de los sexos aparece como necesaria para lograr una identificación con un rol social "adecuado", es decir, el niño no puede identificarse con la madre y debe pasar del medio familiar donde existía un ambiente de cariño y protección, al mundo exterior y asumir las responsabilidades de éste. Para las niñas el proceso es distinto pues desde pequeñas se identifican con un rol femenino, es en este sentido como se habla de un proceso de maduración más fácil. (161)

Ahora bien, hasta este punto hemos hablado sobre lo que --

en sentido estricto debe ser el sentido funcional de la familia, no obstante sabemos que ésto es ideal en la medida en -- que en realidad no es asumido como modelo por todas y cada -- una de las familias que integran nuestra sociedad. Es posi-- ble observar que existen fallas que impiden la asunción de -- los roles a los cuales nos hemos referido; entre ellas la más común es la desorganización de la familia, entendiéndose ésta como "el rompimiento de la unidad familiar, la disolución o fractura de una estructura de funciones sociales cuando uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones funcionales". Partiendo de esta definición cabe señalar que, los principales tipos de desorganización familiar o de familias disfuncionales son los siguientes: (154)

- a) La ilegitimidad: situación en la que falta el padre o esposo y por tanto no cumple sus deberes funcionales.
- b) Anulación: separación divorcio y abandono de algún miembro o ambos; al decidir separarse no cumplen sus obligaciones funcionales.
- c) La familia integrada por todos los miembros; viven -- juntos pero existe poca comunicación y cooperación.
- d) Ausencia y familias funcionales involuntarias: alguno de los miembros está ausente por muerte, prisión, patología física o mental y emocional.

La disfuncionalidad de la familia puede ser vista como un de-

bilitamiento de las funciones sociales (reproducción, educación y moralización) y como una alteración de los roles complementarios.

Se dice que la disfuncionalidad de la familia en la cual surge uno o más miembros con el síntoma de la farmacodependencia, se caracteriza porque existen pautas de interacción rígidas que impiden encontrar alternativas de cambio, ya que frecuentemente la mayoría de ellas presenta fuertes normas religiosas, culturales, educativas y sociales ocupando un lugar ideológico importante; por ello mencionaremos a continuación algunos estudios en los cuales se describen ciertas características, comunes a los diferentes tipos de adicción como síntoma o manifestación de una disfunción familiar. (20)

Es común encontrar una historia de alcoholismo en alguna de las generaciones precedentes, siendo más frecuente observarlo en el padre; sin embargo, la familia no lo vive como problema, ya que de alguna manera ésto conforma al síntoma, el cual tiene la función de regular la homeostasis del sistema. Otra característica importante es el establecimiento de vínculos estrechos con las familias de origen de uno o varios conyuges, por lo que es común que los límites sean difusos entre las familias de origen y la familia nuclear, sin poder lograr una adecuada separación para la formación de una nueva familia; al no existir esta claridad de límites desde el subsistema conyu-

gal, es común la involucración con uno o varios hijos, detectándose alianzas (madre-hijo, hno.-hno.) que de alguna manera pretenden evitar la cercanía para no arriesgar el subsistema familiar.

El padre muestra alejamiento físico o funcional y el resto de la familia lo ve como desobligado, traidor, porque no se ocupa de la familia y cuando regresa ejerce una autoridad agresiva. Por otro lado, el padre fuera del sistema familiar encuentra nuevas alternativas compensatorias ante el rechazo de los miembros de su familia, quienes depositan en éste la culpa de los conflictos que entre ellos existen.

La madre presenta características hipocondríacas (depresiva, ansiosa y con constantes preocupaciones sobre enfermedades); a su vez uno o varios de los hijos tienden a entrar al subsistema conyugal, de esta manera es posible observar una circularidad redundante en donde el padre se aleja y es relativamente pasivo, la madre es ambivalente y hace alianzas con alguno de los hijos, con lo cual se evita el acercamiento del padre, ya que en algún momento puede poner en peligro la relación.

En este sistema de familias, en el momento en que surge un miembro sintomático, siempre se encuentra al miembro complementario, es cuando aparece "el hijo modelo" que es por supuesto para la familia del farmacodependiente una balanza equilibradora de su sistema familiar.

Es común encontrar que la estructura de la familia de alguna

manera determina el tipo de adicción y/o droga, y que el consumo es generalmente selectivo de un grupo social en el que predominan ciertas características. (50)

En las características familiares del heroinómano encontramos que el rango de edad del paciente identificado se encuentra entre los 18 y 30 años, en ocasiones hasta los 50 años en pacientes crónicos; es característico observar una fuerte alianza entre el farmacodependiente y su madre, siendo ésta sumisa, depresiva y reguladora de conflictos, el padre comúnmente es alcohólico o con una adicción y es visto como una imagen autoritaria, normalmente los límites de éste son rígidos. La pareja es distante y comúnmente tienen 2 ó 3 hijos. Ocasionalmente el farmacodependiente puede vivir con la esposa en casa de sus padres y regularmente tiende a drogarse en forma aislada, siendo en él común los actos delictivos para la obtención de droga.

Estos sujetos generalmente reportan que en su infancia vivieron unos padres carentes de interés con respecto a su comportamiento y metas infantiles además de haber sufrido intenso castigo físico. (7)

Otro tipo de características de familia son aquellas en las cuales existe un miembro que consume alucinógenos; aunque regularmente el consumo no es puro, predomina el uso de marihuana. Comúnmente estas familias son numerosas, no existen vincu

los fuertes con la familia extensa y el subsistema conyugal se encuentra en evitación de conflictos, triangulando al paciente identificado. Regularmente se da una alianza fuerte con la madre, ya que ella muestra un papel hipocondríaco y depresivo; en el subsistema fraterno se dan alianzas entre los hermanos de edad similar y en ocasiones con el hijo parental (*) que no necesariamente es el paciente identificado, pero si regularmente el hermano mayor o intermedio. Frecuentemente aparece el alcoholismo en los padres aunque éste es más social y funcionalmente aceptado. Estas familias suelen ser de clase media con un nivel de escolaridad mínimo de secundaria, los miembros que trabajan tienen una permanencia más o menos estable en el empleo. Existe la evitación y la negación de conflictos familiares a la vez que se observa -- que las funciones de cooperación y ayuda son más consistentes, y la agresión es más verbal que física, pues se manifiesta en actitudes de inconformidad y rechazo desafiando las -- normas sociales y familiares.

Para los sujetos farmacodependientes de este tipo, es importante el grupo de pares, siendo común dormir y comer en casa de los amigos con quienes se presenta un fuerte sentimiento de lealtad, aceptación y control mutuo del consumo de drogas, es así como el grupo mismo provee de fuerza para individualizarse e independizarse de la familia. (50)

Miller refiere que la mayoría de farmacodependientes usuarios de alucinógenos sentían que "sus padres eran agresivos, indi-

(*) Sustituto del padre.

ferentes, no afectivos, sintiendo que sólo manifiestan amor a sus hijos cuando éstos se encuentran en problemas o bajo presión. Son censores, agresivos, injustos, trabajan lejos del hogar o están divorciados. (96)

Por lo que respecta a las características de la familia con hijos inhaladores, cabe mencionar que generalmente se integran con más de 6 miembros y presentan límites sumamente rígidos entre todos ellos. Aún cuando viven con la familia de origen son desligadas por lo que se conforman como numerosas y extensas, asimismo las funciones no están bien definidas. Es común que el padre sea alcohólico, golpeador y desligado de su familia; normalmente ausente, en ocasiones delincuente y a veces polígamo. La madre también parece desligada de su familia de origen, es golpeadora y en ocasiones es madre soltera y tiene una familia mixta (hijos de diferente padre) en donde los padrastros son frecuentemente alcohólicos. Regularmente existe un conflicto severo entre los padres esto al igual que la inhalación es negada por toda la familia, lo cual refleja aún más el desligamiento entre los miembros, donde las funciones de cooperación y ayuda mutua son mínimas; por lo general viven en un medio de marginación, promiscuidad y subdesempleo así como escaso nivel escolar.

En los grupos de pares existe una escala de valores donde la lealtad tiene un peso muy alto; ésta y la dependencia al grupo, se refuerzan e incrementan por la represión de la que son objeto por parte de las autoridades. (20)

Framrose menciona que estas familias pertenecen a un medio socioeconómico con grandes carencias así como un alto índice de desempleo y sobrepoblación. Con frecuencia las madres relatan una infancia infeliz y con grandes privaciones, con un matrimonio efectuado precipitadamente durante la adolescencia; el inicio de la vida conyugal se caracteriza por la falta de armonía e inestabilidad, además del abuso de la violencia por parte del esposo; lo cual culmina en muchos casos con una separación permanente.

Existe una clara dificultad para cualquier cercanía emocional, íntima o de relación de confianza mutua; la madre es sobreprotectora con los hijos y la angustia que genera el abuso de drogas favorece este vínculo de protección.

La autoridad paterna es eliminada por la madre: pues ante el problema del uso de solventes, el padre queda frecuentemente descalificado por la madre e hijo; y la homeostasis familiar parece conservarse a través de la apatía. (52)

La disfunción familiar, que se observa en el fenómeno de la farmacodependencia, como síntoma de los conflictos a que el grupo familiar se enfrenta, presenta una serie de patrones predominantes que pueden considerarse generalizables a la mayoría de las familias de farmacodependientes.

Desde este punto de vista, el farmacodependiente emerge como portador del síntoma de la disfunción familiar, para mantener así la homeostasis, y reforzar la tendencia de los padres a -

continuar controlándolo. Aunque encuentra que esta práctica - no es adecuada a sus necesidades, de alguna manera proporciona un campo de batalla diferente que permite continuar negando -- los problemas implícitos y explícitos de los padres.

Es común que los padres consuman alcohol y drogas en exceso, - por lo que se realiza una repetición directa de la farmacode-- pendencia, ésto provoca un comportamiento inadecuado en los pa-- dres, por lo que se realiza una alianza con uno de ellos por - separado.

Las fronteras generacionales no están bien delimitadas con fre-- cuencia existe competencia entre los padres; es común que la - crisis generada por el farmacodependiente resulte más adecuada, ya que de esta manera reúne a la familia para intentar solucio-- nar algún problema, siendo ésta la única oportunidad para que la "familia sin vida" pueda experimentar emociones. (52)

1.4 Perspectiva Individual

En el intento por comprender la dinámica de los fenómenos humanos es menester tomar en cuenta los factores individuales que intervienen, ya que lo social y lo cultural no pueden ser considerados como determinantes únicos.

Dentro de la perspectiva individual podemos hacer mención de algunos factores biológicos que tienen incidencia en el desarrollo de todo individuo. Dichos factores abarcan procesos -- que se experimentan continuamente y que provocan cambios observables en el organismo dando por resultado una evolución permanente. Así pues, iniciemos por dos de inicial importancia, estos son crecimiento y desarrollo.

Entendemos por crecimiento el aumento en las dimensiones de la masa corporal, siendo la traducción objetiva de la hipertrofia y la hiperplastia de los tejidos constitutivos del organismo. El crecimiento se determina con las dimensiones corporales durante la infancia limitadas a su aumento por el factor hereditario preestablecido pero influido por la raza, el clima, la nutrición, el ambiente, etc.

El desarrollo es la cualidad de la materia viva que la lleva -- por evolución progresiva al estado de función perfecta y es -- consecuencia de la diferencia celular que da a su funcionamiento carácter y especificidad. Este se debe a la herencia.

El desarrollo se aprecia por el perfeccionamiento de la capa--

cidad funcional que es siempre gradual y progresivo; es diverso en su modalidad según los distintos períodos infantiles.

El tercer proceso a considerar es la Maduración, la cual se observa cuando hay un cambio en sentido positivo de estructura, tamaño o función. (116)

Ahora bien, desde el punto de vista biológico encontramos que los procesos descritos anteriormente van marcando etapas de su cesión cronológica que abarcan períodos, sin embargo, éstos -- son imprecisos dado que en ellos intervienen los factores mencionados que los hacen diferir de una sociedad o cultura a otra. Así, en algunas culturas estas etapas de desarrollo comprenden 4 tipos de edades mismas que corresponden a los períodos de -- lactancia, infancia, adultez y vejez, mientras que en otras se ubica una etapa intermedia entre la infancia y la adultez a la cual se denomina pubertad o adolescencia y que cobra una gran importancia ya que en este tipo de sociedades es considerada -- como la "más crítica".

No obstante que una a otra etapa se suceden cronológicamente, no es posible establecer una edad precisa que sirva como índice de desarrollo ya que el factor edad es variable de sujeto a sujeto y está en directa relación con el desarrollo psicológico que acompaña a los factores biológicos.

Si bien las distintas etapas marcan o se caracterizan por ciertos logros que se suceden y que son observables desde el punto

de vista biológico, existen procesos psicológicos que parecen ser menos evidentes y que sin embargo son puntos centrales en la organización de la vida del ser humano por la naturaleza de su especie.

Así pues, habremos ahora de ahondar un poco en esta etapa intermedia haciendo una distinción; aunque algunos autores no la establecen, para otros por el contrario es precisa ya que consideran a la pubertad como somática y a la adolescencia como un fenómeno más complejo que sólo es posible definir en función de un patrón psicológico. (120)

Encontramos que el término "pubertad" aparece en Francia en el siglo XIV. En general se le adjudican diferentes connotaciones como por ejemplo siendo aplicado para indicar la facultad viril de los muchachos o como correlativo de la aparición del vello pubiano tanto en el varón como en la mujer.

Asimismo se considera la "pubertad" como el período en que se manifiesta la capacidad física para la reproducción, es decir, que se inicia con las primeras manifestaciones de maduración fisiológica del aparato genital.

Peter Blos se refiere al término "pubertad" para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual. (12)

Las anteriores definiciones parecen coincidir en la aparición de algo que hace diferente al ser humano, así, observamos que en general se le define caracterizándola por datos observables

tales como modificaciones morfológicas, endócrinas y sexuales entre las cuales las más constatables son la aparición de la 1ª menstruación en las mujeres y la eyaculación en los varones; ambos eventos ponen en acción glándulas y hormonas que generan modificaciones corporales generales y genitales que son decisivas para la vida posterior por la importancia psicológica de las mismas.

Tales modificaciones tienen lugar entre los 13 y 14 años en promedio aún cuando existen variaciones relacionadas con factores socioeconómicos, nutricios y constitucionales principalmente. (12)

Ahora bien; ¿qué se entiende por adolescencia?.

Etimológicamente el término proviene del verbo latín *adolescere* cuyo significado es "crecer".

Para Littré, la adolescencia es "la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad".

Para Hollingshead la adolescencia es "un período de la vida de una persona durante la cual la sociedad en que vive deja de considerarlo niño (a) pero no le otorga plenamente el estatus de adulto, sus cometidos y sus funciones". (120) (66)

Para P. Blos es la "suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas -endógenas y exógenas- que confronta al individuo".

Las 3 definiciones hacen énfasis en un aspecto particular. --

Para Littré, su importancia es biológica en tanto que para -- Hollingshead y Blos el significado es atribuible a los aspectos social y psicológico considerándosele entonces como una -- etapa crítica y al mismo tiempo básica para el desarrollo integral de lo que conocemos como "personalidad".

Desde luego cabe señalar que la adolescencia es un período en el cual ocurren cambios y que si bien es considerada como una etapa más de desarrollo, comparte características específicas que la hacen parecer una crisis dentro de la historia individual por lo que se le considera como un período peligroso en la vida, y es común que al referirse a ella como fase particular del desarrollo, se explique a partir de los conflictos específicos que la caracterizan.

Habiendo hecho una breve distinción terminológica, consideraremos que en la pubertad el factor responsable de los cambios -- que se verifican depende de las hormonas sexuales y el funcionamiento del sistema endócrino y por lo tanto habremos de coincidir con Blos en que es el componente biológico de la adolescencia que se inicia con la maduración sexual. Asimismo, conceptualizaremos a la adolescencia como una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta, que abarca generalmente de los 12 a los 20 años y en la cual se buscan las pautas de conducta que correspondan al nuevo funcionamiento corporal, y a -- los requerimientos socioculturales siendo un período de adaptación y ajuste que se halla ligado a modificaciones en el modo

de pesar y sentir, iniciándose la transformación de intereses, conducta social y vida afectiva que ocurren paralelamente a la transformación puberal. (12)

Comunmente se habla de la adolescencia en función de los cambios que la caracterizan, sin embargo nuestro interés por ésta, más que describirla, es intentar comprender lo que ocurre en el psiquismo del adolescente, y como ello incide en nuestra sociedad por lo que mencionaremos los conflictos típicos que pueden ayudarnos a esclarecer el por qué algunos adolescentes pueden llegar a manifestar conductas francamente psicopáticas.

Es posible aceptar que la adolescencia más que una etapa estabilizada es proceso y desarrollo ya que el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas configurando -- una entidad semipatológica a la que Arminda Abesastury denomina "síndrome normal de la adolescencia", el cual considera que es perturbado y perturbador para el mundo adulto, pero absolutamente necesario para el adolescente porque en este proceso se establece su identidad.

El adolescente se enfrenta a un mundo adulto el cual no está -- preparado, desprendiéndose de su mundo infantil en el que sus necesidades estaban satisfechas y los roles claramente definidos.

Según A. Aberastury el adolescente realiza tres duelos fundamentales: "el duelo por el cuerpo infantil perdido, base bio-

lógica de la adolescencia que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente al cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a su aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, y el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, quienes también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños sino adultos o están en vías de serlo. Se une a estos duelos el concerniente a la bisexualidad infantil también perdida". (1)

La misma autora nos dice que este período de la vida, como todo fenómeno humano, tiene su exteriorización propia dentro del marco sociocultural en el cual se desarrolla y señala que éste influye con un determinismo específico en las manifestaciones de la adolescencia, sin embargo es necesario tener en cuenta que tras la expresión sociocultural existe un basamento psicobiológico que le da características universales, por lo que es como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, que se tiñe con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán según las circunstancias.

Define entonces a la adolescencia como "la etapa de la vida du

rante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos del desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil".

Así, el proceso de duelo es básico y fundamental, pero obliga a actuaciones de características defensivas de tipo psicopático, fóbico o contrafóbico, maniaco o esquizoparanoide, según el individuo y las circunstancias.

El "síndrome normal de la adolescencia" descrito por la autora comparte la siguiente "sintomatología": (1)

- a) Búsqueda de sí mismo y de la identidad
- b) Tendencia grupal
- c) Necesidad de intelectualizar y fantasear
- d) Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- e) Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario.
- f) Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- g) Actitud social reivindicadora con tendencias anti o asociales de diversa intensidad.
- h) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción que constituye la for

ma de expresión más típica de este período de la vida.

- i) Una separación progresiva de los padres.
- j) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Así, el entrar en el mundo de los adultos que es deseado pero temido a la vez significa la pérdida definitiva de su condición de niño, constituyendo la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento; los cambios psicológicos que son el correlato de los cambios corporales llevan a una nueva relación con los padres y el mundo. Al incluirse el mundo en el cuerpo maduro la imagen de su cuerpo cambia al igual que su "identidad", por lo que y, es necesario que adquiera una ideología que le permita adaptarse al mundo y/o actuar sobre él para cambiarlo.

En este período, el sujeto adolescente fluctúa entre una dependencia y una independencia extremas, la madurez le permite aceptar ser independiente dentro de un marco de dependencia necesaria; así, al inicio se moviliza entre el impulso de dependencia y la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido y junto con estos cambios se enfrenta a fricciones en el medio familiar y social.

De este modo, las modificaciones corporales e imperativos del exterior son vividos como una invasión.

Los cambios en que pierde su identidad de niño implica la búsqueda de una nueva identidad que se va construyendo en un pla

no consciente e inconsciente. "La pérdida que debe aceptar al hacer el duelo por su cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen en evidencia de un nuevo y la aparición de menstruación y semen testimonian la definición sexual y el rol a asumir, posteriormente el adolescente cuando acepta simultáneamente sus aspectos de niño y de adulto puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comenzar a surgir una nueva identidad.

Ahora bien que hemos de considerar como identidad y cuáles las posibilidades de adquirirla.

Erikson considera que el problema clave de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante, es por ello que la identidad es un proceso psicosocial que preserva rasgos esenciales del individuo y de su sociedad. (45)

Sorenson al respecto dice: "la identidad es la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocido por otro que es el saber quien soy". (142)

Grimberg por su parte dice "el sentimiento de identidad implica la noción de un yo que se apoya esencialmente en la continuidad y semejanza de las fantasías inconscientes referidas primordialmente a las sensaciones corporales, a las tendencias y afectos en relación con los objetos del mundo interno y externo y a las ansiedades correspondientes, al funcionamiento es-

pecífico en calidad e intensidad de los mecanismos de defensa y al tipo particular de identificaciones asimiladas resultantes de los procesos de introyección y proyección". (63)

Frente a esta búsqueda de identidad, en ocasiones la única solución posible es buscar una "identidad negativa", ésta se basa en identificaciones con figuras negativas pero reales siendo preferible ser alguien perverso o indeseable a no ser nada. Esta es una de las bases del problema de las pandillas de delinquentes, grupos de homosexuales, adicto a drogas, etc. donde la realidad al no poder proporcionar figuras con las que se puedan hacer identificaciones positivas, conduce a la necesidad de tener una "identidad" por vías anormales pero concretas, recurriendo así a este tipo de identificación. Esto ocurre principalmente cuando ya hubo trastornos en la adquisición de la identidad infantil o cuando los procesos de duelo por los aspectos infantiles perdidos se realizan en una forma patológica.

Dado que hay multiplicidad de identificaciones contemporáneas y contradictorias, existe una dificultad de adquirir una identidad coherente en la que reside el obstáculo para resolver la identidad sexual.

Asimismo pueden adoptarse identidades transitorias durante cierto tiempo, identidades ocasionales frente a situaciones nuevas, o identidades circunstanciales y que son adoptadas su-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

cesiva o simultáneamente por los adolescentes y que surgen como características fundamentales relacionadas con el proceso de separación de las figuras parentales con aceptación de una nueva identidad independiente.

En ocasiones el desprendimiento es una prueba definitiva para el yo dado que sólo cuando se pierden los aspectos ya inútiles, es posible integrar otros nuevos dentro de la personalidad, -- mientras esto se realiza se configura un sentimiento depresivo que precipita un anhelo de completarse. (77)

La búsqueda incansante de saber qué identidad adulta se va a constituir es angustiante, no obstante los procesos de identificación que se han ido llevando a cabo en la infancia mediante la incorporación de imágenes parentales buenas y malas, -- son las que permitirán una mejor elaboración de las situaciones cambiantes que se hacen difíciles durante el período adolescente de la vida. Un buen mundo interno surge de una relación satisfactoria con los padres internalizados y de la capacidad creadora que ellos permiten y esto es lo que facilita un buen reajuste emocional, y el establecimiento de la identidad adolescente que se caracteriza por el cambio de relación del sujeto básicamente con sus padres cuya presencia externa y concreta empieza a hacerse innecesaria y la separación de éstos -- comienza a convertirse en necesaria dado que las figuras parentales están internalizadas e incorporadas, lo que permite ini-

ciar el proceso de individuación.

En la búsqueda de la identidad adolescente puede ser que se recorra como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad ya que ésta puede brindar seguridad y estima personal. -- Ahí surge el espíritu de grupo en el que hay un proceso de sobreidentificación masiva en donde todos se identifican con cada uno. El fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con los padres, si bien el grupo es la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta, por otro lado facilita la conducta psicopática normal en el adolescente al aparecer conductas de desafecto, crueldad, indiferencia, falta de responsabilidad, etc. típicas de la psicopatía pero que se manifiestan en la adolescencia normal, como momento circunstancial y transitorio que se somete a rectificación por la experiencia. A diferencia de la psicopatía cuya conducta es permanente y cristalizada y cuyas expresiones de pensamiento de tipo cruel, desafectivo y ridiculizante de los demás, estas conductas surgen como mecanismos defensivos frente a la culpa y el duelo por la infancia -- pérdida que no puede ser elaborada. (77)

La necesidad de intelectualizar y fantasear son una de las formas típicas del pensamiento del adolescente; la renuncia al cuerpo, rol, padres y bisexualidad de la infancia, enfrentan al adolescente a vivencias del fracaso o impotencia frente a --

la realidad externa, por ello comunmente recurre al pensamiento, para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. Así, fantasear o intelectualizar son utilizados como mecanismos defensivos frente a situaciones de pérdidas dolorosas. La huida del mundo interior permite un reajuste emocional donde se incrementa la intelectualización que conduce a la preocupación por los principios éticos, filosóficos, sociales, que en ocasiones implican la formulación de un nuevo plan de vida distinto al que se tenía hasta ese momento y que permiten teorizar sobre los cambios que suceden en el mundo exterior, diferenciándose éste cada vez más del mundo interno, dando por resultado el seguimiento del interés en teorías filosóficas, movimientos políticos, etc.

También puede observarse la manifestación de un ateísmo exacerbado o por el contrario, un misticismo fervoroso, que puede funcionar como intento de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas, y del enfrentamiento con la separación definitiva de los padres y la aceptación de la posible muerte de los mismos.

La separación progresiva de los padres esta favorecida por el determinismo que los cambios biológicos imponen, no obstante es frecuente que los padres tengan dificultades para aceptar el crecimiento de sus hijos ya que experimentan sentimientos de rechazo frente a la nueva identidad del hijo y su funcionamiento sexual, no permitiéndole la libre expresión de su personali-

dad o enmarcando este rechazo con una excesiva libertad, que para el adolescente es vivida como abandono. Por otra parte, el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es una defensa para eludir la depresión que surge en él por el desprendimiento de las partes infantiles y la frecuente desidealización de las figuras parentales, lo cual lo sumen en un profundo desamparo. (1)

Por otra parte, la definición del rol ya sea femenino o masculino aunado a la procreación y los cambios producidos son el punto de partida de las transformaciones psicológicas y de adaptación social característicos que exigen nuevas pautas de convivencia y comportamiento para la búsqueda de la identidad. Es en esta búsqueda que aparecen patologías que bien pueden confundirse con un cuadro psicopático ya que las defensas que aparecen para eludir la depresión, son la impostura, la identificación proyectiva masiva, la doble personalidad y las crisis de despersonalización que resultan pasajeras solo cuando se alcanzan a elaborar los duelos propios de la etapa. Por el contrario en el psicópata es el fracaso en la elaboración del duelo la que impide que se establezca la identidad adulta.

Otro aspecto importante de señalar es el papel que juega el mundo externo al dificultar al adolescente el libre ejercicio de la genitalidad y de sus capacidades económicas y prácticas, pues de algún modo esto refuerza las defensas que comunmente

erigieron frente al crecimiento.

La crisis puberal determina un autismo defensivo que produce la impotencia despertada por una continua frustración frente al mundo real externo, que dificulta la salida a ese mundo; - el refugiarse en la planificación y la ideología defensiva - da por resultado el aislamiento del mundo. La ruptura de conexiones con el exterior se manifiesta en un alejamiento del mundo que permite refugiarse en el mundo interno que es seguro y conocido, para desde él salir y actuar en el exterior. Así la planificación y la omnipotencia de ideas son defensas al servicio de la adaptación al nuevo rol. El incremento de la angustia, la debilidad del yo y los mecanismos previos de solución de conflictos por la acción pueden - llevar al adolescente a fugarse hacia la precoz genitalidad o a su tipo de actuación con apariencia de madurez temprana que encubre su fracaso en la personificación.

Las actuaciones psicopáticas se perciben en la tendencia a - la acción no planeada; con ellas se busca encontrar el castigo por los deseos prohibidos como puede observarse en la tendencia al actin-out. (1)

Puesto que la aparición de conductas de tipo psicopático son frecuentes en la adolescencia, cabe señalar algunas diferencias. "El psicópata necesita, generalmente estar con gente; su forma de comunicación se da a través de la acción y necesita de los otros para realizarla. Además por miedo a cono-

cer su interior busca estar acompañado, para no sentir su propia soledad".

"Su insight es defensivo sobre lo que el otro necesita y lo utiliza para su manejo. En el psicópata se manifiesta la compulsión a actuar y la dificultad para pensar, y la acción no tiene el valor instrumental de adquirir experiencia". (77)

Por su parte el adolescente necesita replegarse a su mundo interno pero el autismo típico que entorpece la comprensión de lo que sucede alrededor se suscita porque comunmente se ocupa más en conocerse a sí mismo. El pensar y el hablar prevalecen sobre la actuación puesto que cree y requiere de la comunicación verbal cuyo singular significado es el preparativo para la acción; la palabra está investida de una omnipotencia similar a la que tenía en la infancia. La utilización de la palabra y el pensamiento cumplen la función que el juego en la infancia, es decir, permitir la elaboración de la realidad y acatarse a ella.

La identidad lograda al final de la adolescencia tiene relación con las identificaciones del pasado pero incluye las del presente y los ideales hacia las cuales tiende. El destino de las identificaciones de la infancia depende de la elaboración interna realizada por el niño y de las pautas de conducta de la familia y la sociedad.

El logro de la identidad y la independencia le conduce a inte

grarse en el mundo adulto y a actuar con una ideología coherente con sus actos.

El psicópata al fracasar en la elaboración de los duelos no logra una verdadera identidad y la ideología que le permitirán alcanzar un nivel de adaptación creativa.

De acuerdo con lo anterior, es posible pensar que la adolescencia por sus características propias, es una etapa en la que es susceptible la aparición de ciertas conductas patológicas que se desencadenan por una fallida elaboración de la reedición de aquellos conflictos de la infancia; es por ello que al reubicarnos ahora en el fenómeno de la farmacodependencia, intentaremos abordar los aspectos psíquicos que comporta y para ello mencionaremos las características que se le atribuyen a los farmacodependientes partiendo de un punto de vista descriptivo y común según diversos autores para llegar a una perspectiva más compleja desde la teoría psicoanalítica con la cual trataremos de explicar más profundamente que es lo que sucede en el individuo que se hace "adicto a las drogas".

Aquí, empezaremos con la habitual afirmación de que los "drogadictos" son delincuentes y que a los delincuentes se les considera "unos drogadictos", siendo ésta una primera característica entre otras muchas que se describen de los drogodependientes de quienes se dice que "son individuos con grandes problemas de socialización, un bajo umbral para las frustraciones,

fracasos y el dolor; que son deseosos de satisfacciones inmediatas, con necesidades de dependencia no satisfechas, con inmadurez sexual, sin control interno y con falta de recursos para enfrentarse a los problemas de la vida y las demandas de la sociedad." (150)

Si bien comparten dichas características, es menester pensar que hay uno o varios factores desencadenantes de éstas conductas y que se deben a causas específicas. Así pues, vemos que autores como R. Glasscote y cols., señalan que el farmacodependiente correspondería a la definición de personalidad psicopática y suponen la inmadurez motivacional de los adictos como consecuencia de una infancia inadecuada en la que el ego quedó debilitado y la conciencia, mal desarrollada; asimismo poseen una inadecuada identificación sexual, falta de orientación realista hacia el presente como hacia el futuro y hacia las instituciones sociales y carecen de un sentido ante la vida que justifique la propia existencia. (61)

Chain, marca que existen 3 circunstancias para llegar a la drogodependencia, ellas son: 1) insuficiencia psicológica -- que predispone a tomar drogas, 2) una crisis, 3) una predisposición a tomar drogas en el momento adecuado. Todo ello -- confluye para producir un retraso en el desarrollo personal, al no haber conseguido una personalidad y un sentimiento de realización personal, de independencia y de propia estima para dar a la vida una finalidad y un sentido que permita desa-

rollar la aptitud para relacionarse con los demás. (151)

El fracaso de cualquiera de estos aspectos puede llevar a una imagen negativa de sí mismo, a una mala relación con los compañeros y adultos, a las ausencias escolares, al bajo nivel de aspiraciones y realizaciones, y al rechazo de numerosos valores de la sociedad.

Lo anterior diferencia 2 tipos de trastornos:

- 1) como residuo o producto de etapas anteriores del desarrollo, funciones caracteriales, conductas desadaptadas grupales.
- 2) trastornos específicos de la adolescencia:
 - a) transitorios debidos al aumento de la inestabilidad.
 - b) debidos a un fallo serio en la maduración del individuo (consumidores habituales, vagabundos delincuentes). (24)

Desde el punto de vista psicoanalítico, Radó señala que "el factor decisivo, es por lo tanto la personalidad premórbida; los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico". Para él, las toxicomanías son enfermedades psíquicamente determinadas, artificialmente inducidas y que pueden existir porque las drogas existen y deben su existencia a motivos psíquicos. (123)

Parece importante resaltar ahora que los aspectos que hacen a un sujeto farmacodependiente son de naturaleza psíquica primordialmente y que en ellos aparece una "fórmula" común:

el deseo de intoxicación---intoxicación---efectos posteriores. Comúnmente se observa que la desintoxicación del farmacodependiente no suprime el deseo de utilizar nuevamente la droga -- por lo cual resulta interesante esclarecer cual es el significado específico de la droga y por qué el farmacodependiente - no puede dejar de drogarse.

Es posible pensar que el hecho de drogarse está determinado - desde una parte interna del sujeto que le es desconocida y sobre la que no puede ejercer ningún dominio, es decir, que está determinado desde el Inconsciente manifestándose la adicción como un síntoma que "posee un sentido oculto que se halla estrechamente enlazado a la vida psíquica del sujeto".

(153)

Si consideramos la farmacodependencia un síntoma y tiene un sentido, entonces, está determinada por la historia del individuo.

Sachs refiere haber encontrado entre "los toxicómanos" un eslabón de significado práctico y de principio, considerando (133) que lo "dominante del individuo son las fuerzas libidinales - que han sido separadas del yo a las que a menudo se les ha -- considerado como pertenecientes a la neurosis obsesiva. Por otro lado tienen en común con las perversiones que para la -- conciencia no son cómo los síntomas neuróticos compulsivos, - actos indiferentes o más a menudo un ceremonial desagradable,

sin sentido y una pérdida de tiempo sino un acto indudablemente satisfactorio. El hecho de que esta satisfacción se haya alejado de la realidad hacia algo inofensivo, o sea, no hacia lo referente a la vida sexual infantil, adquiriendo así el carácter de una gratificación sustitutiva para un deseo reprimido o inaccesible -la hace acercarse más al- síntoma neurótico". Se considera que en el farmacodependiente existe una fijación en la etapa oral. Una referencia de Freud dice:

"No todos los niños realizan este acto de la succión. Debe suponerse que llegan a él aquellos en los cuales la importancia erógena de la zona labial se halla constitucionalmente reforzada.

Si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar; mas, si aparece la represión, padecerán de repugnancia ante la comida y de vómitos histéricos. Por la duplicidad de funciones de la zona labial, la represión se extenderá al -instinto de alimentación. Muchas de mis pacientes -- con perturbaciones anoréxicas, globo histérico, opresión en la garganta y vómitos, habían sido en sus --- años infantiles grandes "chupeteadores". (56)

Al respecto, Radó, nos dice que "las manifestaciones psíquicas del erotismo oral están siempre presentes en una forma marcada aún en esos casos de toxicomanías en los que la droga no es in

gerida por la boca". Ya que supone que el erotismo oral se desplaza a la sensación agradable de tener el estómago lleno y en general a una difusa sensación de bienestar de todo el organismo, así, marca que en el niño el disfrute se limita a la zona oral como gratificación sustituta, en tanto que en el Inconsciente del adulto persiste la suposición de que la sola estimulación oral puede reproducir este placer, a esto le llama orgasmo farmacotóxico que es la sensación agradable que se obtiene con la droga.

Así, la droga tiene una función más alejada de la simple búsqueda de placer lo que le hace suponer que "en el farmacodependiente el placer genital es sustituido por el efecto placentero farmacogénico que gradualmente llega a ser el objetivo sexual dominante". "La consecución farmacogénica de placer inicia una organización sexual artificial que es autoerótica y está modelada según la masturbación infantil".

Dado que su sexualidad es autoerótica ésta se halla relacionada con las perversiones requiriendo cada vez más de la droga la cual va sustituyendo las relaciones interpersonales -- del farmacodependiente, así, la droga ocupa el lugar de fuente exclusiva del placer. (123)

Por lo anterior, podemos decir que la farmacodependencia es un estado artificialmente provocado que imitaría el estado maniaco detrás del cual se oculta una depresión.

El farmacodependiente a través de la droga busca escapar a -

una depresión que lo amenaza continuamente pudiendo pensar - que posiblemente descubrió que a través de la droga podía negar esta depresión. (3)

Según Radó existe una "tensa" depresión primaria como base - para la necesidad de tomar droga, y el farmacodependiente -- obtiene con la droga un aumento en su autoestima y una elevación de su estado de ánimo, logrando que desaparezca la distancia existente entre su actual desvalimiento y su yo ideal con el cual se compara.

Sin embargo, cuando pasa el efecto de la droga la depresión inicial reaparece y además se exagera lo cual lleva al farmacodependiente a una "depresión farmacogénica" cuyo curso - cíclico y regularidad demuestran que el yo mantiene su autoestima mediante una técnica artificial. (123)

Rosenfeld dice que "el yo del adicto a las drogas es débil y no posee la fortaleza para tolerar el dolor de la depresión, por lo que recurre frecuentemente a mecanismos maniacos, y - considera que al valor simbólico de la droga, se relaciona - con las fantasías inconcientes vinculadas a la droga y su in gestión y su efecto farmacotóxico que incrementa la omnipotencia tanto de los impulsos como de los mecanismos utilizados".

Por su parte Freud; en el Malestar de la Cultura al hablar - del principio del placer como fin y propósito de la vida, -- plantea que hay 3 fuentes que amenazan el sufrimiento y que

los seres humanos recurren a diversos métodos para aliviarlo y nos dice:

"Las sustancias embriagadoras influyen sobre nuestro cuerpo y alteran su quimismo".

"Los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos; y solo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo".

"El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación no creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y en los tejidos nos procura sensaciones directamente --placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer."

Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí.

"Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de --- existir sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos su estado patológico, el de la manía en que se produce esa conducta como de alguien embriagado. Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lu--

cha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es -
apreciado como un bien tan grande que sus individuos y aún
pueblos enteros les han asignado una posición fija en su eco-
nomía libidinal. No solo se les debe la ganancia inmediata
de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente an-
helada, respecto del mundo exterior". (57)

La farmacodependencia comporta un carácter autodestructivo
que tiene relación con la pulsión de muerte (el efecto farma-
cotóxico es empleado para incrementar el poder omnipotente -
de la pulsión destructiva) así, el farmacodependiente se cir-
cunscribe en una estructura en que la circularidad y la repe-
tición son actuaciones que lo llevan a la autodestrucción.

1.5 Generalidades sobre el consumo de drogas.

Una persona puede empezar a consumir drogas por diversas e incluso múltiples razones. La más sencilla es que el consumo se inicie por la administración de un estupefaciente o una sustancia psicotrópica con fines terapéuticos, no obstante, es frecuente que su uso indebido o abuso se inicie en busca de sensaciones placenteras o por identificarse con un grupo o con una sociedad inclinada al consumo de ellas. (99)

Su efecto agradable (euforia) constituye la primera fase, que es seguida por una segunda que se presenta cuando la persona no experimenta el mismo placer después de la repetida administración de opiáceos, barbitúricos, anfetaminas, etc. por lo que es habitual que empiece a ingerir dosis mayores para intentar experimentar el mismo efecto inicial. (tolerancia). Así, la administración regular y repetida de drogas lleva a una adaptación del organismo a su presencia, de modo que la interrupción de la continuidad del consumo provoca síntomas de supresión (abstinencia). Tales síntomas pueden ser dolorosos y graves y hasta en algunos casos llegar a ser fatales como ocurre con los barbitúricos y los opiáceos, (dependencia física) mientras que otras no producen este efecto, por el contrario causan una compulsión mayor al consumo regular que la necesidad fisiológica experimentada, causando una dependencia psicológica generalmente difícil de eliminar. (LSD, coca

ina, cannabis).

Desde el punto de vista de los efectos psíquicos producidos -- por la droga y el medio en que se toma ésta puede influenciar la experiencia individual, como principalmente ocurre con el consumo de cannabis y los alucinógenos.

El modo de administración (inhalación, ingestión, inyección -- subcutánea-intramuscular-intravenosa) es el primero de los distintos procesos farmacológicos que se producen desde que la -- sustancia es introducida en el organismo hasta que éste lo metaboliza. (108)

Así mismo la reacción es diferente de acuerdo a la cantidad de la sustancia ingerida. Por lo general el efecto aumenta al incrementarse la cantidad de la droga, sin embargo algunas sustancias tienen efectos opuestos según la cantidad que se toma. De acuerdo con la regularidad y la frecuencia de su uso, los efectos de la droga son diferentes, es decir pueden producirse efectos agudos o de corto plazo como son las intoxicaciones, -- o bien efectos crónicos de larga duración.

Las drogas producen sensaciones de tensión y al mismo tiempo alivian tensiones ya existentes, siendo el resultado final la conversión de tensiones penosas en otras agradables.

El efecto de producir estados de bienestar varía mucho en intensidad y cualidad de acuerdo a la manera en que se emplea y

la capacidad del sujeto para reaccionar con ellos.

Por otra parte la dependencia psíquica puede propiciar una compulsión mayor al consumo regular de drogas que la necesidad fisiológica experimentada por quien depende de ellas. Es frecuente que esta compulsión de tipo psicológico provoque la recaída del usuario aún cuando haya permanecido un largo tiempo sin ingerirlas. En este sentido es necesario considerar que este tipo de dependencia es difícil de eliminar dado que los factores sociopsicológicos que sustentan el consumo se hayan siempre presentes. (99)

Ahora bien la farmacodependencia es producto de la conjunción de múltiples factores personales y socioculturales que aunados a las propiedades farmacológicas, la cantidad de droga, su forma de administración y la frecuencia de su uso determinan en gran medida el tipo de adicción, así la farmacodependencia es la etapa final de un proceso que comunmente se inicia con el uso experimental de una sustancia que en un segundo momento es utilizada en forma ocasional para finalmente hacer de ella un uso regular al que comunmente denominamos abuso. (100)

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud define los siguientes términos: (109)

Farmacodependencia es: "El estado psíquico y a veces físico - causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco;

la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del -- comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre - un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continúa o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. "La depen-- dencia puede ir o no acompañada de la tolerancia. Una sola -- persona puede ser dependiente de uno o más fármacos". (109)

Droga o Fármaco es "cualquier sustancia natural o elaborada que al penetrar en el organismo produce cambios fisicoquímicos y/o psicológicos en éste, y cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones".

Dependencia Física: "Estado de adaptación que se manifiesta - por intensas perturbaciones físicas cuando se suspende la admi-- nistración de la droga. Estas perturbaciones son específicos de cada tipo de droga".

Dependencia psíquica o habituación: "Estado en que una droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico -- que exigen la administración periódica o continúa por el pla-- cer que causa o para evitar el malestar". (109)

Síndrome de Abstinencia o Supresión: "Es un cuadro de síntomas y signos específicos de naturaleza física y psíquica caracterís-- ticos de cada tipo de droga. Aparecen cuando la administración de ésta, ha sido suprimida, dependiendo de la intensidad del -

uso del fármaco y toxicidad del mismo".

Síndrome de Tolerancia: "Adaptación del organismo a los efectos de la droga, implican la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud". (109)

Se conocen como drogas psicoactivas a aquellas que son capaces de producir alteración mental. Tales son el cannabis, la cocaína y algunos opiáceos. Existen también las drogas anfetamínicas, alucinógenas y sedantes hipnóticas. (*)

La clasificación de las drogas ** se ha realizado de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona. Tal efecto puede ser de 2 tipos: (49)

- a) Acelerar
- b) Retardar

Las drogas que aceleran la actividad mental y que producen un estado de excitación son conocidas como estimulantes, por el contrario aquellas que retardan dicha actividad se conocen como depresores del sistema nervioso central.

Existen diferentes tipos de estimulantes, algunos de ellos derivados de ciertas plantas en su estado natural como son el café y el té no crean hábito; éstos son conocidos como estimulantes naturales. Aquellos producidos por reacciones químicas se les denomina estimulantes sintéticos éstos son los que pueden producir dependencia. Entre ellos encontramos a las anfetaminas,

(*) Los términos estupefacientes y sustancias psicotrópicas se emplean en un sentido jurídico.

** Ver cuadro Anexo.1

la cocaína y los alucinógenos, éstos últimos provocan excitación mental la cual se manifiesta en forma de alucinaciones. Las drogas que reducen la actividad mental, actúan como depresores del sistema nervioso central; en consecuencia son medicamentos útiles para aliviar el dolor (calmantes, analgésicos, opio y morfina), para inducir y mantener el sueño (hipnóticos, como algunos barbitúricos), para librar de las excitaciones nerviosas o reducir los desórdenes nerviosos (sedantes, como los barbitúricos y los tranquilizantes menores) o para aliviar la ansiedad (tranquilizantes menores, tales como el meprobamato).

Independientemente de la acción farmacológica y por tanto específica de la forma en que las drogas operan sobre los centros nerviosos, los efectos que producen en un sujeto en particular estarán asociados a lo que represente para él, es decir, que sus efectos tienen una función significativa. (123)

Es por ello que en ocasiones puede referirse un efecto de estimulación aún cuando se haya consumido un depresor.

La acción de un fármaco o droga no depende solamente de sus características farmacológicas, sino de lo que se espera de él, de lo que se busca al consumirlo y quien lo suministra, así como lo que dicta el entorno. Del mismo modo la combinación de dos o más drogas no depende de la especificidad de cada una de ellas, sino de lo que cada sujeto espere.

El patrón de consumo y la frecuencia con que se ingieren las drogas; marcan diferentes niveles de acuerdo al tipo de depen-

dencia y los conflictos que como causa o efecto de ésta se presentan podemos hablar entonces de ciertos grados de farmacodependencia; aunque existe diversidad en cuanto a una clasificación única, optamos por considerar los señalados por Centros de Integración Juvenil, siendo los siguientes:

CLASIFICACION DEL CONSUMIDOR DE DROGAS

GRADO I EXPERIMENTADOR

Es aquel que consume alguna droga para tener una experiencia emocional con o sin presencia de una conflictiva personal.

GRADO II SOCIAL

Aquel que, como el anterior no ha desarrollado aún una dependencia hacia la droga, pero la consume en situaciones sociales con relatividad frecuente, observándose cierta conflictiva inter e intrapersonal.

GRADO III FUNCIONAL

Ha desarrollado una dependencia psíquica y en ocasiones física a la droga, tienen una conflictiva franca en la personalidad o existencia, pero su desarrollo en ciertas áreas de la vida (escuela, trabajo, familia, etc.) es más o menos adecuado.

GRADO IV DISFUNCIONAL

La diferencia con el anterior (grado III) es la mayor dependencia hacia la droga, al grado que, el desarrollo en las mencionadas áreas de su vida ha sido entorpecido en forma grave.

ANEXO I

CLASIFICACION DE DROGAS
GRUPOS DE FARMACOS DE ABUSO
(Información General)

I. ESTIMULANTES

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| 1. Aminas Simpaticomiméticas | | Amfetaminas
Dextroamfetamina
Metilamfetamina |
| 2. Cocaína | | |
| 3. Alucinógenos o Psicomiméticos | | L S D
Mezcalina
Marihuana
Psilocibina
Psilocina |

II. DEPRESORES

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Hipnóticos Sedantes | Barbitúricos | Barbital
Fenobarbital |
| | No Barbitúricos | Hidrato de Cloral
Hidrato de Butil Cloral |
| | Etolol * | |
| 2. Ansiolíticos
(tranquilizantes menores,
antineuróticos, ataráxicos) | Clordiazepóxido
Diazepam
Meprobarrato
Metacualona
Benzodiazepinas | |
| | Derivados naturales del Opio | Morfina
Codeína
Heroína |
| 3. Analgésicos
Narcóticos | Pentazocina | |
| 4. Inhalantes (grupo especial) | Xileno
Tolueno
Acetona
Eter
Oxido Nitroso, etc. | |

* Aunque el Etanol (alcohol) está considerado como hipnótico sedante no barbitúrico, se hace referencia específica sobre él debido al amplio consumo de dicho fármaco. (49)

III. OTROS

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Antihistamínicos | Definhidramina |
| 2. Anticolinérgicos o Parasimpaticolíticos. (derivados de la belladona) | Escopolamina
Atropina |
| 3. Antiparquisonianos | Levodopa
Trihexifenidil |

Nota: Esta clasificación toma en cuenta la acción de los fármacos sobre el Sistema Nervioso Central y sus manifestaciones clínicas.

1.6 Generalidades sobre los inhalables.

La dualidad hombre-sustancia desde los comienzos de la vida es indisociable.

Antiguamente el humo aspirado de troncos, ramajes u hojarasca incendiadas era el medio para comunicarse con los dioses. Asimismo los vapores escapados de grietas que se aspiraban en forma accidental provocaban sensaciones a las que se les atribuía un poder mágico. En el transcurso del tiempo la inhalación de vapores o humos va siendo utilizado como un medio de escape momentáneo haciendo posible que la forma y colores se transformen en imágenes masivas, así continuamente nuevas sustancias - que al aspirarse producen sensaciones y estados religiosos, -- erotizantes, adivinatorios o premonitorios, son buscados.

Las tribus de los estados de Veracruz y Tabasco encuentran en el humo de chapopote un estado de complacencia, bienestar y -- aturdimiento. A partir del descubrimiento del petróleo y los productos químicos derivados, se marca una nueva forma de relación hombre-sustancia que altera el funcionamiento del S N C manifestando cambios enzimáticos y neuronales que se traducen en alteraciones neurológicas y psíquicas. (137)

Los avances tecnológicos para obtener productos de uso cotidiano hacen que se incrementen las proporciones mismas que al combinarse dan por resultado la producción de agentes químicos, -- orgánicos y volátiles tales como las gasolinas, pegamentos, pinturas, aerosoles, desodorizantes, desinfectantes y solventes.

Las alteraciones producidas por su inhalación accidental en -- ocasiones pueden ser agradables para los sujetos quienes poste- riormente buscan la repetición de la experiencia a fin de lo- -- ggar nuevamente la sensación producida, haciendo que ello se - convierta en una inhalación conciente y voluntaria.

Su bajo costo y falta de control legal así como la facilidad - de su adquisición determina el inicio de una nueva etapa que - alcanza mayor auge a partir de los 70's. Estas características los hacen convertirse en las drogas favoritas de personas con pocos recursos económicos. (35)

Se consideran inhalables todas aquellas sustancias volátiles - que se encuentran en descomposición de productos domésticos o industriales y se utilizan inadecuadamente aspirándolos o inhá - lándolos; dichas sustancias tóxicas como son el Tolueno, Bence - no, Xileno, Tricloro, Etileno, etc. se encuentran en sustancias como thinner, cemento, tintura de zapatos, gasolina, éter clo- roformo, líquido de tintorería, etc. * (33)

Entre las sustancias volátiles más conocidas existen:

- a) Los solventes industriales
- b) Los aerosoles
- c) Los anestésicos

Los solventes industriales son productos orgánicos líquidos de importancia comercial con propiedades para disolver o dispersar

* Ver cuadro Anexo No. 2.

sustancias de naturaleza orgánica naturales o sintéticas, normalmente insolubles al agua: las múltiples aplicaciones que tienen para hacer soluciones o aplicar recubrimientos las hacen resultar indispensables.

Los aerosoles son productos líquidos, sólidos, o gaseosos (o mezcla de los tres), que se descargan mediante una fuerza propulsora de gas comprimido que los impulsa de su recipiente al exterior a través de una válvula al accionar un dispositivo.

Por último los anestésicos son aquellas sustancias que producen un estado similar al sueño fisiológico; sin embargo son poco conocidos en el campo de la farmacodependencia dado que no se facilita el acceso a éstos.

Dado el uso e importancia de los solventes industriales cabe señalar que se denomina "solvente" a las sustancias que se emplean para disolver materiales resinosos en la industria. Sus componentes tienen funciones concretas por lo que se clasifican en:

a) Solventes activos: Son aquellos que tienen como función disolver las sustancias; estos determinan la viscosidad, el contenido de sólidos de la solución y la velocidad de evaporación del producto que las contiene.

Dentro de éstos se encuentran la acetona, el acetato de etilo, el acetato de butilo, el acetato de Metil-amil.

- b) Co solventes o solventes latentes: Tienen la función de realzar la capacidad de los solventes, además al combinarse con los solventes activos actúan poderosamente aumentando el volumen de la mezcla sin perder su poder solvente e incrementando la tolerancia de los activos ante los diluyentes. En la mayoría de los casos no tienen en sí mismos un efecto solvente propiamente dicho. Entre ellos se encuentran el Metanol, N-Butanol, Tso-propanol.
- c) Diluyentes. Es un ingrediente o componente cuya función es diluir, esto es reducir la viscosidad o dar consistencia adecuada además de controlar la velocidad de evaporación. Su importancia radica esencialmente en el abaratamiento del costo de los productos. No tienen en la mayoría de casos un efecto solvente por sí mismos.

Se consideran como solventes volátiles los pegamentos que contienen en su fórmula Tolueno, Benceno y Xolol; las gasolinas con contenido de naftabencina y tetracloruro de carbono; los solventes y removedores como acetatos alifáticos y otros éteres. (33) (64)

Los solventes industriales deben reunir requisitos de carácter técnico y económico para la obtención de buena calidad de acabados donde se utilizan. Estos requisitos deben ser controlados en cuanto a la propiedad de dispersar sus constituyentes y

en cuanto a la velocidad de evaporación o punto de ebullición, ambas propiedades impactan en cuanto al tiempo de secado. Su poder solvente, grado de dilución, intervalo de destilación color y punto de inflamación son propiedades que guardan un -- factor importante desde el punto de vista del costo y la seguridad para su uso. La toxicidad es una propiedad a considerar para utilizar de preferencia las menos tóxicas. (31)

Los factores comunes de los inhalables son:

- 1.- Que son compuestos integrados por sustancias químicas de uso habitual.
- 2.- La aspiración voluntaria estimula las vías olfatorias que llegan al parenquima pulmonar.
- 3.- El agente químico pasa con rapidéz al torrente sanguíneo y al sistema neuronal determinando alteraciones que se traducen en depresión y/o excitación.
- 4.- Su uso continuo determina adicción, tolerancia y síndrome de abstinencia.
- 5.- La sintomatología clínica presenta características comunes y a la vez variaciones de acuerdo a sus componentes químicos.
- 6.- En su uso y abuso está latente su potencialidad letal para quien las consume. (137)

ANEXO 2

LOS PRINCIPALES DISOLVENTES VOLATILES *

PRODUCTO QUIMICO	PRODUCTO COMERCIAL
1. Tolueno	Cemento plástico Pegamento de aviones Thinner para barnizar
2. Acetona	Removedor de esmalte para uñas
3. Xileno	Cemento para modelismo
4. Gasolina	Combustible para motores
5. Benzeno	Cemento de caucho Líquido limpiador Equipo de reparación de caños
6. Nafta	Combustible para encendedores
7. Hexano	Cemento plástico
8. Hidrocarburos clorinados	
a) Tetracloruro de carbón	Quita manchas Lavado en seco
b) Tricloroetileno	Removedor de grasa Lavado en seco Refrigerante
9. Freones	
a) Tricloromonofluorometano	Aerosoles Refrigerantes
b) Diclorodifluoremetano	Aerosoles Refrigerantes

* Cohen CEMEF 1975 (33)

La acción más importante de las sustancias volátiles es la depresión del Sistema nervioso Central ya que produce síntomas tales como euforia, desinhibición, ilusiones, obnubilación mental, somnolencia y sensación de flotar en el aire. En dosis mayores se observa: hipersensibilidad, irritación, visión doble, estornudos, rinorrea, náusea, vómito, arritmia cardíaca, mialgias, depresión respiratoria y posible muerte. Los efectos a largo plazo incluyen daños a la médula ósea, pérdida de peso, daños en la visión, la memoria y en la facultad para pensar con claridad. Los efectos de estas sustancias comúnmente se generalizan no obstante existe una variación de un rango relativamente amplio de persona a persona, dependiendo básicamente de la interacción del: tipo de droga, personalidad, estado de ánimo y contexto social. (137)

Los inhalables provocan marcada dependencia psíquica poca dependencia física y una gran tolerancia, esto es: el uso compulsivo pues alivia la tensión e incomodidad emocional; asimismo se produce una adaptación del organismo a los efectos lo cual genera una gran necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados satisfactorios. (33)

Ambas situaciones implican peligros graves para el usuario dado que daña severamente el cerebro, la médula ósea, el hígado y los riñones. Del mismo modo su efecto dañino sobre el juicio puede llevar al usuario a provocar accidentes peligrosos, pleitos o producir muertes súbitas a consecuencia de la inhalación

de las sustancias contenidas en los aerosoles.

El uso de inhalantes como problema de farmacodependencia afecta principalmente a niños y adolescentes de clase socioeconómica baja. Su amplia utilización se debe a la facilidad de su obtención ya que no existe prohibición para su venta, pues se consiguen en tlapalerías y tiendas de auto servicio etc. Su bajo costo las hace accesibles a jóvenes de esos recursos. Por la intensidad de sus efectos se hacen asimismo favoritas de las clases media y alta para satisfacer la curiosidad o como resultado de trastornos de personalidad. Es por ello que no son exclusivos de las clases bajas aún cuando entre éstas se encuentra el mayor índice de incidencia debido a que sus efectos son similares a los producidos por el alcohol y los sedantes, es decir, existe inquietud, euforia, pérdida de inhibiciones, agresividad y sentimientos de gran poder que "alivian" las tensiones propias del adolescente quien en numerosas ocasiones la consumen para "calmar el hambre". (31)

Las alucinaciones que provocan son una forma de resolver necesidades o enfrentar en forma fantástica las problemáticas religiosas o morales a fin de compensar la miseria, la ignorancia y no la realización de metas y deseos, o bien la compensación de la heteroagresión que al no considerarse se convierte en autoagresión.

Por otra parte en algunos casos al dosificarse determinan un estado de embriaguez o trastorno de conciencia con la necesidad imperiosa de continuar con las experiencias agradables.

Esto explica la sobredosis que se utiliza sin consecuencia del peligro pues provoca la euforia y el estado de bienestar. La desaparición rápida de sus efectos produce un estado de supor y somnolencia que con dificultad alertan la pérdida del sentido de realidad, los problemas cotidianos pierden importancia y la necesidad de inhalar que es imperiosa suele convertirse en el eje y motivo de vivir.

Algunas investigaciones como la realizada por Cohen en 1973 se ñalan la presencia de personalidades primariamente perturbadas en los inhaladores crónicos jóvenes, esto indica que se encuentran en la línea límite hacia la esquizofrenia, la psicopatía la delincuencia, o bien se hallan abrumados de ansiedad o depresión. Sostiene también que los inhalables son empleados en un esfuerzo desesperado por tratar de reducir las emociones nocivas, las barreras interpersonales y las frustraciones cotidianas. (31)

El mismo autor en 1975 describe las razones de la popularidad de la inhalación diciendo "los disolventes son atractivos porque resultan altamente accesibles a todos los estratos de la comunidad; son baratos o si se necesita pueden ser apropiados; son legales, sobre todo la pintura y los aerosoles, sus empaques son compactos su efecto se siente rápidamente; su impacto se disipa con rapidez permitiendo muchas intoxicaciones y las crudas son relativamente moderadas". (28)

1.7. Adolescencia Marginal e Inhalantes.

El joven se halla incerto en una familia que le impone reglas y valores particulares a su estrato social; con el deseo de satisfacer algunas necesidades, se ve obligado a saltar de la infancia a la adultez lo cual implica por lo menos 2 conflictos: la primera se refiere:

- a) A qué es la definición sexual que se adquiere con la genitalidad y apareamiento, la segunda es
- b) Cómo reproducir el rol adulto.

Así el niño llega a la adolescencia antes de madurar sexualmente y con un caudal de conocimientos que le hacen actuar precozmente. En el adolescente de áreas urbanas suele prolongarse este período de tal modo que se le permite elaborar la pérdida y la consecuente depresión de sus privilegios infantiles, pero esto mismo no sucede con el niño campesino en el que la típica crisis aparece por la imposición de la sociedad a la familia de que el niño debe de cumplir un proyecto de vida. El proyecto de los padres sobre los hijos no siempre resulta claro y satisfactorio para el adolescente por lo que es posible que surjan en ellos expectativas diferentes que le hacen entrar en un serio conflicto y enfrentarse a alternativas que no siempre resultan adecuadas. Así, vemos que algunos niños campesinos recurren a la emigración teniendo esto ciertas consecuencias. (41)

La emigración no es un simple traslado del campo a la ciudad, incluso rara vez se lleva a cabo de un solo golpe, es quizá - simplemente un proceso que implica decisión de abandonar el - lugar de origen con todos los preparativos y la depresión con - secuente como pérdida de un objetopreciado.

El asentamiento se lleva a cabo junto con el peregrinaje y po-
teriormente la necesidad de adopción de nuevas reglas de esta
nueva comunidad. Aunado a esto, el campesino que no emigra a
la ciudad, sino a la población marginal (*) donde se ubica ca
sí siempre un fuerte conflicto, por un lado no es posible in-
corporarse a la ciudad debido a sus limitaciones culturales,
donde los medios de producción lo orillan más a la marginación,
así como la necesidad que lo obligó a abandonar el campo le -
impide de igual manera regresar a él, apareciendo la depresión
social donde no existe alternativa aparente ni para ellos ni
para la sociedad en que actualmente vive. (39)

Obsérvese el común peregrinaje de uno y otro lado, el deseo de
emigrar aumenta y se acompaña muchas veces de un fracaso reite-
rado, el cual les obliga a moverse. Así este deambular obliga
a las familias y los individuos a buscar una identidad ambien-
tal ante el sentimiento de no pertenencia a algún sitio, lo --
cual trae como consecuencia en la estructura familiar una des-

(*) Paso intermedio entre la ciudad y el campo, nexo que se
comunica en dos formas de vida diferentes y que al cho-
car produce áreas marginales.

personalización que los obliga a mantenerse en el anonimato y a sentir y vivir esa pérdida.

Los hijos al no poder ser incorporados (cuando terminen la escolaridad) a la cultura, frecuentemente presentan sentimientos de frustración apareciendo la consecuente rebeldía que es volcada hacia el padre ya que tanto uno como el otro acusan y se quejan, dado que por ejemplo los adultos mencionan que la vida en el campo es peor que la de la ciudad, haciendo que por su lado los jóvenes solo vivan el aquí y el ahora de una realidad material.

Por su parte la sociedad determina e impone muchas reglas desde el modo en cómo vestirse, hasta la manera de cómo actuar en un determinado lugar y con algún tipo de persona, y esto provoca la inconformidad de los hijos por lo que es común que los enfrentamientos con los padres les obliguen a abandonar el hogar. Al principio mantienen un contacto con el mismo asistiendo a comer o a dormir pero al aumentar en la familia la marginación se ven presionados a reunirse y vivir con el grupo de amigos los cuales se encuentran en igual situación y donde la relación entre sí es de respaldo, seguridad y compañía. De esta manera, hacen frente a todos los problemas y enemigos. Sin embargo al estar juntos participan inicialmente en juegos infantiles que les satisfacen pero que al ir creciendo los van sustituyendo por otras actividades donde la necesidad de sentir placer conlleva a vivenciar algo diferente.

Así es como el consumo de inhalantes aparece al igual que actividades delictivas. Esta situación por un lado se ve reforzada al no poder obtener trabajo y básicamente dedicarse a escondidas a inhalar, cuando llegan a ser sorprendidos son hostilizados y maltratados lo cual hace que se automarginen.

La automarginación del adolescente se debe en gran parte a las condiciones donde se desarrolla y dentro de las cuales no es posible que logre un cambio radical, así por ejemplo, se podría pensar que la vida familiar del adolescente inhalador es siempre precaria a nivel afectivo; las formas de afecto se logran luchando tenazmente contra las condiciones adversas a fin de lograr lo indispensable, muchas veces los padres se quedan sin comer y en ocasiones se la pasan buscando día y noche. Cuando el padre desaparece o cuando la familia entra en crisis el afecto se hace manifiesto a través de la violencia, no sólo a nivel físico y de golpes sino también en ciertas deprivaciones de figuras centrales en la familia. (39)

El afecto está presente, pero encubierto con un gesto de agresión la comunicación a través de gritos y de golpes, lo que -- significa "existo, aquí estoy". Dentro de la ignorancia no es posible aprender demostraciones sofisticadas de afecto, no -- sienten vergüenza por los sentimientos e incluso existen demostraciones en cualquier lugar público, amamantan el bebé al -- igual que corrigen a los hijos mayores a golpes, gritos y fra-

ses o palabras que los devalúan aún más.

Así también existen costumbres de alojar a los parientes y extraños en las pequeñas viviendas, lo cual provoca el hacinamiento: el medio facilita la incorporación y salida de los diferentes miembros de manera tal que esto no permite la identificación con objetos primarios permanentes, el desamparo produce entonces, sentimientos de soledad, frustración, tristeza y depresión.

Y así "la dificultad de vivir se compensa por la facilidad de morir" ya que las condiciones de desnutrición, insalubridad y medios violentos hacen que la muerte se viva como un hecho cotidiano para el inhalador; el pueblo y la comunidad la conocen de cerca y desde siempre. Es presenciada por todos y la cultura y el hacinamiento favorecen para que el muerto no se separe de la familia, y es el mismo cuarto donde se duerme, se come, se odia y se ama, donde también se muere. Así entonces, el dolor, el duelo y la depresión se viven reiteradamente y la necesidad de manifestar tan dramáticamente el dolor, con uso de motricidad, gritos, contracciones, desmayos y en general conductas tan aparatosas como impresionantes, les permite física y psíquicamente descargar toda la depresión en forma abrupta, ya que no es posible llevar a cabo un duelo prolongado por semanas o meses, pues los apremios económicos y la solución a problemas inmediatos lo impiden.

Casí siempre la pérdida intelectual y afectiva requiere de un

proceso donde el sentimiento melancólico es necesario para meditar, reposar y salir adelante, lo que no sucede con la población marginal. (39)

CAPITULO 2**DEPRESION**

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA DÉPRESION.

La depresión es un problema que ha ido incrementándose en forma notable en los últimos años. Sus características actuales la colocan dentro del campo de la salud pública debido a que aún cuando "no es una enfermedad grave salvo en contadas ocasiones, suele causar grandes sufrimientos al enfermo".

Su difícil clasificación como proceso morboso, su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad han hecho que se le considere como "la enfermedad de las paradojas". (16)

No obstante el uso del término depresión se introduce aproximadamente hace un cuarto de siglo, el cuadro psicopatológico fué descrito desde siglos atrás como una entidad clínica cuyos síntomas principales tales como la tristeza, la suspicacia y la tendencia al llanto entre otros se manifiestan ante el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y/o las dificultades familiares.

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado pues además de ser el problema más frecuente en el campo de la salud mental, es un padecimiento que acarrea muchos trastornos al ser humano, dado que la depresión es el estado emo--

cional que con más frecuencia se presenta. Si bien la primera parte de este siglo fue considerada como la época de la angustia, la segunda va siendo la época de la melancolía, ya que en la segunda mitad de este siglo hemos visto cómo los cambios -- del siglo XX entran en conflicto con los moldes del siglo XIX, pues los cambios sociales y económicos son múltiples. Actualmente, sabemos que los recursos de la tierra son limitados y -- la población humana se ha expandido en forma no controlada. La gente va en torrentes desde las zonas rurales a las ciudades, ya de por sí densamente pobladas, el campesino al llegar a las ciudades encuentra pocas raíces y pocas oportunidades. La -- ciudad industrializada e impersonal se opone a la vida emocional e ideológica de la vida rural. Para la gente que migra, a la ciudad la crisis depresiva es frecuente, ya que generalmente no se llega a adaptar a las necesidades que una sociedad -- urbana impone. La clase media se ve amenazada por los cambios y aumento de competencia, lo que le lleva indudablemente a la depresión que lo atrapa en el laberinto de los problemas. (16)

Así entonces es imposible imaginar que exista ser humano alguno que no haya sufrido el síntoma de la depresión, ya que generalmente se manifiesta dicho sentimiento de diversas formas, -- por ejemplo el término melancolía, da lugar a controversias, -- porque se considera a ésta, cuando en el sujeto hay tristeza, infelicidad o pesimismo y en otros casos como sensación de soledad.

Sin embargo tenemos que diferenciar el síntoma de la enfermedad depresiva propiamente dicha, la cual es considerada muchas veces como entidad nosológica (*) donde comparte una serie de síntomas.

Puesto que desde el punto de vista semántico el término depresión significa diferentes cosas en tanto puede considerarse simplemente como un sufrimiento, un estado, un síntoma o un síndrome, o bien como una enfermedad presuntamente bien definida; en el presente capítulo mencionaremos la clasificación de la depresión, y las 2 entidades psicopatológicas para concluir con algunas aportaciones de la postura psicoanalítica.

(*) El término entidad nosológica es utilizado aquí como sinónimo de cuadro psicopatológico.

2.1 Definición y clasificación de la depresión.

El término depresión alude a cualquier estado, desde un estado de ánimo totalmente normal en el hombre hasta un síntoma o un síndrome, o bien para algunos una entidad psicopatológica. Esta situación genera un problema en tanto el término se emplea para describir el estado mental de alguien que ha perdido un ser querido o algún objeto preciado; o bien para referirse al estado de ánimo de un sujeto que padece un trastorno psicótico. Así algunos estados clínicos o conductas semejantes se definen como una categoría y ésta se emplea para describir una amplia variedad de situaciones del ser humano desde la reacción de pena normal y adaptativa hasta la respuesta depresiva primaria o endógena muy inadaptada. (122)

Considerando a la depresión como un estado general del organismo en el que se presenta por lo menos uno de los cambios en -- las áreas psicomotora, afectiva e instintiva se ha intentado -- hacer innumerables calificaciones de la depresión o de los -- estados depresivos de acuerdo a los factores etiopatogénicos, a un criterio etiológico, o bien fenomenológico. Este último la subdivide en:

a) endógena b) orgánica c) reactiva

En relación a la etiología de la depresión aún cuando existen pocos fundamentos acerca de los factores ambientales y/o situacionales, se le considera como exógena o endógena, neurótica o

psicótica.

Muchas depresiones son reacciones ante factores ambientales y configuran un cuadro reactivo. Los factores exógenos son comúnmente inespecíficos y a la vez dependen de la reactividad individual por lo que las diferencias interindividuales e intraindividuales son de vital importancia.

Otras pueden ser resultado de la acción de un agente psicológico como una pérdida interna o la persistencia de situaciones conflictivas no resueltas; a éstas se les conoce como depresiones psicógenas, ya que implican una depresión anormal de etiología psicológica que en muchas ocasiones suele aparecer cuando la causa aparente ha pasado y puede persistir aunque haya desaparecido el factor psicológico ya sea casual o desencadenante.

La denominación depresión reactiva se utiliza para designar -- las depresiones usuales por pérdidas también usuales, dentro de las condiciones de la vida diaria. La depresión reactiva es conocida como el pesar y la pena que se expresan formal y socialmente en el duelo y en el luto. Cuando el cuadro se torna anormal se le denomina reacción psicótica depresiva. (19)

Desde el modelo médico se ha observado el gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos, obviamente no incluidos en los cuadros neuróticos y psicóticos. Esto motivó a los

expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la clasificación internacional de enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979.

Este grupo bajo el rubro 311 y con el nombre de Trastorno Depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico penoso y molesto pero definitivamente curable con los recursos actuales.

La OMS lo define como: "Estado de Depresión, generalmente de intensidad moderada pero en ocasiones acentuada, que no está relacionado directamente con los cuadros maniaco depresivos o con otras formas depresivas psicóticas y en las cuales no aparece una asociación con eventos catastróficos y otros problemas que lo puedan clasificar con el nombre de Depresión Neurótica". (15)

La historia clínica de algunos pacientes, las múltiples investigaciones y las controversias establecen que las causas ambientales y psicológicas son factores determinantes para considerar a la depresión como exógena o reactiva; en otros en los que no existen factores desencadenantes evidentes se le considera como endógena, sin embargo en la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos subgrupos, pues además muchos expertos de la salud mental utilizan el término de depre-

sión psicótica, por esta razón este tipo de clasificación no debería usarse.

2.2 Neurosis Depresiva.

La neurosis depresiva es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de la energía, una reducción de la autoestima, autodepresión, trastornos del apetito y del sueño, y una ansiedad con otros síntomas. Estos síntomas comprenden con mucha frecuencia grandes necesidades de dependencia, sentimientos de culpa o de insuficiencia, fatiga, disminución del interés, dificultad en la concentración y una variedad de afecciones somáticas. Según el DSM III el trastorno se debe a un conflicto interno o a un acontecimiento precipitante identificable como la pérdida de un objeto amado o de una posesión estimada. Esta categoría también ha sido llamada depresión reactiva. El neurótico depresivo sufre solo una alteración limitada de la valoración de la realidad y del funcionamiento interpersonal. (118)

El acceso depresivo sobreviene a consecuencia de experiencias vividas como frustrantes, tales como la decepción, el duelo, la pérdida de aprecio o el abandono etc. o en situaciones que hacen surgir un sentimiento de inseguridad más o menos reprimido y hasta entonces más o menos bien compensado. Así la frustración genera agresividad y ésta culpabilidad, manifestada como el miedo de perder la estimación y el afecto de los otros, aún cuando la agresividad tiende a revertirse contra el sujeto mismo.

En general, la neurosis depresiva empieza como una reacción a una pérdida o fracaso de algún tipo. La pérdida puede ser una muerte o un disgusto con el objeto amado. La depresión también puede aparecer por un fracaso en vivir de acuerdo con las propias normas o conseguir las propias metas personales o vocacionales. Cualquiera que sea la causa inmediata, la depresión se caracteriza por una pérdida de autoestima.

Entre los signos y síntomas físicos observamos que aparentemente el paciente puede parecer claramente desgraciado y abatido. Puede parecer cansado y desanimado o incluso apático. Generalmente hay una falta de vivacidad y color en el lenguaje y modales.

El neurótico depresivo puede quejarse de fatiga, pero tiene dificultad en conciliar el sueño y, una vez dormido, su sueño es intermitente. Algunos pacientes parecen huir en el sueño de sus preocupaciones y angustias.

Su apetito puede estar disminuído, sin embargo algunos pacientes recurren a la comida como un alivio. Casi todos los sujetos deprimidos experimentan una intensificación de sus deseos orales durante períodos de depresión, pero sólo en algunos de ellos estos deseos toman la forma de comer más. Otra variedad de enfermedades físicas donde tienen lugar estados depresivos pueden ser a causa de trastornos hormonales como la disfunción tiroidea, la menopausia, y la disfunción corticosuprarrenal.

Así mismo la malnutrición y los trastornos electrolíticos pueden producir estados depresivos.

De igual modo los trastornos del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple y tumores cerebrales, también pueden producir síntomas depresivos.

Desde el punto de vista psicológico notamos que el paciente se queja ordinariamente de un trastorno doloroso del estado de ánimo. Al describir este cambio en su humor tiende a utilizar palabras tales como: "melancólico", "triste", "desgraciado", "desesperado" y "deprimido". Con frecuencia describe una disminución o pérdida de interés en sus actividades habituales y puede quejarse de dificultad de concentración.

Se siente despojado de apoyo emocional, vacío y solo, culpable y sin valor, o inferior e insuficiente. Generalmente es auto-crítico y autoderogatorio.

La neurosis depresiva produce en general alteraciones perceptibles en el juicio crítico del paciente, de sí mismo y de los demás. Se encuentran de manera invariable negación y distorsión de varias facetas de la realidad.

El paciente pide a menudo apoyo emocional, como afecto, confianza simpatía o atención. Sus quejas pueden servir al propósito de despertar simpatía y apoyo. Con frecuencia, sin embargo, sus quejas son tan hostiles o imperiosas, sus necesida

des tan insaciables, que frustra su propio propósito exasperando o indisponiendo sus fuentes potenciales de apoyo.

Los pensamientos suicidas faltan raramente en los pacientes deprimidos. (47)

2.3 Depresión psicótica o crisis de melancolía.

"La crisis de melancolía es un estado de depresión intenso vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el entretencimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras". (47)

Se considera que puede aparecer en cualquier edad pero se presenta con mayor frecuencia en el período involutivo de la vida, sin causa ni ocasión aparente conforme a la concepción clásica de la depresión endógena; sin embargo es común que su inicio sea a partir de un shock emocional o una situación de conflicto. Cabe aclarar que en todos los casos, los factores anteriormente mencionados solo favorecen la expresión cíclica de una personalidad con características específicas.

El estado melancólico aparece con lentitud manifestándose por astenia, cefalea o dificultades para el trabajo; falta de interés o insomnio que se va agravando progresivamente.

Generalmente permanece sentado e inmóvil su expresión es pálida y con una máscara de tristeza, mirada fija y presenta aburrimiento por lo que no habla, solo gime o llora.

Se observa como síntoma constante la inhibición psíquica que se caracteriza por una reducción del campo de la conciencia, ideación lenta, asociación dificultosa, etc., en el lenguaje prevalece el semimutismo o mutismo y hay disminución de la mo-

tricidad.

Es común encontrar el sentimiento de menosprecio que se dirige al sujeto mismo, quien se acusa de faltas que la mayoría de -- las veces tienen poca importancia (declaraciones fiscales insuficientes, faltas sexuales etc.). Casi siempre se percibe como una persona grosera, poco honesta y en general se autoacusa con sentimientos de indignidad.

Dentro de los deterioros que se observan en estos pacientes, - encontramos las dificultades en pensar, concentrarse y mante-- ner relaciones permanentes y constantes con la realidad, así - mismo se presentan los frecuentes trastornos del sueño caracte-- rizados por la dificultad en conciliarlo y en despertar a las primeras horas de la mañana.

Es también frecuente el rechazo de los alimentos hasta la más desesperada resistencia de enfrentarse a éstos. Esta conducta no siempre apunta hacia el suicidio como tal, ya que es difícil acceverar hacia donde aparece esta tentativa. Incluso en - algunos casos, durante el estado de convalecencia puede presen-- tarse; en ocasiones se prepara con gran habilidad disimulada - con sumo cuidado.

Existen diversas formas clínicas en que la melancolía se pre-- senta acompañada de otros síntomas, desde el punto de vista si miológico (*). Entre ellas encontramos: (47)

a) Melancólica Simple, que se caracteriza por el sufrimiento

que produce la impotencia y la improductividad intelectual, además, en esta se observa fatiga, inacción y astenia.

- b) Melancolía Estuporosa: alcanza una máxima inhibición psicomotora donde el paciente mantiene una expresión de dolor y desesperación al no poder hablar, comer o realizar algún movimiento.
- c) Melancolía Ansiosa: predomina la agitación ansiosa por la intensidad del miedo que se vive como un verdadero pánico golpeándose la cabeza, el pecho, sollozando y suplicando - ante los tormentos que le impulsan a evadirse y buscar la muerte. (ideas de suicidio constantes).
- d) Melancolía Delirante: se caracteriza por la aparición de ideas de tipo delirante cuyos temas se centran en ideas de culpabilidad, frustración, hipocondría, influencia de dominación, posición y de negación, las cuales surgen como una manera de enmascarar la angustia.
- e) Existen también otras formas clínicas por ejemplo los estados mixtos maniaco-depresivos en los que se combinan los síntomas propios de la melancolía y la excitación (manía-melancolía).
- f) Formas monosintomáticas: las crisis se reducen a uno o varios síntomas u equivalentes psicosomáticos.

Si tratamos de definir la depresión como un síndrome es necesario señalar que el término síndrome designa el conjunto de síntomas de una enfermedad esto es, un complejo de síntomas que -

se sabe que ocurren en forma conjunta. (158)

Ahora bien como síndrome depresivo se considera aquella sintomatología que está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión y por pérdida de interés o placer o actividades o pasatiempos habituales. Esta alteración es --acusada, relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. (118)

Así entonces los signos y síntomas incluyen alteraciones del apetito, cambio en el peso, agitación o enlentecimiento motor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad, dificultades de concentración, ideas de muerte e intentos de suicidio. Los pacientes con este síndrome manifiestan su dificultad para quejarse, y su iniciativa se encuentra inhibida, se cansan fácilmente y en ocasiones los síntomas están enmascarados de sensaciones de fracaso personal con poco amor propio, y pérdida de la confianza. Cuando este síndrome aparece en los niños -- existe una constante tristeza que se observa en la expresión facial, así como en algunas incapacidades para mantenerse sentado, y poder controlar el tirar de su cabello, y con una gran pobreza en el lenguaje, haciéndose éste lento y monótono.

Finalmente podemos considerar que un síndrome depresivo al ser una "yuxtaposición fortuita de síntomas (Wiraud)". Casi siempre engloban una relación de tres esferas como son la mente -- que se manifiesta en una culpa persecutoria, ideas delirantes y deseos de muerte; así como el cuerpo donde aparecen comportamientos de anorexia y finalmente se encuentra el ambiente que

se representa por conductas de autocastigo, sumisión, y pérdida de la autoestima y capacidad de amar.

2.4 Postura Psicoanalítica.

Si bien hemos descrito desde el modelo médico los cuadros depresivos, ahora abordaremos el problema de la melancolía desde los postulados de Freud quien en 1914 hace público su interés en el tema vinculándolo a sugerencia de Abraham con la etapa oral de lo líbido; no obstante ya en 1895 había intentado explicar en términos neurológicos lo que ahora es descrito como estados de depresión.

Así en 1914 Freud habla de la melancolía estableciendo una comparación entre ésta y el estado de duelo ya que suponía la existencia de una coincidencia tanto del cuadro total de ambos estados como también de las influencias de la vida que las ocasiona. Freud dice "el duelo es por regla general la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces". (58)

En que consiste esta reacción y cómo termina es parte de un proceso intrapsíquico por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente del objeto; tal proceso se ejecuta pieza por pieza y en él se invierte un gran gasto de tiempo y de energía de investidura del aparato psíquico que se presenta mediante desviaciones de la conducta normal sin ser un estado patológico. Tales desviaciones como son la pérdida del inte-

rés por el mundo exterior la pérdida de la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor y el extrañamiento respecto a la productividad; se observa cuando el objeto amado ya no existe más y el trabajo de duelo se inicia siendo necesario quitar la libido de sus enlaces con dicho objeto.

Ahora bien, cómo se lleva a cabo este trabajo de duelo?

Según Freud frente a una elección de objeto se halla una ligadura de libido y ante un desengaño o afrenta de la persona amada sobreviene un sacudimiento de ese vínculo de objeto; el resultado normal ante esta afrenta es un quite de la libido y su desplazamiento a uno nuevo.

A esta exhortación se opone la renuncia a abandonar esa posición libidinal, de tal modo que el objeto perdido continúa existiendo en lo psíquico y los recuerdos en que la libido se amoldaba al objeto son clausurados y sobreinvertidos; en el duelo normal vence la pérdida de objeto y mientras persiste absorbe de igual modo todas las energías del yo.

De este modo, al absorber la energía el yo, se deja llevar por la suma de satisfacciones narcicistas que la de estar con vida y desata su ligazón con el objeto aniquilándolo. Esta desatadura se cumple lentamente y al término del trabajo de duelo se ha disipado el gasto que requería.

Desde el punto de vista tópico, Freud dice que la representación cosa inconsciente del objeto es abandonada por la libido

ya que si el objeto no tiene para el yo una importancia tan -- grande que sea reforzada por millares de lazos, tampoco es apto para causarle duelo.

El duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándolo muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida; de igual modo con la batalla parcial de ambivalencia afloja la fijación - de lo líbido al objeto desvalorizándolo y de este modo se abre la posibilidad de que después de que la furia de desahogó o - se resignó el objeto por carecer de valor, el pleito se termina dentro del inconsciente.

El melancólico ha perdido el respeto por sí mismo lo que permite inferir que al sufrir la pérdida del objeto en sus declaraciones surge una pérdida de su yo.

Si recordamos que el proceso normal ante la afrenta con la persona amada es el desasimiento de la líbido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, observamos que en el caso de la melancolía este proceso toma un camino distinto en que la investidura de objeto es cancelada y la líbido libre no es desplazada a otro objeto sino que es retenida en el yo de tal modo que establece una identificación con el objeto resignado y la sombra de este objeto cae sobre el yo siendo éste juzgado como el objeto abandonado; así la pérdida del objeto se muda en una -- pérdida del yo y el conflicto entre el yo y la persona amada - en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por -- identificación.

Si bien hemos mencionado una disposición enfermiza en el melancólico ahora podemos considerar que esta remite al predominio del tipo narcisista de elección del objeto.

Si la elección de objeto se cumple sobre una base narcisista la investidura de objeto regresa al narcisismo si tropieza con dificultades por lo que la identificación narcisista con el objeto se convierte en el sustituto de la investidura de amor.

Esta regresión corresponde a un tipo de elección de objeto del narcisismo originario en que la identificación con el objeto es por vía de la devoración de acuerdo con la fase oral canibalística del desarrollo libidinal. A esto se debe según Abraham la repulsa de los alimentos que se presenta en casos graves de estados melancólicos.

Así pues, es posible decir que una característica de la melancolía es la regresión desde la investidura del objeto hasta la fase oral de la libido que pertenece todavía al narcisismo.

Por otro lado, la melancolía dice Freud, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece -- certificada; algunas de estas formas clásicas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas. Supone además que en las personas en que se observa la melancolía existe una predisposición enfermiza, y nos dice: "la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una reba-

ja del sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de autocastigo". (58)

Es evidente que la melancolía puede ser una reacción frente a la pérdida del objeto amado, pero ésta es la naturaleza más ideal ya que el objeto no está realmente muerto sino que se perdió como objeto de amor, sin embargo en ocasiones no es posible discernir con precisión lo que se perdió, lo que permite pensar que el enfermo no puede apresar en su conciencia lo que ha perdido y de este modo puede saber a quién perdió, pero no lo que perdió de él. Así entonces la melancolía es una pérdida de objeto sustraída de la conciencia.

Esta pérdida desconocida produce una inhibición enigmática en la que el rebajamiento del sentimiento yoico muestra un empobrecimiento del yo, es decir, el yo se encuentra pobre y vacío y es por esto que el enfermo se hace reproches y se denigra esperando repulsión y castigo; a este delirio de insignificancia se auna el insomnio y la repulsión del alimento desfalleciendo la pulsión que compete a aferrarse a la vida. La falta de interés, la incapacidad de amar y la incapacidad para el trabajo son consecuencia de un trabajo interior que devora al yo.

La melancolía toma prestados una parte de los caracteres del duelo y otra parte a la regresión desde la elección narcisís-

ta del objeto hasta el narcisismo.

"La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor, y cuando preexiste la disposición a la neurosis obsesiva el conflicto de ambivalencia presta al duelo una conformación patológica y lo compete a exteriorizarse en la forma de unos -- autoreproches, a saber, que uno mismo es culpable de la pérdida del objeto de amor, vale decir, que lo quiso". (58)

En la melancolía, si el amor por el objeto no puede resignarse, se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con el objeto sustituido insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento satisfacción sádica.

La investigación de amor del melancólico en relación con su objeto experimenta un destino doble: una parte regresa a la identificación pero otra parte regresa hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto, por influencia del conflicto de ambivalencia. Este sadismo resella el enigma de la inclinación al suicidio del melancólico.

Freud nos dice "el análisis de la melancolía nos enseña que el yo solo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si es posible dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior".

Finalmente nos dice que las tres premisas de la melancolía son:

la pérdida del objeto, la ambivalencia y la regresión de la -
líbido al yo.

M. Klein aumentó el interés en el tema de la depresión como -
un cuadro clínico más; ya que con su nuevo enfoque teórico --
postula la posición depresiva como esencial y fundamental en
el desarrollo humano.

El proceso de la introyección de los objetos ocurre al inicio
de la vida y con esto se establece el origen del superyo pro-
bablemente al final del primer año. Esta estructura se rela-
ciona con la división de imágenes de los padres en la infancia
temprana concibiéndolas en idealizadas y fantásticamente ma-
las.

Durante la posición esquizo-paranoide, que existe hasta los 3
ó 4 meses de vida el lactante forma relaciones de objeto par-
ciales con el cuerpo de la madre, particularmente con su pe-
cho así los objetos son divididos en buenos o ideales y malos
o persecutorios manteniéndose por tanto separados el amor y -
odio. Esta fase es llamada pre-ambivalente.

Al finalizar este período surge la posición depresiva aproxi-
madamente hasta el octavo mes; la madre es percibida por el -
niño como un objeto completo y la relación entre los 2 se t--
transforma en ambivalente. Así en este proceso el yo se orga-
niza al crecer y sus imágenes internas se acercan más a la rea-

lidad, de ahí surge la necesidad de esta estructura para preservar a los objetos y el temor a su pérdida. (76)

Todo esto explica los casos de cuadros mixtos con tendencias persecutorias y melancólicas, así entonces la depresión del adulto no es más que un regreso a esta fase del desarrollo.

Otro aspecto importante de la teoría Kleiniana son las ideas acerca de la envidia. Se plantea que el dañar la fuente primaria de la bondad (pecho) da por resultado que el objeto bueno se convierta en crítico y envidioso; es decir la figura superyóica en la cual se ha proyectado la envidia se vuelve perseguidora e interfiere con todo el proceso creativo. Por tanto para entender al deprimido es necesario entender la dificultad de éstos en el acto productivo. (75)

Los planteamientos de Klein concuerdan con las observaciones llevadas a cabo por el grupo de Chestnut Lodge en un trabajo que realizaron M. Blake y colaboradores. En dicho estudio -- analizaron doce pacientes durante 1 a 5 años, los cuales presentaban un diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva; dentro de los aspectos significativos que en este grupo se encontró destacan: (29)

- a) La situación de la familia que se coloca en una situación aislada y con un bajo prestigio en la comunidad.
- b) El hijo o paciente identificado es utilizado para mejorar la posición de los padres.

- c) El paciente es el favorito y el que presenta mayores capacidades.
- d) Es común un problema de envidia respecto a los que le rodean y que presentan escala superior en la esfera social.
- e) El sujeto sufre severas divisiones porque, el padre más querido por él es quién le falló económicamente.
- f) El paciente sufre alteraciones de su sistema de valores.

Así también encontramos ideas que critican las aportaciones de Klein; y dentro de éstas se encuentra Mendelson que plantea que "La escuela de Klein se torna en ocasiones reminiscente de la casuística de la edad media, cuando los objetos que se introyectan se vuelven algo concreto y delimitado ya que el lactante al introyectar el objeto total y parcial, para proyectarlo en el mundo externo o reintroyectarlo contra éste en partes, destruyéndolo o reconstruyéndolo; uno parece recordar la concepción animista de los seres primitivos". (93)

Por otro lado Karl Abraham fue el primero que aportó al psicoanálisis sobre el problema de la depresión. Refiere que en los casos de neuróticos estos abandonan sus impulsos sexuales sin obtener gratificación, regularmente se sienten poco amados y por lo tanto son incapaces de querer a los demás. Sostiene también que los deprimidos llegan de una manera regresiva a la primera escala del desarrollo, y considera que la hostilidad y el contenido de los autoreproches son dirigidos a la ma-

dre como resultado del destete. Para demostrar esto Abraham, hace incapié en dos síntomas relacionados con los alimentos y que se manifiestan en pacientes psicóticos; estos son: el rechazo de la comida y el temor a morir de hambre. (2)

Sandor Radó realiza aportaciones a la teoría de la melancolía, destacando que los enfermos de depresión dependen de otras personas para mantener alta la autoestima, la cual se ve amenazada por el superyó. Afirma que se caracterizan por un sadismo devorador contra los objetos amados y cuando se pierde el objeto amado, aparecen necesidades narcisísticas, que se manifiestan en agresiones en contra del propio sujeto.

Así se habla de una estructura superyoica la cual se encarga de provocar autocastigo por medio de reproches y remordimientos que se dirigen hacia el yo.

Las raíces más profundas del melancólico se encuentran en los paroxismos de ira en el lactante voraz. El lactante divide a la madre en buena y mala, lo cual determina un papel esencial para la formación del superyó temprano; este sentimiento es borrado bajo la influencia del impulso amoroso, sólo que en el melancólico la división continúa imperante. (124)

Edith Jacobsen aportó numerosas contribuciones al problema de la depresión, sus fundamentos se basan en las ideas de la Psicología del yo entremezcladas con algunos conceptos de Melanie Klein.

Para ella, el problema central del melancólico es la autoestima, los sentimientos de inferioridad, el empobrecimiento y la desesperanza que constituyen los determinantes de las heridas narcisistas.

Asimismo plantea que existe una diferencia entre la depresión psicótica y la neurótica, y que ésta básicamente tiene que ver con el proceso regresivo de la organización de la personalidad. Esta característica aparece sólo en la psicosis, y se debe a un defecto en el desarrollo del yo y el superyó, el cual permanece en el nivel pregenital, como resultado de deprivaciones emocionales tempranas, es decir, cuando los padres han sido devaluados demasiado temprano, estos repiten la devaluación de los objetos amorosos, promoviendo una inágen y autoestima disminuída, ya que el superyó al estar investido de imágenes arcaicas de los padres manifiesta su omnipotencia y una opresión hacia el yo, de ahí que los pacientes deprimidos se muestran con una gran dependencia.

El aislamiento y la introyección de las características del objeto amado son algunos mecanismos que describe la autora en relación al melancólico, el cual al utilizar dichos mecanismos mantiene la autoestima baja. (68)

CAPITULO 3**METODOLOGIA**

M E T O D O L O G I A

3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACION

Esta investigación pretende establecer una comparación - del índice de los síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y otro grupo de adolescentes no inhaladores, a fin de aportar información sobre el problema de los síntomas de depresión y su relación con la inhalación de sustancias volátiles.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El consumo de sustancias volátiles influye en el nivel de depresión en el adolescente?

3.3 HIPOTESIS

1. a) NULA.- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre dos grupos de adolescentes, uno inhaladores y otro no inhaladores, utilizando el MMPI y el ZUNG.
- b) ALTERNA.- No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre dos grupos de adolescentes, uno inhaladores y otro no inhaladores, utilizando el MMPI y el ZUNG.

2. a) NULA.- Existen diferencias significativas en la combinación de las escalas 2 y 7 del MMPI entre el grupo de adolescentes inhaladores y el grupo de adolescentes no inhaladores.
- b) ALTERNA.- No existen diferencias significativas en la combinación de las escalas 2 y 7 del MMPI entre el grupo de adolescentes inhaladores y el grupo de adolescentes no inhaladores.
3. a) NULA.- Existen diferencias significativas en la combinación de las escalas 4 y 9 del MMPI entre el grupo de adolescentes inhaladores y el de adolescentes no inhaladores.
- b) ALTERNA.- No existen diferencias significativas en la combinación de las escalas 4 y 9 del MMPI entre el grupo de adolescentes inhaladores y el de adolescentes no inhaladores.
4. a) NULA.- Existen diferencias significativas en la escala 7 del MMPI entre el grupo de adolescentes inhaladores y el grupo de adolescentes no inhaladores.
- b) ALTERNA.- No existen diferencias significativas en la escala 7 del MMPI entre el grupo de adolescentes inhaladores y el grupo de adolescentes no inhaladores.

3.4 VARIABLES

Variable independiente = inhaladores, no inhaladores.

a) Grupo "1"

Con una historia de inhalación de 2 años, y con una frecuencia de dos ocasiones por semana.

b) Grupo "2"

Contacto nulo con algún tipo de droga.

Variable dependiente = nivel de depresión medido a través del MMPI y ZUNG.

3.5 SUJETOS

La muestra no fue obtenida al azar, porque se requería que los sujetos cubrieran determinadas características. De este modo se constituyeron 2 grupos de 31 sujetos cada uno.

El primer grupo, llamado grupo (1) fue integrado por adolescentes inhaladores y el segundo, grupo (2), conformado por adolescentes no inhaladores.

Para la selección de los sujetos de ambos grupos fue utilizado un muestreo no probabilístico que es conocido con el nombre de accidental y/o intencional, dado que -- las particularidades fueron idóneas para ambos grupos.

Los sujetos de ambos grupos pertenecían a la misma comunidad (Pedregal de Santo Domingo), caracterizándose por:

- a) Sexo: Masculino
- b) Edad: 16 a 20 años
- c) Escolaridad máxima: Segundo grado de secundaria
- d) Nivel Socioeconómico y Cultural: Bajo *

La diferencia que se estableció entre los grupos 1 y 2 - fue en base al uso o no de sustancias volátiles, dado -- que para pertenecer al grupo 1 era necesario que los sujetos hubieran consumido dichas sustancias por más de 2 años con una frecuencia de 2 veces por semana aproximadamente. La condición para formar parte del grupo 2, por el contrario fue no haber consumido ningún tipo de droga.

3.6 MATERIAL

Se seleccionó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Hathaway (MMPI) cuyos niveles de objetividad, validez y confiabilidad han sido ampliamente estudiados. - Dado que el objetivo central de esta prueba se dirige a definir las áreas clínicas más importantes de la personalidad las cuales se evalúan a través de síntomas de la -

* Ver características de la Colonia Santo Domingo (Inciso esenario).

estructura subyacente de ésta, el inventario reunía las características idóneas para valorar algunos rasgos de la personalidad de los sujetos además de medir el nivel de depresión.

Puesto que el objetivo específico de esta investigación fue evaluar la depresión como síntoma era necesario utilizar un instrumento que, a diferencia de las escalas de depresión existentes que resultaban inadecuadas por su extensión y por requerir de un mayor tiempo para su aplicación; ésta reuniera algunos requisitos tales como:

- a) Aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
- b) Que agrupara los síntomas más representativos de la depresión.
- c) Que fuera breve y sencillo.
- d) Que en su aplicación fuera más cuantitativa que cualitativa.
- e) Que fuera autoadministrable.

Por estos motivos se eligió la Escala de Depresión de W. K. Zung que comprende una lista de 20 declaraciones - cada una de las cuales, se refiere a una característica específica y común de la depresión.

3.7 ESCENARIO

El área donde se llevó a cabo la investigación fue en la Colonia Santo Domingo Coyoacán del D. F. la cual está -- situada al Sur de la Delegación y se encuentra limitada al norte por el Fraccionamiento Romero de Terreros, al este con la Colonia Ajusco, al oeste colinda con parte -- de Copilco y terrenos de Ciudad Universitaria, y al sur con Anillo Periférico e IMAN.

Esta zona es extensa tanto en territorio, como en habi-- tantes, la superficie de la Colonia es de aproximadamen-- te 20 kilómetros cuadrados, y se encuentra a una altitud de 2,500 metros sobre el nivel del mar. El terreno es -- de origen volcánico, ya que existen datos de al menos -- tres procesos eruptivos anteriores al Volcan Xitle, la -- roca es de basalto con afinidades alcalinas y su clima -- es caluroso, debido a la escases de flora; se considera que el Pedregal por sus características es hóstil y difí-- cil de urbanizar.

Los primeros habitantes que poblaron pertenecieron a la cultura Olmeca en el año de 1752, los nativos del pueblo de los Reyes Coyoacán fueron quienes se interesaron en -- explorar los recursos naturales, que consistían en flores, frutas, nopales y piedras volcánicas; solo que por como-

dididad en el traslado decidieron instalarse a vivir en el Pedregal, y así fue como empezó a poblarse.

En la época del Presidente Alvaro obregón se llevó a cabo una expropiación de la zona y posteriormente en septiembre de 1971 hubo una invasión masiva de aproximadamente 5,000 familias provenientes del interior de la República, principalmente de los estados de Michoacán, Hidalgo, Guerrero, Oaxaca, así como del Estado de México.

Actualmente los habitantes tienen seguridad en su vivienda, y han establecido comercios, con los cuales la economía ha mejorado; la distribución de ingresos corresponde en gran parte a la alimentación, la cual representa un 65.22% del ingreso total, no obstante a pesar de esto la población censada refleja diferentes grados de desnutrición.

La población de la colonia es de 8668 habitantes, de acuerdo con el último censo como podrá apreciarse en la tabla 1. De ellos el 51.28% son de sexo masculino, esto es 4445 personas y el 48.72% son de sexo femenino, es decir, 4223 mujeres.

La mayor parte de ellos son personas entre los 15 y los 44 años.

TABLA 1 CENSO POBLACIONAL 1989

GRUPO POR EIDADES	S E X O				TOTAL	%
	MASC.	%	FEM.	%		
0 - 1	137	3.09	195	2.49	242	2.39
1 - 4	398	8.96	421	9.97	819	9.50
5 - 14	1377	30.97	1385	32.80	2762	31.90
15- 44	2029	45.65	1827	43.25	3856	44.50
45- 64	456	10.25	437	10.35	893	10.30
65-Más	48	1.08	48	1.14	96	1.50
TOTAL	4445	100.00	4223	100.00	8668	100.00

El promedio de habitantes por vivienda es de 12.5% y si se considera que la mayor parte de ellos tiene 2 ó 3 cuartos únicamente, es posible deducir que viven un promedio de 4 sujetos por cuarto.

Las principales ocupaciones de la población están relacionadas con servicios comunales tales como albañilería, carpintería, herrería y pintura; asimismo gran parte de los habitantes labora como obrero, empleado o chofer; o bien se dedica al comercio, siendo una minoría la que ejerce alguna profesión, como puede apreciarse en la tabla 2.

TABLA 2

OCUPACION

OCUPACION	CONDICION DE EMPLEO			
	EVENTUAL	PERMA- NENTE	TOTAL	%
Obrero	108	154	262	29.30
Empleados	50	128	178	19.92
Albañiles	56	16	72	8.06
Chofer	38	26	64	7.16
Comerciantes	26	28	54	6.04
Herreros	20	8	28	3.13
Profesionistas	4	24	28	3.13
Carpintero	12	14	26	2.91
Ayudante de cocina	12	8	20	2.24
Pintor de casas	12	6	18	2.01
Otras	60	34	144	16.10
TOTAL	398	496	894	100.00%

Con respecto a los servicios públicos instalados en la colonia cabe señalar que aún cuando cuenta con agua, luz, drenaje, transporte y recolección de basura; estos son insuficientes.

En relación a la educación, existen 10 planteles de los diversos niveles que comprenden jardines de niños, primarias y secundarias técnicas.

Asimismo la colonia cuenta con el "Centro de Desarrollo Comunitario Familia Juárez Maza" el cual se limita al -- norte de la Avenida de las Torres, al poniente con la calle de Azahares y Luis G. de León; al sur con Benito Juárez

rez y al oriente con Tetongo: lugar donde se efectuaban actividades educactivas y de recreación.

3.8 PROCEDIMIENTO

En la colonia Santo Domingo se encuentra ubicado el Centro de Desarrollo Comunitario "Juárez Maza", lugar donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos.

En este Centro existía un servicio piloto de detección y canalización de niños y adolescentes farmacodependientes, por lo que parte de la muestra se obtuvo de una lista de adolescentes inhaladores ya identificados y detectados - con anterioridad, quienes conformaron el grupo 1.

Dado que los sujetos elegidos para el grupo 2 requerían ser de la misma comunidad, se integró con adolescentes - no inhaladores que acudían al Centro Juárez Maza para -- realizar actividades diversas tales como talleres re--- creativos y telesecundaria.

La aplicación de los instrumentos se efectuó en forma individual, es decir, se programaron los horarios de las sesiones de cada uno de los sujetos a través del área de - trabajo social, considerando los días en que los adolescentes del grupo 1 acudían a alguna actividad recreativa

puesto que ninguno de los integrantes de éste se encontraba en tratamiento.

Previendo la posible inasistencia de alguno (s) de ellos convenimos hacerles un llamado acudiendo a sus domicilios a fin de agilizar la aplicación. Una vez localizados en la primera sesión se les aplicó la Escala de Depresión - del Dr. W. K. Zung y en una segunda ocasión el Inventario Multifásico de la Personalidad de Hathawy.

En cuanto al grupo 2 de adolescentes no inhaladores, éstos fueron elegidos de los alumnos del 2º grado de telesecundaria y de los talleres de actividades recreativas. La selección de los sujetos fue verificada por el área de trabajo social en función de las características requeridas para este estudio.

Al igual que el otro grupo, la aplicación fue en forma individual avisándoles con anticipación las fechas y horarios en que debían presentarse; la secuencia y el número de sesiones fue también similar. Con estos sujetos no fue necesario acudir a sus domicilios ya que todos ellos se presentaron puntualmente las 2 ocasiones en que se les citó a cada uno.

Cabe señalar que con los sujetos del grupo 1 la aplica-

ción fue más prolongada pues su asistencia al Centro comúnmente era irregular a diferencia de los adolescentes no inhaladores quienes se presentaban diariamente al Centro de Desarrollo Comunitario.

3.9 DISEÑO EXPERIMENTAL

Siendo un estudio comparativo entre 2 grupos, el método que se utilizó para la investigación fue a nivel EX POST FACTO, pues la variable independiente (inhalación de sustancias volátiles) fue un fenómeno ya dado y por lo mismo imposible de manipular su ocurrencia. (73)

3.10 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Los datos fueron trabajados utilizando la puntuación cruda -- obtenida en el MMPI sin agregar el factor K, dado que, -- el propósito del estudio fue investigar al grupo y no a los sujetos con fines clínicos; asimismo en la Escala de Zung se tomó en cuenta la puntuación básica.

Las fórmulas empleadas para el análisis estadístico fueron: (67)

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S}$$

$$CH^2 = \sum \left[\frac{Fo - Fe^2}{Fe} \right]$$

$$r = \frac{\sum xy - \frac{\sum x \sum y}{N}}{\sqrt{\left(\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N} \right) \left(\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N} \right)}}$$

CAPITULO 4**RESULTADOS**

R E S U L T A D O S

4.1 Descripción de la muestra.

A continuación presentamos la descripción de la muestra utilizada donde se consideraron las siguientes variables:

- a) Edad
- b) Puntaje crudo de las escalas del MMPI
- c) Puntaje básico de la escala de Jung

Las edades de los sujetos fluctuaban entre los 16 y 20 años y se agruparon de la siguiente manera:

En el grupo 1 el 25.8% tenía 16 años, el 41.9% 17 años; el --- 12.9% 18 años; el 6.5% 19 años y el restante 12.9% 20 años.

En el grupo 2 los datos recolectados fueron: Un 35.5% de 16 años, el 51.6% de 17 años y el 12.9% de 18 años; como puede -- observarse en la tabla y gráfica que a continuación aparecen:

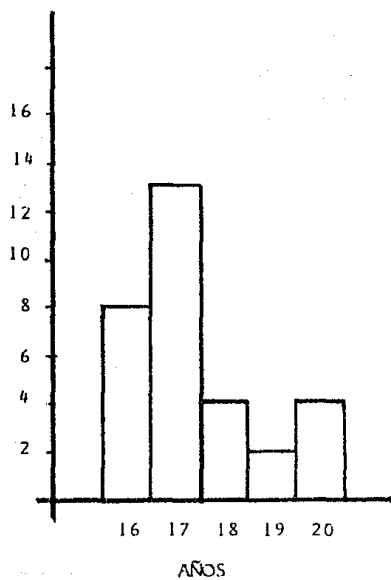
TABLA 3

EDAD

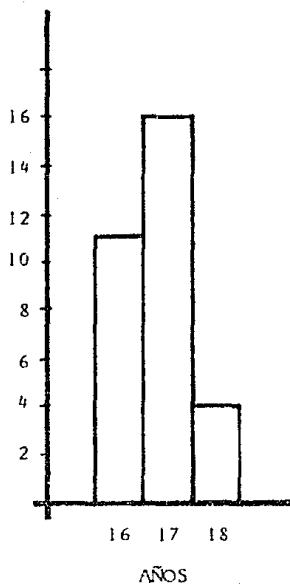
E D A D	GRUPO 1		GRUPO 2	
	FREC.	%	FREC.	%
16	8	25.8	11	35.5
17	13	41.9	16	51.6
18	4	12.9	4	12.9
19	2	6.5		
20	4	12.9		
	31		31	
\bar{X}	17.38	7	16.774	
DST	1.308		0.669	

GRAFICA 1EDAD

GRUPO 1



GRUPO 2



En la aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad en los grupos 1 y 2, a través de la media aritmética se encontraron los datos siguientes, los cuales además permitieron graficar los perfiles promedios de ambos grupos.

TABLA 4

	GRUPO 1	GRUPO 2
ESCALA L	4.903	5.419
F	17.516	13.129
K	11.032	13.290
1	11.484	9.226
2	24.742	25.516
3	21.774	19.581
4	23.613	20.581
5	24.581	25.613
6	13.806	12.194
7	21.548	18.935
8	30.613	27.032
9	23.548	19.871
0	28.903	32.484

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

PERFIL Y SUMARIO

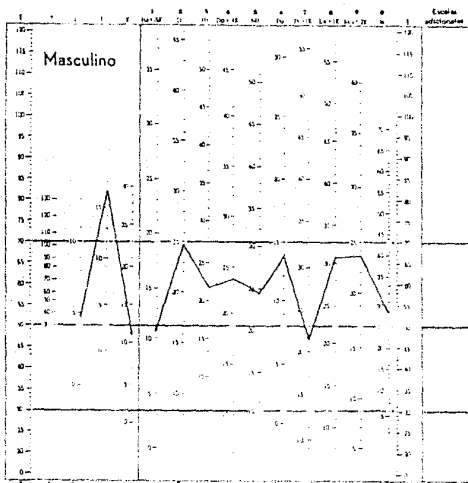
PERFIL PROYECTIVO DEL GRUPO DE
Niños **ADOLESCENTES INHABITANTES (GRUPO 1)**
(Escala de edad)



Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alta escolar o estudios cumplidos: **ESCOLARIDAD 2º SECUNDARIA**

Estado/Ciudad: _____ Edad: _____ Referido por: _____



Funciones	1	2	3	4	5
1	20	15	12	8	5
2	18	15	12	8	5
3	16	14	11	6	4
4	15	14	11	5	3
5	14	13	10	5	3
6	13	12	10	5	3
7	12	11	11	6	4
8	11	11	11	6	4
9	10	10	10	6	4
10	10	10	10	6	4
11	10	10	10	6	4
12	10	10	10	6	4
13	10	10	10	6	4
14	10	10	10	6	4
15	10	10	10	6	4
16	10	10	10	6	4
17	10	10	10	6	4
18	10	10	10	6	4
19	10	10	10	6	4
20	10	10	10	6	4
21	10	10	10	6	4
22	10	10	10	6	4
23	10	10	10	6	4
24	10	10	10	6	4
25	10	10	10	6	4
26	10	10	10	6	4
27	10	10	10	6	4
28	10	10	10	6	4
29	10	10	10	6	4
30	10	10	10	6	4
31	10	10	10	6	4
32	10	10	10	6	4
33	10	10	10	6	4
34	10	10	10	6	4
35	10	10	10	6	4
36	10	10	10	6	4
37	10	10	10	6	4
38	10	10	10	6	4
39	10	10	10	6	4
40	10	10	10	6	4
41	10	10	10	6	4
42	10	10	10	6	4
43	10	10	10	6	4
44	10	10	10	6	4
45	10	10	10	6	4
46	10	10	10	6	4
47	10	10	10	6	4
48	10	10	10	6	4
49	10	10	10	6	4
50	10	10	10	6	4
51	10	10	10	6	4
52	10	10	10	6	4
53	10	10	10	6	4
54	10	10	10	6	4
55	10	10	10	6	4
56	10	10	10	6	4
57	10	10	10	6	4
58	10	10	10	6	4
59	10	10	10	6	4
60	10	10	10	6	4
61	10	10	10	6	4
62	10	10	10	6	4
63	10	10	10	6	4
64	10	10	10	6	4
65	10	10	10	6	4
66	10	10	10	6	4
67	10	10	10	6	4
68	10	10	10	6	4
69	10	10	10	6	4
70	10	10	10	6	4
71	10	10	10	6	4
72	10	10	10	6	4
73	10	10	10	6	4
74	10	10	10	6	4
75	10	10	10	6	4
76	10	10	10	6	4
77	10	10	10	6	4
78	10	10	10	6	4
79	10	10	10	6	4
80	10	10	10	6	4
81	10	10	10	6	4
82	10	10	10	6	4
83	10	10	10	6	4
84	10	10	10	6	4
85	10	10	10	6	4
86	10	10	10	6	4
87	10	10	10	6	4
88	10	10	10	6	4
89	10	10	10	6	4
90	10	10	10	6	4
91	10	10	10	6	4
92	10	10	10	6	4
93	10	10	10	6	4
94	10	10	10	6	4
95	10	10	10	6	4
96	10	10	10	6	4
97	10	10	10	6	4
98	10	10	10	6	4
99	10	10	10	6	4
100	10	10	10	6	4

NOTAS

Puntuación total: 620
 Puntaje máximo: 1000
 Puntaje mínimo: 0



DR. STARKE R. HATHAWAY y J. CHARNEY MCKINLEY
 EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.
 1960

Printed by El Manual Moderno, S.A.
 under license of The Psychological Corporation,
 © 1948. Copyright 1964, by
 the University of Minnesota

106

Fecha: _____ Firma: _____

MMPI
7-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Sinke R. Hathaway y J. Chauncey McKinley

PERFIL Y SUMARIO

PERFIL PROMEDIOS DEL GRUPO DE

Nombre MOJIBSNTES NO INEGRADES (GRUPO 2)
(Educativos)

Dirección _____

Occupación _____

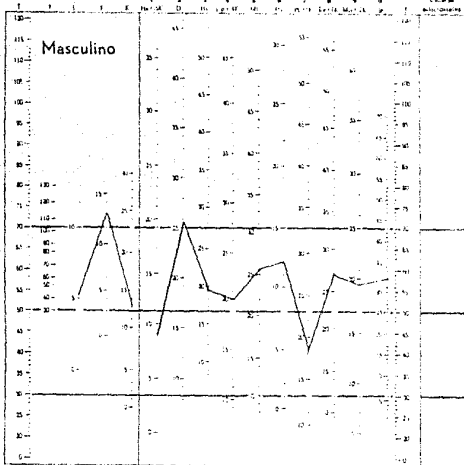
Fecha de aplicación _____

Para estudiar a estudios completos 1. ESCOLARIDAD 2. SECUNDARIA

Estado Civil _____

Etnia _____

Referencia por _____



Clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
2	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
3	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
4	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
5	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
6	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
7	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
8	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
9	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100
10	100	115	105	95	105	100	105	100	105	100

NOTAS

Puntuación total 265 151 132 227 225 191 215 206 121 187 227 P.S. 32,9

Agrupar factor II _____

Puntuación corregida _____



D.R. © todos los derechos reservados
EDITORIAL
EL MANUAL MODIFICADO, S.A.
1980

Printed by El Manual Modificado, S.A.
under license of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1944, by
the University of Minnesota

Edición _____

Fecha _____

Considerando que para formar el perfil en el MMPI es necesario obtener las puntuaciones T derivadas de las calificaciones crudas de cada escala, en la tabla que aparece a continuación se concentran los datos de los sujetos de cada grupo en las escalas 2, 4, 7 y 9 de acuerdo a los rangos establecidos para dicho perfil.

TABLA 5 AGRUPACION DE CASOS POR RANGO EN LAS ESCALAS
2, 4, 7, 9.

ES- CA- LAS	GRUPO 1							GRUPO 2								
	RANGOS							RANGOS								
	-	30	F	30-50	F	50-70	F	70-120	-	30	F	30-50	F	50-70	F	70-120
2			3	9.7	15	48.5	13	41.8			1	3.2	15	48.4	15	48.4
4			6	19.4	17	58.4	8	25.8			10	32.2	19	61.3	2	6.4
7	7	22.6	9	29.1	12	38.7	3	9.6	7	22.6	15	48.4	7	22.1	2	6.4
9					22	71.0	9	29			9	29.	19	61.4	3	9.6

Como podrá observarse la Escala 2 del Grupo 1 un 9.7% de los casos se ubicó en el rango de puntuación T de 30 a 50, un 48.5% en el puntaje T de 50 a 70 y el 41.8% restante correspondió a los sujetos que obtuvieron un puntaje T en el rango 70-120. --- Con respecto a esta misma escala encontramos en el Grupo 2, que un 3.2% se ubicó en un rango de 30 a 50 puntaje T, mientras -- que el 45.2% correspondió al rango entre 50 a 70, y el 51.6% restante se concentró en el rango de 70 a 120 del mismo puntaje.

En la escala 4 del Grupo 1 un 19.4% correspondió al rango 30 a 50 en puntaje T, y un 58.4% se ubicó en el rango 50 a 70 del -- mismo puntaje en tanto que el 25.8% restante se encontró en el rango de 70 a 120. En el Grupo 2 la escala 4 se distribuye en un 32.3% en el rango 30 a 50 de puntaje T, un 61.3% en el rango 50 a 70, en el rango de 70 a 120 el 6.4% restante.

En la escala 7 del Grupo 1 un 22.6% de los sujetos se agruparon en el rango inferior al puntaje T de 30, el 29.1% se encontró - en el rango de 30 a 50, un 38.7% correspondió al rango 50 a 70 y en el último rango de 70 a 120 se encontraron el 9.6% restante. En relación al Grupo 2 en esta escala un 22.6% de casos se concentró en el rango menor de 30 del puntaje T, el 48.4% se -- ubicó en el rango entre 30 y 50, el 22.1% en el rango de 50 a - 70 y el restante 6.4% en el rango de 70 a 120.

En la escala 9 del Grupo 1 un 74.2% se concentró en el rango de

50 a 70 de puntaje T, mientras que el 25% se ubicó en el rango de 70 a 120. En el Grupo 2 el 29% se ubicó en un rango entre 30 a 50, el 61.4% en el rango 50 a 70, y el 9.6% en el rango de 70 a 120.

Para observar como se distribuyeron los sujetos de cada grupo en la Escala de Depresión de Zung, se tomó en cuenta la puntuación básica y se agrupó en rangos de acuerdo con el nivel de clasificación propuesto por la misma escala, como se aprecia en la tabla adjunta.

TABLA 6
AGRUPACION DE CASOS EN CALIFICACION
BASICA DEL ZUNG

CALIF. BASICA ZUNG	GRUPO 1		GRUPO 2	
	FREC.	%	FREC.	%
20-33	1	3.2	1	3.2
34-53	20	64.5	16	51.6
54-64	4	12.9	13	42.
+65	6	19.4	1	3.2
	X = 41.548 sst = 9.154		X = 41.581 sst = 6.946	

Los datos anteriores muestran que en el Grupo 1 el 3.2% se ubicó en un nivel menor a 33 que indica los controles normales; el 64.5% se concentró en un rango de 34 a 53 correspondiente a reacciones de ansiedad; el 12.9% se encuentra en el rango 54 a 64 cuyo nivel es de depresión ambulatoria y el restante 19.4%

su nivel de depresión requiere hospitalización.

Con respecto al Grupo 2, en el rango 20 a 33 correspondiente a controles normales su ubica un 3.2%; en el rango de 34 a 53 se concentró el 51.6% de los casos con reacción de ansiedad; en el rango de 54 a 64 indicativo de depresión ambulatoria, se encontró un 42% y el 3.2% restante se ubicó en el rango superior a 65, el cual corresponde a un nivel de depresión que requiere hospitalización.

4.2 Análisis Estadístico.

Para efectuar el análisis estadístico de los resultados obtenidos, los datos fueron tratados con el paquete SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), del cual se utilizaron los siguientes subprogramas:

- a) Análisis de Frecuencias y Análisis de Frecuencias Detallado
- b) Contrastación de Medias
- c) Chi cuadrada
- d) Coorelación de Pearson

Cabe aclarar que en los subprogramas elegidos el nivel de significancia es establecido por el mismo programa.

- A) El subprograma de frecuencias se utilizó para hacer la descripción de la muestra a fin de conocer como se distribuyen los sujetos en cada variable, principalmente en las escalas 2, 4, 7 y 9 del MMPI así como en la Escala de Zung tal como fue detallado en las tablas 3, 4, 5 y 6 que anteriormente presentamos.

Para llevar a cabo la comparación de los datos se efectuó un análisis de frecuencias detallado intragrupo donde se consideraron sólo las escalas clínicas del MMPI previamente elegidas y los casos cuya calificación fue mayor a 70, es decir, aque-

llas que correspondieron al rango patológico. Del mismo modo los casos que obtuvieron una puntuación básica mayor a 53 en la Escala de Depresión de Zung, fueron estimados. (tabla 7)

TABLA 7

FRECUENCIA DE CASOS MAYORESA T 70

GRUPO 1			GRUPO 2	
ESC.	F	%	F	%
2	13	41.9	15	48.4
4	8	25.8	2	6.5
7	3	9.7	2	6.5
9	9	29.0	3	9.7

FRECUENCIA DE CASOS MAYORESA 53 EN PUNTAJE BASICO

Z	GRUPO 1		GRUPO 2	
	F	%	F	%
U				
N	4	12.9	13	42.
G	6	19.4	1	3.2

Como se apreciará, en la escala 2 del MMPI se detectó un mayor número de sujetos del grupo 2, mismos que conforman un alto porcentaje con respecto al total de casos de este grupo, en tanto que se presentó elevación de esta escala en menor frecuencia en el grupo 1.

En las escalas 4,7 y 9 por el contrario se observó mayor elevación en los casos correspondientes al grupo 1.

Por lo que respecta a la frecuencia de casos mayores a 53 en puntaje básico de la Escala de Zung, se hallaron más adolescentes del grupo 2 en el nivel de depresión ambulatoria y menor -- ocurrencia en el otro grupo en este mismo nivel, sin embargo -- en la clasificación de depresión que amerita hospitalización -- se ubicaron más casos del grupo 1.

Los datos anteriores muestran que aparentemente hay más síntomas depresivos en los sujetos del grupo 2, es decir en los adolescentes no inhaladores.

B) A través del subprograma de contrastación de Medias se hizo un análisis intergrupos donde los puntajes del MMPI y Zung fueron utilizados a nivel intervalar. Ambos grupos se manejaron en términos de las calificaciones crudas por escala a fin de -- observar el grado de diferencia entre las puntuaciones obtenidas, aplicando la T de Student cuya fórmula es:

$$T = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s}$$

Los resultados fueron los siguientes:

TABLA 8

CONTRASTACION DE MEDIAS: ESCALAS

2, 4, 7, Y 9 DEL MMPI Y PUNTAJE DE ZUNG

ESCALA	GRUPO	\bar{x}	S	T	SIGNIFICANCIA
2	\bar{x} 1	24.7419	5.888	-0.58	0.562
	\bar{x} 2	25.5161	4.471		
4	\bar{x} 1	23.6129	5.271	2.48	0.016*
	\bar{x} 2	50.5806	4.296		
7	\bar{x} 1	22.1935	10.297	1.43	0.160
	\bar{x} 2	18.9355	7.474		
9	\bar{x} 1	23.5484	4.081	3.68	0.001*
	\bar{x} 2	19.8710	3.792		
ZUNG	\bar{x} 1	41.5484	9.154	-0.02	0.988
	\bar{x} 2	41.5806	6.946		

* Significativo.

Al comparar la media de un grupo con respecto a la del otro en cada escala elegida se encontró que en las escalas 4 y 9 la diferencia fue significativa, ya que la media del grupo 1 fue mayor que la del grupo 2 en ambas escalas.

En la escala 2 las diferencias entre los grupos no fueron significativas por lo que puede considerarse que el nivel de depresión es similar.

Igualmente en la escala 7 las diferencias no fueron significativas lo cual hace suponer que los adolescentes de uno y otro grupo presentan características semejantes en cuanto a las reacciones fóbicas y obsesivo compulsivas que se exploran a través de esta escala.

En relación a los puntajes de Zung asimismo la media obtenida entre los 2 grupos no arrojó diferencias estadísticamente significativas corroborándose así que no existe discrepancia en el nivel de depresión del grupo de adolescentes inhaladores, dado que tanto en esta prueba como en el MMPI se apreciaron resultados parecidos.

C) Dado que en el análisis de frecuencia se habían encontrado diferencias en las puntuaciones de los 2 grupos, se llevó a cabo un análisis intergrupo mediante la chi cuadrada con el objetivo de conocer si las diferencias por escala en relación al grupo de pertenencia, eran significativas. Para ello fue necesario hacer una recodificación de manera que los datos fueran manejados a nivel nominal a través de la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{f_o - f_e}{f_e} \right]^2$$

Dicho análisis se observa en el siguiente cuadro:

TABLA 9

DIFERENCIAS POR ESCALA A TRAVES

DE CHI CUADRADA

CH2	E S C A L A S				
	2	4	7	9	ZUNG
\bar{X}	.06513	2.98077	0.0000	2.5833	.61184
sig	.7986	0.0843	1.000	0.1080	0.4341

Los datos anteriores muestran que en la escala 2 aunque existía un mayor número de casos que puntuaban por arriba de T 70 en el grupo 2, la diferencia a nivel de frecuencia entre uno y otro grupo no es significativa.

En las escalas 4, 7 y 9 del MMP1 donde se había encontrado que el número de sujetos del grupo 1 era superior al del grupo 2, la chi cuadrada demostró que las diferencias aparentes inicialmente apreciadas, no son estadísticamente significativas. Asimismo en la Escala de Zung se corroboró que no existen diferencias entre los 2 grupos.

Esto revela que los adolescentes inhaladores presentan síntomas depresivos similares a los adolescentes no inhaladores puesto que el nivel de depresión medido por el MMP1 y el detectado por la Escala de Zung son similares. Del mismo modo puede considerarse que los sujetos estudiados comparten características semejantes en cuanto a la aparición de tendencias a la impulsividad, la inquietud y la probable presencia de reacciones fóbicas y --

obsesivo compulsivas.

D) Finalmente por medios del subprograma de correlación de -- Pearson se efectuó la comparación intragrupo de las combinaciones de las escalas del MMPI y de Zung para analizarlas. Dado que las variables son a nivel intervalar, se utilizó este tipo de correlación mediante la fórmula:

$$r = \frac{\sum x y - \frac{\sum x \sum y}{N}}{\sqrt{\left(\frac{\sum x^2}{N} - \frac{(\sum x)^2}{N}\right) \left(\frac{\sum y^2}{N} - \frac{(\sum y)^2}{N}\right)}}$$

Los resultados fueron los siguientes:

CORRELACION

TABLA 10 GRUPO I

ESCALA	2	4	7	9	ZUNG
2					
4					
7	.5068 0.002*				
9		.1721 0.177			
ZUNG	.5137 .002*				

* Nivel de significancia
N = 31

TABLA 10 CORRELACION
GRUPO 2

ESCALA	2	4	7	9	ZUNG
2					
4					
7	.3611 .023*				
9		.5715 .001*			
Zung	.6415 .001*				

* Nivel de significancia

N = 31

Al comparar los puntajes de Zung con los obtenidos en la escala 2 del MMPI para el grupo 1, se encontró que fue de .5137 con -- una significancia de 0.002, que al parecer indica que los sínto mas depresivos de los sujetos de este grupo fueron detectados - por ambos instrumentos.

En la correlación establecida entre las escalas 4 y 9 para el - grupo 1 se observó que el resultado fue de .1721 con un nivel - de significancia de 0.177 (no significativo) por lo que en di-- cho grupo no puede considerarse la expresión de manifestaciones de conducta psicopática.

La combinación 2-7 del MMPI para el mismo grupo reveló un coeficiente de correlación de .5068 cuyo nivel de significancia de 0.002 el cual indica un rasgo predominante de depresión.

Los resultados del grupo 2 para la combinación Escala 2 del MMPI y Zung, muestran que la correlación fue de .3611 con un nivel de significancia de 0.023 el cual indica que al igual que en el otro grupo los síntomas depresivos fueron detectados por los 2 instrumentos utilizados.

Con respecto a la correlación establecida entre las escalas 4 y 9, que fue de .5715, el nivel de significancia de .001 revela que en los sujetos de este grupo se encuentran manifestaciones claras de conducta psicopática.

Mediante la combinación de las escalas 2 y 7 se detectaron rasgos predominantes de depresión, pues el coeficiente de .6415 alcanzó un nivel de significancia de .001.

Como podrá apreciarse las combinaciones 2-Zung y 2-7 fueron significativas en ambos grupos lo cual denota que existen rasgos depresivos en uno y otro grupo, que fueron explorados con similar precisión por 2 instrumentos diferentes. Por otra parte puede suponerse que tanto los adolescentes inhaladores como los no inhaladores presentan una reacción de ansiedad o depresión ansiosa.

Dado que la correlación 4-9 solo fue significativa para el grupo de adolescentes no inhaladores, se puede considerar que la

diferencia entre uno y otro grupo está dada por características conductuales, ya que no se encontró discrepancia en los síntomas depresivos.

De acuerdo con el análisis estadístico realizado:

1. No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre los dos grupos, uno de adolescentes inhaladores y otro de adolescentes no inhaladores; por tanto:
Se rechaza H_0 y se acepta H_1 .
2. La combinación de las escalas 2 y 7 se aprecia igualmente significativa en ambos grupos, lo cual indica que no hay diferencias entre uno y otro. Luego entonces:
Se rechaza H_0 y se acepta H_1 .
3. En la combinación 4-9 se encontró que hay diferencias entre el grupo de adolescentes inhaladores y los adolescentes no inhaladores por lo que:
Se acepta H_0 y se rechaza H_1 .
4. La elevación de la escala 7 del MMPI es semejante en los 2 grupos, no observándose diferencias con respecto a las reacciones obsesivo compulsivas de los sujetos, por lo tanto:
Se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

CAPITULO 5**CONCLUSIONES**

CONCLUSIONES

El presente estudio de tipo descriptivo fue planteado pretendiendo investigar si el consumo de sustancias volátiles tendría influencia en el nivel de depresión de los adolescentes que las utilizan con regularidad, por ello, fue indispensable incluir a sujetos adolescentes no inhaladores que presentaran condiciones similares de vida y características socioculturales parecidas, para poder establecer la relación existente entre la depresión y la farmacodependencia.

Aún cuando nuestro interés principal se centró en encontrar las diferencias en el nivel de depresión de los adolescentes estudiados, sin considerar el perfil de cada sujeto, es necesario comentar sobre algunas características detectadas a través de otras escalas del MMPI.

Partiendo del supuesto de que los adolescentes inhaladores presentan rasgos predominantes de depresión que se exacerbaban durante el período de abstinencia y que a la vez son el motor para volver a inhalar, era viable suponer que se encontrarían diferencias en comparación con aquellos adolescentes que no consumen ningún tipo de droga quienes por tanto manifestarían su nivel menor de depresión; sin embargo nuestros hallazgos fueron los siguientes:

En el grupo de adolescentes inhaladores encontramos: un alto número de casos con la escala de depresión por arriba del puntaje normal. La correlación entre los resultados del MMPI y la Escala de Zung fue significativa al igual que la combinación de las escalas 2 y 7 del MMPI; además los sujetos de este grupo obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas 4, 7 y 9 de la misma prueba.

En el grupo de adolescentes no inhaladores observamos un mayor número de casos con la escala de depresión por arriba del puntaje normal además de que en la Escala de Zung los sujetos se ubicaron en puntajes más altos. Asimismo la correlación entre la escala 2 del MMPI y la Escala de Zung fue significativa al igual que la combinación de las escalas 2-7 y 4-9.

En ambos grupos la escala 2 del MMPI y la Escala de Zung revelan la presencia de síntomas depresivos, pues la diferencia entre el número de casos de un grupo con respecto al otro, no fue significativa; en la combinación de las escalas 2-7 tampoco se observaron discrepancias.

De acuerdo con lo antes citado intentaremos reflexionar sobre los datos encontrados, a fin de explicar algunas de las posibles relaciones existentes entre las situaciones observadas en cada grupo por separado y la comparación y/o diferencia entre ambos.

Si bien en el grupo 1 encontramos que había alto número de casos que puntuaron con la escala de depresión por arriba de lo considerado normal, en la escala de Zung se apreciaron menos sujetos deprimidos. La escala de depresión del MMPI y la escala de Zung presentan una correlación significativa, lo cual indica que ambas pruebas revelan que en los sujetos inhaladores existen síntomas depresivos; la combinación de las escalas de Depresión y Psicastenia (2 y 7) resultó significativa mostrando que estos adolescentes se caracterizan por presentar sentimientos de inferioridad y culpa, siendo además intrapunitivos.

En el grupo 2 de no inhaladores observamos un mayor número de casos con la escala de Depresión por arriba de lo esperado, -- igualmente en la Escala de Zung se observó una puntuación alta; esto indica que los adolescentes de este grupo se encuentran más deprimidos teniendo también otras características que se aprecian a través de las combinaciones de las restantes escalas. Aún cuando se apreció menor elevación de las escalas elegidas se observó que la combinación entre éstas fue significativa y por lo tanto también presentan sentimientos de inferioridad y culpa y la intrapunción, pero además, marcados rasgos de impulsividad manifestados a través de la combinación de las escalas de Desviación Psicopática y Manía.

Comparando ambos grupos detectamos que los rasgos depresivos predominan y que además comparten ciertas características, no

obstante se detectaron algunas diferencias, por lo que llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1.- Existen síntomas depresivos tanto en los sujetos que consumen sustancias volátiles como en aquellos que no las utilizan.
- 2.- Los síntomas depresivos encontrados en ambos tipos de sujetos corresponden a una reacción neurótica con marcados rasgos de ansiedad.
- 3.- Existen similares formas de manejar la angustia en los adolescentes inhaladores y en los adolescentes no inhaladores.
- 4.- Tanto los adolescentes farmacodependientes como los no usuarios de drogas presentan dificultades para el control de impulsos.
- 5.- En los adolescentes estudiados se detectaron tendencias a la intrapunición y pesimismo, no habiendo diferencias entre los usuarios de sustancias volátiles y los no consumidores.
- 6.- Los adolescentes inhaladores presentan tendencias a la impulsividad y la vivencia del impulso inmediato con incapacidad para postergar la necesidad.
- 7.- Los adolescentes usuarios de sustancias volátiles tienen

dificultades en el manejo y control de impulsos y tienden a negar la angustia.

- 8.- Los adolescentes inhaladores estudiados parecen ser incapaces para percibir adecuadamente al medio ambiente y reaccionar frente a él.
- 9.- Los adolescentes inhaladores muestran un alto nivel de energía y pueden considerarse emprendedores pero desorganizados, probablemente como una defensa ante la depresión.
- 10.- En los adolescentes no inhaladores se encuentran niveles más altos de depresión.
- 11.- Las características de los adolescentes no usuarios de sustancias volátiles parecen ser la inmadurez y la rebeldía.
- 12.- En los adolescentes no inhaladores existe un bajo nivel de tolerancia a la frustración y manifestaciones de conducta agresiva.
- 13.- En la adolescencia se manifiestan síntomas depresivos por las características propias de la etapa, así como rasgos de conducta psicopática.
- 14.- Existen otros factores que generan síntomas depresivos -- por lo que éstos no son una reacción exclusiva producida por el consumo de sustancias volátiles.

- 15.- El alto nivel de depresión de los adolescentes inhaladores no es provocado por el consumo de sustancias volátiles sino por los problemas diarios, las carencias y situaciones que viven los sujetos en su comunidad, siendo las condiciones de vida motivos suficientes para producir sín tomas depresivos.
- 16.- La Escala de Depresión de Zung es un instrumento accesible y válido que permite medir la depresión.

Tomando en cuenta lo anterior, es posible apreciar que si bien se detectaron rasgos depresivos y características similares en los adolescentes farmacodependientes, y los no farmacodependientes en cuanto al control de impulsos y el manejo de la angustia primordialmente, cabe señalar, que existen ciertas diferencias entre ellos.

La primera a mencionar es que mientras en los adolescentes inhaladores existe la tendencia a la impulsividad y la vivencia del impulso inmediato que le impiden postergar la satisfacción de este impulso, en el adolescente no farmacodependiente aunque existe la impulsividad su forma de reaccionar es distinta en tanto que se vale de otros medios para cubrir sus necesidades, esto es por ejemplo a través de conductas psicopáticas.

Del mismo modo aunque su forma de percibir el medio ambiente es similar, las posibilidades de control difieren pues al parecer

existen dificultades para apreciar adecuadamente las exigencias del medio y manejar la angustia dado que los adolescentes inhaladores tienden a negar la angustia al igual que la depresión a través de agentes estimulantes externos con los que evitan enfrentarse a la realidad.

En el adolescente no inhalador por el contrario aún cuando puede tener conflictos para percatarse de las mismas exigencias y negarlas, se enfrenta al ambiente haciendo uso de sus impulsos pues su poca tolerancia a la frustración le hacen actuar probablemente con hostilidad y rebeldía.

Una tercera diferencia importante es la relativa al manejo de la agresión ya que puede considerarse que ésta puede tener 2 vías de salida, esto es. derivarla al exterior o dirigirla hacia sí mismo.

Aparentemente los adolescentes de este estudio presentan sentimientos de culpa e inferioridad y son intrapunitivos, sin embargo si tomamos en cuenta que los adolescentes no inhaladores por sus características manifiestan su inconformidad ante las situaciones que se les presentan y actúan con rebeldía puede suponerse que aún dirigiendo la agresión contra sí mismos su escasa tolerancia a la frustración les permite vehicular la agresión hacia el ambiente. En el adolescente inhalador por el contrario el vivir el impulso inmediato le hace buscar la satisfacción en el momento, por lo que tiene que recurrir a la droga -

que le genera una sensación de bienestar que de otra forma no logra conseguir. El uso de la droga en este caso no solo alivia la necesidad y le suprime una tristeza intolerable que no puede solucionar por otros medios, sino que además le permite dirigir la agresión contra sí mismo siendo este un modo de transgredir lo establecido y rebelarse contra la hostilidad.

Ahora bien, la diferencia primordial que pensamos importante -- destacar es el uso de sustancias y lo que éstas producen si tomamos en cuenta que los factores involucrados en el síntoma de la farmacodependencia son causa pero también generan ciertas -- consecuencias.

Si uno de los efectos que causa la inhalación de sustancias volátiles en el sistema nervioso central es la depresión en tanto que reducen la actividad mental, podemos suponer que todo sujeto que consume dichas sustancias deberá presentar síntomas depresivos y es de esperarse que su grado de depresión sea mayor. Este estudio reveló lo contrario pues se encontraron estos síntomas en mayor grado en los adolescentes que no hacen uso de inhalables. Esto nos hace inferir lo siguiente:

- El efecto inmediato que produce la droga es el alivio del dolor y la disminución de la ansiedad, además de brindar de este modo la oportunidad de alejarse de los problemas diarios, incluso es para el usuario por el momento la solución a los conflic-

tos cotidianos.

- El nivel de depresión no es provocado en si mismo por el consumo de inhalables, sino por los problemas, carencias y situaciones que viven a diario los individuos de comunidades donde las condiciones precarias de vida son suficientes para generar algún tipo de depresión.

En relación a estas inferencias exponemos una reflexión: En estudios realizados sobre la personalidad del inhalador, se sostiene que un alto grado de depresión es un rasgo central de estos sujetos; dado que observamos que esto no es así creemos que los hallazgos encontrados indican que los síntomas depresivos están más estrechamente relacionados con las condiciones naturales de vida que con la simple utilización de sustancias volátiles, como lo podrían demostrar investigaciones como la realizada por López Acuña quien sostiene que los problemas característicos de la vida urbana tales como ruido, hacinamiento, agresividad, etc., provocan la presencia notable de cuadros depresivos neuróticos y psicóticos. Esto quiere decir que "la situación de salud depende de las condiciones generales de vida de la población". (80)

Por otra parte como señala Muñoz Fuentes, la farmacodependencia constituye una respuesta del hombre frente a su medio y sus repercusiones no dependen solamente de las características de la

droga consumida sino de lo que se espera de ésta, así como de lo que buscan quienes las utilizan y suministran y de lo que la sociedad marca en torno a ello. (98)

Asimismo, si retornamos las ideas expuestas por Radó en relación a la depresión primaria existente en el farmacodependiente, y el beneficio que la droga proporciona al aumentar la autoestima y elevar el estado de ánimo, podemos considerar que la devaluación sentida es producida por la marginación de que el sujeto es objeto al tener dificultades para satisfacer sus necesidades básicas de alimento, abrigo y afecto y al tener pocas posibilidades para enfrentarse a las exigencias del exterior, por lo -- que la inhalación cumple una doble finalidad, esto es, por una parte ayudarle al sujeto a no percibir la hostilidad y por tanto no darse cuenta de sus carencias, y por otra a mantener su estado de ánimo en un nivel en el que cree sentirse bien.

Finalmente cabe destacar que se observaron síntomas depresivos en los adolescentes no inhaladores que nos hacen pensar que la depresión no es una característica particular de la farmacodependencia, sino que está más vinculada con las situaciones específicas que se viven durante el período adolescente en el que de acuerdo con Aberastury se lleva a cabo la elaboración de los duelos infantiles que en sí mismos provocan sensaciones de pérdida.

Tomando en cuenta las conclusiones de Sousa y Cárdenas, entre otros, quienes sostienen que los rasgos clínicos de la manifestación depresiva son las fluctuaciones del estado de ánimo, la violencia, el consumo indiscriminado de droga, el refugiarse en sectas religiosas y en el pensamiento místico mágico, y que son el resultado de la incapacidad del yo del individuo para comprender la pérdida de un objetivo significativo, implicando un conflicto en el proceso de duelo; puede pensarse que una forma de reaccionar ante estas pérdidas es la utilización de conductas psicopáticas donde se intenta transgredir lo establecido y manejar la agresión. En este sentido el haber encontrado en nuestro estudio manifestaciones de conducta psicopática más evidentes en los adolescentes no consumidores de sustancias volátiles suponemos que la agresión en estos sujetos es dirigida hacia el exterior a través de la irresponsabilidad, el egoísmo y la rebeldía y que los adolescentes inhaladores posiblemente encubren sus rasgos psicopáticos pues éstos transgreden las normas al hacer uso de inhalables encontrando en éste acto un goce particular que parece ser diferente en el adolescente no consumidor, en el que el goce se ubica en las consecuencias que sus actos producen como lo indican los estudios realizados por Olivarría y Sosa. (144) (105)

Así pues, tanto en la farmacodependencia como en la depresión existen múltiples factores tanto sociales como familiares e individuales que se conjuntan para producirlas, por ello no es la

predominancia de unos u otros, sino la forma en que se relacionan.

Ambos fenómenos pueden ser entonces una expresión sintomática con una significación específica y aún cuando están psíquicamente determinados, son precipitados por condiciones socio-económicas, culturales y de orden familiar que a la vez favorecen su mantenimiento.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

A lo largo del desarrollo de esta investigación fue posible -- evidenciar carencias y limitaciones que a continuación se mencionan.

- 1.- En relación a los instrumentos utilizados, en especial la Escala de Depresión de Zung, aún cuando es válida para medir los síntomas característicos de la depresión, es necesario adaptarla a cada población o grupo de personas, ya que no ha sido estandarizada a población mexicana.
- 2.- Los resultados obtenidos en el estudio no pueden considerarse contundentes dado que éstos fueron trabajados considerando exclusivamente los datos arrojados por el Inventario Multifásico de la Personalidad y la Escala de Depresión de Zung sin considerar otros factores influyentes.
- 3.- Otra limitación metodológica fue el tamaño de la muestra ya que ésta fue reducida. Asimismo en la selección de -- los sujetos para ambos grupos hubo deficiencias dado que se tomó solo a una parte específica de la población sin -- ser por lo tanto representativo de la comunidad estudiada.
- 4.- Por las características antes mencionadas, en este estudio fue descuidado el aspecto clínico de los síntomas de-

presivos en tanto solo se pudo observar las diferencias - aparentes entre uno y otro grupo de adolescentes, sin embargo, no fue posible con estos datos diagnosticar el grado específico de depresión de los sujetos que manifestaron rasgos predominantes o síntomas, por lo que desconocemos también el perfil de personalidad de los integrantes de cada grupo.

- 5.- Al estudiar al grupo total se contrastaron generalidades en base a puntuaciones crudas que evidentemente no revelan características psicopatológicas de c/u de los adolescentes estudiados, soslayándose de este modo la dimensión subjetiva que pudiera haber aportado información valiosa sobre datos clínicos.

- 6.- Dado que la inquietud con respecto a la farmacodependencia y su relación con la depresión plantean siempre la duda sobre que es primero: si el deseo irreprimible de consumir el fármaco, o bien la depresión es el síntoma que propicia y determina el consumo de drogas para así olvidarse de lo que provoca esta tristeza y/o devaluación del sujeto, consideramos que es pertinente hacer algunas sugerencias tomando en cuenta además las carencias y limitaciones antes explicitadas.

En la instancia sería pertinente realizar otro tipo de investi

gaciones como por ejemplo estudio de casos donde se tengan presentes los diferentes factores precipitantes del fenómeno en cuestión, y que de ellos puedan obtenerse datos clínicos de los sujetos.

En 2a. instancia es pertinente incluir en futuros estudios una entrevista, a fin de eliminar errores y contradicciones teórico-metodológicas basándose exclusivamente en instrumentos fenomenológicos que impiden obtener datos clínicos de los sujetos.

Tanto la farmacodependencia como la depresión son síntomas que ubicados en el nivel epidemiológico presentan diversos factores causales como son aquellas características sociales, ecológicas, familiares, genéticas e individuales. De ahí pues que la hipótesis que plantea que el consumo de drogas provoca depresión no es del todo válida, sin embargo es importante desarrollar investigaciones a nivel epidemiológico que provean de aportaciones al respecto.

A P E N D I C E

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

DE HATHAWAY

APENDICE

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

ANTECEDENTES DE LA PRUEBA DE ZUNG.

La escala de Zung fue publicada por primera vez en 1965 con un estudio realizado en 56 pacientes psiquiátricos separados en dos grupos: aquellos que tenían desordenes depresivos y aquellos que tenían un desorden depresivo y algún otro diagnóstico. Los marcadores de la escala del primer grupo fueron más altos (promedios SDS = 0.73) que aquellos del segundo grupo (promedio SDS = 0.53).

Más tarde Zung y colaboradores (1965) mostraron que los pacientes no internos con diagnóstico de desorden depresivo psiconeurótico obtuvieron un puntaje más alto que pacientes internos teniendo desórdenes de la personalidad; reacción de ansiedad psiconeurótica y desórdenes situacionales transitorias de la vida adulta. (164)

Por otro lado, Jacobs et al. 1968 informaron que las puntuaciones promedio en la escala Zung eran más altas entre 50 pacientes clasificados como "borrachos empedernidos" que en un grupo de pacientes no considerados como tales. Este hallazgo es de interés ya que es muy conocido que pacientes con enfermedad depresiva puedan tener múltiples grupos somáticos, sin síntomas propiamente depresivos.

Weingold H. P. 1968 en su estudio realizado con 73 sujetos alcohólicos en categoría de no pacientes obtiene en promedio SDS = 0.64; un valor un poco más alto que el obtenido por el Zung en el grupo de aquellos que tenían un desorden depresivo y algún otro diagnóstico. (159)

La variabilidad de las frustraciones de la depresión, de este grupo fueron mucho más grandes que entre los pacientes deprimidos del Zung. Tanto de altos índices como la viabilidad es lo que se esperaría en pacientes alcohólicos si la escala tuviera validéz crítica ya que el alcoholismo se asocia comunmente con síntomas depresivos, aunque no todos los pacientes alcohólicos son deprimidos.

Existen datos trascendentales en el SDS referentes a Japón, -- Australia, Checoslovaquia, Inglaterra, Alemania y Suiza. Estos estudios muestran un alto grado de comparabilidad con los resultados obtenidos en Estados Unidos. Aún más el coeficiente de correlación entre evoluciones globales hechos por médicos, de la magnitud de la depresión y el SOS, oscila entre 43 y 65 para todos los países.

La escala se ha considerado muy confiable en el tratamiento -- con antidepresivos en pacientes hospitalizados.

Crosby 1969; reportó que el 80% de los pacientes con lesiones

espinales y paraespinales puntúan arriba de 43 (el máximo del rango normal de acuerdo con el estudio original de Zung) en la escala de Zung. Dado que la depresión es un concomitante común de paraplejía el estudio de Crosby proporciona cierta validez de la escala. (32)

Hay datos que sugieren alguna evidencia de la validez de este instrumento. Zung 1967 encontró algunas correlaciones con diferentes instrumentos de medición de la depresión como son: - El Inventario Multifásico de la Personalidad de Hathaway (MMPI) con una $r=0.56$. Zung 1969, con la Escala de Beck encontró -- una r de 0.76 y con la escala de Lubin, una $r=0.29$. Así como la correlación del SOS y las evaluaciones de observadores en las mismas disminuciones, la cual fue de $r=0.87$ Zung 1972. (165) (166)

Dichos estudios muestran que la escala es una herramienta útil en poblaciones donde el desorden psiquiátrico no se sospechaba.

Sin embargo, la escala ha sido criticada como inadecuada en su estudio del aspecto de la sintomatología depresiva. También se ha criticado por no diferenciar significativamente los pacientes deprimidos localizados en una práctica general, en ámbito de tratamiento y en el servicio psiquiátrico a pacientes internos. (Carrol B. 1973). Muchos componentes de la depresión están cubiertos con un solo puesto. Aún así la escala tiene - validez considerable: consecuentemente el SOS parece ser una

buena elección para la asesoría sintomatológica de la depresión en población general. (21)

En cualquier investigación regularmente existe algún problema metodológico que necesita ser resuelto antes de utilizar este instrumento como herramienta para asesorar su estudio de depresión en población en general. Es importante mencionar que desde la construcción de la escala se debe contemplar como un instrumento multidimensional ya que dicha escala se diseñó para descubrir el rango de síntomas que se vinculan a la depresión. Por lo que se hace un análisis de factores en el cual se encontró que la escala consta de 4 factores importantes: Índice de bienestar, Índice de estar deprimido, Índice de síntomas somáticos e Índice de optimismo. (Rickels 1973). (127)

Unos investigadores han realizado un análisis exhaustivo de los reactivos de la escala, con la finalidad de proveer una mayor confiabilidad a la misma.

La respuesta a los reactivos del SDS de Zung, fueron interrelacionados por medio de gamas que son una medida de asociación utilizable con datos ordenados.

Freedman L. C. 1965. La matriz de las gamas fueron sujetas al análisis Guttman-Lingoes del mínimo espacio (Lingoes 1967). El análisis dió 3 grupos en 3 dimensiones, con un coeficiente

de alineación de .14 y un coeficiente Kruskal de stress de .2. Los puntos dentro de cada dimensión fueron sujetos a análisis adicionales para determinar si las relaciones entre los puntos dentro de un grupo eran similares para una variedad de subgrupos dentro de la población. (53)

Rickel et al. 1973, en su estudio con 331 pacientes no internos deprimidos, hallaron en el primer análisis factorial los 7 reactivos mismos que se encuentran en la escala de factor de bienestar que regularmente consta de 7 a 10 reactivos positivos en la escala de Zung. Sin embargo el hecho de que estos reactivos son tan diversos en contenido, como el equivalente a retardo psicomotor por ejemplo "me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro", está en el mismo grupo que el equivalente de confusión "tengo la mente tan clara como antes" y el de desesperanza "tengo esperanzas en el futuro", ya que esto subraya la posibilidad de que el entrevistado este reaccionando al elemento positivo en los reactivos, más que al sistema específico que el reactivo supone presentar. (127)

La inspección de estos reactivos muestran un número bajo de correlaciones entre reactivos. La mayoría de las bajas correlaciones están asociadas con interés: "tengo la mente tan clara como antes" y el reactivo "tengo esperanza en el futuro". --- Cuando estos 2 reactivos son retirados de 17 de las 19 gamas menores, a .30 y 8 de las 11 gamas entre .29 y .35 se eliminan

de tal manera que las reacciones muestran desde moderadas a altos índices de relaciones.

DESCRIPCION DE LA PRUEBA.

La escala de autoevaluación de la depresión fue creada por los doctores Williams W. K. Zung y N. C. Durham Profesores de Investigadores de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Duke del Hospital de Administración de Veteranos y miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría. (16)

La necesidad de evaluar la depresión como efecto, síntomas o enfermedad específicamente como enfermedad psiquiátrica, requería de que a diferencia de las escalas de depresión existentes que resultaban inadecuadas por su extensión y por requerir de un mayor tiempo para su aplicación; hubiera una escala que reuniera requisitos tales como: a) aplicable a enfermos con diagnósticos primarios de depresión, b) que reuniera los síntomas más representativos de la depresión, c) que fuera breve y sencilla, d) de aplicación más cuantitativa que cualitativa y e) que fuera autoadministrable; para lo cual los doctores N. K. Zung y N. C. Durham crearon esta escala en donde los temas o declaraciones están redactadas como frases, extraídas en material de entrevistas con pacientes y elegidas como las más representativas del síntoma específico, constituyéndolas de tal manera que los pacientes más deprimidos y con mayores molestias hubieran de obtener puntaje más alto y aquellos con menores mo

lestias y menos deprimidos tuvieran la marca más baja. De este modo el índice de E. A. M. D. se estableció mediante la suma de valores (puntaje bruto) obtenido de los 20 ítems dividido por el máximo posible de la marca 80 y expresado en decimales. (163)

$$\frac{\text{calif.}}{80} \times 100$$

La E. A. M. D. fue aplicada para su validez durante 5 meses -- que el servicio psiquiátrico del Hospital de Duke a un grupo control y a otro grupo experimental dando por resultado tener confiabilidad y validez, siendo asimismo de valiosa ayuda para el diagnóstico de la depresión y para elegir el mejor tratamiento para ésta.

La Escala de Depresión del Dr. W. K. Zung comprende una lista de 20 declaraciones cada una de las cuales se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva los síntomas más ampliamente conocidos como desórdenes de la depresión. A su lado aparecen 4 columnas cuyos encabezados dicen: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente.

La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y su índice alto señala una depresión de significación clínica. Las declaraciones de la escala

están redactadas en el lenguaje común y de uso diario de los - pacientes. Regularmente todas las pruebas psicológicas cuentan con medidas de protección, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. Para que el paciente no pueda discernir alguna tendencia en sus respuestas - porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera positiva y la otra mitad sintomáticamente negativas. Los rangos propuestos por el Zung para la clasificación de la depresión son:

De 20 a 33 controles normales

De 34 a 53 reacción de ansiedad

De 54 a 64 depresión ambulatoria

De 65 y más depresión que amerita hospitalización

A la escala del Zung, se le realizó un análisis factorial, encontrándose que existen 4 factores:

Índice de bienestar, índice de estado deprimido; índice de síntomas somáticos e índice de optimismo.

Posteriormente se hizo otro análisis factorial similar al anterior encontrándose índices adicionales que se desarrollaron del SDS. De la siguiente forma:

a) Índice de bienestar.

- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
 - Me resulta fácil tomar decisiones.
 - Siento que soy útil y necesario.
 - Mi vida tiene bastante interés.
 - Todavía disfruto de las mismas cosas.
- b) Índice de estado deprimido.
- Me siento abatido y melancólico.
 - Tengo accesos de llanto y deseos de llorar.
 - Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.
- c) Índice de síntomas somáticos.
- El corazón me late más aprisa que de costumbre.
 - Me canso sin hacer nada.
- d) Índice de optimismo.
- Tengo la mente tan clara como antes.
 - Tengo esperanza en el futuro.
- e) Reactivos no agrupados en un índice.
- En la mañana me siento mejor.
 - Me cuesta trabajo dormirme en la noche.
 - Como igual que antes solía hacerlo.
 - Todavía disfruto de las relaciones sexuales.

- Noto que estoy perdiendo peso.
- Tengo molestias de constipación
- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- Estoy más irritable de lo usual.

ADMINISTRACION Y CALIFICACION.

La escala del Dr. W. W. K. Zung consta de una lista de 20 declaraciones. Dicha prueba se le proporciona al sujeto; pidiendole que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso, en el momento de contestar la prueba.

Para obtener la medición de la depresión la escala terminada se coloca bajo la cubierta transparente y se escribe en el margen de la escala el valor indicado para cada declaración y posteriormente se suma; esta calificación básica se convierte entonces a otro índice que se basa en 100. Una vez obtenido el índice A. M. D. dependiendo de esta puntuación se obtendrá un diagnóstico específico.

Cabe mencionar que dicha escala esta planteada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión, y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD
DEL DR. STARKE R. HATHAWAY Y EL DR. J.C. MCKINLEY

ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DEL INVENTARIO.

El MMPI, cuyos niveles de objetividad, validez y confiabilidad han sido ampliamente estudiados, tiene como objetivo definir las áreas clínicas más importantes de la personalidad, la cual se lleva a cabo a través de la evaluación tanto de los síntomas como de la estructura subyacente de la personalidad.

A fines de 1938 los doctores Hathaway y McKinley comenzaron a reunir selectivamente frases para una prueba, convencidos de la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles para la investigación como para la práctica clínica.

El MMPI originalmente fué diseñado con el fin de analizar aquellos rasgos que comunmente son las características de la psicopatología. La lista original consistió en 1200 frases que después se redujeron a 504. Actualmente el cuaderno del MMPI consta de 566 reactivos a los cuales los sujetos deben responder con verdadero o falso según su criterio. (65)

Los reactivos de esta prueba varían por su contenido además de

que cubren áreas tales como: La salud física, los síntomas -- psicósomáticos, desórdenes neurológicos, actitudes sexuales, - religiosas, políticas y sociales así como situaciones educacio nales, ocupacionales familiares y maritales.

También investiga tipos de comportamientos neurótico o psico- tico, es decir, estados obsesivos, compulsivos, delirios, alu- cinaciones, ideas de referencia, fobias, etc.

En 1940 cuando aparece el inventario, éste estuvo provisto pa- ra calificaciones de las escalas clínicas. Cada una de estas escalas se estandarizó teniendo grupos control de aproximáda- mente 700 sujetos cuyo rango de edad fluctuaba entre los 16 y los 65 años.

Las escalas originales desarrolladas por los autores fueron:

- 1) Hipocondriasis
- 2) Depresión
- 3) Histeria
- 4) Desviación psicopática
- 5) Masculinidad-Femineidad
- 6) Paranoia
- 7) Psicastenia
- 8) Esquizofrenia
- 9) Hipomanía

También se cuenta con la utilización de 4 "escalas de validez". Estas escalas no analizan la validez en sentido técnico, sino que representan controles, sobre la falta de cuidado o mala interpretación del sujeto al resolver la prueba. También registran los intentos deliberados del examinado para causar una impresión negativa o positiva. La escala de interrogaciones (?), la de mentiras, y la de validez, se usan ordinariamente para lograr una evaluación general de los resultados de la prueba. (65)

Es importante mencionar que si alguna de estas escalas excede un determinado nivel máximo, se considera invalidada la prueba.

La escala de corrección que se diseñó para funcionar como "variable supresión". Es utilizada para computar un factor de corrección el cual es añadido a las calificaciones de algunas de las escalas clínicas, para obtener calificaciones totales ajustadas.

Es importante notar que las escalas de validez no han sido completamente estandarizadas y su uso se deja al juicio del experto clínico.

Posteriormente cuando el MMPI se publicó en forma original, habían sido desarrolladas aproximadamente 200 escalas nuevas; mediante éstas se pueden investigar áreas tales como la dependen

cia (dy) socialidad (si); la fuerza del yo (cs) el prejuicio - (pr) etc.

La práctica en el manejo del MMPI demuestra que a medida que se encuentren más escalas elevadas y entre más altos sean los puntajes de éstas habrá mayor probabilidad de que la persona - en cuestión se encuentre seriamente perturbada.

ADMINISTRACION Y CALIFICACION.

La manera más común de administrar el inventario multifásico - de la personalidad consiste en seguir las instrucciones impresas en el folleto, las cuales indican que el sujeto debe de -- marcar "cierto" o "falso", según corresponda su respuesta a -- las proposiciones anotadas en el folleto. Esta forma incluye también el perfil en donde se vacían las respuestas.

La forma de calificar se lleva a cabo por medio de un juego de plantillas perforadas, las cuales facilitan la computación del número de respuestas dadas por escala. Así la sumatoria que - se obtenga es anotada en el perfil y se le llama puntaje bruto, posteriormente se realiza la equivalencia a un nivel que - se le conoce con el nombre de puntaje T. Dicha puntuación resulta de asignar un valor de 50 a las puntuaciones normales y un valor de 10 a cada desviación estandar, de ahí entonces que una puntuación de T de 70, tiene dos desviaciones arriba de la media aritmética.

BIBLIOGRAFIA

- BRONKHORST, H. W. 1983. *Estuaries and Coasts*, 6: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1984. *Estuaries and Coasts*, 7: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1985. *Estuaries and Coasts*, 8: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1986. *Estuaries and Coasts*, 9: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1987. *Estuaries and Coasts*, 10: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1988. *Estuaries and Coasts*, 11: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1989. *Estuaries and Coasts*, 12: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1990. *Estuaries and Coasts*, 13: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1991. *Estuaries and Coasts*, 14: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1992. *Estuaries and Coasts*, 15: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1993. *Estuaries and Coasts*, 16: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1994. *Estuaries and Coasts*, 17: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1995. *Estuaries and Coasts*, 18: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1996. *Estuaries and Coasts*, 19: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1997. *Estuaries and Coasts*, 20: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1998. *Estuaries and Coasts*, 21: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 1999. *Estuaries and Coasts*, 22: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2000. *Estuaries and Coasts*, 23: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2001. *Estuaries and Coasts*, 24: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2002. *Estuaries and Coasts*, 25: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2003. *Estuaries and Coasts*, 26: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2004. *Estuaries and Coasts*, 27: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2005. *Estuaries and Coasts*, 28: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2006. *Estuaries and Coasts*, 29: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2007. *Estuaries and Coasts*, 30: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2008. *Estuaries and Coasts*, 31: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2009. *Estuaries and Coasts*, 32: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2010. *Estuaries and Coasts*, 33: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2011. *Estuaries and Coasts*, 34: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2012. *Estuaries and Coasts*, 35: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2013. *Estuaries and Coasts*, 36: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2014. *Estuaries and Coasts*, 37: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2015. *Estuaries and Coasts*, 38: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2016. *Estuaries and Coasts*, 39: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2017. *Estuaries and Coasts*, 40: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2018. *Estuaries and Coasts*, 41: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2019. *Estuaries and Coasts*, 42: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2020. *Estuaries and Coasts*, 43: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2021. *Estuaries and Coasts*, 44: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2022. *Estuaries and Coasts*, 45: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2023. *Estuaries and Coasts*, 46: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2024. *Estuaries and Coasts*, 47: 1-16.
- BRONKHORST, H. W. 2025. *Estuaries and Coasts*, 48: 1-16.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aberastury, A. Knobel, M.
La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico.
Editorial Paidós, Barcelona, 1981.
- 2.- Abraham, K.
Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions on - selected papers on psychoanalysis.
Basic Books, New York, 1911.
- 3.- Alvarez, Asunción
"Aspectos psíquicos del farmacodependiente".
Mecanograma inédito; Centros de Integración Juvenil, México, 1982.
- 4.- Aproximaciones Teóricas a la familia del farmacodependiente. Serie Técnica. Perfil familia Centros de Integración Juvenil. México, 1982.
- 5.- Arieti, S; Bemporad J. R.
"Organización psicológica de la depresión". Am Journal of psychiatry 137 (11) pp. 1360-1365, 1980.

- 6.- Avila Mendez, Yolanda
Estudio sobre adolescencia. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, 1970
- 7.- Baer, D. J. y Conrado, J. J.
"74 Heroin addict relationship with parents during childhood and early adolescent years". Journal of Psychology 124 p. 99-113, 1974.
- 8.- Berriel-G Rita; Berriel-G Ma. E.; y Contreras, Cisneros B.
"Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en Centro de Integración Juvenil León, Guanajuato". En Contreras Pérez Carlos. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas, pp. 421-441. México, 1977.
- 9.- Belsasso, G. y Rosenkranz, R. P.
"Incidencia del uso de alcohol tabaco y drogas psicotrópicas en obreros de la ciudad de México". Reporte preliminar. Revista del Instituto Nacional de Neurología. -- Vol. V, No. 2, 1971.
- 10.- Benitez; Fernando.
Los hongos alucinantes. Ediciones ERA, S. A. México, 1964.

- 11.- Berry, G. J. ; Heaton, R. R. y Kirby, M. N.
"Aspectos neurológicos de los abusadores crónicos de inhalantes. Un reporte preliminar" En Contreras Pérez -- Carlos. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas. pp. 262-292, México, 1977.
- 12.- Blos, Peter
Psicoanálisis de la adolescencia. Editorial Joaquín Mor-
tis. México, 1981.
- 13.- Brau, Jean Louis
Historia de las drogas. Editorial Bruguera. S. A. Mé-
xico, 1972.
- 14.- Brecher, E. M.
"The editors of consumer reports licit and illicit drugs".
Toronto: Little, Brown and Co. 1972.
- 15.- Calderón, Narvaez G.
"La clasificación de los trastornos mentales en la IX re-
visión de la clasificación internacional de enfermedades".
Clasificación psiquiatría. Vol. 7 (3): p. 31, 1977
- 16.- Calderón, Narvaez G.
Depresión. Editorial Trillas. México, 1984.

- 17.- Campbell, T.
Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1973.
- 18.- Campillo, C.; Medina, M. E.
"Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas (solventes) en México". Salud Pública de México XX. pp. 733-743. - México, 1978.
- 19.- Cancro, Robert.
"Revisión de la depresión en los 80's la curva ascendente". Un simposio trascendente. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Nueva York. Monografía pp. 3, 1980.
- 20.- Cardeña, Gómez D.; Vernet-Vera, J. J.
"Familia y farmacodependencia una revisión bibliográfica". En aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente. Serie técnica vol. 2, C.I.J. A. C. México, 1982.
- 21.- Carol, B. J.; Fielding, J. M.; Blashki, T. G.
"Depression rating-scale". Arch. Gen. Psychiatry 28 pp. 361-366, 1973.

- 22.- Castro, M. E; Valencia M.
"Consumo de drogas en México patrones de uso en la población escolar". Salud Pública de México. Vol. XV No. 5. Octubre, 1987.
- 23.- Castro, Ma. Elena; Maya, Ma. de los A.; Aguilar, M.
"Consumo de sustancias tóxicas y tabaco en la población estudiantil de 14 a 18 años en el D. F. y zona metropolitana. Medición transversal 1980". Salud Pública de México. Vol. XXIV No. 5 pp. 565-574, septiembre, octubre. -- 1985.
- 24.- Cervera
Un signo de nuestro tiempo. Las drogas. Editorial Magisterio Español, pp. 113-137. Madrid, 1975.
- 25.- César, E.
"Estudio comparativo de la dinámica familiar en jóvenes inhaladores". Tesis de Licenciatura Universidad Iberoamericana, México, 1985.
- 26.- Clarac, Paule y Rosales de la Parra L.
"Investigación social sobre el adolescente farmacodependiente en el Distrito Federal y zonas colindantes". Cuadernos Científicos CEMEF Vol. 5 pp. 135-185, Marzo, 1976.

27. Clinger, O. W. y Johnson, N. A.
"Pourposeful inhalation of gasoline vapors". Psychoana--
lytic Quarterly 25 (4) pp. 559-567, 1951.
- 28.- Contreras Pérez, Carlos
Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Edi--
torial Trillas, México, 1977.
- 29.- Cohen, M. B; Bather, G. Cohen, R. From Reichman, F; Wei--
gent. E. "An intensive study psichosos, in aduances in -
psychiatry". Norton, 1974.
- 30.- Cohen, Pripps
History an theories of general anesthesia". In Goodman,
L. S. Gilman A. Eds. the pharmacological bases of thera--
peutics". 4 th. Editorial Toronto Mc. Millan, 1970.
- 31.- Cohen, Sidney
"The volatile solvents". Public. Helt Review 2: 185-214,
1973. Artículo elaborado para la Special Action Office
for Drug Abuse Prevention 726 Jackson P. I. NW. Washing--
ton (1972).
- 32.- Crosby, A. R.
"The use of the self-rating depression scale after trau--
matic injuries". J. Am Osteopoth Assoc. 69: 269-270, 1969.

- 33.- Cuadernos Científicos CEMEF publicación de trabajos de investigación. Edición especial. "Disolventes e Inhalables". Simposio AMEFAR-CEMEF, México, abril, 1975.
- 34.- Chiss, S. A; Miller M. L.
"Depresión en una población de adolescentes delincuentes". Arch Gen Psychiatry p. 1175-1184, 1980.
- 35.- Chevalli Arroyo, A.; Tubert O. Juan
"Farmacodependencia a inhalantes". En disolventes inhalables. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 1988.
- 36.- Chimeli, Eduardo
"Los cholos realidad lacerante de Jalisco". Artículo periodístico publicado en Excelsior, Abril, 1985.
- 37.- De la Fuente, Ramón
"El problema de la farmacodependencia". Gaceta Médica - de México No. 103. pp. 101-123. México, 1972.
- 38.- De la Fuente, Ramón
"Farmacodependencia". Departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental, P. 9. artículo mimeografiado, México, 1971.

- 39.- De la Garza, Fidel.
Adolescencia marginal e inhalantes. Editorial Trillas,
 México, 1977.
- 40.- De la Garza, Fidel; Mendiola, Ivan; Rábago, S.
"Estudio psicológico familiar y social del paciente in-
 halador". C. I. 3. Monterrey, Nuevo León. En Contreras
 Pérez Carlos. Inhalación voluntaria de disolventes in-
 dustriales. Editorial Trillas pp. 406-424. México, 1977.
- 41.- De la Garza, Fidel; Mendiola, Ivan; Rábago, Salvador.
"Perfil del inhalador". Trabajo presentado en la 2a.
 Reunión Internacional Fronteriza sobre abuso de drogas y
 alcohol. Piedras Negras, Coahuila. México, octubre, --
 1977.
- 42.- Derbes, Jorge
"La revolución psicodélica". Vivencia mayo 1969. Vol. II
 No. 10, pág. 8, 1969.
- 43.- .
"Disturbios del juicio en los síndromes depresivos".
 American Journal of Psychiatry 123 (6) p. 682-690. D--
 ciembre, 1960

- 44.- Estrada P., Ma. del Carmen.
"La depresión en el adolescente con padre alcohólico".
Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM, 1982.
- 45.- Erickson, E. H.
"Identity, youth and crisis Nueva York W. W. Norton I.Co".
En Erickson E. H. Identidad, juventud y crisis. Editorial ---
Paidós, Buenos Aires, 1970.
- 46.- "Esto es el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodepen--
dencia". Memoria de un organismo p. 8 México, 1976.
- 47.- Ey., Henry
Tratado de psiquiatría. Editorial Toray Masson, S. A.
Barcelona, 1975.
- 48.- Fábrega Suárez, Enrique Arturo
"El mundo de las drogas". Empresa del Cojo, C. A. Cara--
cas, 1974.
- 49.- Fármacos de abuso
Información farmacológica y manejo de intoxicaciones. Cen-
tro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, México, -
1976.

- 50.- Fernández Cáceres, Ma. del Carmen y del Olmo Reyes, Patricia.
Compilación del VI Curso Monográfico "Terapia Familiar" de Centros de Integración Juvenil y el Instituto Latinoamericano de estudios de la familia. Mecanograma de circulación interna. México, 1984.
- 51.- Fontaneto Burgos, Silvia I.
"Sobre la inscripción social de la familia". En aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente. Serie Técnica Vol. 2 Perfil Familia. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 1982.
- 52.- Framrose, R.
"From a structure to stratesy with the families of solvent abuses". Journal of Family Terapy Vol. 4 (1) pp.43-59, 1973.
- 53.- Freedman, L. C.
"Elementary applied stadistics". New York, John Willey and Sons. Inc., 1965.
- 54.- Frijednich, William; Reams, Rodmond; and Jacobs, Jane
"Depression and suicidal ideation in early adolescents". Journal of Youth-and adolescence Vol. 11 (5), 1982.

- 55.- Freud, Sigmund
Obras completas. "El sentido de los síntomas". 17a. Conferencia de introducción al psicoanálisis. Tomo XVI --- pp. 235-249. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978.
- 56.- Freud, Sigmund
Obras completas. Tres ensayos para una teoría sexual. - Metamorfosis de la pubertad. Editorial Biblioteca Nueva, pp. 1200, Madrid, 1973.
- 57.- Freud, Sigmund
El malestar en la cultura. Capítulo II. Tomo XXI. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1986.
- 58.- Freud, Sigmund
Duelo y melancolía (1914). Tomo XIV pág. 241. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1978.
- 59.- Frust, Peter
Alucinógenos y cultura. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.
- 60.- García Ramírez, Sergio
Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos. Editorial Trillas, México, 1977.

- 61.- Glasscote, R. y otros.
Tratamiento del abuso de drogas. Programas, problemas, perspectivas. Editorial El Ateneo pp. 18-21. Buenos Aires, 1975.
- 62.- Granado Velasco, Angel
"Asociación juvenil". C. N. C. Artículo periodístico - publicado en Excelsior, Abril, 1985.
- 63.- Grimberg, León
"El individuo frente a su identidad". Revista de psicoanálisis XVIII p. 344, Buenos Aires, 1961.
- 64.- Gutiérrez Flores, R. R.
Solventes industriales. Cuadernos científicos CEMEF --- pp. 35-47, CEMEF, México, 1975.
- 65.- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C.
Inventario multifásico de la personalidad MMPI-Español. Editorial El Manual Moderno, S. A. México, 1951.
- 66.- Hollingshead, A.
Elmstown's youth: The impact of social classes on youth. Journal of Genetic Psychology 83-87:111, 1958.

- 67.- Holguín Quiñones, Fernando y Hayashi Martínez, Laureano.
Elementos de muestreo y correlación. Textos universitarios. UNAM. México, 1974.
- 68.- Jacobson, E.
"Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression". En Affective Disorders, Ed. Greenacre P. International Universities. Press. New York, 1953.
- 69.- Jimenez Millán, S.
"Estudio sobre adolescencia". Tesis de Licenciatura -- Facultad de Psicología, UNAM, 1978.
- 70.- Kashami, S. H.
"Perspectivas en depresión". Psychiatry 138 (2) p. 143-153, Febrero, 1981.
- 71.- Ker., T. A.
"Predicción y respuestas en estados de ansiedad y enfermos depresivos". Psychiatry 124-125, 1974.
- 72.- Keller y Graff.
"Narcotics y dangerous drugs". U. S. Dept. of Justice - pág. 1-47, 1968.

- 73.- Kerlinger, N. Fred
Investigación del comportamiento, técnica y metodología.
Cap. 8 pp. 92. Editorial Interamericana, México, 1975.
- 74.- King, Jane Lucy
"The depressive syndrome a follow -un study of 130 professionals working overseas". American Journal Psychiatry. 132:6 June, 1975.
- 75.- Klein, Melanie
Obras completas. Envidia y gratitud. Tavistok London, 1975.
- 76.- Klein, Melanie
Obras completas. Contribuciones al psicoanálisis. The Hogarth Press London, 1921-1945.
- 77.- Knobel, Mauricio
El síndrome de la adolescencia normal. Normalidad y -patología de la adolescencia. En Aberastury y Knobel. La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós, Barcelona, 1981.

- 78.- Korman, Maurice; Trimboli, y Semler Ira.
"Estudio de la inhalación de disolventes en una sala de emergencia psiquiátrica". En Contreras Pérez Carlos. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas, pp. 212-235, México, 1977.
- 79.- La farmacodependencia y su prevención dentro de la comunidad. Serie Técnica Vol. 4. Perfil Comunidad. C.I.J. México, 1983.
- 80.- _____
"La relación entre personalidad y los síntomas de la enfermedad de depresión". Psychology 21 (11) pp. 213,1975.
- 81.- Laurell, Cristina
Medicina y capitalismo en México. Cuadernos Políticos Vol. 5. Editorial ERA., p. 91, México, 1978.
- 82.- Leal H; Mejía, L; Gómez, L.; Salinas de V. O.
"Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la ciudad de México". En: Contreras Pérez Carlos. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas. pp. 442-459. - México, 1977.

- 83.- L. Harmeno, Constance
"Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory", Journal of Consulting and Clinical psychology. Vol. 48 No. 1. pp. 126-128, 1980.
- 84.- Linder, R. L. y Cols.
"Solvent Sniffing: A Continuing problem among". Youth Proc. West Pharmacol. Soc. 18: 371-374, 1975.
- 85.- Linton, Ralph
"La historia natural de la familia". en Fromm. Horkheimer Plearsons y otros. La familia, Barcelona, Edic. Península, p. 7.
- 86.- López Acuña, Daniel
Salud social y nutrición en México. Siglo XXI, pp. 177 1979.
- 87.- Masters, R.E.L.; Houston, J.
"The varieties of sychedelic experience". New York Dell Publishing Co. Dric. 1966. p. 3-316. 1966.
- 88.- Mayoral, Sergio; Fernández, Carmen
"Historia del uso de drogas". Dirección de Participación Comunitaria de Centros de Integración Juvenil, A. C. Inédito. México, 1982.

- 89.- Medina Mora, María Elena; Ortíz A.; Caudillo, C.; López, S. Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. Revista Salud Mental 5 (4) pp. 77-81, México, 1982.
- 90.- Medina Mora, M. E. Shnaas, A. L. Terroba, J. "Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México". En Contreras Pérez. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas, p. 352--362. México, 1977.
- 91.- Medina Mora, M. E.; Terroba G. y cols. "Prevalencia del consumo de fármacos en la ciudad de la Paz, B. C.". Cuadernos Científicos CEMESAN Vol.9 pp. 93-106, México, 1968.
- 92.- Medina Mora M. E. "Prevalencia de consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana" (Escuelas de hogares). Enseñanza e Investigación en Psi.IV (7) pp. 111-125. En - junio, 1978.
- 93.- Mendelson M. "Concepts of depression". Halstead. New, York. 1974.

- 94.- _____
"Métodos experimentales de clasificación de la depresión". Estudio Piloto. *Psiquiatría* 36 pp. 447-452, Abril, 1979.
- 95.- Mier y Terán MC.; Shanaas, L. Vargas, G.
"El problema de la farmacodependencia en una cárcel de mujeres de la ciudad de México". *Revisión Mexicana de Prevención y Readaptación Social* 13; 63-83, México, 1974.
- 96.- Miller, de P. I.
"Psychoanalytical Studies on the causes of intoxication by marihuana". *The International Journal of the Addictions*. Vol. 14, año 5. pp. 729-734, 1979.
- 97.- Munro, A.
"Algunos factores familiares y sociales en la enfermedad depresiva". B. J. *Psychiatry* 112; 429-441, 1966.
- 98.- Muñoz Fuentes, Margarita
"Farmacodependencia y condiciones socio-económicas en ciudad Nezahualcóyotl. Estudio de casos atendidos por C.I.J. de 1983-1986". Tesis de Licenciatura, *Fac. de Sociología*, UNAM, 1988.

- 99.- Naciones Unidas
"El uso lícito y el uso indebido de drogas".
En: Las Naciones unidas y la fiscalización del uso indebido de drogas. División de Estupefacientes, Ginebra, Naciones Unidas, Nueva York, 1977.
- 100.- Naciones Unidas
"Prevención del uso indebido de drogas, tratamiento y rehabilitación de los toxicómanos". En: Las Naciones Unidas y la fiscalización del uso indebido de drogas. División de Estupefacientes, Naciones Unidas. pp. 36-47, Nueva, York, 1977.
- 101.- Nagle, D. R.
"Anesthetic addiction and Drunkenness: A contemporary and Historical Sourvey". Internacional Journal of the addictions. Vol. 3: 25-39, 1968.
- 102.- Natera, G; y Cols.
"Consumo de fármacos en la ciudad de Monterrey, N. L.". CEMEF. Reportes Especiales Vol. 11, pp. 101-122. México, 1975.
- 103.- Natera, G.
"Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en 27 centros de tratamiento de la República Mexicana". Cuadernos Científicos CEMESAM, Vol. 11, pp. 101-122, México, 1979.

- 104.- Nuñez, Rafael
Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. Editorial El Manual - Moderno, México, 1987.
- 105.- Olivarría Vega, Marco Antonio y Sosa Serrano, Eduardo Raúl.
"Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos, uno de usuarios crónicos de inhaladores y otro de no usuarios". Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, México, 1987.
- 106.- Ongay, Mario
La familia de las clases medias en México. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM pp. 7 - México, 1979-1980.
- 107.- Organización Mundial de la Salud
"Manual Internacional sobre el abuso de drogas 1969". O.M.S. Ginebra, 1969.
- 108.- Organización Mundial de la Salud
"Evaluación de las drogas que causan dependencia". Informe de un grupo científico. Ginebra, 1963.

- 109.- Organización Mundial de la Salud
"Serie de informes técnicos No. 407". pp. 6, 1969.
Bulletin of the world health organization 32-723.
- 110.- Organización Mundial de la Salud
"Serie de informes técnicos No. 21". Bulletin of the
world health organization, Ginebra, 1950.
- 111.- Ortíz, A. y Caudillo, C.
"Alteraciones cognitivas en menores usuarios crónicos
de sustancias inhalables. Informe de un estudio experi-
mental". Salud Pública de México 27 (4) pp. 286-
290, México, 1985.
- 112.- Ortíz, A.
"Estudio del funcionamiento psicológico y social de -
consumidores de inhalantes que realizan actividades -
en la vía pública". Tesis de maestría, Facultad de -
Psicología, Universidad Intercontinental, México, 1984.
- 113.- Ortíz, A.
"Consumo de drogas y psicoterapia psicoanalítica."
Tesis de doctorado, Facultad de Psicología. Universi-
dad Intercontinental, México, 1986.

- 114.- Parra, A.; Medina, M; Terroba, G.
"Estudios epidemiológicos sobre consumo de fármacos en la Ciudad de San Luis Potosí". CEMESAM, Vol. II pp. 12-13, México, 1979.
- 115.- Parra, A; Medina M; Terroba, G.
"Estudios epidemiológicos sobre consumo de fármacos en la ciudad de Puebla". CEMESAM, Vol. II pp. 14-15. - México, 1979.
- 116.- Peinado Antable, José
Paidología, psicología infantil. Editorial Porrúa, -- México, 1977.
- 117.- Pichot, Pierre
"Actualisation du concept de dépression". L' Encéphale. Vol. II pp. 307-314, 1981.
- 118.- Pichot, Pierre
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM III. Editorial Toray Masson, Barcelona -- 1983.
- 119.- Poder Ejecutivo Federal.
Secretaría de Salud. "Ley General de Salud". 1a. Edición. pp. 161, México, D. F. 1986.

- 120.- Powell, Melvin
"La psicología de la adolescencia. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1975.
- 121.- Pucheu Regis, C.
"Factores psicosociales y culturales de la farmacode--
pendencia". Conferencia del 25 de octubre de 1972. --
Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1972.
- 122.- Querol, M.
"Epidemiología de las depresiones". Actas del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría. Lima 1969. En Bleichmar Hugo. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo pp. 138-146. Buenos Aires, Argentina, 1977.
- 123.- Radó, S.
"El psicoanálisis de la farmacotimia 1932. Aficción a las drogas". En Psicoanálisis de la Conducta. Editorial Hormé pp. 74, Buenos Aires, 1973.
- 124.- Radó, S.
Psicoanálisis de la conducta. "El problema de la me--
lancofía". Editorial Paidós, pp. 57-72. Buenos Aires, 1973.

- 125.- Richards, Sharon C.; Diamond, Carol R. Spielman y Douglas, S. Lipton.
"La Inhalación desde Suffolk hasta Syracuse por la juventud del Estado de N. York". Reporte de la inhalación de disolventes News Norte State Office of Drug Abuse -- Service, En Carlos Contreras M. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas pp. 379-394, México, 1977.
- 126.- Richards, Louise G. ; Sott Milton, H.; Smith Jean Paul, S. Protto George e L S D - 25. "A factual account". Washington y Drugs p. 13-26, 1969.
- 127.- Rickels, K; Dowling, R. W; Lipman, R. S.
"The self-rating depression scale (S.D.S.) as a measure of psychotropic drug reponse. Dis. Nerv. Syst. 34; 98-109, 1973.
- 128.- Rickels, K.
"Non specific factors in drug therapy" Springfield Charles C. Thomas. 1968.
- 129.- Robertson, B. M.
"La teoría psicoanalítica de la depresión". Psychiatry 24 (6) pp. 557-574, 1982.

- 130.- Rosenfeld, H. A.
sobre la adicción a las drogas 1960. En: Estados Psicóticos. Editorial Hormé pp. 154, Buenos Aires 1978.
- 131.- Roth, M.
"Los límites de enfermedad depresiva". L. Encéphale 315-333; 1981.
- 132.- Safa-Barraza, E; Mier y Terán, C.; Zermeño G.
"Investigación epidemiológica sobre el uso y abuso de fármacos en los penales del D. F.". Reportes especiales CEMEF, México, 1973.
- 133.- Sachs, Hans.
"Sobre la génesis de las perversiones 1923". IMAGO - No. 5. Editorial Letra Viva pp. 17-18 Buenos Aires julio, 1977.
- 134.- Schnaas, L. y Cols.
"Características de personalidad en un grupo de farmacodependientes". Cuadernos Científicos CEMEF No. 7, México, noviembre 1976.
- 135.- San Martín, Hernán
Salud y enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. México, 1983.

- 136.- Sánchez Maya, Ma. Olivia
"Estudio comparativo de un grupo de farmacodependientes a través del MMPI". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México, 1981.
- 137.- Sanen Ahued, Alberto
Inhalables. Mecanograma inédito. Centros de Integración Juvenil, A. C. México 1988.
- 138.- Sartorius, N.
"Epidemiología de la depresión". Crónica de la OMS, Ginebra, 1973.
- 139.- S. J. M., Fernando
"A cross cultural study of some familial and social factors in depressive illness 1966". Brit J. Psychiatry 127: 46-53, 1975.
- 140.- Sigel, Sidney
Estadística no paramétrica. Editorial Anorrortu. Buenos Aires, Argentina, 1982.
- 141.- Solorzano, A.
Estudio de 1000 casos de niños dedicados al comercio ambulante y los servicios en la ciudad de México. Cuadernos INET 9:97, México, 1980.

142.- Sorenson, R.

"Youth's need for challenge and place in American Society; its implications for adults and adults institutions".

Washington, D. C. National Comete for children and youth Inc., 1962.

143.- Soustelle, J.

"El universo de los aztecas". Editorial F. C.E. y CREA
Colección Biblioteca Joven No. 5. México, 1983.

144.- Sousa, y M. M.; Cárdenas, A. S.; Escotto M. S.; Guisa S. V.; Murrow T. E. Salgado, A. G.

"Depresión en la adolescencia: Mesa Redonda". Revista
Facultad de Medicina. México 26 (7), pp. 226-275, 1984.

145.- Taylor, Norma

"The pleasant assassin. The story of marihuana. The marihuana papers". New York, Signet, Signet Classics --
pp. 31-47, 1968.

146.- Terroba, G.; Medina M, ME.

"Epidemiología de la farmacodependencia en la Ciudad de Mexicali, Baja California". CEMESAM. Vol. II pp. 45
México, 1978.

147.- Thompson, J. E. S.

Historia y religión de los mayas. Editorial Siglo XXI,
5a. edición, Colección América Muestra No. 7 México, 1982.

148.- Torres, R. A.

"Manifestaciones clínicas en los usuarios y/o abusadores
de volátiles inhalables". Cuadernos Científicos CEMEF,
pp. 73-79, México, 1975.

149.- . _____

Un problema que expresan los individuos. Departamento de
Prevención. Artículo de circulación interna Centros de -
Integración Juvenil, A. C. México, 1983.

150.- Vallejo, Nájera

Introducción a la psiquiatría. Editorial Científica Médi-
ca, Barcelona, 1979.

151.- Vega Fuente, Armando

Delincuencia y drogas. Instituto de Ciencias de la Educa-
ción. Universidad de Barcelona, 1982.

152.- Vega Fuente, Armando

Los educadores ante las drogas. Santillana S. A. de Edi-
ciones, Madrid, 1983.

153.- Vera Ocampo, E.

"Algunos elementos a propósito de una aproximación psico-análítica de la farmacodependencia". C.I.J. Inédito. México, 1986.

154.- Vilas, Carlos María

"Familia, Universidad y opinión: La pequeña burguesía -- Argentina". Revista del Instituto de Ciencias Sociales, No. 21-973. pp. 185-201. Barcelona, 1980.

155.- Villagomez, Yanga

"Toxicomanía, Capitalismo y Desarrollo Urbano en el caso de la ciudad de México". Tesis de Licenciatura Facultad de Sociología UNAM, México, 1983.

156.- Villagomez, Yanga

Salud, Desarrollo Urbano y Toxicomanía. Mecanograma de - Circulación interna Centros de Integración Juvenil, A. C. Departamento de Prevención, México, 1984.

157.- Villaseñor, Shwas y María Yanira

"Aplicación de la prueba de Bender a dos grupos de pacientes depresivos". Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM. México, 1970.

- 158.- Warren Howard, C.
Diccionario de psicología. Fondo de Cultura Económica.
México, 1976.
- 159.- Weingold, H. P; Lauchin, J. M. Bell; et al.
"Depression as a symptom of alcoholismo search for a phenom-
enon". J. Abnormal Psychology. 73: 195-197, 1968.
- 160.- Wellish, D.; Hays, J. R.
"A cross cultural of the prevalence and correlates of
student drug abuse in the United States and México".
Bulletin on narcotics 16:31-42. 1974.
- 161.- Waldman, Gilda
"La crisis de la familia: Una revisión teórica del pro-
blema". Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Socia-
les. 98-99 pp. 114. UNAM 1979-1980.
- 162.- Zermelo, A; Pinzón, S; Schnaas, de G.L., y Serna, M. A.
"Características socioculturales y familiares de adoles-
centes infractores farmacodependientes." Cuadernos Cien-
tíficos CEMEF. pp. 85-133, México, 1976
- 163.- Zung, N. W. Durham
"A self Rating Depression Scale". Archive Gral. of
Psychiatry, Vol. 12 pp. 63-70 U. S. A., 1975.

- 164.- Zung, W. W. K.; Richards, C. B.; Short, M. S.
"Self-rating depression scale in an out patient clinic".
Arch. Gen. Psychiatry 13: 508-515, 1965.
- 165.- Zung, W. W. K.
"Factors influencing the self-rating depression scale".
Arch. Gen. Psychiatry. 15: 124-130, 1967.
- 166.- Zung, W. W. K.
"The depression status inventory an adjunct to the self rating depression scale". Journal of Clinical Psychology Vol. 28 (4). pp. 539-534, 1972.