

320825



Universidad del Valle de México

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA

17
20

Con Estudios Incorporados a la
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA,
EN ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES
Y EXFARMACODEPENDIENTES

T E S I S

QUE PRESENTA:
ARACELI NORIEGA CHI
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESOR: LIC. MARQUINA TERAN GUILLEN

MEXICO, D.F.

1994.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

DEDICATORIA

A DIOS:

Gracias Señor por estar siempre conmigo, porque a ti te debo todos mis triunfos.

A MIS PADRES:

JAVIER NORIEGA V.
Y
LOURDES CHI C.

Como una muestra de agradecimiento por el amor y apoyo que me han brindado.

A MI ESPOSO:

RAUL PEREZ R.

Por su amor, apoyo y comprensión, porque juntos estamos logrado nuestras metas.

A MIS HERMANAS:

GRISELDA Y LULU

Quienes han compartido los buenos y malos momentos, como muestra de mi amor y agradecimiento.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Agradezco a DIOS el haberme permitido ver culminada una de mis mayores metas.

A MI ESPOSO:

RAUL PEREZ R.

Por su ayuda en la realización de esta tesis.

A MI ASESOR:

MARQUINA TERAN GUILLEN:

Agradezco de manera muy especial a mi asesora de tesis, por brindarme sus conocimientos, tiempo y comprensión.

A MI DIRECTORA DE TESIS:

BEATRIZ VAZQUEZ ROMERO:

Por su generosidad, al brindar su esfuerzo y tiempo en la realización de este trabajo.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
Y A TODOS MIS MAESTROS:

Que aportaron sus conocimientos para mi formación.

AL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL:

Por haberme proporcionado material y apoyo para la realización de esta tesis.

A DROGADICTOS ANONIMOS:

Por haberme permitido llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios para la investigación.

A TODOS LOS ADOLESCENTES:

Que desinteresadamente y amablemente cooperaron en la aplicación de los cuestionarios.

A DANIEL ROBLES, ALEJANDRO VAZQUEZ Y MARCO: Que de una u otra manera colaboraron desinteresadamente a la conclusión de mi trabajo.

INDICE

I N D I C E

PAGS.

INTRODUCCION.

I.- FARMACODEPENDENCIA.

a) Antecedentes del problema en México	4
b) Definiciones.	12
c) Rasgos de un farmacodependiente.	18
d) Grados de farmacodependencia.	23
e) Centros de ayuda.	25

II.- ACTITUDES.

a) Antecedentes históricos de la actitud.	35
b) Propiedades.	43
c) Cualidades.	45
d) Componentes.	46
e) Función.	49
f) Medición.	50

III.- ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA. 55

IV.- ADOLESCENCIA. 60

a) Pubertad.	81
b) Adolescencia.	84
c) Desarrollo cognoscitivo.	87
d) Desarrollo sexual.	90

e) Identidad.	92
f) Patrones normativos de crecimiento.	100
g) Periodos de la adolescencia.	104
h) El adolescente y la farmacodependencia.	108
V.- METODOLOGIA.	
a) Problema de investigación.	111
b) Hipótesis alterna.	111
c) Hipótesis nula.	111
d) Hipotesis de trabajo.	112
e) Muestreo	112
f) Instrumento.	113
g) Escenario.	115
h) Definición de términos.	115
i) Definición de variables.	116
j) Diseño experimental.	116
k) Procedimiento.	117
l) Análisis estadístico.	118
VI.- RESULTADOS.	119
VII.- DISCUSION.	128
VIII.- CONCLUSIONES.	
IX .- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	131
APENDICES.	134
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION

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

La humanidad ha utilizado desde tiempos remotos las sustancias químicas. Existe información muy antigua sobre algunos pueblos, en la que se menciona que al iniciar su proceso de desarrollo recurrieron, en sus prácticas rituales, guerreras o incluso médicas, a algunas de estas sustancias para provocar cambios, tanto en el cuerpo como en la mente, dando como resultado efectos estimulantes o bien tranquilizantes.

De esta forma nos podemos dar cuenta que el uso de drogas no es, en absoluto, una nueva práctica ni es producto de la cultura occidental o de una sociedad altamente industrializada sino que los antiguos ya la ejercían teniendo, a través de los siglos diversas modalidades, patrones de uso, fines, rechazo o incluso, aceptación por parte de las sociedades.

Actualmente en nuestra sociedad la utilización de sustancias tiene dos vertientes: una positiva, en la medicina y la industrial, principalmente, y la otra negativa en la venta, tráfico y uso de estupefacientes, esta última llevando a un porcentaje elevado de personas hacia la farmacodependencia.

La farmacodependencia se ha convertido en la sociedad actual en un fuerte problema que ha sido atacado con diferentes técnicas,

desde su inicio, debido a su complejidad y en la que intervienen diversos factores sociales e individuales.

Y precisamente, para afrontar los problemas de los farmacodependientes de manera personal, se deben considerar las características físicas, psicológicas y sociales de cada paciente ya que sus condiciones varían considerablemente llevándonos a diferencias muy marcadas en las situaciones de abuso y en los efectos causados.

Sin lugar a dudas es en la población joven, los adolescentes, donde la farmacodependencia adquiere un carácter preocupante y dramático de tal magnitud que representa un factor de destrucción del desarrollo potencial de un individuo.

Socialmente existen también factores que influyen en la farmacodependencia. Podemos mencionar algunos como la incomprensión, la desconfianza hacia los jóvenes, la falta de oportunidades de educación y trabajo, las tensiones de las grandes ciudades o las frustraciones en el ámbito rural, sin embargo y sobretodo, están los conceptos y costumbres tan arraigados como la sobrevaloración de la figura médica y de los propios medicamentos como medio de cura casi milagrosa a todas las afecciones, sean éstas de índole física, mental, afectiva o socioeconómica, así como el excesivo consumismo fomentado por los aparatos publicitarios.

De todo esto se desprende la importancia de hacer un estudio sobre las actitudes hacia la farmacodependencia ya que, por medio

de su análisis, se pueden obtener datos relevantes de lo que se piensa, se cree o se siente respecto a ese fenómeno, dándonos elementos de juicio con los cuales podremos atacar su padecimiento, además de ayudar en la elaboración de técnicas de prevención, tratamiento y rehabilitación inadecuados a los diferentes sectores sociales. Por estas razones consideramos valioso el trabajo, cuyo tema es "Actitud hacia la farmacodependencia entre dos grupos de adolescentes, uno no farmacodependiente y el otro de exfarmacodependientes", en el que se analizarán las siguientes dimensiones de la actitud hacia la farmacodependencia.

Prevención, Participación comunitaria, Salud, Tratamiento, Narcotráfico, Educación para la salud, Rehabilitación, Farmacodependencia, Farmacodependiente y Consumo.

CAPITULO I

FARMACODEPENDENCIA

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA EN MEXICO

Desde antes de la conquista, el uso de plantas y sustancias psicotrópicas y psicodislépticas con fines terapéuticos, adivinatorios, rituales, y en actos de comunicación colectiva era común entre algunos grupos privilegiados. Pero el sentido y la razón de tal uso se fué desvirtuando. El México precortesiano era rico en plantas psicoactivas como lo revelan códices indígenas y las crónicas de hombres como Fray Bernardino de Sahagún, Fray Toribio de Benavente, Fray Diego de Landa, Francisco Hernández, Hernando Ruiz de Alarcón y otros evangelizadores e investigadores cuya información, en ocasiones contradictoria, acerca de los usos y los efectos de dichas plantas, sirve de base para suponer que se realizaban estudios empíricos experimentales en los jardines botánicos de las diversas culturas Mesoamericanas. (Guido 1976).

En la etapa precolombina los indígenas creían en una deidad que residía en las semillas de una planta a la que conocían como coaxihuítl u ololiuquí, que era venerada tanto como temida, pues quien bebía una infusión a base de ololiuquí podía incluso llegar a ver la deidad con forma humana. Los indígenas consultaban para conocer lo venidero y para solicitar su ayuda en la cura de las enfermedades, mediante bebedizos realizados a base de esa planta. La marihuana era conocida con el nombre de "teonánatl" o "teonanacátl" y según relata Bernal Díaz del Castillo en su obra "La verdadera historia de la conquista de la Nueva España", la

mariguana era empleada para establecer contacto con otros mundos con otros universos y con Dios.

Durante la conquista por los españoles los aborígenes accedieron a creer en un solo Dios frente al conquistador pero en reuniones clandestinas o en la privacidad de sus casas, seguían adorando el ololiuqui; lo que llevó al Santo Oficio, a enviar a la nueva España a Don Hernando Ruíz de Alarcón para que estudiara esa planta y su extraño uso entre los indígenas. Ruíz de Alarcón advirtió que era algo más que un medio para hablar con sus Dioses, las semillas eran consideradas la deidad misma y según los indígenas podían tomar forma humana. (Hiramculebro 1989).

Ruíz de Alarcón señaló que esa superstición amenazaba con expandirse a los estratos más bajos de la sociedad colonial y se dió a la tarea de predicar contra el ololiuqui, ordenando que las semillas confiscadas fueran quemadas ante sus amos.

Por otro lado también estas semillas fueron motivos de enfrentamientos entre los españoles (que deseaban cubrir con su brazo protector a los irreverentes, defendiéndolos de esa maligna superstición) y los indígenas, (que a pesar de las persecuciones y castigos se negaban a dejar sus creencias).

En la actualidad, el ololiuqui es utilizado por algunos grupos indígenas del sur del país como chinantecas, mazatecos, mixteco zapotecos

y otros grupos del estado de Oaxaca, en donde, se encuentra el principal centro de cultivo de esta planta. (Hiramculebro 1989).

Las plantas psicodilépticas fueron objeto de persecución por parte de la Santa Inquisición, pero también de estudio. En 1651 el médico personal del rey de España, Don Francisco Hernandez, describió tres tipos de hongos que se veneraban en la Nueva España, y dijo: que unos causaban locura en forma de risa incontrolable; otros producían visiones demoníacas, otros más que eran muy apreciadas por los príncipes en sus grandes fiestas y banquetes. (Hiramculebro 1989).

La inquisición llegó a considerar como pecado mortal a las personas que usaban plantas psicodilépticas, a estos se les llevaban a juicio. Cuando los españoles querían obtener el beneficio de los hongos debido a las propiedades adivinatorias que les concedían, eran sus esclavos quienes las ingerían. (Hiramculebro 1989).

Debido a la prohibición que se hizo durante esa época del ololiuqui y de otras yerbas, la marihuana sustituyó paulatinamente a esas plantas en los ritos ceremoniales de los indígenas. (Hiramculebro 1989).

Hasta finales del siglo XIX, el uso de sustancias narcóticas no se había considerado como un problema internacional, pero al desarrollarse las ciencias y las técnicas el problema adquirió una nueva dimensión que exigió de la cooperación mundial para tratar de establecer controles a ese respecto. (Guido 1976).

La industria química, en progreso constante, empezó a producir y dar al mercado un mayor número de alcaloides que vinieron a complicar la situación, pues, aunque se creyó que ninguno de éstos produciría adicción, a los pocos años la realidad demostró lo contrario y los toxicómanos se enfrentaron a un grave problema de salud. Esto determinó que se reforzaran las medidas adoptadas, que se implantara una campaña permanente contra el uso y el tráfico ilícitos. La popularidad por las llamadas plantas alucinógenas y sus derivados como un método para lograr experiencias místicas, revivió el interés por ciertas prácticas primitivas en las que los hongos, el peyote y otros vegetales representaban un papel esencial en ceremonias y ritos curativos y mágicos. Fue a partir de 1960 cuando esta popularidad degeneró en una epidemia que alcanzó características especiales alrededor de 1960, extendiéndose a diversos contextos socioeconómicos. (Guido 1976).

La marihuana, que había sido utilizada por una mayoría de personas de bajos recursos económicos, pasó a extenderse a diversos niveles escolares y sociales. Este incremento, favoreció el uso de otras sustancias, tales como: los inhalantes, las anfetaminas, los barbitúricos, los alucinógenos, etc.

Diversos grupos étnicos del país siguen realizando ritos y celebraciones en las que el consumo de las drogas no falta, por ejemplo, los otomíes, con la marihuana, quienes la identifican como yerba santa rosa o gaxa santa rosa, ceremonial que se efectúa cuando el brujo otomí se encuentra frente a una enfermedad verdaderamente difícil o

persistente, y solicita consejo a esta planta sagrada, consejo que según ellos siempre llegará. Esta misma veneración sucede con los tepehuas. (Hiramculebro 1989)

Hacia fines de la década de los sesenta y principios de los setentas, se hizo evidente en el país que el uso de drogas no se restringía ya a ciertos grupos étnicos y minoritarios, sino que se había extendido a otros sectores de la población, el abuso por parte de los jóvenes constituía un problema social que no podían ser ignorado. Es entonces cuando en nuestro medio se iniciaron los estudios epidemiológicos. (Hiramculebro 1989).

La farmacodependencia es un problema multicausal que adquiere matices particulares en las sociedades ricas, industrializadas y altamente urbanizadas, diferentes a los que se manifiesta en los países en vías de desarrollo (Guido 1976).

México es un país que, a partir de la revolución, ha vivido un proceso de cambio acelerado; la industrialización, el perfeccionamiento de los medios masivos de comunicación, el avance científico y tecnológico, el crecimiento desmesurado de la población, los movimientos migratorios, la esperanza en la vida y el incremento concomitante del ocio han provocado un rompimiento del equilibrio de las estructuras e instituciones nacionales.

Este desequilibrio ha afectado toda la cultura tradicional mexicana, las escalas de valores, las normas, las actitudes, las motivaciones, y las formas de conducta de los miembros de la sociedad, lo que ha generado un desconcierto grave provocando presiones y tensiones en el individuo, ya que este forma parte de mecanismos económicos sociales y políticos de los que no se puede sustraer.

Además, como sujeto de un proceso, afronta situaciones personales que desarrollan un complejo psicológico. Esto lleva a pensar en la droga como un medio de escape a la definición social y a la responsabilidad que implica, así como a considerar su uso síntoma de la crisis existencial por la que atraviesa el hombre, que tiene como base un desconocimiento de sí mismo y de la realidad en que vive. Pero la farmacodependencia debe considerarse también desde otra dimensión por cuanto que está expresando una falla de nuestra sociedad; es decir, que al existir una serie de satisfactores a necesidades secundarias, la satisfacción revierte en contra de la libertad individual, en contra de la posibilidad de tener conciencia de las propias necesidades vitales y satisfacerlas de conformidad a opciones directas (Guido 1976).

Se ha observado que existe un gran riesgo hacia la farmacodependencia en las personas de zonas marginadas provenientes de medios rurales, ya que debido a la problemática especial que afrontan, son núcleos susceptibles de ser contaminados. Por un lado, presentan grandes expectativas no realizables, sobrevaloración de la cultura y del bienestar urbano, una inadecuada o nula capacitación que determinan la

aparición de la angustia y la frustración; por otro, son gente que al tratar de integrarse a la ciudad contradice o rechaza valores y conductas tradicionales de su comunidad. Sin embargo, el rechazo de los valores y conductas tradicionales que ellos internalizaron no pueden darse sino en un plano superficial y la aculturación implica un largo proceso. En estas zonas marginadas hay una desculturización que se refleja en diferentes grados de desintegración de personas, familia y grupos. El emigrante tiene un choque cultural, además se da cuenta de que esperanzas de conseguir un trabajo y tener una vida digna son inútiles. Estos conflictos son transmitidos a sus hijos, pero también reciben la manera de percibir, vivir el mundo desde otro nivel, el de la cultura urbana, que reciben a través de la escuela, los medios de comunicación, el medio social. Esta problemática social y educativa, ocasiona que las personas tengan muchas dificultades para funcionar dentro de los roles sociales aceptados, y en algunos casos cuando se les presenta la alternativa de la farmacodependencia o la delincuencia, no dudan en aceptar ingresar en estos caminos, como la forma de lograr su adaptación al medio.

La falta de estimulación ambiental positiva de carácter afectivo como intelectual; de control de impulsos, de relación interpersonal, provoca en las personas una sensación de incapacidad y torpeza intelectual, que los lleva a un sentimiento de inseguridad en lo que piensan y hacen, por lo que aceptan lo que otros les sugieren. Esta insatisfacción de sus necesidades de afecto y seguridad, los conduce a sentir una intensa depresión, soledad y vacío emocional que se manifiesta en pasividad extrema que los lleva a asimilar cualquier influencia con el

deseo de depender, ser guiado y dirigido.

También se encuentran otros tipos de población, con este tipo de problema (farmacodependencia) estas son, los experimentadores ocasionales, los que utilizan la droga por compromiso social, los menores infractores, algunos sujetos del ambiente artístico y otros. Esta situación origina una "subcultura de las drogas", en la que las personas mantienen mecanismos de cohesión social parecidos a los de la cultura Mayor; justamente es el análisis de estas relaciones entre adictos la manera como se estructuran y validan los status y roles lo que debe importar para la debida comprensión de toda la problemática manifestada en dicha subcultura (Guido 1976).

Para poder entender el problema de la farmacodependencia, es necesario conocer cada uno de los puntos relacionados con el problema, como son la droga, tipos de farmacodependencias, tipos de dependencias, factores predisponentes, etc. Esto nos ayudara a entender al farmacodependiente, así lograr la prevención y tratamiento correctos.

El fenómeno de la farmacodependencia no es una cuestión aislada, no es un rincón de la sociedad quien la produce y la consume; es algo real, que existe en todas las clases sociales. Entiéndase; en la droga hay un negocio de muchos miles de millones, que los grandes traficantes mueven sin tocar ni un solo gramo de heroína o de cocaína y la ponen al servicio de una sociedad de consumo, brutalmente consumista, como un bien más de ese hedonismo que nos preside. (Sanchez Ocaña 1987).

En nuestro país, como en el resto del mundo, el fenómeno de la farmacodependencia comenzó a plantear interrogantes a las que urgía dar una respuesta adecuada y pronta para buscar su reducción y erradicación. Así que era necesario dar definiciones sobre los aspectos relacionados con la farmacodependencia, para saber de que estamos hablando, nos facilitarán la comprensión del problema. También se mencionarán algunas características que tiene la droga de ser consumida con mayor frecuencia.

Droga, es cualquier sustancia química que afecta a una persona de manera tal, que le origine cambios fisiológicos, emocionales o de comportamiento. Cuando estos cambios actúan, particularmente a nivel mental, pueden dar como resultado alteraciones del estado de ánimo, de percepción o de conciencia (Programa de paternidad responsable, 1985. pag.5).

La Organización Mundial de la Salud definió a la farmacodependencia como:

" El estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrepimible por tomar el fármaco continua y periódicamente; a fin de experimentar sus efectos psíquicos, a veces, para evitar el malestar producido por la privación." (Programa de paternidad responsable 1985 pag. 8)

La Secretaría de Salud, define:

La farmacodependencia, como un problema de salud pública. Síntoma médico de un fenómeno multicausal por una triple carga: individual, familiar y social. El individuo es incapaz de tolerar esta sobrecarga, recurre a la droga para alterar sus órganos perceptivos, alterando o disminuyendo la cantidad y calidad de los estímulos, para disminuir esa sobrecarga. Además tiene la cualidad de ser comunicable, ya que puede transmitirse de una persona a otra. Por todas estas razones es necesario unirse al grupo médico, social, epidemiológico y por supuesto el familiar para la prevención, tratamiento y rehabilitación. (Programa de paternidad responsable, 1985).

El consumo de la droga resulta de un complejo mecanismo mediante el cual los individuos intentan compensar alguna carencia, incapacidad o necesidad. La drogadicción debe ser entendida como un síntoma de las incongruencias, deficiencias o limitaciones de las estructuras sociales. Mismas que hacen que el individuo entre en contradicción en la dialéctica de su existencia y en su dialéctica personal (Programa de Paternidad Responsable, 1985).

TOLERANCIA: traduce la adaptación del organismo a ciertas drogas e implica la necesidad de aumentar las cantidades de los productos administrados para obtener unos resultados de importante sensación. Esto es, el individuo consume cada vez más droga, para sentir los efectos que sentía al principio. Esta situación encierra un grave peligro, pues la

dosís puede llegar a aumentarse a tal grado que provoque una intoxicación (Kramer and Cameron, 1975).

TIPOS DE DEPENDENCIA: Existen dos grandes tipos de dependencia: El primero es la dependencia psíquica o habituación y la segunda es la dependencia física o adicción (Kramer and Cameron, 1975).

LA DEPENDENCIA PSÍQUICA O HABITUACION, es el consumo constante de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para la persona. En esta dependencia no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga. Sin embargo el individuo siente la necesidad de tomar la droga, sin poder reprimirlo. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona que varían según la droga. En cualquier forma las alteraciones mentales son lo suficientemente importantes como para poner en peligro al individuo (Kramer and Cameron, 1975).

El potencial de una droga para producir dependencia psíquica puede evaluarse mediante la observación de la conducta de búsqueda de drogas en animales de laboratorio.

Los experimentos de autoadministración se dividen de manera general en tres categorías:

1. Un programa continuo en el cual la droga está disponible para el animal a toda hora durante dos o más semanas.
2. Un programa a corto

plazo en el cual la autoadministración se limita a un periodo corto al día y la droga de prueba y su dosis unitaria puede ser cambiada a los pocos días. 3. Un programa de costo progresivo en el cual el número de veces que el animal tiene que apretar la palanca para que pueda consumir la droga, aumenta progresivamente hasta encontrar el punto en el que abandona la conducta de búsqueda de drogas. (Yanagita, T 1988)

LA DEPENDENCIA FISICA O ADICCION .- Es el estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga. Esto significa que, cuando existe dependencia física, el organismo se acostumbra a la droga, la necesita para vivir. Entonces, si bruscamente se deja de tomar la droga se presentan trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial, en la respiración, también hay sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, etc. Las alteraciones pueden ser leves o graves e incluso pueden llegar a provocar la muerte. Todos estos trastornos fisiológicos, provocados al suspender bruscamente un fármaco que produce dependencia física, se conocen en conjunto como síndrome de abstinencia. Este síndrome es diferente para cada droga.

Debemos señalar que estas dos dependencias generalmente se presentan juntas.

SINDROME DE ABSTINENCIA: Es una serie de trastornos fisiológicos mas o menos intensos ante la suspensión rápida de alguna droga,

comunmente se manifiesta con alteraciones en la frecuencia cardíaca, presión arterial, y respiración. Algunas pueden ser muy fuertes que pueden provocar la muerte.

SINDROME DE INTOXICACION AGUDA: Es la sobredosis de una droga particular.

El individuo que no puede metabolizar la cantidad de droga ingerida, presenta estas alteraciones: inconciencia, ausencia de respiración, fiebre, coma, sudoración fría, vómitos, rigidez muscular, alteración cardíaca, alteración respiratoria y hasta la muerte.(C.I.J. Programa de Paternidad Responsable 1985).

Esto es, el individuo consume droga, este consumo puede provocar una dependencia física, psíquica o ambas, pero después de un tiempo de haber consumido cierta cantidad de droga, vemos que el individuo necesita aumentar la dosis ya que los efectos de la droga no son los mismos de cuando comenzó a consumirlas; por lo tanto, para sentir los efectos que sentía al principio necesita aumentar la dosis (tolerancia) y también el tipo de droga. Cuando la persona decide dejar la droga se presentan una serie de trastornos físicos que son a veces intolerables y esto obliga en muchas ocasiones a volver a consumir la droga, con el fin de no sentir estos trastornos.(C.I.J. Programa de Paternidad Responsable 1985). Es por esto que se sugiere que los consumidores, que desean dejar de ingerir la droga, acudan a tratamiento, con personas especializadas en este problema. El tratamiento de la farmacodependencia, es un fenómeno

complejo en el cual para su aparición, intervienen toda una gama de factores que contribuyen a su determinación particular. De ahí su especificidad para cada caso en etiología, factores predisponentes, evolución, pronóstico y por supuesto al tratamiento. Con esto quiere decir que cualquier intento de esquematización, generalización u objetivación del problema de cada caso individual nos lleva generalmente a un fracaso. (Martínez Malo, 1982). Es por esto que se debe proporcionar un tratamiento integral y dinámico que tienda a la solución de la dependencia que sufre cada sujeto.

Las enfermedades adictivas pueden prevenirse y tratarse. Para que se presente la enfermedad se requiere de un agente etiológico (el fármaco adictivo), de contactos específicos (los actos de autoadministración), de vectores de distribución y de poblaciones susceptibles. (Villarreal, J.E., Salazar 1989).

En resumen la farmacodependencia, es un fenómeno que ocurre en algunas personas, que de acuerdo a sus características personales, (estructura yoica, personalidad, sus antecedentes, su situación económica y social) las empuja a consumir una o más drogas diariamente ó esporádicamente, con el fin de alterar sus sentidos, emociones y su comportamiento, y así olvidar su situación. Muchos de estos aspectos son conocidos por algunos padres de familia que viven preocupados porque cada día más adolescentes caen en los vicios, principalmente las drogas. En las conferencias impartidas por los Centros de Integración Juvenil a los padres de familia la pregunta que generalmente hacen es ¿ Como puedo

reconocer que mi hijo está ingiriendo drogas?. La Brigada Central de Estupefacientes de Madrid, a petición de las asociaciones de padres de alumnos, estableció un cuadro amplio de rasgos para conocer si un chico se droga: (Ramón Sánchez Ocaña 1987).

Vestimenta:

- Descuido al vestirse, no mostrando ningún interés por su indumentaria.

- abandono progresivo de la higiene personal.

- Uso permanente de mangas largas, generalmente para ocultar señales de pinchazos.

- Utilización de gafas oscuras en forma exagerada, incluso en locales cerrados.

- Quemaduras frecuentes en vestidos y ropa de cama.

- Afición desmedida y repentina por la indumentaria hippy, oriental, de estilo punk, etc.

Costumbres:

- Descenso en el rendimiento laboral y escolar.

- Abandono frecuente de estudios, sin motivo aparente.

- Inestabilidad laboral.

- Tendencia a aislarse del grupo familiar.

- Crítica de las normas sociales, sin proposición de otro modelo válido.

- Aislamiento frecuente en habitaciones cerradas, en unión de amigos de semejantes características.
- Costumbres que manifiestan una cierta tendencia a regresar a un estado natural primitivo. Comunas.
- Pocos gastos en cubrir necesidades reales.
- Falta de preocupación por los acontecimientos importantes que pasan a su alrededor.
- Consumo frecuente y de forma exclusiva de tabaco rubio.
- Disminución de la afectividad.
- Cambio repentino y frecuente de amigos y lugares de recreo.
- Afán exagerado de independencia.
- Tendencia a ocultar sus actividades.
- Tatuajes en los brazos para ocultar pinchazos.
- Puntos azules (tatuados) en las partes superiores de las manos.
- Fugas de domicilio.
- Insolente frente a los demás.
- Algunas veces, atentados al pudor.
- Afición a la literatura sobre drogas, filosofía oriental, etc.
- Afición repentina y excesiva a la música estridente o moderna.
- Consumo excesivo de leche y azúcar.
- Suelen caminar apoyando las puntas de los pies.

Comportamiento físico y psíquico.

- Pérdida de la sensación de hambre, o por el contrario, un apetito excesivo. A veces desnutrición.
- Cambios bruscos de humor: irritabilidad, hilaridad, excesiva apatía, somnolencia, euforia y ansiedad.
- Variación del ritmo cardiaco, palpitaciones.
- Se muestran, con frecuencia, como ensimismados.
- Ojos muy sensibles a la luz, molestias oculares: ojos enrojecidos, lagrimeos, dilataciones o contracciones de la pupila... (de aquí el uso de gafas oscuras).
- Sequedad en la boca y ojos.
- Inflamación de las mucosas.
- Sudoración excesiva.
- Pérdida del ritmo del sueño, insomnios o sueño excesivo, sopor.
- Temblores en las manos.
- Transtornos digestivos: diarreas, vómitos, náuseas, estreñimiento, etc.
- Estados aparentes de embriaguez, sin olor a alcohol; dificultad al hablar; tambaleos, caídas (golpes y hematomas); pérdida de coordinación de las extremidades.
- Huellas excesivas de pinchazos en lugares accesibles a las manos del sujeto. Absesos, úlceras, costras.
- Frecuentes trastornos hepáticos (piel amarillenta o ictericia, hepatitis) como consecuencia de inyecciones sin asepsia.

- Picazones y sudores : se rascan continuamente.
- Depresiones respiratorias, jadeos (puede ser mortal en caso de sobredosis).
- Reacciones de terror repentinas. Alucinaciones.

Existen otras conductas igualmente importantes:

- Cambia sus amigos por personas sospechosas.
- Recibe gran número de llamadas telefónicas. Cuelga cuando alguien aparece.
- Defiende los derechos de los demás, especialmente en lo referente al uso de drogas.
- Demanda dinero extra o en exceso.
- Roba, vende cosas, en ocasiones no trabaja.
- Tiene dificultad en levantarse por las mañanas.
- Mantiene un grado exagerado de somnolencia.
- Se mantiene extremadamente deprimido.

Comportamiento de los padres en casos de sospechas de consumo:(Sanchez Ocan~a 1987).

- No sienta pánico.
- No regañe.
- Escúchelos. Averigüe qué es lo que esto significa para el muchacho.
- Mantenga la calma.

- Obtenga la mayor información posible.
- De buen ejemplo como padre.
- Implica disciplina firme, pero justa.
- No se rebele.
- No condene.
- No formule infinidad de reglas.
- GANESE LA CONFIANZA DEL MUCHACHO.
- BUSQUE CONSEJO.

Para la prevención del uso de drogas:(Sanchez Ocaña 1987).

- Tener un hogar feliz.
- Mantener abiertos todos los canales de comunicación.
- Brindar buen ejemplo.
- No hacer uso indebido de las drogas- incluyendo el alcohol-.

Esté autor nos describe la prevención como algo muy mágico, no nos da ninguna solución al problema, lo que hay que considerar son las características que presenta un chico que ingiere drogas, para poder atenderlo lo antes posible.

Para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia tenemos que ver al sujeto en conjunto, como un ente biológico, psíquico y social analizando cuidadosamente cada uno de estos tres elementos, por lo tanto tendremos componentes biopsíquicos, psicosociales y biosociales (Centro de Integración Juvenil, Documento Interno, 1983).

Para realizar cualquier tipo de tratamiento en farmacodependientes es necesario analizar el grado de farmacodependencia en que se encuentra cada sujeto.

Para clasificar a los farmacodependientes en un nivel determinado, en los Centro de Integración Juvenil (CIJ), los han dividido en 4 tipos: a) Experimental. b) Ocasional social c) Funcional d) Disfuncional. Y para ubicarlos en cada nivel toman en cuenta tres aspectos, la motivación, la productividad y las relaciones sociales.

El grado EXPERIMENTAL, son aquellas personas que consumen a título de experimento o ensayo. El individuo consume una o mas drogas motivado por la curiosidad y la presión de compañeros y amigos. Factores necesarios pero no suficientes, son la disponibilidad de la droga y la situación en la que se percibe el consumo como relativamente seguro, y unos amigos que la consumen.

Se dice que un individuo es farmacodependiente en un grado OCASIONAL SOCIAL, cuando el consumo es ocasional y casual. Solamente recurre a la droga cuando está al alcance de la mano y exclusivamente en un contexto social en el que su consumo es corriente. Su uso suele ser espontáneo, y no premeditado. La consume para pertenecer a un grupo social. Esta actividad no es muy importante en comparación con otras experiencias y actividades.

En el grado FUNCIONAL o consumo habitual. El individuo consume una o mas drogas diariamente, muy a menudo porque necesita sentir sus efectos y en ocasiones para poder funcionar. Hay una dependencia psicológica. Esa dependencia quiere decir que el individuo no es feliz cuando no dispone de droga o de la oportunidad de consumirla y está dispuesto a recurrir a medios no usuales o no permitidos para obtenerla y poder consumirla. Las causas de este consumo están más centradas en la personalidad del consumidor. La cualidad de la sustancia radica en que modifica la percepción del consumidor y de su entorno. Estos individuos aún pueden trabajar, estudiar y seguir manteniendo relaciones sociales.

Los farmacodependientes de grado DISFUNCIONAL o consumo intensivo o compulsivo llegan a ser tan solo una minoría de consumidores de droga y pasan a ser consumidores compulsivos o disfuncionales; aunque el consumo intensivo suele presuponer una frecuencia muy grande de utilización, en realidad abarca toda una serie de frecuencias. El consumo de la droga domina la vida del individuo. Cuando se dedica gran parte del tiempo, del pensamiento y de las energías a obtener la droga, a consumirla, a hablar de sus efectos, a relacionarse casi exclusivamente con otros farmacodependientes, se considera que entra dentro de este grado.

El individuo depende psicológica y fisiológicamente de la droga, o como ocurre cada vez más, de varias drogas.

Para poder dar un tratamiento que sea eficaz debemos tomar en

cuenta los grados de farmacodependencia, que acabamos de describir, ya que no es lo mismo trabajar con un paciente de grado experimental u ocasional social, que con uno disfuncional, ya que en este último encontraremos mas conflictos, tal vez se den algunos intentos por dejar de consumir la droga, pero no se obtendrá buenos resultados.

El tratamiento parte de las perspectivas de que la farmacodependencia es un problema de salud pública ubicado en el campo de la medicina social. Se pretende la rehabilitación y la habilitación integral del paciente y su familia: incrementando los niveles de salud y bienestar a fin de que se busquen alternativas más sanas para la solución de los principales conflictos, que intentan ser evadidos mediante el consumo de drogas (Programa de paternidad responsable 1985).

Existen numerosos tipos de tratamiento que van desde simples intentos reduccionistas (a nivel etiológico por ejemplo, es decir, autores que se plantean la farmacodependencia desde un enfoque único y por lo tanto el tratamiento será orientado igualmente) hasta esquemas que tratan de abarcar una visión totalizadora del problema (y que incluyen dentro de la línea terapéutica la interacción de diversos abordajes, como serían: psicoterapia individual y de grupo, psicoterapia familiar, prescripciones farmacológicas, terapia ocupacional y laboral, diversos tipos de dinámica de grupos, etc.) pero que justamente por su gran amplitud resultan inoperantes para nuestra realidad, ya que nuestros recursos humanos y materiales no dan para ello (Martínez Malo 1982), aunque en realidad existen algunas Instituciones que tratan de cubrir (de

a cuerdo a sus posibilidades) la mayor parte de las areas importantes, como son el area de prevención, tratamiento, y rehabilitación en todos los niveles (primaria, secundaria, bachillerato, universitaria, y comunidad en general).

Los programas de prevención de la farmacodependencia llevados a cabo por Centros de Integración Juvenil (CIJ) en México, tienen dos objetivos:

- Lograr una mayor participación de la población para mejorar las condiciones de vida y salud.

- Ofrecer elementos a la población para que, en el seno mismo de los grupos en los que interactúa, introduzca acciones que favorezcan el desarrollo integral del individuo y de la familia.

Para ello se desarrollan objetivos que consisten en: (Programa de paternidad responsable 1985).

- Prevenir, controlar y abatir toda manifestación de la farmacodependencia, a través de programas específicos de trabajo, en zonas estratégicas determinadas por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

- Investigar la incidencia y prevalencia del abuso de drogas en sus aspectos epidemiológicos para establecer medidas preventivas, campañas de educación y divulgación de conocimientos al respecto.

- Ejercitar la prevención primaria y procurar la detección temprana de los farmacodependientes y grupos de alto riesgo.

- Realizar diagnósticos integrales y tratamiento ambulatorio, así como orientar, sobre el tema, a toda aquella persona e institución que lo requiera, colaborando ampliamente con quien solicite participación de está índole en la programación de trabajos.

- Prestar toda clase de servicios médicos asistenciales, educativos y sociales, que tiendan a prevenir y erradicar la

farmacodependencia en la juventud.

- Coordinar con el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia o con cualquier otro organismo público del gobierno federal y del gobierno de las entidades federativas, dedicado expresamente a la investigación, educación, enseñanza y capacitación de técnicos y profesionales involucrados en el estudio de la farmacodependencia. (Guido Belsasso 1976).

En estos Centros, al paciente de primera vez, se le realiza una entrevista con objetivo de diagnóstico. Si el diagnóstico es diferente a la farmacodependencia se canaliza al paciente a instituciones específicas de acuerdo a su problema. Si el paciente es farmacodependiente, en sus distintos grados experimental o usuario ocasional social, pasa a grupos de orientación para prevenir que pase a

los siguientes grados. Si el paciente resulta ser farmacodependiente funcional o disfuncional entra a tratamiento. Quien recibe al paciente le realiza una historia clínica completa y queda así como su terapeuta. A todo paciente farmacodependiente se le aplica el test de Bender con el objeto de detectar algún daño orgánico, además se le aplican otros tests, si así lo considera el terapeuta. Ya encontrándose en tratamiento, el paciente requerirá de psicofármacos. Por lo regular en estos centros se utiliza la Psicoterapia breve, por ser instituciones con una gran demanda, ya que se enfocan básicamente en el problema, y porque la consideran como la más eficaz para el tratamiento de la farmacodependencia. En éstas instituciones también se da atención a la población que no es farmacodependiente, a través de la prevención, con la finalidad de brindar información acerca de los riesgos que hay al consumir droga, y así evitar al máximo su consumo.

En los Centros de Integración Juvenil utilizan tres términos para clasificar sus acciones preventivas, ellos son: La prevención primaria, que implica una serie de estrategias desarrolladas, que se relacionan con aspectos causales de la farmacodependencia. Entre estos tenemos la información sobre drogas, que por su amplia cobertura es adecuada a las características de la población a que se dirige; la educación sobre el uso de fármacos; la orientación familiar para el mejoramiento de las relaciones entre sus miembros; la capacitación de la población a fin de reproducir las acciones preventivas en instituciones y comunidades, con una información real y veraz, donde se incluye el distribuir o emitir material de información, preciso y objetivo, acerca de las drogas y sus

efectos sobre el organismo. La información es la base de todos los buenos programas preventivos, pero puede ser ineficaz o contraproducente si no está basada en objetivos de comunicación claramente articulados que utilicen datos de investigación del grupo al que va dirigido para confeccionar mensajes específicos. Las herramientas esenciales de las que se vale la institución dentro de esta estrategia son las campañas dirigidas por los medios de comunicación, volantes, carteles, folletos o seminarios de información sobre drogas para jóvenes, padres y público en general (Gomez, 1986).

La prevención secundaria se dirige a descubrir y acabar con el problema de la farmacodependencia, una vez que ha surgido y en el menor tiempo posible, o remediarlo para impedir su evolución.

La prevención terciaria por su parte está orientada a buscar la reintegración del individuo en la sociedad. Ambas corresponden al área de tratamiento y rehabilitación de la institución, sus objetivos están estructurados en base a criterios de corte terapéutico.

La prevención se debe enfocar en todos los sentidos, ya que el individuo es un ente bio psico social, debe incluir a los padres de familia, a la escuela, al medio y a la comunidad, sobre este aspecto menciona el expresidente George Bush, que deberían de existir instituciones que dieran atención a los jóvenes con alto riesgo, sitios de trabajo libres de droga, también se debe crear un conocimiento

general acerca de las drogas que desanime su uso, y crear una atmósfera de intorelancia hacia las drogas (Kleber H.D. 1990).

Existen algunas instituciones en el Distrito Federal así como en la mayoría de los Estados de la República Mexicana que tratan de abordar el problema de la farmacodependencia desde el punto de vista de prevención hasta el de tratamiento y rehabilitación. Tenemos Como ejemplo las siguientes:

El 4 de agosto de 1972, nació oficialmente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), al que en febrero de 1975 se le dio personalidad jurídica como organismo descentralizado del Ejecutivo Federal, con presupuesto propio. (ver en antecedentes el surgimiento del Centro).

OBJETIVOS: Las atribuciones del CEMEF son las siguientes:

- Investigar, en áreas sociales y biomédicas, el problema de la farmacodependencia.
- Proporcionar información científica especializada.
- Organizar cursos y seminarios de capacitación para personas interesadas en la materia.
- Coordinar programas al respecto con instituciones públicas y privadas.
- Prestar asesoramiento teórico.
- Celebrar convenios de cooperación en los ámbitos nacional e internacional.

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, es una institución, cuya flexibilidad de criterio le ha permitido incorporar y determinar objetivos conforme a las necesidades que dicta la experiencia. Por ello, conviene destacar que, aparte de los que establecidos por decreto, se han fijado los siguientes:

- Verificar cualitativa y cuantitativamente si existe o no, conciencia social del problema de la farmacodependencia.

- Analizar los rasgos de esta y los tipos de drogas utilizadas en general dentro de zonas significativas del Distrito Federal y la República.

- Obtener datos de referencia sobre las formas o patrones y situaciones de uso, preferentemente proporcionados por informantes calificados y población significativa (jóvenes y adultos).

- Delinear las categorías sociales más características de la población susceptible de conducta farmacodependiente y ciertos factores clave que favorece su incremento.

- Detectar la posible existencia de recursos humanos, institucionales y de potencialidad sociocultural para participar en programas de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación, y de apoyo en general a la acción contra la farmacodependencia.

- Medir, respecto al problema, el grado de conciencia y congruencia existente en las familias de las zonas estudiadas.

- Verificar el grado de participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones para el problema.

Además, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia como instrumento del poder Ejecutivo Federal, participa en el Plan Nacional de Salud dentro del subprograma de Farmacodependencia que señala los siguientes objetivos generales al respecto:

- Conocer la magnitud y las causas del problema.
- Propiciar estudios científicos sobre los aspectos biomédicos y sociales en relación a la farmacodependencia y el alcoholismo.
- Promover la realización de las medidas preventivas específicas pertinentes al problema de la farmacodependencia y aplicables al alcoholismo.
- Identificar ls grupos de alto riesgo, por medio de la detección precoz y del diagnóstico integral de los farmacodependientes.
- Promover una estandarización técnica en el tratamiento y rehabilitación de afectados.
- Capacitar personal especializado.
- Sensibilizar a la opinión pública y las autoridades sobre el problema.

Las metas conjuntas de las instituciones y dependencias gubernamentales tendientes a lograr una elevación en los niveles de salud, y por lo tanto en los de bienestar social, están fijadas en el Plan Nacional de Salud:

- Propiciar la preservación de las poblaciones no contaminadas y en riesgo, libres de problema.

- Promover la accesibilidad de tratamiento de emergencia a toda la población que lo requiera.
- Diagnosticar la prevalencia, incidencia y dinámica del problema en el país.
- Disponer de la información mundial, científicamente actualizada sobre farmacodependencia.
- Crear la infraestructura necesaria para una investigación científica cabal del problema en sus diversos aspectos.
- Establecer intercomunicación y coordinación entre las dependencias del Ejecutivo Federal, organismos descentralizados, organismos de participación estatal y particulares que realizan actividades en el campo.

Con la interacción de todos estos objetivos se busca promover la salud y el bienestar de la población, mediante el conocimiento exhaustivo de todos los factores de la farmacodependencia, y ofrecer a la comunidad tanto la atención médica que el caso requiera como la información, la orientación más adecuada y eficaz para enfrentar y combatir sus causas (Guido Belsasso 1976).

Gracias a estas instituciones que ayudan a atender los problemas de farmacodependencia, en los diferentes niveles; prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación, muchas personas conocen, se cuidan, previenen y algunas dejan de ingerir drogas.

La magnitud en que las personas estimen el problema de la farmacodependencia, dependerá de las experiencias y conocimientos previos que tengan en su haber, consecuentemente esto determinará la actitud hacia la farmacodependencia.

Ya que las actitudes influyen en el comportamiento hacia la farmacodependencia, es importante que su orientación sea positiva. Por lo que a continuación se explicará la importancia que tiene el estudio de las actitudes.

CAPITULO II

ACTITUDES

ANTECEDENTES HISTORICOS DE ACTITUD.

Empezaremos por aclarar la raíz etimológica de ACTITUD. Proviene del latín actus y significa conveniencia, constatando un estado subjetivo o psíquico.

La Actitud es una manera organizada y lógica de pensar, sentir y reaccionar en relación con personas, grupo, resultados sociales o más generalmente cualquier suceso en el ambiente de una persona. (Lambert, William., Lambert, Wallace, E. 1979)

Es una organización duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga de energía en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y efectos relativos a dicho objeto. (Lindgren, 1980)

La Actitud es la tendencia del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o un símbolo del mismo. Las actitudes entrañan sentimientos y emociones, creencias y acción. Además las actitudes pueden organizarse en estructuras coherentes que reciben el nombre de sistema de valores. (Lindgren, 1980).

Olade, 1979, indica que el tipo de instrucción que recibe el individuo influye en sus actitudes; por ejemplo: aquéllos cuya educación

profesional se relaciona con las ciencias sociales tienen una actitud positiva hacia la enfermedad mental. Sin embargo, Loman, 1976 observó en su estudio que las etiquetas provocan actitudes de rechazo social hacia los enfermos mentales.

La actitud es la predisposición a actuar de cierta manera a favor o en contra de algún objeto social (Briones 1985).

Spencer fué uno de los primeros en utilizar el término ACTITUD dentro de la ciencia, en su libro "First Principies" en el año de 1862.

En época más reciente, el término aparece como un adjetivo cualitativo e implícitamente contiene los significados originales como una actitud y una determinación motora, por lo tanto, decimos que una actitud implica un estado neuropsíquico de disponibilidad para una actividad física y psicológica. (Hernandez 1988).

El concepto de actitud motora, se hace popular hacia 1880. Large desarrolla una teoría motora desde el proceso de una percepción, se consideraba en parte consecuencia de la preparación muscular o "disposición".

Baldwin (1905) propuso las actitudes motoras como base para un entendimiento de la expresión emocional.

Actualmente, no se habla como una designación explícita de una

actitud motora o psíquica. En todos los casos aparece sin adjetivo calificativo e implícitamente retiene ambos significados originales: una actitud psíquica y una disposición motora.

La actitud connota un estado neurofísico de alerta mental, para la actividad física y psicológica.

La escuela de Wursburgo, afirma que las actitudes no eran ni sensación, ni imaginación, ni afecto, ni tampoco alguna combinación de estos estados y las estudiaban con el método de la introspección pero con escasos resultados; a menudo la actitud parecía no tener representación en la conciencia.

Posteriormente, Freud desentierra las actitudes de la obscuridad, las dota de vitalidad identificándolas con el deseo, odio, pasión y prejuicio, en suma con la corriente incontenible de la vida inconsciente. Esta teoría le dió un nuevo aire al concepto de ACTITUD.

Thurstone (1928), emplea el concepto de actitud para "denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado" (Summer 1971).

Murphy y Newcomb (1937) definieron las actitudes como tendencias, disposiciones o ajuste hacia ciertos actos, verbalizados o posibles de

verbalizar. Además hace un análisis sociológico y psicológico afirmando que las actitudes pueden estar relacionadas con variables sociológicas, como por ejemplo, el tamaño de una comunidad, y su status pero también con variables psicológicas, tales como rasgos de la personalidad.

Gordon Allport define la actitud como, un estado mental y nervioso de la disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre la respuesta del individuo ante todos los objetos y situaciones en que se presenta (Brown 1958).

Bogardus dice la actitud es, "una tendencia a actuar hacia o en contra de algún factor ambiental, el cual se convierte con ello en un valor positivo o negativo".

Summers (1971) refiere que existe un consenso general de una actitud: es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él. "la disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud".

También nos dice "la actitud es persistente, lo cual no significa que sea inmutable", aunque en ocasiones hay actitudes muy resistentes al cambio principalmente aquellas que se encuentran fuertemente arraigadas. (Summers, 1971).

La sociología también contribuye con otro enfoque de las

actitudes, entre los estudios que mayor influencia tienen en la ciencia social están: "El campesino polaco en Europa y América" de Thomas y Znaniecki, quienes dicen: La psicología social es el estudio científico de las actitudes. Las actitudes son procesos psicológicos individuales, que determinen tanto las respuestas reales como potencialidades, de cada persona en el mundo social. (Hernandez 1988).

Dado que una actitud siempre está dirigida hacia algún objeto, puede ser definida como un estado psicológico del individuo hacia un valor.

Los estudios sobre la percepción y las actitudes hacia la salud y la enfermedad mental surgieron en los años setente, principalmente en poblaciones cerradas de educación media, media-superior y universitaria. Como estas investigaciones han tenido un enfoque psicosocial, la mayoría de ellas han consistido en comparaciones transculturales entre los jóvenes. A partir de estos estudios se observa que la cultura en la que está inmerso el joven y el tipo de formación que recibe en las instituciones educativas, marca diferencias en sus actitudes y, por lo tanto, en sus representaciones. (Casco 1990).

Las actitudes son influenciadas por los patrones culturales de un grupo social determinado, por tanto, para abordar el tema de las percepciones y actitudes, tenemos que saber cómo organiza el individuo los hechos que ocurren en el exterior de manera que evoquen una representación. (Casco, 1990)

Existe una correspondencia bi-unívoca entre actitud y conducta. Pero tanto desde un punto de vista lógico como de su posible traducción a la realidad se pueden dar las situaciones que se presentan en el diagrama siguiente.

		Conducta manifiesta					
		A favor +		En contra -		No expresa	
ACTITUD	A favor +	+ +	+ -	+ o			
	En contra -	- +	- -	- o			

De acuerdo con esta situación, el estudio de la conducta individual a partir del estudio y medición de las actitudes viene a ser el estudio de la conducta probable" (Briones 1985).

Las ACTITUDES serían entonces tendencias a actuar con respecto a alguna entidad especificable (Newcomb); o como lo definen Thomas y

Znaniiecki: la tendencia individual a reaccionar, positiva o negativamente, a un valor social dado". (Padua, 1987).

Las actitudes estan influenciadas por los patrones culturales de un grupo social determinado, por tanto, para abordar el tema de las percepciones y actitudes hacia la farmacodependencia, tenemos que saber como organiza el individuo los hechos que ocurren en el exterior de manera que evoquen una representación, en este caso, de la salud y de la enfermedad mental (Casco 1990).

Kolteniux con una visión metapsicológica de la teoría psicoanalítica, plantea que la representación mental es un conjunto organizado de percepciones tanto internas como externas, que se inscriben y se almacenan. Estas se expresan por medio de imágenes ya sea de personas, objetos o ideas, que se van enriqueciendo a medida que se tienen más percepciones.

El carácter social de la representación radica en la interpretación que de la sociedad haga el individuo. Este conocimiento social incluye el conocimiento de los otros y de sí mismo, y de las relaciones entre uno mismo y los demás. De como se represente un individuo en el funcionamiento de la nación, de la familia, de la salud y de la farmacodependencia, depende su relación como ciudadano con la conducta social. Es así que de la representación que se tenga de la salud y de la enfermedad es la concepción que tenga la sociedad, uniendo la oposición individuo - salud y sociedad - enfermedad. "este esquema

bipolar interviene en forma de núcleo figurativo para organizar las representaciones del origen de la enfermedad de los estados y conductas de la enfermedad". La observación de los enfermos mentales, la transmisión cultural, y los mensajes de los medios masivos de comunicación, influyen en la concepción de lo que es la salud y la enfermedad. El niño va construyendo representaciones sobre el mundo social, internalizando en lo político, lo económico, la familia y la salud, entre otras cosas. (Moscovici, 1986).

Las actitudes se desarrollan en el proceso de tratar de enfrentarnos y ajustarnos al ambiente social, llevado a cabo ésto, se presentan regularmente de acuerdo a nuestra manera de reaccionar para facilitar los ajustes sociales.

En las primeras etapas del desarrollo de una actitud, sus elementos no están tan rigidamente sistematizados como para no poder modificarlos por nuevas experiencias. Pero después su organización puede volverse inflexible y estereotipada, especialmente en aquellas personas que han sido estimuladas durante largos períodos a reaccionar de manera estándar ante sucesos y grupos especiales. Si las actitudes de una persona o grupos de personas quedan firmemente establecidas, sus formas de pensar estarán regidos por esas creencias o fundamentos, sin cambiarlos, de tal manera que no se reconocera su individualidad. Así es como las actitudes fijas o estereotipadas disminuyen la riqueza potencial del ambiente que rodea a una persona y estrecha sus reacciones frente al mismo.

En la practica, es una característica común en el pensamiento humano hacer inferencias a partir de las actitudes de los demás y regular en consecuencia las acciones de uno mismo.

La visión metapsicológica de la teoría psicoanalítica, plantea que la representación mental es un conjunto organizado de percepciones tanto internas como externas, que se describen y se almacenan. Estas se expresan por medio de imágenes ya sea de personas, objetos o ideas, que se van enriqueciendo a medida que se tienen más percepciones. (Koltenix 1988).

Las actitudes son modos de ajuste aprendidos, esto es, costumbres complejas. Por lo tanto, deben seguir principios estándar del aprendizaje.

Las actitudes tienen algunas propiedades, las cuales son:

1) Dirección. La actitud puede ser positiva o negativa. En algunos casos es explicable hablar de una actitud neutral cuando el sujeto no es ni positivo ni negativo hacia el objeto.

2) Intensidad. La intensidad de la actitud es alta si el sujeto esta fuertemente convencido que la actitud es justificada y baja si el sujeto no piensa así. Al respecto una medida aceptable es la frecuencia con la cual el sujeto usa fuertes expresiones que señalan un engrane emocional en la medida en que él está preparado a argumentar en favor de

su posición.

3) Estabilidad. La actitud es estable si permanece invariable por un período muy largo.

4) Fortaleza. Una actitud es fuerte si, por ejemplo, es difícil de cambiar a través de persuasión o propaganda, y suave si cambia fácilmente.

5) Importancia. La importancia de la actitud es grande, si influye sobre la conducta de una persona en muchos campos de actividades.

6) Especificidad o precisión. La imaginación es dirigida hacia la actitud. ejemplo: un sacerdote tiene una actitud más específica hacia la iglesia católica que cualquier otro hombre.

7) Verificabilidad. La imaginación es igualmente dirigida hacia la actitud. El conocimiento es verificable, la fe, no; las opiniones ocupan un lugar intermedio y pueden a veces ser verificadas (Padua 1987).

Es importante mencionar que muchas de las propiedades de las actitudes están correlacionadas. Alta intensidad frecuentemente significa estabilidad, fortaleza, alta relevancia interna y externa y alto grado de involucramiento del ego. Tenemos que observar los casos en los cuales las propiedades no están combinadas. En estos casos, las distinciones hechas

anteriormente son obvias.

Las pruebas ordinarias de actitud solo admiten la medición de algunas de las propiedades mencionadas, principalmente dirección e intensidad. Para poder determinar las otras propiedades podría ser útil una entrevista profunda del tipo entrevista focalizada.

CUALIDADES DE LAS ACTITUDES

Jack H. Curtis nos dice que las actitudes tienen dos cualidades básicas (Gonzalez 1973):

a) la primera es la que posee una orientación o tendencia en uno u otro sentido hacia un objeto. En el campo social estos objetos se les llama intereses y valores del sujeto.

b) La segunda cualidad es que son estados más o menos persistentes; es decir, tienden a mantenerse a través del tiempo.

Por lo tanto es un error pensar que las actitudes son fijas, estáticas que no pueden experimentar cambios. Las actitudes que obtenemos por medio del aprendizaje pueden modificarse, a menudo se modifican por medio de otros aprendizajes. Otras cualidades que interfieren en la dirección y persistencia de las actitudes son: la magnitud, fuerza o intensidad de la actitud; la actitud puede ser común, es decir, sostenida

por todos los individuos, o idiosincrática, que la tiene una sola persona.

COMPONENTES DE LA ACTITUD.

La ACTITUD la podemos dividir en tres componentes, el cognoscitivo, afectivo y conductual. Estos componentes nos ayudarán a comprender mejor la manera como se estructuran, como podemos medir y lograr un cambio en la actitud (Hernandez 1988).

a) Componente Cognoscitivo.- Cuando se habla de aspectos cognoscitivos, pensamos en procesos mentales, tales como las imágenes, el pensamiento, la percepción, la memoria y el lenguaje que se tiene hacia un objeto. Es decir representa lo que se conoce y se piensa respecto a ese objeto. Para que exista una actitud en relación a un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Para que exista una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido es necesario que exista también una representación cognoscitiva de dicho objeto. Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto social es vaga o errónea, ésto en nada alterara' la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad.

b) Componente afectivo.- Aquí se encuentran las emociones y los sentimientos de la persona hacia el objeto determinado. Este objeto puede ser vivenciado como placentero o displacentero, positivo o negativo, aceptado o negado. Es esta carga la que dota a las actitudes de su carácter motivacional, insistente y arraigado, es por esto, que es el componente más difícil para cambiar, porque presenta una mayor resistencia al cambio.

c) Componente Conductual.- Aquí encontramos la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo ante el objeto de dicha actitud. Representa la orientación de la acción con respecto a ese mismo objeto.

Estos componentes se encuentran íntimamente relacionados se ha demostrado que un cambio en uno de los componentes, tiende a producir un cambio en los otros, con el fin de producir una homeostasis o coherencia interna dentro de la estructura total de la actitud, ya que debe haber coherencia entre lo que pienso, siento y actúo.

Leon Mann (1972) señala que : " una información que proporcione nuevos conceptos sobre el objeto, será fácil integrarla a las actitudes de un sujeto que posee un componente cognoscitivo débil". "las actitudes con un alto contenido emocional o fuerte componente afectivo, tienen menos tendencia a ser influenciadas por informaciones nuevas y conocimientos intelectuales puros". Para tratar de modificar este tipo de actitudes son mucho más efectivas las técnicas que se dirigen directamente al componente afectivo tales como el role-playing emocional

y el psicodrama.

En ocasiones algunas personas opinan de una manera y actúan de otra. Ante ésta incongruencia, Rokeach (1966), nos dice que, tanto las actitudes con respecto al objeto, como las actitudes con respecto a la situación en la que se encuentra el objeto, determinan la conducta del individuo. Por consiguiente, la incongruencia entre actitud y conducta puede ser función de una orientación hacia la situación, o bien las actitudes expresadas verbalmente o informadas por uno mismo, no corresponden perfectamente a la conducta manifiesta hacia el objeto de la actitud.

Vivimos en un mundo en el que recibimos una cantidad de información realmente variante; una nueva información, una nueva experiencia ó una nueva conducta emitida en cumplimiento de determinadas normas sociales, u otro tipo de agente capaz de precipitar una conducta, puede crear un estado de incongruencia entre los tres componentes actitudinales dando lugar a un cambio de actitud.

- Cambio en el componente cognoscitivo (pensamientos y creencias) el cambio en el componente cognoscitivo puede llevar a un cambio en el componente afectivo y en el componente relativo a la conducta (tendencia a la reacción); El conocimiento de determinados hechos acerca de una persona, hechos que no concuerdan con nuestro sistema de valores, puede conducirnos a un cambio de actitud hacia dicha persona, del mismo modo como el conocimiento de hechos positivos puede

llevarnos a desarrollar una relación amistosa con esa persona.

- Cambio en el componente afectivo (sentimientos); suponer que debido a una desavenencia cualquiera sin un fundamento cognoscitivo real, modificamos nuestra relación afectiva hacia una determinada persona.

- Cambio en el componente relativo a la conducta (tendencia a la reacción); la prescripción de una determinada conducta, puede traer como consecuencia una reorganización de los componentes afectivos y cognoscitivos en relación con el objeto de una actitud.

FUNCION DE LAS ACTITUDES.

Mann 1972, nos menciona que las actitudes permiten ordenar y dotar de significado a ciertos aspectos del medio social en que el sujeto se desarrolla, además que le permite satisfacer necesidades sociales por su cualidad adaptativa. (Magaña, 1983).

Katz 1960, Nos habla de cuatro funciones, para el mantenimiento y modificación de las actitudes sociales (Magaña 1983). Estas funciones son:

a) Adaptativa: Las personas tendemos a adoptar actitudes que vayan de acuerdo con lo que la sociedad dicta o más aun con las actitudes que nuestro núcleo social acepta o piensa. En el sentido de que les proporcione gratificaciones, aprobación, y estima de sus amigos y evitar

castigos e insatisfacción de las necesidades.

b) Expresión de valores: A través de esta función las actitudes dan al individuo satisfacción a sus valores personales y a su concepto de sí mismo, Como el caso de las actitudes ideológicas y religiosas.

c) Conocimiento: Las actitudes estructuran y dan un significado a las experiencias. Aquí se encuentra la necesidad de comprender, de dar sentido y de dotar de una estructura adecuada al universo.

d) Por último, nos habla de que las actitudes proporcionan protección a la persona impidiendo el conocimiento de verdades básicas pero desagradables (muerte, guerra, enfermedad, etc.) y con esto se protege contra angustias y tensiones.

Existen diferentes metodos para medir las actitudes, por ejemplo:

Thurstone 1928 , dice que es posible medir exactamente y directamente una actitud, a través de algunos índices, como las opiniones y las conductas (Magaña, 1983).

Por su parte Pardinas 1970, opina igual, sin embargo agrega que, a través de estos índices de actitud no necesariamente se va a poder predecir la conducta de un sujeto, lo cual constituye una limitación al trabajo de medición de actitudes. (Magaña, 1983).

Después de muchos intentos por medir la actitud directamente y darse cuenta de que esto es imposible, se han diseñado diferentes métodos para superar esta limitación, desafortunadamente requiere de mucho tiempo y esfuerzo para descubrir y medir una actitud, para después proceder a su cambio.

El estudio de la medición de actitudes comenzó a realizarse a través de informes acerca de sí mismo sin embargo, se vió que estos eran falibles, ya que los sujetos podían contestar con exactitud o sin ella acerca de sus creencias, sentimientos y tendencias; por lo que estos datos podían representar entonces fuentes distorsionadas de las actitudes de esos mismos sujetos (Summers, 1971).

Posteriormente los métodos se adaptaron a la escala numérica (nominal ordinal, intervalar y de razón) y aunque también son susceptibles a la presencia de variables extrañas parece que es uno de los métodos más eficaces y seguros.

Los datos que arrojan estos instrumentos para medir actitudes son falibles, debido a la presencia e influencia de variables diferentes a las que están midiendo.

A continuación mencionaremos algunos métodos y técnicas para la medición de las actitudes:

Bogardus, creó un método para medir actitudes, construyendo una

escala con variaciones entre los de aprobación y desaprobación, el problema está en que los intervalos se establecen de manera arbitraria a juicio del experimentador (Summers, 1971).

En comparación a las anteriores deficiencias la escala más exacta ha sido la idea de Thurstone (1928), el cual da intervalos exactos para cada variación de la intensidad de la actitud. Este autor durante los años veinte o treinta aportó muchos avances en la medición de la actitud, posteriormente a esto se han realizado una buena cantidad de técnicas de elaboración de escalas de actitud. La mayoría de estos progresos se han basado en muestra de informes conductuales sobre sí mismo (Summers 1971).

Thurstone (1928), dice que una actitud es un asunto complejo que no puede describirse totalmente con un índice numérico aislado. Pero tomando en cuenta el contexto es posible definir que aspecto de la actitud se está midiendo. También nos habla que las escalas de actitud se usarán solamente en las situaciones que ofrezcan un mínimo de presión sobre la actitud que se va a medir.

La escala Thurstone, llamada también de "intervalos aparentemente iguales", es también una escala sumatoria para la medición de actitudes (Briones 1985). También se basa en un continuo lineal hipotético o conceptual, para hacer juicios de mayor o menor respecto a la actitud que se mide. Para esto es necesario definir la variable de actitud y hasta aquí limitar su medida, además de especificarla en términos de más y menos para poder referirse a ella.

Existen otros métodos para medir actitudes entre los cuales se pueden mencionar a Likert 1932, Guttman 1944, Edwards y Kilpatrick 1948, etc. Según sea el tipo de escala, pueden dar diferentes grados de información sobre las actitudes. (Magaña, 1983).

La escala Likert, es un tipo de escala aditiva consistente en una serie de ítems o juicios ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El estímulo (ítem o sentencia) que se presenta al sujeto representa la propiedad que el investigador está interesado en medir y las respuestas son solicitadas en términos de grados de acuerdo o desacuerdo que el sujeto tenga con la sentencia en particular (Padua 1987).

Desde un punto de vista aritmético la escala Likert es una escala sumatoria, ya que el puntaje o la medida de cada persona en la actitud medida se obtiene mediante la suma de sus respuestas a diversas preguntas que actúan como estímulos (Galtung 1966).

El método Likert resulta de la suma algebraica de las respuestas de individuos a ítems seleccionados previamente como válidos y confiables. Si bien la escala es aditiva no se trata de encontrar ítems que se distribuyan uniformemente sobre un continuo favorable - desfavorable, sino que el método de selección y construcción de la escala apunta a la utilización de ítems que son definitivamente favorables o desfavorables con relación al objeto de estudio. El puntaje final del sujeto es interpretado como su posición en una escala de actitudes que expresa un continuo con respecto al objeto de estudio.

En La escala Likert el sujeto, a través de su conducta en la situación de prueba, consciente o inconscientemente, se sitúa a lo largo de la variable. La escala likert es también una escala del tipo centrada en el sujeto: el supuesto subyacente es que la variación en las respuestas será debida a diferencias individuales en los sujetos.

Finalmente, los items son seleccionados con base en su poder discriminatorio entre grupos con valores altos y con valores bajos en la variable. Es decir, que lo que interesa es la coherencia, entendida ésta en función de las respuestas (Padua 1987).

El objetivo de la presente tesis es investigar la actitud hacia la farmacodependencia en dos poblaciones, una de exfarmacodependientes y la otra no farmacodependientes, así que para hacer una correcta comparación fué necesario revisar lo referente a la actitud hacia la farmacodependencia.

Todos los seres humanos tenemos un pasado que consciente o inconscientemente se ha quedado en nuestra mente, y todas estas vivencias algunas gratas, otras muy desagradables, van a estar presentes como si fueran jueces y nos haran sentir, percibir, actuar, (tener una actitud) para cada una de las situaciones físicas o no físicas que se nos presenten.

Hasta aquí hemos hablado solo de la actitud, así que, a continuación la evocaremos hacia nuestro problema de investigación.

CAPITULO III

ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA

ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA.

A continuación se revisan las investigaciones realizadas por diversas instituciones y personas, sobre el estudio de la actitud hacia la farmacodependencia, lo cual nos permite tener datos que abordan este fenómeno.

En la Universidad Iberoamericana se realizó una investigación, para conocer la percepción y actitud hacia el consumo de fármacos a través del método de informantes. Tomaron como base el cuestionario de Jellinek, el cual constaba inicialmente con 44 preguntas que abarcaban 4 áreas principales: (Lopez Martínez 1980).

- Percepción de los hábitos de consumo.
- Presión social hacia el consumo.
- Actitud hacia los hábitos de consumo.
- Motivos de los hábitos de consumo.

Se realizó un estudio piloto para evaluar la claridad, lenguaje y extensión del instrumento (10 cuestionarios que abarcaron a personas de ambos sexos y diferentes edades pertenecientes a diferentes subgrupos.

Los cuestionarios midieron LA PERCEPCION Y ACTITUD HACIA EL
CONSUMO DE FARMACOS.

Después de aplicar el cuestionario en la comunidad se modificaron varias preguntas ya que el formato se prestaba a confusión.

La encuesta definitiva que se aplicó para el estudio constó de 54 preguntas, se recabaron un total de 30 cuestionarios, por lo que se procedió al vaciado de datos y análisis de resultados.

Los resultados que se encontraron fueron, que los trabajadores conocen mayor número de usuarios de todo tipo de droga en comparación con las amas de casa y con los estudiantes.

En relación con el tipo de usuario que conoce cada grupo: las amas de casa y los estudiantes reportaron conocer más usuarios de disolventes que otro tipo de drogas y los trabajadores más usuarios de marihuana.

Las drogas de mayor consumo reportadas fueron: en primer lugar la marihuana (n=306), en segundo lugar, los inhalantes (n=240) y en tercer lugar, pastillas (n=54).

El 50% de los subgrupos reportaron que más del 10% de los hombres consumían marihuana y disolventes, en forma experimental.

En el caso de las mujeres los índices fueron menores.

En cuanto al consumo experimental se consideró que en las mujeres

es ligeramente mayor el de disolventes que el de marihuana; 30 y 35 % de los subgrupos respectivamente consideraron que este patrón se presentaba en más de 10% de las mujeres menores de 35 años.

La comunidad percibe que de cada dos personas que prueban la droga, una la continúa consumiendo por lo menos una vez al mes.

La población en general opino que el consumo de marihuana es más extendido que el de disolventes, además que el consumo de cualquier droga es un problema grave.

Al hablar de la situación actual del consumo de drogas, se estimó que ha aumentado tanto en hombres y mujeres con marihuana y disolventes.

Dado que la comunidad consideró que el consumo de drogas se da entre los menores de 13 años, se sugiere, para futuras investigaciones, incluir grupos de niños en este tipo de estudios con el fin de conocer los patrones de consumo en este tipo de grupos. La edad de inicio más común en los hombres que consumen marihuana fue entre los 15 y 18 años. En el caso de disolventes, el promedio de edad fue menor. Para el consumo de pastillas, la edad de inicio más común fue mayor a los 18 años.

El inicio en el consumo se da más en situaciones sociales, el 100% de los subgrupos reportó que los hombres empezaban a consumir con amigos y el 60 % en el caso de mujeres, solo el 30% reportó que las mujeres se iniciaban con amigos. No se reportó inicio con familiares,

vendedores o traficantes.

Tanto para hombres como para mujeres se reportó que se iniciaban dentro de la colonia. Los principales lugares señalados para el consumo fueron: en primer lugar terrenos baldíos; en segundo lugar, campos deportivos; en tercer lugar, cerca de la escuela y cuevas; en cuarto lugar, en su casa y otros lugares cerrados.

Diversos investigadores (Berriel- Gonzales y Cols, 1987; Campos y Ortiz, 1974; Castro, 1985, Chaves y Col. 1977; Mata y Echeverría 1975) han reportado haber encontrado una serie de factores decisivos que propician el surgimiento y mantenimiento de la dependencia de drogas, entre estos factores destacan el que los sujetos: 1) generalmente provienen de una familia desintegrada; 2) presentan un marcado fracaso académico o inclusive, han desertado del sistema educativo; 3) carecen de habilidades sociales que les impide tener una adecuada interrelación con los diferentes miembros de su comunidad (amigos, vecinos, etc.); 4) presentan problemas personales, familiares, de salud y/o sociales que no pueden resolver (Soriano, 1990).

Se realizó una investigación en el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, sobre una aplicación y análisis de una escala de actitudes hacia la farmacodependencia en una población escolar. El total de sujetos estudiados fue de 2265, que constituyen las muestras estudiadas de la población escolar de 12 a 18 años de edad de cada una de las siguientes ciudades de la República Mexicana: Mérida, Yuc.(N=698),

Querétaro, Gro. (N=535), Cuernavaca, Mor. (N=501) y Saltillo, Coah. (N=531). Las aportaciones obtenidas en la investigación fueron:

1. Mas de la mitad de los encuestados (58.85%) estuvo de acuerdo con el hecho de que los maestros y profesores deben intervenir en la ayuda y orientación respecto a la farmacodependencia.

2. Un poco menos de la mitad de los encuestados (48.43%) aceptó el hecho de que la farmacodependencia es un problema de tipo social que requiere la creación de centros especiales de ayuda.

3. Más de la mitad de los encuestados (57.44%) estuvo de acuerdo con el hecho de que las autoridades públicas o legales deben intervenir en el problema.

4. Un poco menos de la mitad (48.47%) estuvo en desacuerdo con "la filosofía de vida" que implica irresponsabilidad de sí mismo y de los demás.

5. Más de la mitad de los encuestados (60.26%) estuvo de acuerdo con los mitos y creencias que comúnmente se manejan alrededor de las drogas y los drogadictos; esto quiere decir que están conscientes de la peligrosidad y consecuencias que su uso acarrea.

6. Más de la mitad (62.69%) se mostró indiferente ante el hecho de que se pudiera aceptar más la droga en función del grado de

escolaridad del que la consume o del que la ofrece.

7. Un poco menos de la mitad (45.08%) estuvo en desacuerdo con el hecho de que la comunicación entre padres e hijos no sea un factor importante para que estos consuman o no drogas.

8. Más de la mitad (56.46%) se mostró indiferente ante el hecho de que en un momento dado los problemas familiares puedan llevar al hijo a consumir drogas.

9. Existe una actitud definida de aceptación hacia el fenómeno de la farmacodependencia por parte de los consumidores, así como una actitud de indiferencia hacia el fenómeno por parte de los no consumidores.

10. No se detectó una diferencia significativa en la actitud de rechazo hacia las drogas entre los grupos de usuarios y no usuarios.

Parece ser que los muchachos tienden a ser pasivos en su concepción del fenómeno, ya que ponen en manos de la autoridad y los maestros la solución del problema y tienden a negar qué aspectos más cercanos a su vida (como los problemas familiares) tengan alguna relación con el consumo de drogas.

Pareciera ser que, en general, los escolares están orientados hacia una actitud más externa en cuanto a la ocurrencia de fenómenos, tales como la drogadicción. Se entiende por actitud externa, aquella que

está poco relacionada con las propias acciones y decisiones; sin embargo, es necesario investigar a los sujetos en ese sentido para poder llegar a conclusiones más firmes. Esto es necesario, ya que también puede interpretarse como una actitud defensiva de los encuestados ante un cuestionario que investiga actitud y consumo de fármacos. Empero, los resultados significativos sobre la diferencia de actitudes del grupo de consumidores y no consumidores no apoyan tal interpretación, debido a que se detectó una actitud definida en ambos grupos.

Por otro lado, el hecho de que los escolares están esperando ayuda de las autoridades y maestros, podría alentar las esperanzas respecto a la positiva reacción de los muchachos frente a acciones preventivas concretas; sin embargo, tomando en cuenta la tónica de pasividad que prevalece, es necesario incluir en dichos programas una buena parte de aspectos motivacionales, esto se ve apoyado por los resultados de Wilma J. Knox en su estudio sobre actitudes, en el que se percibe cómo la mayoría de los padres y maestros que investigó estuvieron de acuerdo con que el estudiante debe estar motivado para que el tratamiento tenga éxito; quizá lo mismo puede atribuirse a los aspectos preventivos.

Los muchachos no consideran que haya relación entre el uso de drogas y los problemas familiares, esto se ve apoyado por los resultados de Freerman 1972 (Chao 1976) en su estudio de actitud hacia las drogas en adolescentes, que indica que el factor que describe el uso de drogas y experimentación libre sin la censura paterna es el que distingue

significativamente a los usuarios de los no usuarios.

Los resultados logrados por Shohan en 1974 (Chao 1976) durante su estudio epidemiológico piloto respecto a que la variable más íntimamente relacionada con el uso de drogas es formar un juicio favorable hacia la farmacodependencia, apoyan los resultados del presente estudio con respecto a la actitud de aceptación hacia el fenómeno que presentaron los consumidores.

Los resultados de esta investigación podrían enriquecerse si se incluyen escalas de aceptación social que permitan establecer el grado de necesidad de aprobación social que manifiestan los consumidores y los no consumidores, a la vez de corroborar los datos del presente estudio. Se recomienda también ampliar y replantear los reactivos que se dirigen al aspecto de comunicación y relaciones familiares (Chao 1976).

En una muestra de 4000 jóvenes de 14 a 18 años de edad el 2.5% reportó la presencia de algún problema relacionado con el uso de droga. La mayoría dijo tener el deseo de suspender o reducir el uso (64.4%), un porcentaje menor se refirió a establecer consultas con profesionistas (34.2 %), por último se manifestaron, arrestos por uso de drogas (14.7 %) y problemas con miembros de la familia (19.7 %) (Castro, 1988)

También se realizó una investigación en la Universidad Iberoamericana, con el fin de proporcionar una descripción de las actitudes de los estudiantes de esta Universidad.

La encuesta descriptiva objetiva de selección múltiple fue elaborada por el Dr. Juan Lafarga, Director del Centro de Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana, en colaboración con el Dr. Roberto Navarro, Subdirector del Departamento de Clínica Psicológica del mismo Centro y el Lic. Luis Leñero, Director de la Escuela de Ciencias Sociales de la misma Universidad.

La encuesta se aplicó a 642 alumnos, ampliamente representativos de una población estudiantil de 4,798 alumnos en lista a nivel de licenciatura, 300 mujeres y 342 hombres, extraídos al azar en forma estratificada de 19 carreras, asegurando representatividad de muestreo y proporcionalidad por sexos para cada carrera y para cada uno de los años escolares en forma global (no para cada año de cada carrera).

Las edades de los estudiantes de la muestra fluctuaron entre los 18 y los 33 años. Se supuso que dichos estudiantes provenían, en general, del estrato socio-económico medio y alto y poseían un nivel de inteligencia superior al de la población de su misma edad, por haber sido capaces de cursar estudios universitarios.

Los resultados obtenidos fueron:

- La mayor parte del estudiantado mostró interés por el fenómeno y manifestó el deseo de tomar ante él una actitud responsable.

- La gran mayoría opinó que el daño psicológico, social y aun

físico producido por el abuso de las drogas era mayor que el daño producido por el tabaco y el alcohol. Este resultado concuerda con la investigación anterior, de que los farmacodependientes poliuso opinan que las drogas producen más daño que el alcohol.

- Más de la mitad consideró peligroso o nocivo que un estudiante joven experimentara con drogas. Y una mayoría casi absoluta consideró lo mismo con respecto a los niños.

- Más de la mitad se inclinaron a que los educadores previnieran el uso de las drogas con ayuda personal y programas especiales, pero un porcentaje cercano a la tercera parte opinó que únicamente podrían prevenir el abuso de las drogas cambiando radicalmente las estructuras familiares, sociales, educativas y laborales oprimentes. Un (58.85%) estuvo de acuerdo con el hecho de que los maestros y profesores deben intervenir en la ayuda y orientación respecto a la farmacodependencia.

- Las tres cuartas partes de la población se manifestaron dispuestas a discutir abiertamente el fenómeno con profesores y papás.

- El uso actual de la marihuana en la población estudiantil de la Universidad no alcanza al 3% (2.8%).

- El uso actual de drogas fuertes, estimulantes, alucinógenos y narcóticos no alcanza al 1% de la población (0.7%).

- La variable consistentemente asociada con la mera experimentación fue la curiosidad. Sin embargo, escasamente un 20% (19.8%) de la población ha experimentado la marihuana y del 3 al 15 % drogas más fuertes.

- Los factores asociados con mayor experimentación y uso fueron: Primer año de carrera, rendimiento escolar inferior o superior al promedio y deficientes relaciones interpersonales.

- Los factores asociados con menor experimentación y uso fueron: cuarto y quinto año de la carrera, rendimiento escolar promedio, superior al promedio y relaciones interpersonales satisfactorias.

- Aun en los subgrupos de mayor incidencia de experimentación no alcanzó el 50% de la población y el uso el 10%.

- Las opiniones de los alumnos sobre la extensión del uso de las drogas en la Universidad fueron vagas por un defecto en la construcción de la encuesta.

- La gran mayoría del estudiantado apoyó el uso de medidas disciplinarias contra los fomentadores y patrocinadores del uso de las drogas en la Universidad, no sólo agentes externos de la Universidad, sino también estudiantes, aunque con más lenidad hacia estos últimos.

- Los estudiantes se describieron con honradez a sí mismos en

términos de relaciones interpersonales, rendimiento escolar y tiempo dedicado al estudio.

- Las tres cuartas partes de la población estudiantil consideraron la encuesta útil para obtener un conocimiento más objetivo de la realidad Universitaria o también para facilitar en maestros y alumnos actitudes más responsables. (Lafarga Juan 1971)

Se realizó una investigación en la Universidad de Ohio, (Harvey R. 1972) en donde estudiantes universitarios y sus padres contestaron un cuestionario acerca de sus actitudes frente a cinco aspectos: drogas, escuela, matrimonio, trabajo y conducta sexual. Los sujetos fueron 200 estudiantes solteros de la Universidad de Wesleyan, Ohio y 200 papás de estos estudiantes. Estudiantes y padres fueron divididos por igual de acuerdo con el sexo. El promedio de edad de la población fue de 18.5, 19.8, 47.8, y 50.7 años, respectivamente.

Todos los cuestionarios fueron contestados anónimamente con tan solo la especificación de edad y sexo.

Los resultados obtenidos en la investigación son:

El punto de vista predominante entre los estudiantes frente a la marihuana fue que esta era: "justamente una droga inofensiva, ni benéfica ni dañina. En contraste, la mayoría de los padres opinaron que la droga es posiblemente dañina y sus peligros rebasan sus beneficios". Además un

21% de los estudiantes, piensa que la marihuana sea beneficiosa o que sus beneficios compensen sus riesgos. Ninguno de los padres expresó nada de estos dos aspectos. Como podemos ver existe una gran discrepancia en la opinión de los estudiantes mexicanos y los norteamericanos, en cuanto al considerar a las drogas como dañinas, ya que la gran mayoría de los mexicanos la consideran como muy dañina, además que debe ser controlada y prohibida.

Una coincidencia concerniente al control legal del LSD se dió entre los estudiantes y los padres siendo el argumento predominante que la posesión de esta droga debería ser prohibida. No obstante, una pequeña minoría de estudiantes (3%) opinaron que no debería existir ningún control legal sobre el LSD.

En lo que se refiere al control legal de la marihuana, hubo discrepancias entre los estudiantes y los padres. El 37% de los estudiantes indicaron que la marihuana debería ser legalmente controlada pero no prohibida, mientras que un 15 % se manifestaron por la inexistencia de control alguno. Por otra parte la opinión general entre los padres fue que la posesión de marihuana por cualquiera debería quedar prohibida. Esta última opinión de los padres, también la observamos en los padres y estudiantes mexicanos. (Harvey R. 1972).

Otra investigación (Serna 1991) que nos revela cual es la actitud de los padres y maestros sobre el uso de drogas en los jóvenes, es la que se realizó de la muestra Nacional de Escuelas llevada a cabo en

1986; se seleccionaron el 10% de 336 escuelas muestreadas, la demografía de los 31 grupos estuvo compuesta por 41% de hombres y 59% mujeres aproximadamente cuyas edades oscilaban entre 20 y 49 años de edad.

Se utilizó el método del informante el cual fue tomado de la antropología por Jellíneck para su aplicación en el estudio del alcoholismo. Se utilizó una cédula de registro para la dicisión grupal en la cual se consideraron a los maestros y a los padres de familia como informantes clave debido a su conocimiento sobre lo que acontece en el sector estudiantil. Se esperaba que los participantes de la dinámica llegaran a un consenso en cuanto a sus opiniones sobre el tema, y en caso contrario, se registrarían tanto los puntos de vista de la mayoría como los de la minoría. Para guiar las discusiones grupales se utilizó una entrevista estructurada que consta de 20 preguntas y que proporciona información sobre las áreas siguientes.

- Prevalencia del consumo de sustancias.
- Tendencias de consumo en el último año.
- Con quien comienzan generalmente los jóvenes a consumir drogas y alcohol.
- Actitud de los padres hacia el consumo de las drogas.
- Actitud de la comunidad hacia el uso de drogas
- Problemas asociados al consumo de drogas.
- Formas de ayuda a los jóvenes que consumen drogas.

Los resultados obtenidos de la investigación fueron:

- La actitud de los maestros y padres de familia es la de negar la existencia del fenómeno, negación que se manifiesta por su falta de información, su desinterés y su sensación de incapacidad para abordar este problema con los jóvenes, prefiriendo que sean expertos los que lo enfrenten.

- El estudio detectó el predominio de actitudes rígidas y autoritarias frente al joven consumidor, que reflejan una serie de temores, prejuicios y respuestas estereotipadas, las cuales señalan la necesidad imperativa de que, antes de iniciar cualquier actividad de tipo preventivo con los estudiantes, los propios maestros modifiquen sus actitudes.

- La mayoría de los grupos opinó que los jóvenes inician su consumo con el grupo de amigos. Respecto a los lugares en donde los jóvenes se reúnen para utilizar las drogas se mencionaron frecuentemente los camiones y los automóviles así como el propio plantel, o lugares cerrados como por ejemplo tiendas, casas, etc,

- Los grupos opinan que tanto los padres de familia como los mismos jóvenes desapruaban el consumo de sustancias tóxicas, con excepción del alcohol y el tabaco, hacia los que existe una mayor aprobación.

- Con respecto a los jóvenes que ya usan drogas, asintieron que es mejor canalizar estos casos con: profesionales expertos, con sus padres, con el departamento de orientación de la propia escuela, o bien, aislarlos del grupo, llegando incluso a la expulsión del alumno si es necesario.

- En referencia a los amigos, la mayoría dijo que las actitudes de éstos se centran en la complicidad y, únicamente el 18.1% de las opiniones apoya que la buena comunicación entre los jóvenes puede apoyar a los muchachos que consumen droga.

Estas afirmaciones desembocan en un sólo punto:

actitudes rígidas y autoritarias por parte de los maestros y padres de familia, como consecuencia del temor de enfrentar el problema, lo cual impide ayudar de manera eficaz al joven que usa drogas (Serna 1991).

En el Instituto de Oregon (Langhinrichsen, 1990) se llevó a cabo una investigación en la cual los adolescentes y sus familiares participaron dentro de un estudio para determinar la congruencia de lo que los padres perciben en cuanto al uso de sustancias en sus hijos y los informes reales de estos adolescentes. La población estuvo constituida por 763 adolescentes, 390 mujeres y 373 hombres cuyo promedio de edad fue de 10 a 16 años, además 758 madres de familia.

Los resultados fueron: hubieron relativamente, pocos usuarios regulares de cualquier sustancia y no se obtuvo estimaciones de frecuencia sistemática de padres y adolescentes.

El grado de congruencia entre padres y adolescentes fue relativamente baja para el alcohol y más alta para cigarrillos y marihuana, esto no soportó la hipótesis de que los padres serían los más congruentes para sustancias lícitas y lo menos congruentes para sustancias ilícitas como la marihuana, en el caso del alcohol, puede ser que por su fácil disponibilidad y su relativa aceptabilidad social combiensen para hacer pensar a los padres que su hijo debe seguramente haberla consumido una o dos veces. Para los cigarrillos y la marihuana, los padres tendieron a ser incongruentes porque subestimaron sus usos.

Los datos solo en parte soportaron la hipótesis de que las madres fueron mas cuidadosas en el uso de sustancias de los adolescentes que los padres; las escalas de congruencia para los dos padres fueron muy similares para el fumar y el ingerir alcohol, pero como se predijo, los padres fueron menos congruentes a la marihuana, sin embargo esta diferencia no fue muy grande. En las madres solteras se encontró mayor incongruencia, que las madres con pareja, suponiendo que las madres solteras quizá puedan con menos frecuencia, vigilar el comportamiento de su adolescente y sabría por lo tanto, menos sobre el uso de sustancias de su hijo.

Se encontraron acuerdos en cuanto a las causas para el uso de la marihuana, tales como la desintegración, los conflictos y discordias familiares, y la pobre comunicación en las familias . Estos datos son también consistentes con estudios que muestran que el conflicto familiar, incluyendo la pobre vigilancia de los padres, es un precursor de la conducta antisocial, y el uso de sustancias en los jóvenes. Este estudio ha contribuido a una descripción del grado de disparidad entre los reportes de los adolescentes sobre el uso de sustancias y las percepciones paternas de uso en sus hijos (Langhinrichsen, 1990).

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación realizada con una muestra representativa de la población estudiantil de 14 a 18 años de la ciudad de México. Se encuestó a un total de 3408 estudiantes seleccionados de un universo de 787282 estudiantes a través de un proceso de muestreo bietápico estratificado por zona socioeconómica

de ubicación y tamaño de la escuela. Se utilizó un instrumento auto - aplicable, con una sección sobre consumo de drogas y problemas asociados, una escala de percepción subjetiva de la calidad de vida, una escala de percepción del medio ambiente social y una escala de manejo de la realidad. (Maya 1982).

Los resultados indicaron que los estudiantes que son "usuarios altos de drogas", presentaron características significativamente diferentes a los estudiantes que reportaron nunca haber usado ninguna de las drogas investigadas esto es: Los usuarios altos presentan un número significativamente mayor de problemas asociados al uso del alcohol, en comparación con los usuarios moderados y leves; asimismo un número mayor de problemas asociados al uso de drogas. Los usuarios altos perciben significativamente más "distal" (lejano) su medio ambiente social y familiar, que los usuarios moderados y leves; mientras que en estos dos no se encontraron diferencias significativas.

Los usuarios altos reportan mayor número de dificultades con el manejo de la realidad que los no usuarios y los usuarios moderados y leves.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por otros estudios, Jessor, 1977 y Nurco, 1977 (Maya, 1982), en donde se describe a los jóvenes que usan droga como jóvenes con dificultades en el manejo de la frustración, pertenecientes a familias con convicciones menos rígidas y donde se ha visto que a mayor número de apoyo y controles de los padres

hacia los hijos, menor uso de drogas por parte del adolescente, y confirman la necesidad de la existencia de servicios de asistencia y orientación al adolescente que incluya a la familia en sus programas.

Ahora bien se encontró que en algunas escalas las respuestas de los estudiantes usuarios eran significativamente diferentes de los estudiantes que reportaron nunca haber consumido drogas, lo que se traduce en que los usuarios tienen características psicosociales (en los términos de lo que miden las escalas utilizadas) diferentes a los no usuarios). ¿ Son estas características causa o consecuencia del consumo o están simplemente asociadas al consumo sin un carácter explicativo ?.

El fenómeno que más contribuyó por sí mismo a explicar el uso, fueron los problemas asociados al uso de alcohol, lo que se traduce en que un estudiante que tiene problemas con la policía, o con su familia, o que ha consultado algún profesional, a causa de su uso de alcohol, tendría una tendencia mayor a usar drogas con mayor frecuencia. (Maya, 1982).

En Estados Unidos se realizó una investigación, con el objetivo de conocer si el afecto positivo hacia los niños disminuía la ocurrencia de la farmacodependencia (American Journal of drug and alcohol abuse 1984). Entrenaron a maestros para que aplicaran un programa de educación afectiva a niños entre 7 y 8 años y después, en 3 años consecutivos, se realizó el seguimiento, se comparó con otro grupo de estudiantes que no llevaron el programa de educación afectiva, los resultados fueron que

no hubo ninguna diferencia entre los dos grupos, no indicó nada que perjudicara en la actitud hacia la farmacodependencia. Los que realizaron la investigación opinaron que probablemente hubo fallas en el entrenamiento o en la aplicación del programa.

En un suburbio de Detroit (Lewandowski, 1991), también se llevó a cabo una investigación con estudiantes de clase media y media alta, en la que se recabó información acerca de su sexo, la educación de los padres, las actividades personales, familiares, con compañeros y escolares, especificando las actividades que querían realizar y las razones por las cuales no podían, las actitudes, su inclinación en el uso y el dinero gastado en drogas y en otros objetos y la importancia de ese gasto. Con el grupo experimental se llevó a cabo un programa de prevención, además de responder al cuestionario, este grupo estuvo constituido por 16 hombres y 26 mujeres, el otro fue, el grupo control compuesto por 42 hombres y 23 mujeres. Estos grupos estuvieron integrados de estudiantes y no estudiantes. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Los usuarios de drogas están dispuestos a gastar algo de su dinero en drogas y sienten que está bien para ellos y que sus semejantes lo hagan.
- Aquellos que usaron drogas, no necesariamente las usaron con frecuencia, el uso, entonces, no indicó dependencia en la droga, esto necesita ser recordado al decidir si un tratamiento especial es necesario.
- No hubo diferencias en la actitud hacia el uso y frecuencia de drogas,

en los dos grupos, se observó una actitud positiva.

- El grupo que empleó más tiempo con deportes y actividades escolares, usaron menos droga que los que se dedicaron a las pachangas con amigos en lugares como parques y estacionamientos.
- El reunirse con amigos para realizar actividades, fiestas, reuniones en parques y estacionamientos, disminuía el consumo de drogas, y el permanecer mas tiempo solos aumenta el consumo de la droga.
- Si los adolescentes emplearon más tiempo en actividades con sus familias tuvieron menos intención de probar una o más drogas, si usaron drogas tuvieron inclinación por drogas mas suaves, como el alcohol, la pintura, marihuana, etc.
- Para crear programas de prevención efectiva, los efectos de diferentes actividades necesitan ser bien estudiados y el criterio de admisión tiene que ser bien delineado. (Lewandowski 1991).

Kohut (Castro Sarinana 1982) establece que la droga sirve no como sustituto de amor sino como una manera de reemplazar un defecto de la estructura psíquica. El psicoanálisis contemporáneo sitúa a los adictos dentro de las patologías fronterizas y los transtornos narcisistas, pero no todos los adolescentes fronterizos o con transtornos narcisistas son adictos, pero si una gran mayoría de los adolescentes adictos son diagnosticados así.

El proceso adolescente tiende a promover y favorecer el mecanismo de la actuación como recurso homeostático. La organización yoica sufre un desequilibrio importante por necesidades propias del desarrollo normal,

además en forma paralela, existe la necesidad de establecer en el interior del yo una continuidad temporal. Estas necesidades contradictorias provocan que falle el sentido de realidad y pueden llevar al adolescente a todo tipo de actuaciones. Si en el medio circundante, la droga, los usuarios, las ocasiones y lugares de consumo se encuentran disponibles, el riesgo de que un adolescente use droga, es mucho mayor al que tiene un adulto que se enfrenta al mismo medio. (Castro Sarifana, 1982).

Los resultados encontrados en las diferentes investigaciones, nos revelan datos importantes al problema del estudio. El doctor I. Hidrach encontró que el grupo de adolescentes escolares, admitían el uso de drogas, así como una actitud positiva, tanto de los no consumidores, como de los consumidores, hacia las anfetaminas.

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, también nos aporta que existe una actitud definida de aceptación hacia la farmacodependencia, por parte de los consumidores, así como una actitud de indiferencia hacia el fenómeno por parte de los no consumidores, no detectó una diferencia significativa en la actitud de rechazo hacia las drogas, entre los grupos de usuarios y no usuarios, pero también nos dice que es necesario realizar una investigación de la actitud interna, (relacionada con las propias acciones y decisiones) ya que los sujetos respondieron con una actitud mas externa, por lo tanto esperamos que los resultados de ésta investigación, nos resuelvan muchas dudas.

Se encontró mucha discrepancia entre las opiniones de adolescentes Mexicanos y Norteamericanos, ya que estos últimos, consideran a las drogas como no dañinas y que no deberían de ser prohibidas, mientras la mayoría de los adolescentes mexicanos opinan lo contrario.

En cuanto a la investigación (American Journal of drug and alcohol abuse 1984) considero que, aunque en la escuela tenga una buena relación afectiva con su maestro, esto no sirve de nada si en sus hogares ocurre lo contrario, ya que la relación familiar es una de las principales formadores de la conducta y personalidad del ser humano. Además no podemos tomar en cuenta solo el aspecto afectivo en las conductas inapropiadas, ya que hay otras aspectos que no debemos olvidar, como la identificación (crisis de adolescencia), el aspecto económico, las relaciones con los demás, etc. Y todas las variables las tenemos que tomar en cuenta para poder analizar cualquier conducta del individuo, desgraciadamente esto en muchas ocasiones es imposible.

Debido a la importancia que tiene conocer la opinión de los jóvenes acerca de la salud y la enfermedad mental, se llevó a cabo un estudio sobre su actitud hacia esa enfermedad y su percepción de ella (Casco 1990), por medio de una muestra de 219 estudiantes y una submuestra de 24 estudiantes de preparatoria, esta muestra se obtuvo de una institución de estudiantes de educación media-superior, (1o, 3o, y 5o semestre) que está ubicada en una zona suburbana en el sur del Distrito Federal.

Se les aplicaron los siguientes instrumentos: La escala de actitudes hacia la enfermedad mental, elaborada por Taylor y Dear (1979) (23), está compuesta por cuatro escalas que miden al autoritarismo, la benevolencia, la restrictividad social y la ideología respecto a la salud. Cada subescala está integrada por diez oraciones de las cuales cinco expresan sentimientos positivos y las otras cinco, negativos. También se les aplicó un instrumento que mide percepción de la enfermedad mental que consiste de nueve descripciones hipotéticas de los siguientes padecimientos: debilidad mental, esquizofrenia simple, depresión, paranoia, histeria, obsesión-compulsión, manía farmacodependencia y alcoholismo. Para evaluar su percepción de estas enfermedades, se les aplicó un cuestionario sobre su grado de conocimiento, la causalidad, el pronóstico, el tratamiento y las posibilidades del enfermo de realizar alguna actividad. Por último se autoaplicó un cuestionario sobre los medios de comunicación a los que tenían más acceso.

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

- En cuanto a las atribuciones de causalidad, se observó una tendencia a considerar la falta de afecto, la dificultad para adaptarse socialmente y el consumo de drogas y alcohol, como causantes de la distintas patologías. Es notorio que excluyeran la causalidad de tipo orgánico como precipitante de la enfermedad.

- Respecto al tratamiento para el alcoholismo y la farmacodependencia, opinaron que debe ser multidisciplinario: que intervenga el médico y el psicólogo, y que se les de tratamiento grupal.

- En general, la población estudiada tuvo actitudes positivas respecto

a la farmacodependencia, pero en la medida en que eran menos jóvenes y con más escolaridad, estas actitudes se definían más, lo cual se puede explicar por el nivel de maduración; por haber logrado la integración de sí mismo y con el exterior, y por la educación recibida en la escuela, que enriqueció sus percepciones y sus conocimientos, lo cual probablemente favorece estas actitudes. Sin embargo, al participar más en la vida social de los adultos, como es el empezar a trabajar, se modifican sus ideas respecto a la aceptación de estos padecimientos. A medida en que los jóvenes cambian de condición social, se va modificando su representación de la sociedad en beneficio de la adaptación. Van incorporando valores, creencias, mitos y estigmas sociales, debido a la necesidad de sentirse integrados a ese nuevo mundo laboral. Llama la atención el hecho de que el conocimiento que tienen los jóvenes de las distintas patologías, sea tan limitado. Sin embargo, expresaron actitudes positivas probablemente debido a que en las actitudes, la connotación afectiva es más importante que lo cognoscitivo, particularmente entre la población joven (Casco 1990).

Hasta aquí se han descrito las investigaciones encontradas sobre nuestro tema de interés "Actitud Hacia La Farmacodependencia", con el fin de proporcionarnos conocimientos y poder comparar posteriormente con los resultados de nuestra propia investigación. Pero para poder realizar un trabajo completo es necesario hablar sobre la etapa adolescente ya que es a este tipo de personas a las que enfocamos nuestra tesis.

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

CAPITULO IV

ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

Para poder realizar un estudio completo de lo que es la actitud hacia la farmacodependencia, es necesario revisar lo que se relaciona a la adolescencia, ya que es en este periodo donde se da con mayor frecuencia este problema, además, la investigación aplicada a adolescentes de una edad que varía entre 15 y 20 años.

Adolescencia es un término derivado de la lengua latina; del verbo: Adolesco- is- evi- (uí) - ultum - ere: crecer, ir en aumento, tomar cuerpo, desenvolverse la razón (Macchi L. Diccionario 1958).

La Organización mundial de la Salud (O.M.S), definió en 1974 la adolescencia como aquella etapa durante el cual:

- a) "el individuo progresa desde el punto de vista de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta la madurez sexual;
- b) " los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan, desde los del niño a los del adulto;
- c) "se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia".

La adolescencia es un período de comienzo y duración variable que marca el final de la niñez y sienta las bases de la madurez (Kaplan 1975)

Cada adolescente es un mundo diferente, se comprueban tantas características propias de la adolescencia, que le dan a esta realidad un matiz peculiar, siendo entonces, objeto seguro de estudio.

A continuación vamos a hablar de los dos períodos que se encuentran implícitos en la etapa de la adolescencia: La la pubertad y la adolescencia.(Mussen 1985).

La pubertad se caracteriza por la aparición de determinados caracteres fisiológicos, es el período donde maduran las funciones reproductoras y donde se dan cambios genitales definidos tales como la menarca en la mujer, (la aparición de la menstruación por primera vez), la producción espermática en el varón, cuyas implicaciones básicas son su incorporación a la capacidad reproductiva. La adolescencia se caracteriza por ser el largo período de la integración psico-social y cuyo fin puede limitarse según una gran variedad de escalas de valorización.

Establecer con seguridad el comienzo de la adolescencia es difícil porque la edad de la madurez sexual es muy variable, sin embargo, la mayoría de las personas que han estudiado este aspecto han coincidido en que es correcto situar su comienzo en o cerca del advenimiento de la pubertad, término que proviene del latín *pubertas*, que significa edad viril, y cuyo origen etimológico se traduce en " pelos en el pubis".

El término pubertad comprende la gran variedad de cambios corporales que tienen lugar en relación con la maduración sexual del organismo humano.

La pubertad es el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras; esto implica un desarrollo filogenético que incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios, esto, durante la primera adolescencia que termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora. Estos cambios se producen en un lapso aproximado de dos años.

La pubertad comienza con el crecimiento gradual de los ovarios (de los órganos relacionados con ellos, como es el útero) en las mujeres y en las glándulas prostáticas con el desarrollo las vesículas seminales en los hombres. Sin embargo, debido a que estos cambios no son fácilmente observables, en la práctica clínica y en la investigación se dice que la pubertad comienza cuando empiezan a elevarse los senos en las mujeres y hace su aparición el pelo púbico pigmentado en los varones. El comienzo de la maduración sexual va acompañado de una aceleración brusca del crecimiento, tanto de altura como de peso, que dura unos dos años. (Mussen, 1985).

El desarrollo físico está más enfocado al aspecto somato-fisiológico y está totalmente ligado a la pubertad, la cual inicia

generalmente entre los 11 y los 15 años de edad, dependiendo de la cultura, del desarrollo nutricional del individuo y a la vez de factores genéticos. Asimismo, este periodo está determinado principalmente por factores biológicos. La adolescencia en cambio, es un periodo cuyas características, experiencias están más influenciadas por valores y circunstancias psicoculturales.

Los investigadores concuerdan en que las niñas completan su maduración sexual en promedio, antes que los niños, que la mayoría de las niñas alcanzan la madurez biológica a los 15 años, y los niños, a los 16.

La pubertad en las mujeres frecuentemente se acompaña de síntomas físicos como el crecimiento de los senos, la aparición del vello púbico, de la menstruación, del acné, y en algunos casos de la obesidad, entre otros. En el hombre se observa el crecimiento de los genitales, del vello en diferentes partes del cuerpo y en algunos casos la aparición del acné y de la obesidad. Todos estos cambios, el adolescente los vive con miedo y desconfianza, frecuentemente reacciona al examen médico con rechazo y pena motivados por el miedo a que el médico pueda descubrir características de desarrollo inapropiadas o anormales.

También Mussen 1985 nos dice que la cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del joven a los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, puede influir de modo que estos cambios se conviertan en motivo de orgullo o en causa de ansiedad y confusión.

Así, la pubertad forma parte de la adolescencia, pero no equivale a ésta, comprende todas las fases de la madurez y no solo la sexual. Se considera que el individuo es un niño hasta el momento en que madura sexualmente; entonces se le llama adolescente. Este hecho indica los cambios fisiológicos que son privativos de éste lapso vital y que ocurren en todas las localidades geográficas, independientemente de la sociedad o la cultura.

Cuando el desarrollo físico llega a determinado punto, se espera que el niño madure psicológicamente y abandone la conducta infantil. Se le presentan más problemas nuevos, que en ningún otro periodo anterior de su vida, esto lo mantiene constantemente atemorizado, y por ello busca diversas maneras (en ocasiones equivocadas) para tratar de mantener el equilibrio o tratar de encontrar respuestas a sus dudas o hasta en ocasiones para tener una razón para vivir.

Veremos la adolescencia como 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 el individuo. La necesidad urgente de enfrentarse a la nueva condición de la pubertad evoca todos los modos de excitación, tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel en los años previos, es decir, durante el desarrollo psicosexual de la infancia y la temprana niñez. Esta mezcla infantil es responsable del carácter grotesco y regresivo de la conducta adolescente; es la expresión de la lucha adolescente por recuperar o retener un equilibrio psíquico que ha sido sacudido por la

crisis de la pubertad. Las necesidades emocionales significativas y los conflictos de la temprana niñez deben ser recapitulados antes de que puedan encontrarse nuevas soluciones con metas instintivas cualitativamente diferentes e intereses yoicos. A esto se debe que la adolescencia haya sido llamada la segunda edición de la infancia; ambas tienen en común el hecho de que "un ello relativamente fuerte confronta a un yo relativamente débil" A Freud, 1936 (Blos 1971). Debe tenerse en mente que las fases pregenitales de organización sexual todavía trabajan tratando de afirmarse; interfieren intermitentemente con el progreso hacia la madurez. El avance gradual durante la adolescencia hacia la posición genital y la orientación heterosexual es sólo la continuación de un desarrollo que se estancó temporalmente al declinar la fase edípica, estancamiento que acentúa el desarrollo sexual bifásico en el hombre (Blos 1971).

Helene Deutsch 1944 (Blos 1971), considera que "solamente el desarrollo subsiguiente puede mostrarnos si el fenómeno patológico está comprendido en tales casos o si simplemente son dificultades intensificadas de la adolescencia."

El inicio y la duración de la adolescencia depende de muchos factores como son: el sexo, la raza, la nutrición, el medio ambiente, la familia y la sociedad; todos ellos son factores que activan o frenan las diferentes transformaciones individuales, características de esta etapa.

El adolescente provoca una verdadera revolución en su medio

familiar y social, creando un problema generacional no siempre bien resuelto. Hasta hoy el estudio de la adolescencia se centró solamente sobre la adolescencia. Este enfoque será siempre incompleto si no se toma en cuenta la otra cara del problema: la ambivalencia y la resistencia de los padres a aceptar el proceso de crecimiento.

Los padres necesitarían saber que en la adolescencia temprana mujeres y varones pasan por un período de profunda dependencia donde necesitan de ellos tanto o más que cuando eran bebés, que esa necesidad y dependencia puede ser seguida inmediatamente de una necesidad de independencia, que la posición útil de los padres es la de espectadores activos, no pasivos y que al acceder a la dependencia o a la independencia no se basen en sus estados de ánimo, sino en las necesidades del hijo. Para esto, será necesario que ellos mismos vayan viviendo el desprendimiento del hijo, brindando la libertad y el mantenimiento de la dependencia madura.

Mauricio Knobel 1985 (Aberastury 1971 y Knobel. M 1985) destaca la importancia de los factores socioculturales en la determinación de la fenomenología expresiva en la etapa adolescente, al definirla como: "la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición, que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en su plano genital lo que sólo es posible si se hace el duelo por la

identidad infantil".

Cada persona atraviesa el periodo adolescente de diferente manera, ya que los antecedentes, la sociedad, la familia que cada uno tiene las funciones y roles son distintos en todas las personas, por lo tanto la manera de vivir este periodo también va a ser diferente, en tiempo y en la manera en que cada quien experimenta cada fase, ya que el adolescente puede atravesar con gran rapidez las diferentes fases o puede elaborar una o varias de ellas. También un adolescente puede atravesar con mucho dolor, mientras otro adolescente la vive sin mucha preocupación.

Al estar hablando de cambios en la vida del adolescente, evidentemente también estamos hablando de cambios a nivel cognoscitivo, es decir, de los valores, de los principios morales, la preocupación por la introspección y la autocrítica, la conciencia de sí mismo que se refleja en las relaciones con el yo y con los demás, el desarrollo de las metas futuras y de los planes de vida que caracterizan a los adolescentes.

El adolescente atraviesa por muchos cambios, entre uno de ellos tenemos al aspecto cognitivo, en esta etapa el joven sigue desarrollándose, y por lo tanto se desarrollan también operaciones formales (es capaz de tratar abstracciones, formar hipótesis, considerar posibilidades) (Biehler, 1980).

El adolescente más joven probablemente trate al principio de adivinar lo que pudiera suceder, buscar la solución procediendo mediante pruebas y errores al azar. El adolescente mayor probablemente planea primero un curso de acción, después pruebe las hipótesis en forma sistemática observando quizá anotando los resultados de las diferentes acciones, finalmente deduzca las conclusiones lógicas (Biehler 1980).

Un aspecto especialmente significativo del pensamiento formal es que hace que el adolescente se concentre más en las posibilidades que en las realidades (esta es la aptitud que según Erikson ocasiona problemas en la etapa de identidad en contraposición a la confusión de papeles (Mussen 1985).

Estos cambios desempeñan un papel decisivo en lo que respecta a ayudar al adolescente a encarar las demandas crecientemente complejas, en materia de educación y de vocación, que se le hacen. Sería virtualmente imposible dominar temas académicos tales como el cálculo o el uso de metáforas en poesía, sin un elevado nivel de pensamiento abstracto y sin poseer la capacidad que Piaget ha llamado de las "operaciones de segundo grado, o capacidad de pensar acerca de aseveraciones que no guardan relación con objetos reales del mundo" (Mussen 1985).

Muchos aspectos del desarrollo adolescente dependen de los resultados cognitivos realizados durante este periodo. Estos cambios cognoscitivos influyen fuertemente en las modificaciones del carácter de las relaciones padres-hijos, en la personalidad, en los mecanismos de

defensa, en la planeación de las futuras metas educativas y vocacionales, en las crecientes preocupaciones por los valores personales, políticos, sociales, religiosos y hasta en la identidad personal.

Uno de los aspectos más importantes de la aparición del pensamiento operacional formal es la capacidad de tomar en consideración hipótesis o proposiciones teóricas que se apartan de los acontecimientos inmediatamente observables. En contraste con el niño que está preocupado principalmente por aprender a funcionar en el mundo del "aquí y ahora", el adolescente es capaz "no solo de captar el estado de cosas inmediato sino también el posible estado que podrían cobrar" (Mussen 1985).

El desarrollo cognoscitivo del adolescente se refleja no sólo en las actitudes y valores que adopta respecto a la sociedad, sino también en las actitudes respecto al yo, en las características de su personalidad en los mecanismos de defensa. Dada la creciente capacidad para reflexionar sobre posibilidades hipotéticas, guiado por la irresistible y a veces dolorosa conciencia de sí que proviene de los rápidos cambios físicos, fisiológicos, psicológicos de este periodo, el adolescente probablemente se volverá más introspectivo analítico. Tal preocupación por el pensamiento en sí mismo es característica de las operaciones formales (Mussen 1985).

Razonar es para el joven una necesidad y un placer, razona, o discute acerca de todo, acerca de los temas más irreales y más alejados de su experiencia.

La intelectualización puede ser empleada como defensa psicológica por algunos adolescentes para tratar algunas ansiedades perturbadoras que pueden ser el muy doloroso resultado de enfrentar directamente. La intelectualización es poner en forma abstracta, impersonal, filosófica, cuestiones que constituyen realmente un motivo de preocupación inmediata, personal (Mussen 1985).

Se ha hablado sobre diferentes cambios por los que atraviesa el adolescente, pero también queda otro acontecimiento que tiene mucha importancia, que además se podría considerar el más impresionante o desafiante sentimiento de identificación, la sexualidad ya que hay un aumento de hormonas, de la pulsión sexual y de fantasías e impulsos frecuentemente imprevisibles.

El comienzo de la menstruación puede ser causa de preocupaciones para la muchacha, la erección incontrolada y la eyaculación inicial pueden sorprender y preocupar a algunos varones púberes. Aún cuando la estimulación genital, así como otras formas de estimulación corporal, es agradable para el niño, la erección y la estimulación genital comúnmente llevan consigo un mayor sentido de apremio sexual durante la pubertad. También pueden sentirse preocupados o molestos por una aparente incapacidad de controlar esta respuesta (Mussen 1985).

La eyaculación inicial del flujo seminal puede ser también motivo de preocupación. La primera eyaculación del chico adolescente probablemente ocurrirá al cabo de un año de iniciado el estirón

(alrededor de los 14 años, aunque puede ocurrir desde los 11 o demorarse hasta los 16). La primera eyaculación puede producirse a consecuencia de una masturbación o de una emisión nocturna (eyaculación de fluido seminal durante el sueño, acompañada a menudo de sueños eróticos). Un chico que previamente se ha masturbado, con sensaciones acompañantes agradables pero sin eyaculación, podrá pensar que la eyaculación del fluido seminal es nociva o indicativa de que algo anda fisiológicamente mal en él (Mussen 1985).

Algunas de las conductas sexuales que se manifiestan con mayor frecuencia entre los adolescentes son la masturbación, generalmente acompañada de fantasías sexuales y románticas, así como la atracción heterosexual y homosexual.

La masturbación es una práctica muy frecuente entre los jóvenes, pero provoca sentimientos de culpa, disgusto, preocupación, ya que en torno a ella se originan una serie de mitos y tabúes que lo hacen ver como algo sucio, pecaminoso y que les va a traer consecuencias terribles.

Giraldo 1981 (Grinberg 1978), menciona, desde un punto de vista psicosocial, que la doble moralidad juega un papel decisivo en el desarrollo de ciertas características heterosexuales en una cultura hispano-católica ya que la masculinidad, especialmente en el adolescente, se refuerza con las conquistas físicas sin compromiso afectivo; en cambio, la femineidad es reforzada por las conquistas amorosas sin

compromiso sexual (coito).

Otro aspecto importante en el período de la adolescencia es la identificación, que generalmente se ha utilizado para definir y representar el activo proceso donde se da la estructuración del yo por el cual éste metaboliza ciertos componentes internalizados, dando lugar a un matiz identificatorio (Grinberg 1978)

Cuando un individuo se reviste de las características o de los patrones conductuales de un modelo por mucho tiempo o en forma permanente, de suerte que incorpora aspectos del modelo en su propia personalidad, se le llama ordinariamente proceso de "identificación" (Grinberg 1978).

Para Erik Erikson el concepto nuclear de su teoría del desarrollo del yo, lo constituye la adquisición de una identidad del yo, la cual se cumple de diferentes maneras en una u otra cultura (Muuss, R.E. 1986).

El cumplimiento de esta tarea evolutiva contiene un elemento común a todas las culturas, y es la idea de que el niño con el fin de adquirir una identidad del yo fuerte y sana, ha de recibir un gran reconocimiento de sus rendimientos y logros. En cada uno de los ocho pasos evolutivos descritos por Erikson surge un conflicto con dos desenlaces posibles: si el conflicto se elabora de manera satisfactoria, la cualidad positiva se incorpora al yo, puede producirse un desarrollo ulterior saludable; pero si el conflicto persiste o se resuelve de modo

insatisfactorio, se perjudica el yo en desarrollo, porque se integrará en él la cualidad negativa.

IDENTIDAD VS DIFUSION DE LA IDENTIDAD

(pubertad y adolescencia).

El concepto de identidad se deriva principalmente de la teoría psicoanalítica, fue Freud el que lo utilizó por primera vez en un intento de explicar algunos de los fenómenos de las depresiones patológicas. Advirtió que los neuróticos depresivos, al lamentar la pérdida de un objeto amado, con frecuencia exhiben síntomas o actitudes características de alguna persona importante en su vida, de la cual ha estado separado o a la cual teme perder (Freud, S 1979). Más tarde Freud extendió la noción de identificación para referirse a los procesos normales de desarrollo mediante los cuales el preescolar se moldea así mismo según la imagen de sus padres especialmente y también de otras personas importantes en su vida, dando por supuesto que la identificación es esencialmente importante para el desarrollo de la conciencia, para la internalización de los valores paternos y para la adopción de una identidad de conductas sexuales masculinas o femeninas.

Freud nos dice que gracias a la identidad un yo se convierte en

otro, el primero se comporta en ciertos aspectos del mismo modo que el segundo, lo imita como si lo incorporara dentro de sí.

Erikson contempla a la adolescencia como una época donde las identidades parciales ya adquiridas han de encontrar combinación con nuevas identidades y con la elección de un patron para la conducta futura del rol.

El adolescente que se está desarrollando se preocupa ahora por su apariencia entre los otros y ante sí mismo. Está en busca de una identidad personal, de un sentido de sí mismo. Puesto que se encuentra a la mitad del camino entre la independencia personal y el continuar la dependencia de sus padres, emprende muchos actos de conducta emancipatoria, de éstos, el esfuerzo por establecer una identidad sexual lleva al muchacho a buscar refuerzos con hombres o con muchachos mayores que idealiza en exceso, la muchacha por su parte, encuentra fuentes similares para su femeneidad cada vez mayor.

Aunque la identidad proporciona un medio para influir constructivamente sobre el crecimiento de la personalidad, esto depende de la personalidad de aquellos con quien el niño tiene contacto, identificándose con aquellos aspectos parciales de las personas que a su vez los afectan de manera más inmediata, sea en la realidad o en la fantasía. Además, estos aspectos parciales no se ven favorecidos por su aceptación social, sino por la naturaleza de su imaginación infantil que sólo gradualmente da paso al juicio más realista, por lo que se podra

decir que, la identidad como mecanismo tiene una utilidad inmediata.

Así como puede adquirir características positivas por parte desuprogenitor, también aspectos socialmente indeseables (conductas adictivas, sociopatas, etc.) si éstas se le presentan asociadas a una fuerza o méritos especiales.

Tal vez podríamos considerar a la identificación, como el más importante mecanismo psicológico que contribuye al crecimiento de las funciones del superego. Así, un hijo puede identificarse con su padre, moldear su personalidad de acuerdo con la del progenitor, siguiendo sus pautas de conducta y de intereses; compartiendo su forma de ser. La motivación de la identificación es satisfacer deseos, ya que el niño admira o aspira a la fuerza y las cualidades que ve en sus mayores y en las personas significativas para él con quienes se asocia, e intenta obtener para sí esas pautas de conducta, adquiriendo las maneras de comportarse de los otros porque se adaptan a necesidades específicas de la personalidad. Este mecanismo no implica una deliberación consciente, ni una simple imitación.

En la medida que el individuo llega a la etapa de la adolescencia, comienza la identificación con sus compañeros, ya que necesita de modelos consistentes a quien imitar. Pero como es una persona vulnerable, cualquier situación que sobrepase su límite de exigencias le podría producir un quiebre. Por ello, es importante el refuerzo, la comprensión y el apoyo de su medio escolar.

El joven normalmente se preocupa de su imagen frente al grupo de iguales y si esta imagen que el proyecta es ridiculizada por algún adulto, de este ámbito escolar, o de cualquier otro que sea significativo para él, le provocará un quiebre emocional, desvalorizándose o adoptando mecanismos de defensa tales como la agresión sutil o directa (burla), entre otras conductas.

A través de su grupo de iguales, el adolescente ensaya sus conductas, siendo muy importante el rechazo o la aceptación de éstas para la reafirmación de su personalidad. Teme al rechazo y al ridículo lo que en muchas ocasiones lo llevan a retraerse; se torna tímido o por el contrario burlón y agresivo.

El rechazo y la falta de sumisión puede conducir al adolescente hacia dos direcciones: En la primera, el individuo acepta las normas pasivamente y se somete a ellas, adquiriendo así' una personalidad sumisa. En la segunda, el individuo se rebela convirtiéndose en agente de cambio sociocultural.

La imagen que tiene el adolescente de si mismo, es débil e inestable, generalmente es fácil influir sobre ellos, apareciendo el riesgo del manejo negativo por grupos de conducta inestable. Se siente constantemente exigido y criticado por el adulto, lo que lo lleva a identificarse más intensamente con su grupo de iguales, el que generalmente, lo somete a pocas exigencias y le brinda lo que él necesita: comparten y comprometen sus sentimientos.

Los amigos íntimos pueden contribuir a menudo al desarrollo de un adolescente como no lo hace el grupo grande de iguales. En el mejor de los casos, las amistades entre adolescentes pueden servir como terapia al permitir una expresión más libre de sentimientos reprimidos de cólera o de ansiedad, y al proporcionar testimonios de que otros tienen muchas de las mismas dudas, esperanzas, miedos y sentimientos fuertes, aparentemente peligrosos (Mussen 1985).

Los coetaneos pueden ayudar a definir su propia identificación, como a sentir confianza en la misma y orgullo por ella.

La búsqueda de la identificación es una parte de la experiencia en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando la identificación desempeña un papel muy importante en el desarrollo. La interrogante "¿quien soy yo?", se convierte en una pregunta punzante ante el cambio tan rápido. La lucha por encontrarse a sí mismo, puede revestir una gran variedad de formas, la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual, logros especiales, o la identificación con otros. Por lo tanto, la rebelión en contra del grupo establecido, al igual que la conformidad, pueden ser una señal de la búsqueda de la identidad.

La identificación la podemos ver, como el resultado de una serie de identificaciones parciales que se dan a lo largo del desarrollo del individuo, la personalidad total integrada a partir de estas

identificaciones en el joven y en el adolescente.

En la búsqueda de su propia identificación, el adolescente manifiesta actitudes de rebeldía hacia las normas sociales que le son propuestas por los adultos. Una de las formas de manifestar la carencia de esta identificación ensayando caracterizaciones. Adopta primeramente una forma de hablar y luego otra, cambia constantemente su forma de actuar, de vestirse de peinarse, sus relaciones sociales también cambian, casi siempre esta manera y estilos van a estar determinados por el grupo de identificación.

También tiende a crear ídolos y héroes, a los cuales imita, ya que constantemente busca adquirir su propia personalidad e identificación.

En el acercamiento del adolescente a un status adulto pasa por una crisis e identificación propia que incluye una confusión en el aspecto sexual.

La formación de la identificación, por norma, posee un aspecto negativo que, a lo largo de la vida, puede permanecer como un aspecto rebelde a la identificación total.

La identificación negativa, es la suma de todas aquellas identificaciones que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables, o mediante los cuales se hace sentir como

diferente a individuos atípicos o a ciertas minorías específicas.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas de acuerdo con lo que conocemos de él. En nuestro medio cultural, nos muestra períodos de nobleza, de ensimismamiento, alternado con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía, que se suceden o son concomitantes con conflictos afectivos, crisis religiosas en las que se puede oscilar del ateísmo anárquico al misticismo fervoroso, intelectualizaciones y postulaciones filosóficas, ascetismo, conductas sexuales dirigidas hacia el heteroerotismo y hasta la homosexualidad ocasional. Todo esto es lo que Knobel ha llamado "síndrome normal de la adolescencia" (Aberastury 1971 y Knobel, 1985).

Otros autores afirman que los desórdenes importantes son parte integrante del desarrollo adolescente normal. Los adolescentes tienen algunas conductas que serían considerados psicopatológicos si ocurrieran en un adulto. Las implicaciones de ésta visión, que todavía encuentra mucho apoyo en algunos ambientes, son: a) todos los adolescentes son algo locos o al menos neuróticos; b) durante los años de la adolescencia es difícil, si no imposible, diferenciar el desarrollo normal del anormal, y c) la mayor parte de los casos de conducta adolescente en apariencia descarriada, son desórdenes normales y pasajeros que desaparecerán con el tiempo.

Hay muchas pruebas de que los adolescentes que muestran síntomas evidentes de desórdenes de conducta, muy pocas veces lo superan; mejor

dicho, ante la ausencia de un tratamiento exitoso, los jóvenes arrastran a la adultez estos síntomas, que poco a poco los van incapacitando.

Ante todos estos problemas con los que el adolescente se tropieza, surgió la necesidad en especialistas dedicados a la salud mental, de investigar la diferencia que existe entre los adolescentes que han vivido y experimentado de una manera más adecuada y sin muchos conflictos, toda su vida anterior y su relación con su manera de sentir, de ser y de comportarse cuando llegan al período adolescente; asimismo para aquellos que la han atravesado con mas problemas y conflictos (Kaplan y Sadock 1975). Por otro lado Peter Blos nos aporta que todo adolescente pasa por diferentes periodos; cada uno tiene sus propias cualidades, que deberán revisarse con cautela, ya que nos proporcionan datos interesantes para ayudarnos a entender y diferenciar entre una conducta que es normal en el periodo adolescente, ya que podría haber confusión y tacharla de patológica. El conocimiento de todo esto nos ayudara a llevar un tratamiento y un trato adecuado hacia los adolescentes. A continuación se revisaran las dos aportaciones.

La Adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto. Durante todo este lapso, el individuo está creciendo continuamente, pero este crecimiento no es igual en todos los seres humanos, ya que se habla de tres patrones normativos de crecimiento (Kaplan y Sadock 1975) crecimiento continuo, crecimiento agitado y crecimiento tumultuoso, reconociendo que sirven sólo como modelo para la comprensión de las complejidades del desarrollo normal de los

adolescentes normales. Ningún factor del desarrollo psicosocial de los adolescentes es responsable del producto final: el ADOLESCENTE. Más bien, la compleja interacción de las prácticas de crianza, la dotación genética, los factores experienciales, el entorno sociocultural y los mecanismos defensivos que ha utilizado el adolescente constituyen el patrón de crecimiento específico. Conjuntamente, los tres patrones prometen un medio de conceptualizar la psicología del desarrollo normal de la adolescencia en un grupo específico de adolescentes normales. A continuación se describirán con detalle estos tres periodos de crecimiento y su desarrollo psicológico en relación con la familia (contexto y relaciones); las relaciones interpersonales, las emociones (el mundo interior), los mecanismos defensivos y la valoración clínica global (Kaplan y Sadock 1975).

a) Crecimiento continuo.- Los adolescentes descritos en el grupo de crecimiento continuo son los menos frecuentes, progresan durante la adolescencia con una unidad de propósito y una seguridad en sí mismo de su progreso hacia una vida adulta significativa y plena. Están favorecidos por las circunstancias, y dominan las fases de desarrollo sin serias complicaciones. Su dotación genética y ambiental es excelente.

Sus vidas familiares no incluyen sucesos extremadamente estresantes o conflictivos.

Actúan de acuerdo con su conciencia, manifestando pocas muestras de problemas de superyó y desarrollando significativos ideales de yo, a

menudo identificándose con personas que conocen y admiran a la familia o de la comunidad escolar.

Los miembros de este grupo comparten muchas de las cualidades que surgen cuando la salud mental es considerada en un sentido ideal. Estos adolescentes no ilustran todas estas cualidades, y habitualmente tienen dificultades en alguna área.

Lo más distintivo es su satisfacción general consigo mismo y con su lugar en la vida. Son seres humanos relativamente felices.

b) Crecimiento agitado, este grupo aunque funciona adaptativamente tan bien como el primer grupo, se caracteriza por diferencias lo suficiente importantes de estructura del yo, contexto y ambiente familiar como para constituir un subgrupo diferente (aunque normal).

Para estos adolescentes las relaciones con los padres están marcadas por conflictos de opiniones y valores. Estos adolescentes no son tan confiados como los del grupo de crecimiento continuo; su autoestima oscila. Se basan en el esfuerzo positivo de las opiniones de las personas que tienen importancia para ellos. Cuando no llega este refuerzo, se desalientan de sí mismos y de sus capacidades. Como grupo, son capaces de formar significativas relaciones interpersonales similares a las del grupo continuo, pero las relaciones se mantienen con un mayor esfuerzo.

Un ciclo de progresión y regresión es más típico en este grupo. Las defensas utilizadas, la cólera y la proyección son diferentes a las utilizadas por el primer grupo.

Aunque los adolescentes pertenecientes a esta categoría son capaces de enfrentarse con éxito a su ambiente esperable medio, el desarrollo de su yo no es adecuado para hacer frente a fuentes de ansiedad no anticipadas.

Este grupo es menos introspectivo que el primero y el tercero. La adaptación se consigue con menos autoexamen y un impulso o tendencia hacia el desarrollo del carácter más controlado; la supresión de la emocionalidad es característica de estos adolescentes.

c) Crecimiento tumultuoso. Aquí encontramos a los estudiantes que atraviesan la adolescencia con considerable agitación interior, que se manifiesta en problemas conductuales manifiestos en la escuela y en el hogar. Proceden de contextos menos estables que los adolescentes de los otros dos grupos. Algunos de los padres de este grupo tienen conflictos matrimoniales manifiestos, otros tienen una historia de enfermedad psiquiátrica en la familia. Por ello la dotación genética, la circunstancia ambiental de los adolescentes del grupo de crecimiento tumultuoso son decididamente diferentes de los otros. Sin embargo, pueden tener un ambiente y un medio familiar normales.

Estos adolescentes empiezan las actividades de cortejo a una edad

anterior, que los otros adolescentes. Para estos niños que se encuentran en la primera adolescencia, una relación con una mujer es una relación de dependencia, siendo la joven un sustituto de la figura materna. En la adolescencia tardía, en algunos de ellos cobran significado las relaciones heterosexuales, de esta forma son capaces de apreciar las características personales de sus amigas.

Estos adolescentes necesitan y utilizan más energía que la habitual para hacer frente a los problemas cotidianos que los demás adolescentes. Si algo va relativamente bien, se sienten bien. Cuando surge una decepción inesperada, tienen problemas para encajarla. Les lleva más tiempo y utilizan más energía psíquica que los otros dos grupos para hacer frente a la decepción (Kaplan y Sadock 1975).

Peter Blos (1971), menciona que el adolescente puede atravesar con gran rapidez las diferentes fases o puede elaborar una de ellas en variaciones interminables; pero de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas esenciales de las diferentes fases, las cuales son: latencia, preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y postadolescencia.

Periodo de latencia.- Latencia que significa que estos años están desprovistos de impulsos sexuales- es decir, que la sexualidad es latente-ha sido corregido por la evidencia clínica de los sentimientos sexuales expresados en la masturbación, en actividades voyeuristas, en el exhibicionismo, y en actividades sadomasoquistas que no dejan de existir

durante el periodo de latencia.

Los logros, en esta etapa, son una precondition esencial para avanzar hacia la adolescencia; algunos de estos son: desarrollo de la inteligencia, que permita la diferenciación del pensamiento primario y secundario a través del juicio, la generalización y la lógica; estabilidad en la comprensión social, la empatía, sentimientos de altruismo; y una estructura física que permita independencia y control del ambiente. Esta fase se diferencia de las otras etapas, ya que aquí el aspecto sexual es menos importante, dejando lugar al aspecto intelectual.

Fase de la Preadolescencia.- Hay un aumento cuantitativo de la presión instintiva que conduce a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño durante los años tempranos de su vida. No se puede distinguir un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva nueva. Cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual- incluso aquellos pensamientos, fantasías y actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias.

La gratificación instintiva directa habitualmente se enfrenta a un superyo reprobatorio. En este conflicto el yo recurre a soluciones bien conocidas: defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Esto le permite al niño desarrollar habilidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de juego y además el dedicarse a muchas actividades sobrecompensatorias en conductas

compulsivas y en pensamientos obsesivos para aliviar su angustia. Tambien se da la socialización de la culpa, que es el descargar su culpa en el grupo o más específicamente en el líder como instigador de actos no permitidos.

También se da una negación muy clara hacia la feminidad. Pero como veremos en la siguiente etapa el adolescente tratará de elaborar estas conductas, para ir al desarrollo de la tendencia heterosexual, pero que no se da hasta la consolidación de la adolescencia.

Adolescencia Temprana.- La maduración puberal normalmente saca al muchacho de su preadolescencia autosuficiente y defensiva y de la catexis pregenital; la muchacha es igualmente forzada hacia el desarrollo de su feminidad. Antes de que ella pueda dar este paso es necesario que abandone su recién adquirida identidad preadolescente. Se inicia el proceso de separación de las ligas objetales tempranas.

La declinación de la tendencia bisexual marca la entrada en la adolescencia, donde resurge la amistad hacia personas de su mismo sexo con una mezcla de idealización y erotismo. Un distanciamiento entre lo que es y lo que desea ser le provoca un sentimiento de vacío. La madurez sexual afecta la adaptación emocional del adolescente. Como podemos observar cada vez se busca una consolidación de la heterosexualidad y una separación de los objetos tempranos de amor. Buscando en los otros identificación, para lograr su propia identidad.

La Adolescencia Propiamente dicha.- El adolescente gradualmente cambia hacia el amor heterosexual. La gratificación se busca ahora en un objeto en lugar de en uno mismo. Hay una renuncia por los objetos tempranos de amor.

El yo desarrolla la capacidad de asegurar sobre la base de una ejecución realista, esa cantidad de abastecimiento narcisista que es esencial para el mantenimiento de la autoestima. También hay un alejamiento del superyo.

Adolescencia Tardía.- Esta es la fase de la consolidación; el sujeto se encuentra estable y altamente idiosincrático en sus funciones e intereses; con una posición sexual irreversible.

La consolidación de la personalidad, al fin de la adolescencia, trae mayor estabilidad y nivelación al sentimiento y la vida activa del joven adulto. Se efectúa una solidificación de carácter; es decir, una cierta constancia prevalece en las formas que escoge el yo para resolver sus tareas. La mayor estabilidad de pensamiento y acción se obtiene a cambio de la sensibilidad introspectiva tan característica del adolescente; el florecimiento de la imaginación creativa se opaca durante la adolescencia tardía.

En esta etapa, no se ha llevado a cabo la resolución total de los conflictos infantiles. La organización genital será lograda pero será debilitada respecto a esas posiciones de la libido que han seguido tan

lejos pero han permanecido fijadas a objetos y direcciones pregenitales.

La Fase de Postadolescencia.- La transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada por una fase intermedia, la postadolescencia. Se le llama un adulto joven.

Aun después de que los conflictos de bisexualidad (principio de la adolescencia) y del desembarazo de tempranas ligas de objeto (propias de la adolescencia) han encontrado bases estables, y después de que las tareas selectivas de la vida han adquirido forma, definición y articulación a través de la consolidación de roles sociales e identificaciones irreversibles (adolescencia tardía); aún después de que estas fases de desarrollo son atravesadas con éxito, todavía le falta armonía a la realización total. La integración va de la mano con la actividad del rol social, con el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad. La apariencia del rol manifiesto del joven adulto -teniendo un empleo, estudiando, estando casado, teniendo un hijo, etc. fácilmente empaña el estado incompleto de la formación de la personalidad, pero poco a poco se tiene que llegar a una integración total, hasta que eventualmente se estabilize un patron de personalidad (Peter Blos, 1971).

Asimismo Peter Blos nos dice que el pasaje a través del periodo adolescente es un tanto desordenado y nunca es una línea recta. Es decir, la obtención de las metas en la vida mental que caracterizan las diferentes fases de este periodo son a menudo contradictorias en su

dirección y son cualitativamente heterogéneas; esto es, esta progresión, disgresión se alternan en evidencia, ya que en forma transitoria comprenden metas antagónicas. Se encuentran mecanismos adaptativos y defensivos entretnejidos, y la duración de cada una de las fases no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica.

Esta extraordinaria elasticidad del movimiento psicológico, que subraya la diversidad tan espectacular del periodo adolescente no puede dejar de enfatizarse; sin embargo, permanece el hecho de que existe una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico y que puede describirse en términos de fases más o menos distintas (Peter Blos 1971).

Castro Sariñana (1989), ha enfatizado el sentido adaptativo de los adictos como un medio de mantener la homeostasis, en el que se pone de manifiesto la alteración de las funciones yoicas para la disminución de la ansiedad y el manejo de la realidad. Por lo que se habla de una "organización farmacodependiente del yo". Estos hechos indican que en la aproximación terapéutica, uno de los principales abordajes debería de ser el promover el desarrollo de las funciones yoicas, particularmente de la prueba de realidad, regulación, control de impulsos y afectos, la barrera de estímulos y el área de dominio competencia, como una alternativa para el consumo de las drogas, antes de promover la abstinencia o la disminución de la ingesta.

También nos señala el doble sentido de la adicción. Se es adicto

a la droga, pero también al impulso de ingerirla como una búsqueda de la propia estima que consigue la capacidad de soportar las pulsiones del ello y la aparente tolerancia a la frustración. Debido a que el control yoico es aparente y producto del efecto de las sustancias tóxicas, se establece un círculo vicioso difícil de romper. El adolescente desea disminuir su consumo, quiere que se le ayude, esto está comprobado en investigaciones epidemiológicas a gran escala y a nivel nacional, de tal manera que no es la motivación de dejar la droga lo que le impide el éxito terapéutico sino la falla en su intento de manejar las frustraciones debido a la sensación de vacío tan frecuentemente reportados por pacientes fronterizos que frente a la ausencia de un mundo interno, recurren a manejos aloplásticos (en este caso la ingesta de droga).

Hasta aquí se presentaron los aspectos más importantes y sobresalientes, sobre el problema de investigación de esta tesis. La razón por la cual se tomó a la población de adolescentes, es porque, en éste periodo es donde más se presenta la farmacodependencia, y es precisamente porque la persona vive estos años con cambios, en los aspectos psíquicos, orgánicos, sexuales, educativos, de relaciones interpersonales y de personalidad, que en muchas ocasiones las vive con mucha angustia y dolor, el adolescente intenta evadir la realidad, y aminorar el dolor, a través de las drogas y el alcohol. Es por esto que la sociedad debe tomar conciencia del problema que enfrentan nuestros jóvenes y unirnos para prevenir y tratar adecuadamente la farmacodependencia.

CAPITULO V

METODOLOGIA

METODOLOGIA

PROBLEMA

¿ Qué diferencias hay en la actitud hacia la farmacodependencia entre dos grupos de adolescentes, uno no farmacodependientes y el otro de exfarmacodependientes ?.

HIPOTESIS ALTERNA H_1

Existen diferencias significativas en cuanto a la actitud hacia la farmacodependencia entre los dos grupos de adolescentes, donde uno de ellos es exfarmacodependiente y el otro grupo es no farmacodependiente.

HIPOTESIS NULA H_0

No existen diferencias significativas en la actitud hacia la farmacodependencia entre los dos grupos de adolescentes, uno de exfarmacodependientes y el otro grupo de no farmacodependiente.

HIPOTESIS DE TRABAJO

SI existen diferencias significativas en la actitud hacia la farmacodependencia, entre los dos grupos de adolescentes, uno de exfarmacodependientes y el otro grupo no farmacodependiente.

MUESTREO

Forma de muestreo, no probabilístico intencional, ya que la población no fué tomada al azar. Se caracteriza por el criterio de un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra.

Siendo una muestra determinada.

Para la investigación se trabajó con dos grupos de sujetos, los cuales comparten algunas similitudes, como son el sexo, la edad y la clase social.

Grupo 1. 30 adolescentes.

Edad de 14 a 23 años.

Exconsumidores de droga.

Que participen en drogadictos anónimos.

De clase social media baja y baja.

Grupo 2. 31 adolescentes.

Con una edad de 15 a 22 años.

No consumidores actualmente de drogas, ni
exconsumidores.

Nivel socioeconómico medio bajo y bajo.

INSTRUMENTO

El instrumento es un cuestionario que consta de dos partes, en la primera se investigan datos sociodemográficos, como son el sexo, edad, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico. También se intenta valorar si el individuo ha consumido o no cualquier tipo de droga, con que frecuencia y que actividades realizaba.

La segunda parte es una encuesta estructurada de acuerdo a los lineamientos de una escala tipo Likert, realizada por el área de investigación del Centro de Integración Juvenil, cuyo objetivo es,

valorar la actitud hacia la farmacodependencia para su prevención y ampliar los datos que se tienen sobre este problema.

El análisis de confiabilidad para cada ítem, llevó a rechazar 46 de 98 ítems, por lo que la escala quedó reducida a 52 ítems. El cálculo de la confiabilidad, se llevó a cabo por el método de división por mitades, para el cual se utilizó el modelo de Spearman-Brown, dando un resultado de .8522 el cual es mayor al .75 y por lo tanto se puede tener confiabilidad en el instrumento.

La encuesta contiene un total de 52 ítems, los cuales miden las siguientes dimensiones: prevención, participación comunitaria, salud, tratamiento, narcotráfico, educación para la salud, rehabilitación, farmacodependencia, farmacodependiente y consumo. En cada uno de estos 52 ítems el individuo tendrá que tachar solo una de las cinco alternativas posibles, las cuales son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, mas o menos de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. A los ítems positivos se les asigno los puntajes de la siguiente manera.

Totalmente de acuerdo (5).

De acuerdo (4).

Mas o menos de acuerdo (3).

En desacuerdo (2).

Totalmente en desacuerdo (1).

(Proyecto de opinion pública y farmacodependencia, 1990).

ESCENARIO

Con el grupo de exfarmacodependientes se trabajó en el lugar donde se reúnen para hablar sobre sus experiencias, que es un salón donde caben aproximadamente 50 personas sentadas en butacas individuales. En la parte de enfrente se encuentra un podium, donde se ubica la persona que quiere dar testimonio sobre alguna situación personal.

El otro grupo contestó los cuestionarios en sus casas o en una cafetería, siempre buscándose un ambiente agradable, sin muchos distractores y con el apoyo de la encuestadora para dar instrucciones y resolver dudas.

DEFINICION DE TERMINOS.

FARMACODEPENDENCIA (Organización Mundial de la Salud) Es el estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco continua o periódicamente; con el fin de experimentar sus efectos psíquicos, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

ACTITUD (Thurstone,1928): Grado de afecto positivo o negativo asociado con un objeto psicológico.

NO FARMACODEPENDIENTES. Son aquellos individuos que no han consumido ningún tipo de droga.

EXFARMACODEPENDIENTES. Son aquellos individuos que consumían una o varias drogas.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable Independiente: Exfarmacodependencia y no farmacodependencia.

Variable Dependiente: Actitud hacia la farmacodependencia.

DISEÑO DE INVESTIGACION.

Siendo un diseño ex post facto de comparación de dos grupos, pues la variable independiente (farmacodependencia) es un fenómeno ya dado.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir en la investigación fue el siguiente: los sujetos utilizados en la muestra fueron dos grupos diferentes. En primer lugar hablaremos del grupo no farmacodependiente, la aplicación de los cuestionarios se realizó en sus propias casas y en un cafetería, donde el ambiente fue agradable y adecuado para el trabajo. Se trató de lograr su confianza, pidiéndoles de manera cortés la contestación del cuestionario que será anónimo para una investigación al problema de la farmacodependencia. Una vez aceptada la petición, las instrucciones que se les dio fueron: conteste todas las preguntas siguiendo el orden, no deje preguntas sin contestar. Estas preguntas son datos personales que servirán para ubicar su edad, escolaridad, ocupación, etc y son de importancia para el investigador. En la segunda parte del cuestionario se les explicó, que cada pregunta tiene cinco opciones, de los cuales tendrá que tachar solo una, de acuerdo a la opción que se acerque más a lo que usted piensa. Las cinco opciones posibles son: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, mas o menos de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Se les dió un ejemplo y se les aclaró que cualquier duda que tuvieran. la hicieran saber, y con gusto se les aclararía.

Se llevó a cabo otra aplicación, en Drogadictos Anónimos, donde se entrevistó a los dirigentes del centro, se les explicó la necesidad de la aplicación de los cuestionarios, y fue aceptada la petición. También hubo una larga charla sobre dicha institución y se intercambiaron ideas.

Posteriormente los dirigentes reunieron a todos los jóvenes con las características requeridas para la investigación; se les explicó el objetivo y las necesidades de su cooperación, dejando que ellos decidieran si contestar o no (no hubo ninguna persona que se negara a cooperar). Las instrucciones que se dieron para contestar los cuestionarios, fueron las mismas que se les dio a los del grupo no farmacodependiente.

La aplicación de dichos cuestionarios se realizó en un salón que utilizan para hablar sobre sus vivencias, los adolescentes se sentaron en las butacas y contestaron el cuestionario.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se llevó a cabo el Análisis de varianza, para probar la existencia de una diferencia significativa entre un número observado de objetos o respuestas de cada categoría y un número esperado, basado en la hipótesis de nulidad, esto es, se utilizó el análisis de varianza para obtener las diferencias entre las dos medias muestrales, tomando un nivel de medición de 0.05

CAPITULO V I

RESULTADOS

RESULTADOS

Para obtener los resultados de la presente investigación se utilizó el paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Hull, 1980). Dentro de este paquete se hizo uso de diferentes programas: el primero de ellos fue el de frecuencias, utilizado con la finalidad de elaborar un análisis descriptivo de la muestra a través de frecuencias absolutas y frecuencias relativas, así como un análisis de varianza, con la finalidad de observar las diferencias entre las medias muestrales, esto es, ver si existen diferencias significativas, en cada una de las dimensiones evaluadas comparándolas en los dos grupos, por un lado el grupo no farmacodependiente y por el otro el grupo exfarmacodependiente. El análisis registró un total de 61 sujetos, de los cuales 17 son hombres no farmacodependientes, 23 hombres exfarmacodependientes, 12 son mujeres no farmacodependientes, 7 son mujeres exfarmacodependientes y 2 adolescentes no farmacodependientes no respondieron a esta pregunta.

A continuación se presentarán los porcentajes obtenidos en cuanto al sexo, edad, escolaridad y ocupación de los 61 adolescentes que fueron encuestados, donde 31 son no farmacodependientes y 30 exfarmacodependientes de clase social media baja y baja.

CUADRO No.1

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS ADOLESCENTES

SEXO

	NO FARMACOD.	EXFARMACOD.	NO RESPUESTA
FEMENINO	38.70%	23.33%	6.45%
MASCULINO	54.83%	76.66%	
TOTAL	93.53%	99.99%	6.45%

EDAD

14		3%
15	9.67%	6%
16	25.80%	10%
17	16.12%	10%
18	22.58%	20%
19	9.67%	16%

	NO FARMACOD.	EXFARMACOD.	NO RESPUESTA
20	3.22%	3%	
21	9.67%	10%	
22	3.22%	13%	
23		6%	
TOTAL	99.95%	97%	

ESCOLARIDAD

PRIMARIA	12%	43%	
SECUNDARIA	58%	33%	
BACHILLERATO	25.80%	13%	
PROFESIONAL	3%	10%	
TOTAL	98.80%	99%	

OCUPACION

ESTUDIANTES	41%	26%	3.22%
EMPLEADOS	45%	16%	
HOGAR	9.67%	6%	
ESTAN EN TERAPIA		50%	
TOTAL	95.67%	98%	3.22%

Los resultados obtenidos del análisis de varianza en cada una de las dimensiones evaluadas, fueron las siguientes:

CUADRO No.2

RESULTADOS DE LA ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

DIMENSION	F	q1	ns	\bar{x}
ACTITUD HACIA				
EDUCACION	.991	1/57	.324	4.26 no farmacod. 4.48 exfarmacod.
TRATAMIENTO	.998	1/57	.322	3.33 no farmacod. 3.46 exfarmacod.
NARCOTRAFICO	.129	1/57	.720	3.90 no farmacod. 4.00 exfarmacod.
FARMACODEPENDENCIA	3.763	1/57	.058	4.10 no farmacod. 4.45 exfarmacod.
FARMACODEPENDIENTE	.001	1/57	.981	4.27 no farmacod. 4.34 exfarmacod.
CONSUMO	.070	1/57	.793	4.38 no farmacod. 4.39 exfarmacod

	F	gl	ns	\bar{x}
REHABILITACION	1.953	1/57	.168	3.75 no farmacod. 4.03 exfarmacod.
PREVENCION	.525	1/57	.472	3.64 no farmacod. 3.75 exfarmacod.
PARTICIPACION COMUNITARIA	.473	1/57	.494	3.90 no farmacod. 3.80 exfarmacod.
SALUD	.959	1/57	.332	4.04 no farmacod. 4.25 exfarmacod.

Los resultados que obtuvimos al combinar todas las dimensiones, que anteriormente se presentaron y que son los que responden al problema de nuestra investigación, fueron los siguientes.

	F	gl	ns	\bar{x}
ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA	2.426	1/57	.125	3.92 no farmacod. 4.09 exfarmacod.

A continuación se interpretarán los resultados del cuadro que anteriormente se les presentó.

De acuerdo a los resultados que obtuvimos en relación a nuestra hipótesis de investigación, podemos decir que no hay diferencias

estadísticamente significativas en la actitud hacia la farmacodependencia por parte de los adolescentes no farmacodependientes en comparación con los adolescentes exfarmacodependientes, y por lo tanto se acepta la hipótesis nula, ya que se obtuvo una $F = 2.426$, y un nivel de significancia de .125 y en relación a las medias, se puede concluir que los adolescentes exfarmacodependientes tienen una actitud más positiva hacia la farmacodependencia ($\bar{X} = 4.09$), que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 3.92$).

En cuanto a la actitud hacia la educación que tuvieron, por un lado los adolescentes no farmacodependientes y por el otro los adolescentes exfarmacodependientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que se obtuvo una $F = .991$, y un nivel de significancia de .324, por lo tanto se acepta la hipótesis nula. Analizando las medias de las dos poblaciones podemos decir que los exfarmacodependientes tienen una actitud mas positiva hacia la educación de la farmacodependencia ($\bar{X} = 4.48$) que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 4.26$).

En cuanto a la actitud hacia el tratamiento que tuvieron los dos grupos de adolescentes, se obtuvo una $F = .998$, y un nivel de significancia de .322, por lo tanto no hay diferencias estadísticamente significativas y se acepta la hipótesis nula. Sin embargo, en el grupo exfarmacodependiente se encontró una actitud más positiva hacia el tratamiento de los farmacodependientes ($\bar{X} = 3.46$) que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 3.33$).

En cuanto a la actitud hacia el narcotráfico en los dos grupos de adolescentes estudiados, se observó una $F = .129$, y un nivel de significancia de $.720$, por lo cual no hay diferencias estadísticamente significativas, aceptándose la hipótesis nula. Los adolescentes exfarmacodependientes tuvieron una actitud mas positiva hacia el narcotráfico, ya que se obtuvo una media de ($\bar{X} = 4.00$), en comparación con los adolescentes no farmacodependientes, que fue de ($\bar{X} = 3.90$).

En cuanto a la actitud hacia la farmacodependencia que tuvieron los adolescentes no farmacodependientes y los exfarmacodependientes, se obtuvo una $F = 3.763$, y un nivel de significancia de $.058$, por lo tanto, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, y analizando las medias de estas dos poblaciones, podemos decir que los adolescentes exfarmacodependientes tienen una actitud mas positiva hacia la farmacodependencia, ($\bar{X} = 4.45$) que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 4.10$).

En la dimensión que mide la actitud hacia el farmacodependiente, por parte de los dos grupos de adolescentes encuestados, uno de no farmacodependientes y el otro de exfarmacodependientes se encontró una $F = .001$, y un nivel de significancia de $.981$, lo cual nos dice que no hay diferencias estadísticamente significativas, por lo que se acepta la hipótesis nula, y al evaluar sus medias, podemos decir que los adolescentes exfarmacodependientes tienen una actitud más positiva, ($\bar{X} = 4.34$), que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 4.27$), siendo mínima la diferencia.

Con respecto a la dimensión que mide actitud hacia el consumo de los dos grupos encuestados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que se obtuvo una $F = .070$, y un nivel de significancia de $.793$, por lo que se acepta la hipótesis nula. Y al observar sus medias se observó que los adolescentes exfarmacodependientes tienen una actitud más positiva hacia el consumo de las drogas ($\bar{X} = 4.39$), que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 4.38$), siendo muy poca la diferencia.

Con respecto a la actitud hacia la rehabilitación en la farmacodependencia, se obtuvo una $F = 1.953$, y un nivel de significancia de $.069$, por lo tanto no hay diferencias significativas, y se acepta la hipótesis nula. En cuanto a las medias se observó que los adolescentes exfarmacodependientes tienen una actitud más positiva hacia la rehabilitación ($\bar{X} = 4.03$), que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 3.75$).

En cuanto a la dimensión que mide la actitud hacia la prevención en la farmacodependencia, en los dos grupos de adolescentes encuestados, se obtuvo una $F = .525$, y un nivel de significancia de $.472$, por lo que no hay diferencias estadísticamente significativas, y por lo tanto se acepta la hipótesis nula. Al observar sus medias, podemos decir que los adolescentes exfarmacodependiente tienen una actitud más positiva hacia la prevención en la farmacodependencia ($\bar{X} = 3.75$), que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 3.64$).

En relación a la dimensión que mide la actitud hacia la participación comunitaria, en los adolescentes no farmacodependientes en comparación con los adolescentes exfarmacodependientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto se acepta la hipótesis nula, ya que se obtuvo una $F = .473$, y un nivel de significancia de $.494$, y en cuanto a sus medias se puede concluir que los adolescentes no farmacodependientes tienen una actitud más positiva hacia la participación comunitaria ($\bar{X} = 3.90$) que los adolescentes exfarmacodependientes ($\bar{X} = 3.80$).

En cuanto a la dimensión que mide la actitud hacia la salud por parte de los dos grupos de adolescentes encuestados, se obtuvo una $F = .959$, y un nivel de significancia de $.332$, por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aceptándose la hipótesis nula. Y en cuanto a los resultados de sus medias, se puede concluir que los adolescentes exfarmacodependientes tienen una actitud más positiva ($\bar{X} = 4.25$), que los adolescentes no farmacodependientes ($\bar{X} = 4.04$).

CAPITULO VII

DISCUSSION

DISCUSION

Se realizó una revisión bibliográfica tanto en libros, revistas, artículos, con el objeto de encontrar trabajos recientes y similares al problema investigado; no encontrándose investigaciones que apoyen o estén en desacuerdo con el mismo, ya que aparentemente no se conocen publicaciones al respecto.

Algunas aportaciones encontradas en la revisión bibliográfica y que apoyan parcialmente los resultados obtenidos son los siguientes:

En relación a la dimensión que plantea la actitud hacia la prevención, no se encontraron diferencias por un lado de los adolescentes no farmacodependientes y por el otro de los adolescentes exfarmacodependientes. Estos datos coinciden con las investigaciones encontradas por Lafarga (1972) donde nos menciona que más de la mitad de los estudiantes universitarios se inclinaron a que los educadores previnieran el uso de las drogas con ayuda personal y programas personales. Asimismo Chao Zita (1976) encontró que más de la mitad de los estudiantes de 12 a 18 años estuvo de acuerdo con el hecho de que los maestros deben intervenir en la ayuda y orientación respecto a la farmacodependencia.

En lo que respecta a la dimensión de la actitud hacia el tratamiento que tienen los adolescentes no farmacodependientes en comparación con los adolescentes exfarmacodependientes, tampoco encontramos diferencias significativas. Y sobre esta dimensión encontramos las aportaciones de la investigación de Chao Zita (1976), donde hace mención que un poco menos de la mitad de los encuestados aceptó el hecho de que la farmacodependencia es un problema de tipo social que requiere la creación de centros especiales de ayuda, así también que más de la mitad estuvo de acuerdo con el hecho de que las autoridades públicas o legales deben intervenir en el problema. Al igual que Shohan (1974) nos dice que el grupo poliusuario de drogas, es el que se manifiesta más de acuerdo en que deben existir leyes más estrictas que castiguen a los farmacodependientes.

En la dimensión de la actitud que tienen, por un lado los adolescentes no farmacodependientes y por el otro los adolescentes exfarmacodependientes hacia la educación en la farmacodependencia, no encontramos diferencias significativas, y sobre este respecto Lafarga (1971), nos menciona que la tercera parte de los estudiantes Universitarios de una escuela privada de la Ciudad de México, opinó que únicamente podrían prevenir el abuso de las drogas cambiando radicalmente las estructuras familiares, sociales, educativas y laborales oprimentes. No opinando lo mismo los estudiantes de 12 a 18 años, ya que ellos no consideran que haya relación entre el uso de drogas y los problemas familiares.

En la dimensión de la actitud que tuvieron los adolescentes no farmacodependientes en comparación con los exfarmacodependientes hacia el narcotráfico, no se encontraron diferencias significativas. En las investigaciones sobre esta dimensión encontramos a Chao Zita (1976), quien nos dice que el grupo poliuso es el que se encuentra más de acuerdo en que se debe tener un absoluto control en todas las ventas de medicinas por prescripción médica. Y Lafarga (1972), dice que la gran mayoría del estudiantado universitario apoyó el uso de medidas disciplinarias contra los fomentadores y patrocinadores del uso de las drogas y no solo a personas ajenas a la Universidad, sino también a los estudiantes.

En relación a la actitud hacia la farmacodependencia, que tienen por un lado los adolescentes no farmacodependientes y por el otro los adolescentes exfarmacodependientes, si encontramos diferencias significativas, y esto concuerda con las investigaciones encontradas por Chao Zita (1976), donde nos señala que la mayoría de los usuarios de drogas opinan que todas las personas deberían probar aunque sea una vez las drogas y que existe una actitud definida de aceptación hacia el fenómeno de la farmacodependencia por parte de los consumidores, así como una actitud de indiferencia hacia el fenómeno por parte de los no consumidores. De igual manera Friedman (1974), menciona que la mayoría de los usuarios de drogas están de acuerdo que la marihuana es menos dañina que el alcohol, " así que no tienes que preocuparte si la usas", no opinando lo mismo una población de no consumidores de droga, ya que estos dicen que están conscientes de la peligrosidad y consecuencias que la droga acarrea.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud que tuvieron los adolescentes no farmacodependientes en comparación con los adolescentes exfarmacodependientes, hacia la farmacodependencia. Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se ACEPTA LA HIPOTESIS NULA.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud que tuvieron los adolescentes no farmacodopendientes en comparación con los adolescentes exfarmacodependientes, en cuanto a las dimensiones que miden educación, tratamiento, narcotráfico, farmacodependiente, consumo, rehabilitación, prevención, participación comunitaria y salud, en relación a cada una de estas dimensiones, se rechaza la hipótesis alterna y se ACEPTA LA HIPOTESIS NULA.

Si se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud que tuvieron los adolescentes no farmacodependientes en comparación con los adolescentes exfarmacodependientes, en cuanto a la dimensión que mide la actitud hacia la farmacodependencia, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNA.

Con base en los resultados obtenidos y en referencia a las hipótesis. Se puede concluir:

QUE TANTO LOS ADOLESCENTES NO FARMACODEPENDIENTES COMO LOS ADOLESCENTES EXFARMACODEPENDIENTES TIENEN LA MISMA ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA.

CAPITULO IX

LIMITACIONES
Y
SUGERENCIAS

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Como se puede observar, en todas las preguntas, la mayoría de la población respondió totalmente en desacuerdo, encontramos ambigüedad en las respuestas hacia una misma dimensión, por lo cual suponemos que:

- Los adolescentes no entendieron las preguntas por estar algunas de estas, escritas en forma negativa.
 - El observar tantas preguntas les pudo provocar molestia o cansancio y no se interesaron por leer y entender cada pregunta.
 - Hay algunas dimensiones que podrían fusionarse, ya que representan una misma idea o acción. Estas dimensiones homogéneas pudieron haberles provocado confusión.
 - Si la investigación habla de farmacodependencia, no creo conveniente incluir aspectos de narcotráfico; ya que es un problema distinto, con sus propias particularidades.
- Estas limitaciones se observaron cuando se analizaron los resultados, ya que anteriormente se desconocían estas restricciones.
- Faltó una revisión exhaustiva de referencias actualizadas.

Las SUGERENCIAS que se desprenden de este estudio son las siguientes:

- Las dimensiones deberían ser más concretas, fusionando en una sola las que estén estrechamente relacionadas, es decir, en lugar de tener 9 dimensiones, quedarían solo 4 de la siguiente forma:

farmacodependiente

farmacodependencia

consumo

FARMACODEPENDENCIA

prevención

participación comunitaria

PREVENCION

salud

educación para la salud

SALUD

tratamiento

rehabilitación

TRATAMIENTO

La razón de esta sugerencia surge porque el cuestionario se considera largo y posiblemente confuso para los adolescentes, por esta misma razón también se aconseja que el cuestionario sea mas corto y directo en sus preguntas.

- Se sugiere que se realicen mas investigaciones sobre la actitud hacia la farmacodependencia, que nos aporten más datos sobre la validez y confiabilidad en diferentes muestras , para poder llevar a cabo prevención y tratamiento adecuados.

- Se aconseja que se realicen estudios para conocer el por qué de las actitudes positivas o negativas hacia los farmacodependientes en todas las poblaciones.

- También se propone difundir las investigaciones sobre farmacodependencia, que se realizan en instituciones privadas y públicas a la población en general, para que tengamos la información adecuada y apoyemos conjuntamente en la prevención y tratamiento de este problema.

APENDICE

APENDICE

A continuación se le presenta un cuestionario, conteste todas preguntas, no deje preguntas sin responder. Se le agradece su colaboración.

Se le presentaran preguntas que usted tendrá que responder escribiendo la respuesta correcta, pero también habrá otras preguntas en las cuales se le pedirá que tache la opción que este más de acuerdo a lo que usted piensa, ejemplo:

Esta usted vivo: si no en ocasiones.

1. EDAD _____ 2. SEXO: MASCULINO FEMENINO
3. Ocupación de usted ? _____
4. Escolaridad de usted ? _____
5. A que dedica su tiempo libre ? _____
- _____
6. Ocupación del padre ? _____
7. Nivel de estudios del PADRE ? (tache los estudios que su padre SI haya terminado completamente). Primaria Secundaria Preparatoria
Técnico o comercial Universitarios.

8. Ocupación de la madre ? _____

9. Nivel de estudios de la MADRE ? (tache los estudios que su madre SI haya terminado completamente). Primaria Secundaria Preparatoria Técnico o comercial Universitarios.

10. Ingreso mensual aproximado ? _____

Padre Madre Otros

11. Tache la respuesta correcta.

Habitación en : Casa propia Rentada Pago a plazos Prestada

12. Cuantas personas habitan en la casa ? _____

13. Cuantas habitaciones tiene la casa ? _____

14. Con que servicios cuenta. (tache la o las correctas)

Agua Luz Drenaje Teléfono

15. Cuantos días a la semana come: Carne _____ Verdura _____ Frutas

_____ Leche _____ Pescado _____ Queso _____

16. Que tipo de diversiones tiene tu familia ? _____

17. Cuantos tipos de droga conoces ? _____

18. Has probado alguna droga ? (tacha la correcta) SI NO

Si contestaste SI, cuales drogas ? _____

a) Nunca

c) Mas de dos veces a la
semana

b) Ocasionalmente

d) Diariamente

22. Cuando tu consumias droga ? (tacha la respuesta correcta)

a) No trabajaba ni estudiaba,
la mayor parte del tiempo
consumia droga.

b) Si trabajaba o estudiaba
pero también consumia
droga.

A continuación se presenta una serie de afirmaciones, marque con una X la opción que esté más de acuerdo con lo que usted piense.

Ejemplo:

1. El sol sale todos los días.

Totalmente de acuerdo	de acuerdo	mas o menos de acuerdo	en desacuerdo	totalmente en desacuerdo
(X)	()	()	()	()

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.

NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR

totalmente de acuerdo	de acuerdo	mas o menos de acuerdo	en desacuerdo	totalmente en desacuerdo
()	()	()	()	()

	T.A	A	M.M.A	D	T.D
1.- Una persona no consumirá drogas por miedo de que se le castigue.	()	()	()	()	()
2.- Sólo los adultos pueden participar en actividades contra la drogadicción.	()	()	()	()	()
3.- Una persona que dejó de consumir droga no es digna de confianza.	()	()	()	()	()
4.- La drogadicción debe considerarse como problema de salud.	()	()	()	()	()
5.- Sólo el drogadicto necesita ir a consulta.	()	()	()	()	()
6.- El narcotráfico es un problema exclusivamente nacional.	()	()	()	()	()
7.- Conocer los daños que causan las drogas no impide su consumo.	()	()	()	()	()
8.- El narcotráfico es un delito - contra la salud.	()	()	()	()	()
9.- Sólo con la ayuda de la mayoría de las personas se evita el consumo de drogas.	()	()	()	()	()
10.- Sólo en colonias de escasos recursos se presentan problemas - de salud.	()	()	()	()	()
11.- No sólo los vendedores de drogas son culpables de que exista consumo de drogas.	()	()	()	()	()
12.- Las personas que han dejado de - consumir drogas pueden trabajar.	()	()	()	()	()
13.- La drogadicción es producto de - la pobreza.	()	()	()	()	()

totalmente de acuerdo	de acuerdo	mas o menos de acuerdo	en desacuerdo	totalmente en desacuerdo
()	()	()	()	()

- | | T.A | A | M.M.A | D | T.D |
|--|-----|-----|-------|-----|-----|
| 1.- Una persona no consumirá drogas por miedo de que se le castigue. | () | () | () | () | () |
| 2.- Sólo los adultos pueden participar en actividades contra la drogadicción. | () | () | () | () | () |
| 3.- Una persona que dejó de consumir droga no es digna de confianza. | () | () | () | () | () |
| 4.- La drogadicción debe considerarse como problema de salud. | () | () | () | () | () |
| 5.- Sólo el drogadicto necesita ir a consulta. | () | () | () | () | () |
| 6.- El narcotráfico es un problema exclusivamente nacional. | () | () | () | () | () |
| 7.- Conocer los daños que causan las drogas no impide su consumo. | () | () | () | () | () |
| 8.- El narcotráfico es un delito - contra la salud. | () | () | () | () | () |
| 9.- Sólo con la ayuda de la mayoría de las personas se evita el consumo de drogas. | () | () | () | () | () |
| 10.- Sólo en colonias de escasos recursos se presentan problemas - de salud. | () | () | () | () | () |
| 11.- No sólo los vendedores de drogas son culpables de que exista consumo de drogas. | () | () | () | () | () |
| 12.- Las personas que han dejado de - consumir drogas pueden trabajar. | () | () | () | () | () |
| 13.- La drogadicción es producto de - la pobreza. | () | () | () | () | () |

- 14.- Cualquier persona puede partici- () () () () ()
par en actividades contra la -
drogadicción
- 15.- Las personas que han dejado de - () () () () ()
consumir drogas son iguales que
las demás.
- 16.- Los vendedores de drogas son los () () () () ()
culpables de que haya drogadi-
cción.
- 17.- La drogadicción no es un proble- () () () () ()
ma de salud.
- 18.- El drogadicto necesita que lo - () () () () ()
ayuden.
- 19.- Sólo en las sociedades ricas - () () () () ()
existe drogadicción.
- 20.- La drogadicción afecta sólo a () () () () ()
quien la padece.
- 21.- Los problemas de salud se pre- () () () () ()
sentan en todas las colonias.
- 22.- La drogadicción en México es - () () () () ()
un problema.
- 23.- Una persona que ha consumido - () () () () ()
drogas nunca dejará de consu-
mir las.
- 24.- Cualquier persona puede ayudar () () () () ()
a evitar el consumo de drogas.
- 25.- Cuando se ha consumido drogas () () () () ()
no se puede volver a ser la -
misma persona.
- 26.- Los adultos no consumen drogas. () () () () ()
- 27.- No es necesario que un droga- () () () () ()
dicto esté en el hospital para
que deje de consumir droga.
- 28.- También los adultos consumen - () () () () ()
droga.
- 29.- No es posible que trabajen las () () () () ()
personas que han dejado de con-
sumir drogas.

- 30.- La drogadicción es un problema de salud que nos afecta a todos () () () () ()
- 31.- El narcotráfico es una actividad como cualquier otra. () () () () ()
- 32.- Los individuos que se drogan dañan a otras personas. () () () () ()
- 33.- Es necesario evitar el consumo de drogas. () () () () ()
- 34.- Se debe tener confianza en las personas que han dejado de usar drogas. () () () () ()
- 35.- La drogadicción tiene solución. () () () () ()
- 36.- El narcotráfico es un problema internacional. () () () () ()
- 37.- El drogadicto y su familia necesitan ir a consulta. () () () () ()
- 38.- En nuestro país el uso de drogas no es un problema. () () () () ()
- 39.- Una persona que consume drogas debe estar en el hospital. () () () () ()
- 40.- Las drogas no se consumirían si se conocieran los daños que causan. () () () () ()
- 41.- La drogadicción no tiene solución. () () () () ()
- 42.- No hace falta evitar el consumo de drogas. () () () () ()
- 43.- El consumo de drogas no es peligroso. () () () () ()
- 44.- Cuando se ha consumido drogas se puede dejarlas. () () () () ()
- 45.- El drogadicto no necesita ayuda. () () () () ()
- 46.- Los drogadictos me preocupan. () () () () ()
- 47.- Las personas con más dinero son las únicas que pueden ayudar a evitar el consumo de drogas. () () () () ()

- 48.- Es peligroso el consumo de dro- () () () () ()
gas
- 49.- Las personas que se drogan sólo () () () () ()
se causan daño a ellas mismas.
- 50.- Cada persona con sus propios me- () () () () ()
dios debe luchar contra la dro--
gadicción.
- 51.- Los drogadictos no me preocupan () () () () ()
ni me interesan.
- 52.- Aunque una persona sepa que va () () () () ()
a ser castigada, usará drogas.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

ABERASTURY A., "Adolescencia". (1971). Edit. Kargieman. Buenos Aires.

BELSASSO GUIDO. (1976). "Memoria de un Organismo". Centro de Estudios en Farmacodependencia, CEMEF. México.

BERDIEL O, y KURY. (1983). "Capacitación para la Participación". Centros de Integración Juvenil;3,2, jun 19-25.

BIEHLER FROBERT. (1980). "Introducción al Desarrollo del niño". Edit. Diana. México, D.F.

BLOSS PETER. (1971). "Psicoanálisis de la Adolescencia". Editorial Joaquín Mortiz. México.

CASCO FLORES MARGARITA. (1990). "Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior". Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría. vol.13, núm 2. junio

CASTRO SARIÑANA MA. (1982). "in Telpochtli, in Ichpuchtli, Los Jóvenes y las drogas". Reflexiones sobre Investigaciones con Jóvenes Mexicanos, 2,4, Jul, 4-6.

CASTRO, ME.. PEREZ ,M.A., ROJAS,E. DE LA SERNA, J. (1988).
"Estudio Epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas que se le
asocian en una muestra representativa de los planteles de los colegios de
Ciencias y Humanidades". Salud Mental. 11 (1), 35-47.

CASTRO SARIÑANA MA. ELENA. (1989)." Aproximaciones Terapéuticas
con el Adolescente Farmacodependiente". Investigación Nacional,
Coordinación de Psiquiatría y Salud Mental, Subdirección General Médica.
IMSS.

Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Farmacodependientes.
(1978). Folleto, "Documento Interno de Centros de Integración Juvenil".
Serie Técnica, Volumen I. México, D.F.

CHAO ZITA DE JOYSE, MA. ELENA CASTRO. (1976)." Aplicación y
Análisis de una Escala de Actitudes hacia la Farmacodependencia en una
Población Escolar". Cuadernos Científicos CEMEF 7, Publicación de
Trabajos de Investigación. Centro de Estudios en Farmacodependencia,
México.

DE LA SERNA DE MARQUEZ. (1978)." Actitudes de Grupos de Usuarios
y de un Grupo de no Usuarios de Fármacos en una Muestra de Jóvenes
Mexicanos". Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad
Iberoamericana. México.

Documento Interno del Centro de Integración Juvenil. (1978).

"Modelo de Educación para la Salud, en la Prevención de la Farmacodependencia". México.

Documento Interno de Centros de Integración Juvenil.(1983).

"La farmacodependencia y su prevención dentro de la comunidad". Serie técnica Vol.4. Talleres gráficos de la nación. México.

Documento Interno de Centros de Integración Juvenil. (1990).

Folleto. "Proyecto de Opinión Pública y Farmacodependencia". México.

GARGA FIDEL, MENDIOLA IVAN, RABAGO SALVADOR. (1977)" Adolescencia marginal e inhalables". Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. Edit. Trillas. México.

GOMEZ GORDDA JOSE. (1986)." Una respuesta Integral al Fenómeno de la Farmacodependencia" , Centros de Integración Juvenil, México.

GONZALES GONZALES HUMBERTO. (1973)." Algunas Técnicas Utilizadas en la Medición de las Actitudes". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

GRINBERG, L. (1978)." Teoría de la Identificación". Edit. Paidós. Buenos Aires.

GUIDO BELSASSO. (1976). Folleto del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF). México.

HARVEY R. FREEMAN. (1972). "The Generation Gap, Attitudes of Students and of their Parents, Journal of Counseling Psychology" (SEP) la (5) 441: 447.

HENRIQUEZ, M. y COL." Informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud", Organización Mundial de la Salud, OP. CIT. 93 p.

HERNANDEZ PEDRERO JOSE DEL CARMEN. (1988). "El Cambio de Actitudes a través de la Capacitación". México.

HIRAMCULEBRO SOSA CARLOS. (1987). "Propuesta de un Modelo de Diagnóstico para Orientar Programas de Prevención de Farmacodependencia en el Estado de Chiapas". México, D.F.

JACK LEVIN. (1979). "Fundamentos de Estadística en la Investigación Social" México, D.F.

KAPLAN HAROLD y SADOCK BENJAMIN. (1987). Compendio de Psiquiatría. Edit. Salvat

KLEBER H.D. (1990). "Abuso de drogas y Políticas Nacionales". Oficina Nacional de Política de Control de Drogas. Washington D.C. E.U.A.

KNOW W.J. (1983). "Attitudes of Potential Employers Towar Drug Abuse". International Journal of the Addiction. Int.J.Addict. May. 18(4) PP.445-453.

KOLTENIUX M. (1988). "Metapsicología". Trabajo presentado en el seminario Freud XI. Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica en la Adolescencia. México.

KRAMER, J.F., AND CAMERON, D.C (1975). "Manual on drug dependence", 13-17. Geneva.

LAFARGA JUAN. (1971). "Encuesta sobre las Actitudes del Estudiante de una Universidad Privada de México, Ante el Uso de las Drogas". Centro de Educación Psicológica, UIA Revista Comunidad Vol.VII.

LAMBERT, WILLIAM., LAMBERT, WALLACE. E..(1979). "Psicología Social". Uthea. México.

LANGHINRICHSEN JENNIFER, LIECHTENSTEIN, SEELEY JOHN, HOPS HYMAN, ARY DENNIS, TILDESLEY ELIZABETH Y ANDREWS JUDY. (1970). "Congruencia Padres- adolescentes, para el uso de sustancias". Journal of Youth and Adolescence, Vol 19, No. 6.

LEWANDOWSKI AND ALIDA S. WESTMAN. (1991). "Uso de las drogas y su relación con actividades de estudiantes de preparatoria". Psychological Reports, March 18.

LINDGREN HENRY CLAY. (1980). "Introducción a la Psicología Social". Edit. trillas.

LOMAN L. LARKIN E. (1976). "Rejection of the mentally ill: an

experiment in labeling". Sociological Quarterly (17): 556-566.

LOPEZ MARTINEZ SALVADOR. (1980). " Percepción y Actitud hacia el consumo de Fármacos a Través del Método de Informantes". Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana. México D.F.

MACCHI L. (1958). " Diccionario de la Lengua Latina". 5a. Ed. Edit. D. Bosco. Buenos Aires.

MAGAÑA LEGORRETA ALEJANDRA. (1983). " Cambio de Actitud sexual en la Mujer del Medio Rural". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México D.F.

Manual. (1985). " Documento Interno de Centros de Integración Juvenil". México.

MARTINEZ MALO JESUS. (1982). " Tratamiento en los Centros de Integración Juvenil". Farmacodependencia., 1,3 Jun,5.

MAYA MA. DE LOS ANGELES, CASTRO SARIGANA MA. E. (1982). "Variables Predictorias y Características Psicosociales de la Población Estudiantil que Reporta Uso de Drogas". Revista de la asociación Latinoamericana de Psicología social, Vol. 2, Núm. 1, pag. 21-48.

MOSCOVICI S. (1986). " Psicología Social 11, Pensamiento y Vida Social". Psicología Social y Problemas Sociales. Edit. Paidós.

MUSS, R.E. (1986). " Teorías de la Adolescencia". Edit. Paidós, México,

MUSSEN, CONGER, KAGAN. (1985). " Desarrollo de la Personalidad en el Niño". Edit. Trillas. México.

OLADE R. (1979). " Attitudes towards mental illness: A Comparison of Post-Basic Nursing Students with Science Students". J Advanced Nursing. (4): 39-46.

PADUA JORGE. (1987). " Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales". Edit. Fondo de Cultura Económica. México, D.F

Programa de Paternidad Responsable. (1985). Asesoría: Instituto Mexicano de Psiquiatría. " Prevención a problemas de alcoholismo y Farmacodependencia". Patronato Nacional de Promotores Voluntarios. Documento Interno de Centros de Integración Juvenil. México, D.F.

RODRIGUEZ, AROLDO. (1983). " Introducción a la Psicología Social". Edit.Trillas. México.

SANCHEZ OCARA RAMON. (1987). " Las Drogas un Problema de Todos". Instituto de Estudios Económicos. Edit. Colección Tablero. Madrid España

SCHUSTER, C. (1990). " Direcciones Actuales y Futuras de Investigación en Farmacodependencia: Sus Causas, Mecanismos, Modos de Prevención y Tratamiento". Instituto Nacional de Abuso de Drogas,

Rockville MD, E.U.A.

SERNA JOSE, CASTRO SARIANA, ROJAS, GARCIA. (1991). " Opinión de los Padres y Maestros Sobre el Uso de Drogas en los Jóvenes". Revista Mexicana de Psicología, Vol. 8 No.1 y 2.

Sin Autor. (1981). " Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas para 1981-1985". Llanud al Día; 4, 11-12; Ago-Dic.

SDRIANO RODRIGUEZ MARIA A. (1990). " Problemas Relacionados con el Consumo de Drogas en México". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

SUMMERS F.GENE. (1971). " Medición de Actitudes". Edit. Trillas

VILLARREAL, J.E., SALAZAR, L.A. (1989). " Bosquejo de su Naturaleza como un Transtorno Individual y Social". Departamento de Farmacología del CINVESTAV. IPN, México.

YANAGITA, T. (1988). " Evaluación del Potencial de Dependencia Psíquica en Animales". Departamento de Farmacología, Laboratorios de Investigación Preclínica del Instituto Central para Animales Experimentales, Kawasaki, Japón.