

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCTAS ANTISOCIALES EN UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES INDIGENTES DE LA CIUDAD DE MEXICO

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE :

MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

PRESENTA EL LIC. ABRAHAM NEHMAD HANONO

MEXICO DF

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

CAPITULO	PAGINA
I.- INTRODUCCION	2
II.- ANTECEDENTES	6
III.- MARCO TEORICO	34
III.1.- LA ADOLESCENCIA NORMAL: UN PERIODO DE CONMOCION	34
III.2.- EL ADOLESCENTE FRONTERIZO Y LA ORGANIZACION LIMITE DE LA PERSONALIDAD	40
III.3.- ETIOLOGIA DEL SINDROME FRONTERIZO	51
IV.- METODOLOGIA	55
IV.1.- OBJETIVO GENERAL	55
IV.2.- HIPOTESIS	55
IV.3.- DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	57
IV.4.- POBLACION	61
IV.5.- INSTRUMENTOS	63
IV.6.- DISEÑO DE INVESTIGACION	69
IV.7.- PROCEDIMIENTO	69
V.- PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	72
V.1.- DESCRIPCION DE FRECUENCIAS SIMPLES	72
V.2.- CRUCE DE VARIABLES Y ANALISIS ESTADISTICOS	89
VI.- DISCUSION DE RESULTADOS	98
VI.1.- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS FRECUENCIAS	98
VI.2.- DISCUSION DE LAS HIPOTESIS DE INVESTIGACION	100
VI.3.- IMPORTANCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN EL CONSUMO DE DROGAS	109
VII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFIA	
APENDICE 1: CUESTIONARIO SOBRE USO DE DROGAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS DIRIGIDO A MUESTRAS DE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR	
APENDICE 2: CUESTIONARIO INDIVIDUAL SOBRE EL ORIGEN FAMILIAR Y LAS CONDICIONES DE ABANDONO DE LOS ADOLESCENTES INDIGENTES	

## I . INTRODUCCION

Los niños y adolescentes de la calle constituyen un problema nacional con dimensiones crecientes. Tales sujetos marginales circulan en las grandes metrópolis de nuestro país realizando diversas actividades subocupacionales o incluso antisociales para sobrevivir. Su principal característica, es la de haber salido tempranamente del hogar o la de haber padecido el abandono de los padres, pasando a vivir dentro del medio hostil de la calle en condiciones de desprotección o desamparo.

Es frecuente que las historia familiares de los niños y adolescentes indigentes estén matizadas por graves conflictos, ausencias o pérdidas generando, desde el punto de vista afectivo, sujetos con carencias emocionales y con pocos recursos para la vida en sociedad. Cuando tales sujetos salen del hogar o se ven abandonados, generalmente se inician en dos practicas típicas de tal población al interior de su marco de amigos: el consumo de drogas y las conductas antisociales.

Es lugar común señalar que el consumo de fármacos en tales niños y adolescentes responde a una necesidad imperiosa de huir de la realidad producto de una historia personal marcada por fuertes privaciones afectivas y al mismo tiempo, afirmar que los pequeños robos les permiten allegarse una serie de satisfactores a los que no pueden acceder por vías socialmente aceptadas.

La presente investigación tuvo el propósito de medir el impacto que las variables del origen familiar y la edad de la salida del hogar o edad del abandono, ejercen sobre el consumo de drogas y las conductas

antisociales en una muestra de adolescentes indigentes de la Ciudad de México.

Resulta evidente que dentro de la problemática de los adolescentes indigentes intervienen tanto factores macrosociales, imputables a la estructura socioeconomía de nuestro país, como aspectos familiares y de índole psicológica. En la presente investigación nos avocamos solamente a estos dos últimos, dando por supuesta la determinación social de la marginalidad y la indigencia en todos sus niveles, producto de un sistema basado en una distribución desigual de la riqueza.

En términos del proceso de desarrollo psicológico de la adolescencia, el indigente no sólo se enfrenta a la crisis natural o normal de tal periodo, sino que tiene que encarar los pormenores psicológicos y objetivos de una salida temprana del hogar o de un abandono prematuro. En ambos casos, un mundo externo extremadamente hostil le exige una rápida adaptación al medio, en condiciones de maduración insuficiente, pobre de relaciones de objeto y en un contexto difícil para definir su ulterior identidad. Las pautas y valores que absorberá de su grupo de amigos, están fuertemente preñadas de la práctica del consumo de drogas, en particular de los inhalantes, y de la ejecución de ciertas conductas antisociales.

Los estudios sobre drogadicción y actos delictivos realizados, en su gran mayoría se han dirigido a poblaciones estables y accesibles como las concentradas en instituciones educativas, instituciones especializadas en la atención de farmacodependientes, hospitales, centros de reclusión, hogares, etc. Son mucho menos los investigadores

que se han acercado al fenómeno en poblaciones de indigentes sin punto fijo de residencia, en donde de acuerdo por lo observado en un gran número de investigaciones, el consumo de drogas y los actos delictivos alcanzan índices mayores.

En el capítulo II de la presente tesis se ofrecen, como antecedentes, los resultados de numerosas investigaciones sobre el consumo de drogas y las conductas antisociales y algunos estudios en población de niños y adolescentes indigentes.

En el capítulo III se apuntan algunas reflexiones teóricas sobre la problemática del desarrollo adolescente en condiciones normales y sus especificidades y etiología para poblaciones límite (adolescentes fronterizos), como de manera evidente es factible reconocer en los sujetos estudiados.

Dentro del capítulo IV se describen la metodología seguida, las hipótesis de investigación, se delimitan variables y se apuntan los instrumentos aplicados.

En los capítulos V y VI se describen respectivamente los resultados obtenidos y su discusión a partir de las hipótesis de investigación.

Finalmente, en el capítulo VII se concluye y se anotan algunas sugerencias para futuras investigaciones.

Los resultados del presente trabajo buscan agregarse a aquellos estudios naturalísticos que han avanzado en el conocimiento de la psicología de los niños y adolescentes de la calle y que otorgan a la determinación familiar, un fuerte peso en el conjunto de variables que contribuyen a

explicar el fenómeno de la drogadicción y los actos antisociales de tal población.

## II. ANTECEDENTES.

A partir de la década pasada y con más énfasis en la presente, el consumo de drogas y las conductas antisociales han recibido la atención de numerosos investigadores tanto a nivel nacional como internacional.

Los estudios realizados han sido de diversa naturaleza y se han enfocado a una variedad de temas tales como: la medición epidemiológica de la problemática, la investigación de los efectos fisiológicos del consumo de drogas, la búsqueda de los predictores psicológicos y sociales más significativos desde el punto de vista etiológico y la descripción naturalística del fenómeno en estudios de caso con grupos de jóvenes marginales.

Antes de emprender la revisión de antecedentes, conviene resaltar dos consideraciones que se desprenden de la literatura consultada.

La primera alude a la necesidad de ir más allá de la dimensión individual psicológica o psiquiátrica en la comprensión del fenómeno de la adicción y delincuencia para abarcar también una perspectiva social y familiar. (Chavez M et al 1977 y Champion G 1988). En lo individual existe cierta predisposición, en lo familiar aparecen factores de desintegración, desorganización y caos y en lo social, determinantes de situaciones de marginación, miseria y la participación en grupos de semejantes. (Leal H et al 1988).

Recientes investigaciones han puesto de manifiesto que los predictores de tipo social y familiar reúnen más fuerza etiológica, que aquellos basados en aspectos psicopatológicos o de personalidad (Castro M y



Chavez A 1986).

La segunda obedece al hecho de que la mayoría de los intentos por encontrar una relación unívoca de causa-efecto en el fenómeno de consumo de drogas y en el de conductas delictivas han fracasado ya que la etiología no puede reducirse a un sólo factor (Dias P y Valera R 1988 y Newcomb et al 1987). De ahí que se halla empezado a hablar de factores de riesgo o predictores dentro de modelos multicausales que analizan y relacionan un gran número de variables (Castro ME y Chavex A 1986, Newcomb et al 1987 y Kovach y Glickman 1986).

### 11.1 DIMENSIONES EPIDEMIOLOGICAS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Ambito Nacional.

Existen numerosos estudios epidemiológicos en torno al consumo de drogas en nuestro país que buscan dimensionar la prevalencia en diversos escenarios de poblaciones de jóvenes y adultos. Las primeras investigaciones a nivel nacional surgen a principios de los setentas como respuesta a la necesidad de conocer la magnitud del problema en nuestro país.

Medina ME y Cols. (1977) mostraron, en lo que se pueden considerar los primeros datos epidemiológicos, que durante 1975 el 1.74% de la población en el D.F. habían consumido algún tipo de fármaco (87000 personas) y el 0.46% lo hacían en forma regular con una frecuencia diaria. Dicho estudio que se llevó a cabo como encuesta en hogares, reveló que el consumo de fármacos tales como la marihuana, disolventes, opiáceos y alucinógenos se hallaban muy difundidos a nivel nacional,

ocupando la marihuana el primer lugar seguida de los disolventes.

Castro y cols. (1986) encontraron, dentro de una muestra nacional de estudiantes, que los patrones de consumo más altos en los "últimos treinta días" correspondieron a alcohol y tabaco (15.2 y 19.5% respectivamente). Aparte de estas drogas lícitas, las prevalencias más significativas fueron: disolventes (4.4%), marihuana (3.2%) y anfetaminas (3.4%) Excluyendo alcohol y tabaco, hallaron que el 11.9% de estudiantes había consumido drogas alguna vez, de los cuales el 10.2% podían ser considerados como usuarios leves, el 1.4% moderados y el 0.3% excesivos. Otro hallazgo importante fue el hecho de que durante los últimos 10 años se incrementaron los consumos experimentales de diversas drogas como marihuana (1.6%), anfetaminas (1.5%), inhalantes (3.5%) y cocaína (0.5%).

En otro estudio regionalizado sobre el consumo de drogas en estudiantes, Rojas E y Castro ME (1987) encontraron cifras de prevalencia mayor en las regiones del norte del país particularmente el noroeste, y en Acapulco respecto al resto de la República Mexicana. Lo anterior se intentó explicar por el contacto con poblaciones consumidoras de la frontera con los EU y en las zonas turísticas. Como conclusión adicional de tal estudio se muestra que la disponibilidad de las drogas no constituye un factor significativo para explicar las variaciones de consumo.

En los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, Medina ME y cols. (1986) hallaron que el 4.3% de la población urbana nacional había consumido una o más drogas (1.374,944 personas); el 1.70% fue usuario

activo en los últimos 12 meses y el 0.74% en el mes anterior. La marihuana alcanzó el mayor índice de consumo (2.6%), seguida por tranquilizantes, estimulantes e inhalantes (0.7%). Los autores concluyen que tales resultados confirman, al igual que investigaciones previas, que el consumo de drogas no ha alcanzado dimensiones muy elevadas en nuestro país.

En la cuarta evaluación de "Informe Individual sobre el Consumo de Drogas" aplicada en junio de 1988 (instrumento utilizado semestralmente en usuarios de drogas que son captados en diversas instituciones participantes en el Sistema de Registro e Información en Drogas), se apunta que la marihuana constituye la droga más utilizada (70.4% de los casos), seguida de alcohol (63.8%), inhalantes (63.6%), y tabaco (59.8%). Se trata de población masculina en un 90.5%, de entre 15 y 19 años en un 48.1%, solteros en un 77.1% y de nivel socioeconómico bajo en un 56.7%. La edad de inicio promedio oscila entre los 15 y los 19 años y las principales drogas de inicio excluyendo alcohol y tabaco, fueron la marihuana (48.4%) y los inhalables (45%). (Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información en Drogas 1988).

Más específicamente sobre inhalantes en el ámbito nacional, los primeros estudios epidemiológicos realizados entre 1970 y 1975, pusieron de manifiesto que los solventes ocupaban el segundo lugar como droga de elección (Medina ME 1977). En tal investigación se encontró que el 0.40% de la población del D.F. de 14 años o más (20,087 personas), habían consumido inhalantes y tes de cada 1000 jóvenes de 14 a 24 años lo hacían en forma regular. También se hallaron niveles de consumo importantes en poblaciones de estudiantes de ciertas ciudades de

provincia, así como en diversos centros penitenciarios.

Naten G (1977) reporta que del total de farmacodependientes atendidos en los 27 Centros de Integración Juvenil de la República Mexicana entre 1970 y 1976, el 52% (3309 jóvenes), fueron recibidos por problemas de sustancias inhalantes, concentrándose en mayor medida en la zona centro del país (58%), más que en las zonas norte (40%) y sur (47%). La edad promedio de inicio en el consumo de inhalantes fue de 14 años.

Medina ME y cols. (1988) señalan que hasta 1977 los disolventes ocupaban el segundo lugar de preferencia después de la marihuana, sin embargo, investigaciones realizadas después de 1978 en poblaciones escolares y en hogares mostraron que la relación se invirtió, pasando los inhalantes a ocupar el primer lugar.

En los estudios mencionados hasta aquí, no ha sido incluida en la dimensión epidemiológica a un sector importante de consumidores potencialmente altos compuesto por niños y jóvenes marginales que no son susceptibles de ser captados en alguna institución educativa o de salud y que tienen poco o nulo contacto familiar. En los diversos estudios se los menciona como sujetos sin lugar fijo de residencia.

## 11.2 CONSUMO DE DROGAS EN OTROS PAISES.

Newcomb y cols. (1987) hacen una síntesis de la encuesta nacional sobre consumo de drogas entre estudiantes dentro de los EU en 1985. Se desprenden niveles altos de consumo de alcohol (un 93% lo hizo en forma experimental y un 43% tuvo un episodio de consumo excesivo en las últimas dos semanas) y tabaco (19% lo consumen diario). Los datos sobre

drogas ilícitas muestran prevalencias muy superiores a los índices de nuestro país. Por ejemplo, el 55% de la población estudiantil había probado la marihuana antes de salir del high school, el 18% consumía una vez a la semana y el 6% lo hacía diario. Respecto a otras drogas fuertes y a la cocaína, el 40% había probado alguna de ellas antes de graduarse. De tal información el autor concluye que para muchos jóvenes en EU el consumo de drogas es más que una etapa experimental y en algunos casos se convierte en un estilo de vida cotidiano.

Santos de Barona y Simpson D (1984) señalan que el consumo de inhalantes representa un nivel relativamente bajo en el continuum de las drogas de preferencia dentro de los EU, con prevalencias moderadas en un rango general del 10 al 20%. Citan otras investigaciones en las que se encontró, en una muestra nacional de adolescentes entre 12 y 17 años, que el 10% había consumido inhalantes previamente.

Altenkirch y Kindermann (1986) por su parte señalan que dentro de los EU, encuestas en hogares en EU revelaron que el 8.1% de jóvenes entre 12 y 17 años habían tenido experiencias de inhalación.

Medina ME y García G (1988) en un artículo que hace una revisión de la literatura en torno al consumo de drogas en América Latina, además de mostrar los desniveles de información que hay al respecto ponen de manifiesto que prácticamente en todos los países está presente el fenómeno de inhalación. Señalan además, que presumiblemente la marihuana y los derivados de la coca (en particular en el área andina) constituyen las drogas de elección más importantes en toda la región.

### II.3 LA INHALACION DE DISOLVENTES DESDE DISTINTAS PERSPECTIVAS.

Diversos investigadores se han avocado al estudio del daño orgánico producido por el consumo de inhalantes (Prockop et al, Comstock et al, De la Garza et al, Berry J et al, Cohen S-todos 1977, Alcazar V et al 1983). Prockop y cols. encontraron que la exposición a los disolventes orgánicos en el hombre puede causar daños al sistema nervioso y también puede generar neuropatía periférica severa, capaz de llevar hasta paraplegias y muerte. De la Garza y cols. hallaron alteraciones neurológicas y hemáticas importantes así como infecciones urinarias. Berry y cols. reportan toxicidad severa en el hígado y en el riñón, supresión de la médula ósea y toxicidad cardíaca. Cohen S (1977) Y Alcazar V y cols. (1983) llaman la atención sobre el hecho de que la población infantil puede ser más susceptible al daño orgánico ya que las consecuencias de la inhalación afectan en mayor medida al sistema nervioso cuando no ha alcanzado su completa maduración, generando también un estancamiento en el desarrollo físico.

Santos de Barona y Simpson D (1984) hallaron efectos negativos en los sujetos inhaladores que abarcan las áreas psicológica, física y del comportamiento. Citan varios artículos que documentan casos de muerte por inhalación. Estiman que más de 1000 muertes al año ocurren en EU por causas de inhalación, tanto de la intoxicación propiamente tal, como por accidentes ocurridos en dichos estados.

Respecto al porqué del uso de los inhalantes entre jóvenes adolescentes, Cohen S (1977) apunta el influjo de un número importante de categorías: la influencia del grupo de semejantes como un factor muy poderoso para

el inicio y continuación de la inhalación; su bajo costo ya que la mayoría de los inhaladores son de escasos recursos; su disponibilidad que resulta de más fácil acceso que el alcohol; su empaque que permite ser guardado, almacenado y ocultado en forma sencilla; sus efectos que son similares al alcohol aunque no idénticos y colocan al usuario en una especie de euforia flotante; el curso de su consumo que logra efectos rápidos y no deja secuelas muy desagradables posteriores; y finalmente, que puede ser adquirido en múltiples presentaciones de manera legalmente permitida. Korman M et al (1977) enumera razones de consumo similares.

Las sustancias volátiles susceptibles de inhalación son variadas y dependen de cada país. Cohen S (1977) señala las de mayor consumo en EU. En México, diversos estudios apuntan las sustancias volátiles de preferencia. Entre otros, Naten G (1977) encontró como inhalables más comunes: Tiner, cemento, gasolina, acetona, esmalte para uñas, activo, aguarrás, carbón y pegamento. En los resultados del "Informe individual sobre el consumo de drogas" (Grupo...1988) se señala que el 30.6% de los usuarios consumía pegamento, el 30.2% tiner, el 26.5% activo y el resto otras sustancias. Leal H y cols. (1977) encontraron que el inhalante más común empleado por los niños de la calle era el tolueno.

#### II.4 ESTUDIOS DESCRIPTIVOS SOBRE EL CONSUMO DE INHALANTES Y OTRAS DROGAS DESDE UN ENFOQUE MULTICAUSAL.

##### EN MEXICO.

Chevallier A (1977) al hacer una evaluación del fracaso de un programa con pacientes inhaladores en un centro del DIF analiza varios obstáculos

entre los que destacan la pobreza, el pertenecer a familias desintegradas con ausencia de padre, la desconfianza del inhalador a la institución, y las dificultades en la comunicación verbal y en la integración grupal dentro de la institución.

Berriol R y cols. (1977) comparando un grupo de pacientes inhaladores con un grupo control de no inhaladores encontraron diferencias significativas. En el grupo de inhaladores identificaron un porcentaje mucho mayor de familias incompletas con ausencia de padre por defunción, abandono o ilegitimidad (49.9%) y un alto índice de alcoholismo paterno (36.6%). En dichas familias se reportó cierto grado de deterioro expresado en problemas de control, comunicación y agresiones físicas. El 80% de los pacientes inhaladores había abandonado la escuela y en el 86% de los casos algún miembro de la familia tenía antecedentes penales (para el grupo control los porcentajes fueron 13.3% y 10% respectivamente).

Paule G y Clarac R (1988) en un estudio similar con 145 pacientes de los Centros de Integración Juvenil del DF encontraron que el 37% provenían de familias incompletas, con una edad promedio de 18.7 años, y el 36% no estudiaba ni trabajaba. Dentro del sector de pacientes con núcleos familiares integrados (62%), se expresaron dinámicas familiares conflictivas en más de la mitad de los casos. El 90% de los pacientes consumían inhalantes y algunos de ellos consumían otras drogas.

#### EN OTROS PAISES.

Newcomb M et al (1987) desde un enfoque multivariable, midieron 12 factores de riesgo para el consumo de drogas entre estudiantes del Edo.



de California. Tales factores tomaron en cuenta actitudes, percepción de su medio social, sentimientos o emociones y conductas específicas. Concluye confirmando el modelo multicausal en términos de factores de riesgo.

En otra aproximación multivariable a los correlatos más importantes asociados al consumo de drogas, Kovach J y Glickman (1986) encontraron entre estudiantes de preparatoria de Philadelphia, altos niveles de prevalencia, uso de polidrogas y una edad de inicio promedio de 14 años. Dentro de los correlatos más importantes hallaron: la relación de pares en la que no sólo influye la presión de grupo sino que también se suma la propia percepción del joven que observa que la gran mayoría de sus semejantes están relacionados con drogas; Personalidad y problemas interpersonales como trastornos emocionales, conflictos con pandillas, salida del hogar (más del 18% de usuarios comparado con el 5% de no usuarios); y relaciones familiares que los usuarios califican de crisis y conflictos con los padres en forma significativamente mayor que los no usuarios.

Stephens R y cols (1977) encontraron en jóvenes estudiantes de Edo. de Nueva York que el 52% habían inhalado algún disolvente (tasa comparable al consumo de LSD o sustancias similares 6.2%). Hallaron también una relación inversa entre inhalación y rendimiento académico, mayores condiciones de desintegración familiar entre sujetos inhaladores que en no inhaladores (aunque no significativas) y una proporción inversa entre inhalación y cohesión familiar (a medida que la cohesión familiar disminuía la proporción de inhaladores aumentaba), y la presión de grupo

como una variable importante para modelar los patrones de consumo de drogas.

Santos y Simpson (1984) en una muestra de pacientes adolescentes predominantemente México-norteamericanos y negros del Edo. de Texas, identificaron cuatro niveles en un continuum de inhalantes con las siguientes proporciones: 57% de no usuarios, 12% experimentales, 15% recreacionales y 16% crónicos. El 95% de los consumidores de inhalantes de las tres categorías reportaron consumo de marihuana y un porcentaje parecido consumo de alcohol. Hallaron también un índice importante de familias incompletas entre los inhaladores (sólo 37% vivían con los dos padres y el 49% sólo con la madre) y relaciones familiares con falta de cohesión, problemas de control, comunicación e interacciones negativas.

Altemkirch y Kindermann (1986) realizaron en Alemania un estudio interesante en adictos al opio comparando dos grupos: uno con historia de inhalación de solventes y otro sin. Encontraron diferencias importantes. Un porcentaje relativamente alto de adictos con experiencia de inhalación fueron puestos en casas-hogares en su primer año de vida (del 7 al 8%) y entre los 12 y 13 se observa un rápido incremento en la admisión a dichas instituciones, llegando a los 15 años a cerca del 40% (los adictos sin consumo de inhalantes a la misma edad apenas llegan al 12%). Por otro lado, en el grupo de adictos con historia de inhalación sólo un 70% se encontraba en una situación familiar completa durante el primer año de vida, y a partir de allí, se observa un rápido decremento del porcentaje de aquellos que viven con familias nucleares, comparado con el grupo de adictos sin. Entre los 8 y 9 años de edad, más del 50% de adictos con inhalación vivía con familias incompletas mientras que el

grupo de adictos sin hasta después de los 14. Respecto a la historia escolar, más de la mitad de los adictos con experiencia de inhalación no se graduaron, comparados con el 37.9% de los adictos sin antecedentes de inhalación.

## II.5 PSICOPATOLOGIA Y PSICODINAMIA DEL USUARIO DE DROGAS.

Se han realizado algunos intentos de aproximación al estudio de la psicopatología y psicodinamia del usuario de drogas.

Kovach y Glikman (1986) señalan un lineamiento importante al señalar que los casos experimentales y menos severos de consumo de drogas no presentan signos importantes de dificultad emocional, mientras que aquellos usuarios de patrones crónicos tienden a mostrar mayores niveles de rasgos psicopatológicos significativos de índole neurótica y aún psicótica. Por ende, el primer grupo más que tratamiento requeriría de orientación y educación, mientras que el segundo sí necesitaría de tratamiento intensivo. De su investigación también se desprende la conclusión de que la autoestima no representa un factor determinante en el consumo de drogas, como se sugería en la literatura de la década pasada.

Cohen S por su parte señala la "...existencia de personalidades altamente perturbadas en los inhaladores crónicos jóvenes, lo que indica que se encuentran en la línea límite hacia la esquizofrenia, la psicopatía la delincuencia, o se encuentran abrumados de ansiedad o depresión. Los inhalantes son empleados en un esfuerzo para tratar de reducir las emociones nocivas, las barreras interpersonales y las

frustraciones cotidianas" (citado en Korman y cols. 1977).

Boyd PH. (1971) aludiendo a un grupo de adolescentes adictos al opio, detalla una serie de dificultades que estimulan el consumo de drogas: sentimientos paranoides hacia el medio ambiente, especialmente hacia los adultos que pueden representar una autoridad; depresión crónica latente; dificultades en la identificación sexual; inmadurez emocional que se expresa en baja tolerancia a la ansiedad o frustración y una extrema ambivalencia en sus relaciones de objeto.

De la Garza y cols. (1977) en una investigación con adolescentes marginales inhaladores, encontraron depresión reactiva como el rasgo patológico más sobresaliente (40%), esquizofrenia y carácter esquizoide en pequeños niveles (6.5%). Por otro lado, hallaron psicopatía sólo en el 15.5% de los casos, no obstante el hecho de que uno de cada tres sujetos había participado en hurtos.

Leal H y cols. (1988) dentro de un programa de rehabilitación de inhaladores de la cale, detectaron que a medida que disminuían los niveles de consumo de inhalantes, aparecían en los menores montos importantes de agresión hacia el medio ambiente, en particular hacia los amigos. Para los autores, la agresión dirigida hacia adentro como autodestrucción en el acto de inhalar, es ahora canalizada hacia un elemento exterior.

En un intento por definir la psicodinamia en adolescentes farmacodependientes, Campuzano M (1977) apunta que dentro de la constelación familiar del adicto, es frecuente que encontremos "...la

liga simbólica a una madre sobreprotectora o posesiva y una falla en la identificación con el padre, ya sea por ausencia física de este o por tratarse de una figura pasiva, ...rechazante" (p.304-5).

Chevaili A (1977) señala que la frustración constituye el núcleo generador de los valores negativos en el adolescente farmacodependiente. Proviene de una familia "autoritaria, agresiva, irracional, desorganizada y desintegrada" y carece de figuras parentales constantes y afectivas.

Ortiz J (1982) realizó un intento de explorar la psicodinamia del inhalador llegando a las siguientes conclusiones: se trata de un sujeto nacido en un medio de carencias nutricionales y afectivas, producto de relaciones insatisfactorias entre los padres, a lo que se agrega una secuela de abandonos de la madre y principalmente del padre. Reviste manifestaciones regresivas a una etapa oral primitiva lo que representa un índice de pocos límites yoicos. Define al usuario como un individuo pobre de relaciones de objeto que busca como reacción contrafóbica, afirmar su poder en el exterior a través del abuso en la inhalación y a través de colocarse en situaciones de riesgo. Para tal autor, la inhalación representa una victoria parcial sobre la ansiedad interior; una evasión de un estado de cosas que en la vida real no puede resolver: hambre, dolor y tristeza.

#### 11.6 ASOCIACION ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCTAS ANTISOCIALES.

El hecho de que el consumo de drogas se presente asociado a la ejecución de actos antisociales lo demuestra una amplia gama de investigaciones

tanto nacionales como internacionales. Por un lado, es frecuente encontrar índices de consumo de drogas más elevados en poblaciones de jóvenes infractores recluidos en centros de rehabilitación y por el otro, la mayor parte de los estudios sobre el fenómeno en poblaciones normales y marginales también reportan niveles delictivos más elevados en los usuarios crónicos, aunque también están presentes en usuarios más moderados. Tales conductas, si bien son de naturaleza antisocial no deben ser consideradas como delictivas o criminales estrictamente hablando, sino como producto de la marginación social y como la búsqueda de allegarse satisfactores por vías no convencionales.

Pérez y cols. (1977) revelaron en una investigación con 400 alumnos de una escuela de orientación para varones con antecedentes delictivos, que más del 50% habían consumido inhalantes por lo menos una vez, y un 34.2% eran consumidores permanente. Encontraron además que de los 220 sujetos consumidores de inhalantes, 95 presentaron una dependencia múltiple.

Díaz P y Valera R (1988) hacen énfasis en el origen multicausal de los fenómenos de farmacodependencia y conductas delictivas, según la experiencia de ingresos al Consejo Tutelar para Menores. Además de los aspectos sociales de marginalidad, identificaron fallas estructurales en el núcleo familiar de los menores como situaciones de desintegración familiar, falta de comunicación, pobre o nula organización, figuras parentales inadecuadas, alcoholismo, etc. La investigación apunta que durante 1986 ingresaron al Consejo Tutelar 4171 varones y 602 mujeres, de los cuales el 5% estuvo relacionado con problemas de uso de drogas. De un total de 228 casos, 150 correspondieron al consumo de inhalantes y 25 al de marihuana. Tomaron una muestra de 117 menores, de los cuales el

47% no vive con sus padres o alguna vez se escapó de su casa y el 38.8% no terminó la primaria. Desde la óptica de los autores, es un "...hecho observado y constatado, de que para el menor que vive en un medio ambiente delictivo el uso de sustancias psicotrópicas es algo común e inherente a este estilo de vida" (p.483).

Castro ME y cols. (1986) encontraron, en una muestra nacional de estudiantes, una correlación positiva entre el consumo de drogas y las conductas antisociales: no usuarios de drogas 0.52%, leves 1.6%, moderados 3.1% y excesivos 6.7%. De allí se concluye que los consumidores excesivos tienen una tendencia significativamente mayor que el resto a cometer actos delictivos.

Castro ME y cols. (1988) en otro artículo señalan que las conductas antisociales y el uso de drogas frecuentemente aparecen juntos en ciertos sectores juveniles. Se encontró un promedio nacional de 1.6 actos antisociales entre estudiantes, ya que el 25.4% del total de la muestra reportaron haber cometido por lo menos uno y el 12.5% tres, el año anterior a la aplicación de la encuesta. El perfil del estudiante que cometió actos antisociales se caracterizó por un grupo de hombres entre 16 y 18 años, usuarios altos de drogas. Al analizar tal relación por tipo de droga, hallaron una correlación positiva decreciente en alcohol, marihuana, afetaminas y cocaína.

Los estudios internacionales también confirman esta asociación entre la adicción y la delincuencia.

Boyd Ph. (1971) después de reseñar los factores familiares y de

personalidad que, desde una óptica multivariable, determinan el consumo de drogas y los actos delictivos, concluye: "Es claro que delincuencia y drogadicción comparten ciertos factores de predisposición y constituyen compañeros de viaje tal vez, alentándose uno al otro en el proceso" (p.322).

Hundlebey J (1987) cita una amplia lista de estudios que confirman la relación entre drogas y delincuencia y en su investigación encuentra una alta correlación entre el consumo de tabaco, marihuana y alcohol con las conductas delincuentes en hombres y mujeres adolescentes.

Santos y Simpson (1984) hallaron que el 96% de los usuarios crónicos de inhalantes habían sido cuestionados por la policía y el 90% había sido arrestado.

Nurco D y cols. (1986) revelaron, en una población de adictos a la heroína, que durante los periodos de adicción activa los índices de criminalidad eran más altos y durante la no intoxicación los índices tendían a disminuir.

Kovach y Glickman (1986) hallaron, en una población de adolescentes en Philadelphia, que el 49% de los usuarios de drogas habían sido detenidos por la policía alguna vez en su vida, respecto al 13% de los no usuarios. El promedio de veces fue de 1.97 en usuarios contra 0.20 de no usuarios (relación de 10 a 1). El 19% de usuarios fueron arrestados respecto al 1% de los no usuarios.

Alternkirch y Kindermann (1986) comparando un grupo de adictos al opio con historia de inhalación respecto a otro grupo de adictos sin



inhalación, encontraron que en los adictos con antecedentes de inhalación se presentó una criminalidad temprana altamente significativa respecto a los adictos sin experiencia de inhalación.

#### 11.7 ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DELICTIVAS.

También dentro de la investigación etiológica de las conductas delictivas se han registrado tendencias a la búsqueda de aproximaciones multivariadas, no obstante se ha señalado la percepción o falta de la figura paterna como una determinante de suma importancia. Por otro lado, diversos autores se han avocado al análisis de la relación entre el período adolescente y la presencia de actos antisociales, que a juicio de los mismos pueden ser considerados como conductas psicopáticas, criminales o delincuentes.

Samano I (1987) investigó la relación entre la figura del padre y otras variables psicosociales respecto a las conductas de homicidio y robo en una población de homicidas, ladrones y guardias del Edo. de Nuevo León. Encontró que el 90% de los sujetos en las tres categorías habían vivido con su padre por un mínimo de dos años y en un gran porcentaje lo había perdido durante la infancia (45%, 32.5% y 29.2% respectivamente). La investigación también reveló una alta proximidad de la figura paterna en las tres categorías. Sin embargo, la comparación del grupo de homicidas y ladrones respecto a los guardias permitió suponer "que a menos proximidad, mayor la relación con una vida criminal" (p.118). El autor concluye que si bien no existe un factor causal único en la etiología de homicidio y robo, "la variable padre y la forma en que socializa o interactúa con sus hijos es de suma importancia" (p. 141).

Toolan J (1971) señala que la negación y el "acting out" son frecuentes durante la adolescencia y que tales conductas pueden conducir a actitudes delictivas. Citando a Burks y Harrison apunta que el comportamiento agresivo de muchos delincuentes representa, en parte, un método para evitar sentimientos de depresión. El autor considera que los actos delincuentes expresan resentimiento y hostilidad hacia un mundo deprivado.

Toolan P (1988) investigó la relación entre las conductas delincuentes y el período adolescente. Además de citar numerosos estudios que han revelado niveles importantes de conductas delincuentes en muestras de adolescentes normales, encontró una línea de prevalencia delincente que parecía seguir a los años adolescentes: empieza con bajos niveles en la adolescencia temprana, alcanza altas frecuencias entre los 15 y los 17 años y luego disminuye conforme la adolescencia declina. Concluye que la aparición de signos de delincuencia durante la adolescencia en poblaciones normales, no representa un predictor de persistencia durante la adultez.

Fisher L y cols. (1988) apuntan las dimensiones de preocupación de la delincuencia juvenil en EU (80% de los adolescentes americanos estimaron haberse visto involucrados en por lo menos un acto delincente según un estudio de Gold and Pretonio 1980). Al explorar diversas variables en la conducta delincente (violencia en la disciplina de los padres, percepción de semejantes o miembros de la familia con conductas desviadas, discusiones y alborotos en el hogar, etc.), concluye que contrariamente a lo esperado, la agresión de los castigos no predice

estadísticamente los niveles de agresividad social.

Mednick y cols. (1987) analizaron la relación entre la ruptura del hogar y la conducta criminal, controlando las variables de status socioeconómico, criminalidad parental y el impacto de las familias no tradicionales (madres solteras o viudas). Los resultados confirmaron la hipótesis de que el número de arrestos en jóvenes se asocia diferencialmente de acuerdo con el tipo de estructura familiar: tienen más alto número de arrestos cuando provienen de familias divorciadas y no tradicionales que cuando pertenecieron a una familia nuclear. Sin embargo, de acuerdo con los autores no existe una relación directa entre divorcio y criminalidad en los hijos, como tampoco es posible establecer una asociación directa entre la criminalidad del padre y la del hijo, ya que median un gran número de factores que no se reducen a un modelo de identificación con valores antisociales.

#### 11.8 ESTUDIOS NATURALISTICOS SOBRE EL CONSUMO DE INHALANTES EN MEXICO.

Como antecedente más inmediato para el tema de la presente investigación se describen varios estudios realizados en el medio natural de los usuarios de inhalantes. Su importancia radica en el intento de comprender la problemática de inhalación en un sector de jóvenes marginales, con poco o nulo contacto familiar, que muchos de ellos abandonaron su hogar a edades tempranas obligándose a vivir en la calle, que en su mayoría no participan en instituciones educativas y no se acercan a los centros públicos de rehabilitación.

Uno de los estudios pioneros en esta línea fue el de De la Garza y cols.

(1977) con un grupo de 32 adolescentes inhaladores pertenecientes a 28 familias en la Ciudad de Monterrey. De su investigación se desprende un cuadro ilustrativo de la población marginal y su impacto en el sector adolescente:

La familia marginal es generalmente numerosa; 70% de las familias estudiadas estaban constituidas por más de 7 miembros, y algunas de ellas hasta por 16. La mayoría vive en condiciones de hacinamiento dada la alta natalidad y la costumbre de alojar a los parientes en las pequeñas viviendas. El hacinamiento condiciona conductas particulares dada la socialización de todos los conflictos familiares ("por la red de comunicación abierta y fluida") y la falta de intimidad de las funciones fisiológicas o de la vida sexual de los padres. Ello inevitablemente se traduce en una estimulación precoz del conocimiento sexual y en condiciones de vida promiscuas.

La desintegración familiar por el abandono de los padres constituye una característica muy marcada dentro de la población marginal: en uno de cada cinco hogares estudiados uno o ambos padres estaban ausentes, ya sea por abandono o por muerte. Esto provocaba que los muchachos viviesen sin familia organizada o con algunas personas que hacían las veces de núcleo familiar, funcionando como un allegado.

Del total de la muestra de adolescentes marginales, un 28% fueron abandonados (un 17% por el padre y un 11% por padre y madre). De esta población el 7.5% tenían padrastro.

La frontera entre la niñez y adultez suele ser imperceptible entre la población marginal. En el caso de las mujeres se les condiciona desde

pequeñas a adoptar el papel de la madre dentro de la casa y en muchas circunstancias a las hijas mayores se les delega el rol materno. Por su función fundamental y por su posición "privilegiada" dentro del hogar las familias tienden a retener a las hijas mujeres. El caso de los hijos varones es más dramático. Su permanencia dentro del hogar se justifica mientras asisten a la escuela. Pero cuando alrededor del quinto o sexto grado el niño deserta (uno de cada cinco lo hacen), se empieza a convertir en un verdadero conflicto familiar. Su dependencia ociosa aumenta la presión dentro de la familia para que consiga un empleo colaborando con recursos o se vaya de la casa.

Es así como más rápida o más lentamente, el adolescente varón desocupado es compelido a abandonar el hogar.

Al marginarse de la familia, el adolescente tiende a reunirse con grupos de jóvenes que comparten su misma situación. La pandilla le ofrece el respaldo y la seguridad perdidas al abandonar el hogar, pero en cambio le exige asumir las normas cohesionadoras del grupo, particularmente la inhalación de cemento. Las necesidades de sobrevivencia dentro de ese mar de absoluta miseria constituyen el marco que estimula el inicio de los actos delictivos cometidos por la pandilla. Uno de cada tres menores de la muestra tenían ingresos por pequeños robos que se destinaban principalmente para comer o para conseguir el inhalante. (p.88). Es por ello que el autor califica estos hurtos como delincuencia por causas sociales.

Más recientemente, De la Garza y cols. (1987) realizaron otra investigación con 284 menores infractores y su relación con la

farmacodependencia en diversas ciudades del noroeste de México. Encontraron que la mayor parte de las familias de menores infractores estaban constituidas por padre y madre, sin embargo la figura paterna se mostraba muy inestable: "el 45% no se encuentran en el hogar y el 6% lo abandonan ocasionalmente" (p.17).

En otra investigación sobre adolescentes infractoras, Boom M (1983) llega a conclusiones similares al cuadro de marginalidad detallado en una población de 45 mujeres entre 14 y 18 años del D.F. Del total de casos estudiados, sólo un 8.9% pertenecían a familias integradas por padre y madre. La causa más importante de desintegración vuelve a ser la ausencia de la figura paterna (42%). Otra constante es la presencia de familias numerosas constituidas por 7 miembros en promedio. También aparecen condiciones de hacinamiento en el hogar albergando a 10 o más personas por vivienda y un nacimiento casi ininterrumpido de los hijos.

Otro estudio pionero con niños de la calle fue el de Leal H y cols. (1977). La investigación se realizó en un lugar céntrico de la Ciudad de México con características propias para la presencia de una amplia población flotante desde niños hasta adultos.

Leal y cols. observaron varios grupos de población interactuando entre sí: niños (menores de 13 años), adolescentes (de 13 a 16), jóvenes (de 17 a 23) y adultos (mayores de 23). El grupo de adolescentes fue el más numeroso y menos estable. Fueron identificados como los mayores consumidores de inhalantes y casi todos habían estado reclusos en alguna institución correctiva o de rehabilitación. Los jóvenes, además de proteger a los niños, se dedicaban a conseguir y distribuir la droga.

Fue común el consumo de otras drogas como marihuana y alcohol entre los jóvenes, además de los inhalantes. Los adultos constituían un pequeño grupo de alcohólicos en su mayoría y no guardaban mucha relación con el resto de la población.

Como características generales Leal y cols. observaron: baja o nula escolaridad, varios años de haber abandonado el hogar, desempleados que cometen pequeños robos o se dedican al comercio ambulante, y consumo cotidiano de tolueno. Para los autores, la policía juega un rol represivo en la vida del inhalador dado que están en constante tensión para no ser detenidos.

Leal y cols. tomaron una muestra de 24 niños de entre 9 y 11 años en los que encontraron consumo diario de tolueno y ocasionalmente pegamentos o tiner; 14 eran originarios del D.F. y el resto de provincia; 17 de los 24 provenían de hogares incompletos con la ausencia de alguno de los dos padres (8 se habían sustituido por un padrastro). Las razones más comunes de abandono del hogar fueron el maltrato o el descuido de ambos padres.

Según refiere el mismo estudio, para los niños de la calle el inhalar unifica y da sentido a su vida. Sus actividades se organizan en torno a conseguir y consumir inhalantes. Su vida transcurre en la estructura de un grupo de semejantes con pautas y normas compartidas por todos cuyo eje es la inhalación. La relación de los niños con los jóvenes es complementaria. El niño busca protección y el joven encuentra satisfacción en protegerlo (aunque algunos los utilizan). "...el niño inhalador siempre está luchando por formar su propia familia, hace lo

posible por tener como padre a un joven y como la única figura femenina relevante de su vida a una prostituta de las que vagan en la zona" (p.451). De los 24 niños de la muestra, 15 tenían una relación estable con un joven y una prostituta.

Chavez MI y cols. (1997) realizaron un estudio etnográfico en una zona suburbana del D.F. de nivel socioeconómico bajo. Encontraron que los jóvenes se iniciaron en el consumo de drogas entre los 12 y los 16 años, coincidiendo en algunos casos, con la salida de la escuela o con problemas familiares. En un 70% se iniciaron con la inhalación de cemento y en un 30% con marihuana. Después del inicio en la adolescencia temprana, el consumo aumentó en forma progresiva hasta los 17 años de uso muy intenso en dosis y frecuencia. Después de esta etapa el consumo disminuyó y la ingestión de sustancias se hizo más selectiva. Los autores reportan que el 47% de los jóvenes consumían diariamente marihuana, cemento o pastillas; el 24% 2 ó 3 veces por semana y el otro 24% una vez a la semana. La población en general se caracterizaba por un origen familiar conflictivo (falta de atención, abandono del padre, alcoholismo, infidelidad, etc.), experiencias de abandono del hogar (40%), suspensión de estudios, y lo que, citando a Balis (1974) los autores calificaron como síndrome amotivacional: apatía, pasividad, falta de interés, pérdida de afectividad, y falta de deseos de superación.

Medina y cols. (1988) realizaron una investigación a través del método de observación participante en una zona del sur de la Ciudad de México. De un universo de 324 sujetos se entrevistaron a 66 de 6 a 18 años el



95% de los sujetos fueron masculinos, 67% no asistía a la escuela, y el 46% pasaba la noche fuera de su casa. El estudio reveló que, excluyendo tabaco, los inhalantes fueron la droga más consumida (27%). 9 de cada 100 sujetos reportaron inhalar 4 o más veces al día y el 0.2% consumía diariamente alcohol. No se reportó el consumo de ninguna otra droga. Los usuarios se dedicaban a actividades inespecíficas y algunos trabajaban. Para completar sus necesidades cometían robos menores a los supermercados. De los usuarios sólo el 17% pasa la noche con sus padres o familiares, 55% en la vía pública y el 16% restante en instituciones.

#### 11.9 EL ABANDONO DEL HOGAR.

De los diversos estudios descriptivos y naturalísticos es factible desprender algunas hipótesis interesantes que conducen al niño o adolescente al abandono del hogar.

De la Garza y cols. (1977) señalan que dentro de los grupos marginales existe una presión familiar de índole económica que empuja al menor fuera del hogar cuando llega a la adolescencia. Dicha presión se combina con el respaldo y compañía que el grupo de amigos le brinda y que también contribuye a su alejamiento del hogar.

Chavez M y cols (1977) por su parte, apuntan que el abandono del hogar en los adictos constituye una respuesta a una conflictiva familiar y también constituye un índice de la debilidad y laxitud de los controles familiares, combinado con un movimiento familiar de rechazo y temor al farmacodependiente.

Leal H. y cols. (1977) en su investigación con niños de la calle

concluye que la dinámica del inhalador "...comienza en el hogar ya sea que él esté en la necesidad de contribuir económicamente y tenga que salir a la calle a trabajar..., o bien, que comience a ausentarse de su casa por no soportar los problemas familiares, ya sea por una inadecuada relación con sus padres, quienes le dan malos tratos, o por la presencia de su padrastro, al que no soporta que esté viviendo con su madre, o que continuamente lo está echando de su casa". (p.457). Empieza escapándose temporalmente del hogar hasta que lo hace en forma definitiva reforzado por los grupos de niños que viven su misma problemática.

Para Diaz P. y Valera R. (1988) el menor que encara aspectos familiares y sociales nocivos, con el devenir del tiempo llega a enfrentar la disyuntiva, "...de seguir padeciendo con riesgo de seguirse afectando más psicológicamente u optar por una adaptación patológica, lo que vendría a significar su inserción a algún tipo de desviación social" (p.482). Ello significa la búsqueda en el exterior de la satisfacción a sus carencias y necesidades que en su momento el medio familiar no pudo proporcionar. Como es natural, el menor intentará encontrar la respuesta en el grupo de sus semejantes del que buscará desprender su propia identidad.

#### II.10 CONCLUSION DE ANTECEDENTES.

Del panorama observado hasta aquí sobre el consumo de drogas y las conductas antisociales, es factible concluir: que el consumo de drogas en nuestro país, si bien alcanza dimensiones importantes entre los jóvenes, aún no ha llegado a condiciones alarmantes y se conserva pero debajo de los índices de consumo de los EU; que los inhalantes como

droga de preferencia han venido ocupando los primeros lugares a nivel nacional junto con la marihuana; que los solventes reúnen ciertas características que los hacen accesibles a poblaciones de escasos recursos y en edades tempranas; que el consumo de inhalantes genera daño orgánico importante en particular en población infantil; que la etiología del uso de drogas y de las conductas delictivas responde a una dinámica multicausal en la que intervienen factores familiares (situaciones de desintegración, falta de cohesión, comunicación y control, desorganización, etc.), sociales (influencias del grupo de amigos, miseria, falta de ocupación, deserción escolar, etc.) y personales (sensaciones de angustia, depresión, frustración, agresión, etc.).

Del conjunto de factores etiológicos mencionados destaca la desintegración familiar como una constante poderosa, en particular la ausencia de padre que agrava las condiciones psicológicas y de marginalidad. Las conductas antisociales aunque están presentes en poblaciones de adolescentes normales, se expresan con índices más significativos en usuarios de drogas, particularmente en los considerados como severos. Los factores etiológicos mencionados se combinan de manera peculiar agudizándose en niños y adolescentes marginales, sobre todo en aquellos que han abandonado su hogar, alcanzando niveles elevados de consumo de drogas y actos delictivos. Finalmente, la salida del hogar por parte del menor responde a una conflictiva familiar que lo impulsa a buscar en el exterior aquello que su núcleo de origen no fue capaz de brindarle.

### III. MARCO TEORICO

#### III.1 LA ADOLESCENCIA NORMAL: UN PERIODO DE CONMOCION.

Los distintos autores conceptualizan el desarrollo "normal" del adolescente como una etapa difícil de transición entre la niñez y la adultez en la que el yo infantil tiene que pasar de una situación de extrema dependencia respecto a sus padres, a una nueva condición de independencia relativa, proceso mediante el cual, el joven adquiere su propia identidad.

Existe consenso en torno a que durante la adolescencia las manifestaciones físicas de la maduración sexual, el aumento de catexis libidinales bajo la égida genital y la reaparición del problema de las relaciones de objeto (con la consiguiente necesidad de retirar las cargas libidinales de los padres de la infancia lo que también supone la elaboración de un profundo duelo), plantean la necesidad de una nueva organización del yo y la búsqueda del restablecimiento del equilibrio roto. Por ello, se suele aludir al periodo adolescente como un pasaje difícil, una verdadera conmoción con grandes fluctuaciones en las identificaciones, en la personalidad, en la conducta y en los afectos aún en condiciones de un desarrollo normal en el sujeto. Los distintos autores califican el periodo adolescente como: un "síndrome" porque es "normal un cierto grado de patología" (Aberastury y Knobel 1978); un "entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador" (Winnicott 1971); un periodo en el que "se agudizan los problemas de identidad" (Erikson 1972) y como "un segundo paso en la individuación" mucho más complejo que el primero porque conduce al sentido de identidad

(Blos P. 1971).

Para Freud con el advenimiento de la pubertad aparece un nuevo fin sexual (hasta entonces básicamente autoerótico) vinculado con la reaparición del objeto. Este nuevo fin sexual subordina a todos los impulsos parciales bajo la primacia de la zona genital. Durante la pubertad "...tiene lugar en los dominios psíquicos el hallazgo de objeto, momento que se ha venido preprando desde la más temprana niñez. Cuando la primitiva satisfacción sexual estaba aún ligada con la absorción de alimentos, el instinto sexual tenía en el pecho materno un objeto sexual exterior al cuerpo del niño. Este objeto sexual desaparece después ...se hace en este momento autoerótico, hasta que, terminado el período de la latencia, vuelve a formarse la relación primitiva. ...El hallazgo de objeto no es más que un retorno al pasado." (Freud 1905 p. 124-5).

Para Blos (1971) la pubertad es el suceso biológico consistente en la aparición de las manifestaciones físicas de la maduración sexual, mientras que el término adolescencia lo emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. La adolescencia supone una nueva organización del yo cuyo equilibrio se ve alterado con el embate de la pubertad: "...es la expresión típica de las luchas adolescentes de recuperar o retener un equilibrio psíquico que ha sido sacudido por la crisis de la pubertad" (p.29). Blos señala que la adolescencia representa una "segunda edición de la infancia por cuanto la aparición de la pubertad"...evoca 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" (idem). Este segundo paso en la individuación (ya que el primero ocurre al segundo año de vida cuando el niño aprende a distinguir entre el ser y no ser), se ve acompañado de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión.

Con el advenimiento de la adolescencia el problema de las relaciones de objeto pasa a ocupar un lugar preponderante. La libido objetal debe trasladarse de los primeros objetos de amor (los padres) a un objeto heterosexual no incestuoso. Dentro de este largo proceso adolescente, Blos identifica varias fases. La preadolescencia hacia el fin de la latencia, se caracteriza por un aumento cuantitativo de la presión instintiva sin la presencia de nuevas metas u objeto amoroso nuevo. La adolescencia temprana se distingue por el inicio de la deslibidinización de los objetos de amor incestuosos sin la presencia de un objeto heterosexual capaz de contener la libido por lo que ésta flota libremente. En esta fase el amigo del propio sexo, como objeto libidinal adquiere mucha importancia. El hallazgo de un objeto heterosexual marca la entrada a la adolescencia propiamente tal, con el consecuente desprendimiento de los objetos infantiles de amor y la reaparición de los conflictos edípicos. "La formación de la identidad sexual es el logro final de la diferenciación del impulso adolescente durante esta fase" (idem pp. 89-136).

Aberastury y Knobel (1978) definen la adolescencia como una etapa en la que el individuo "busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales y verificando la realidad que el medio social le ofrece... (p.39). Supone la pérdida de su

condición de niño lo que obliga al sujeto a reformular los conceptos que tiene de sí mismo, abandonar su autoimagen infantil y proyectarse hacia la adultez. Los autores definen "el síndrome normal de la adolescencia" como un periodo en el cual: 1) hay una búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) hay una tendencia grupal para transferir al grupo la dependencia que mantenía con la familia; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear (forma típica del pensamiento adolescente como preparativo para la acción); 4) crisis religiosas; 5) desubicación temporal (convierte el tiempo en presente y activo para manejarlo); 6) evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad; 7) actitud social reivindicatoria (con tendencias antisociales de diversa intensidad) 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominadas por la acción; 9) separación progresiva de los padres y 10) constantes fluctuaciones en el humor y en el estado de ánimo (idem pp. 44-102).

Un tránsito relativamente normal por la adolescencia supone la elaboración de un triple duelo:

- por el cuerpo infantil
- por la identidad y el rol infantil y
- por los padres de la infancia.

"El duelo por la bisexualidad infantil perdida acompaña a estos tres procesos de duelo". La elaboración insuficiente de tales o la no elaboración de alguno de ellos durante la adolescencia, conducirá irremisiblemente a las "fijaciones o exageraciones de estos procesos, que podrán ser identificados en la conducta psicopática". (Idem pp. 154-5).

Erikson asocia el periodo adolescente con la crisis de identidad, desde su óptica psicosocial. "Los problemas de identidad se agudizan con ese cambio durante la pubertad, cuando se vuelven inevitables las imágenes de roles futuros". (1972 p. 36). Para Erikson, la evolución de la sociedad ha permitido que los jóvenes posterguen por un tiempo, su inserción al mundo del trabajo a cambio de que se preparen técnica y culturalmente. A este periodo lo denomina como Moratoria Psicosocial: "...periodo en el que el joven puede dramatizar o, por lo menos, experimentar con pautas de conducta que son - o no llegan a ser infantiles y adultas a la vez, y sin embargo con frecuencia incorporarse en forma aparatosa a ideas tradicionales o a nuevas direcciones ideológicas" (p.121).

Erikson afirma que el yo del adolescente necesita una cierta difusión de la identidad: "experiencias en que son expandidas algunos límites del sí mismo para incluir una identidad más amplia, con ganancias complementarias en el tono emocional, en la certidumbre cognocitiva y en la convicción ideológica, presentándose todo esto dentro de estados de amor, de unión sexual,...y de inspiración creadora". En contraste, el adolescente puede caer en estados de confusión de identidad que suponen un "empobrecimiento y una disipación de las ganancias emocionales, cognocitivas y morales dentro de un transitorio estado grupal, en un renovado aislamiento, o en ambos." (p. 131).

Winnicott por su parte señala que durante la adolescencia se vuelve a poner en juego la crianza materna "lo bastante buena". En ese periodo el sujeto asiste a una reedición de las etapas infantiles: "los mismos



problemas que existían en las primeras etapas, cuando los mismos chicos eran bebés o niños más o menos inofensivos, aparecen en la pubertad." (1971, p. 186). El afirma sin embargo, que no obstante haber existido un ambiente facilitador adecuado es previsible el surgimiento de conflictos propios de la naturaleza del crecimiento adolescente en la búsqueda del sí mismo: "Vale la pena destacar que si uno ha pasado bien por esas primeras etapas, y hace lo propio en las siguientes, no debe contar con un buen funcionamiento de la maquinaria. En rigor, tiene que esperar que surjan problemas." (idem).

En el restablecimiento del equilibrio el adolescente normal hace uso de ciertos mecanismos defensivos, entre los que destacan el ascetismo y la intelectualización, (descritos por Ana Freud como típicos de la adolescencia 1984, pp. 169-189), el fantasear en los sueños diurnos y la tendencia grupal o uniformización. (Blos p. 166 y Aberasturty pp. 59-65). Tales mecanismos de defensa protegen al adolescente de caer en la actuación de los impulsos como último recurso. "El intelectualismo del adolescente no parece tener otra mira que la de contribuir a los ensueños diurnos. Tampoco las fantasías ambiciosas del período prepuberal están destinadas a realizarse". (A. Freud 1987 p. 177). El pensamiento adolescente rico en fantasías, permite un control intelectual de la realidad e impide el paso a la acción que pudiera traducirse en una genitalidad precoz defensiva (Blos p. 131), o en conductas abiertamente psicopáticas (Aberasturty y Knobel p. 122).

De lo expuesto hasta aquí es factible destacar varios aspectos de importancia. La adolescencia "normal" representa un período conflictivo

porque se asocia a la crisis de identidad dentro de un proceso natural de individuación. Con los cambios fisiológicos de la pubertad emerge una preponderancia de los impulsos genitales y en consecuencia, el adolescente se ve enfrentado con el problema de las relaciones de objeto.

La tendencia natural a elegir a sus primeros objetos u objetos incestuosos debe ser reprimida para pasar a la elección de un objeto heterosexual; es un largo proceso de prueba y ensayo dentro del cual la libido clama por acomodarse. El adolescente debe ser capaz también de elaborar el duelo de su condición infantil que supone la pérdida del "cuerpo, el rol y los padres de la infancia". Y, finalmente, un "ambiente facilitador" favorable colocará al adolescente en mejores condiciones para este tránsito, pero de modo natural es previsible la aparición de conflictos.

### III.2 EL ADOLESCENTE FRONTERIZO Y LA ORGANIZACION LIMITE DE LA PERSONALIDAD.

Hasta aquí se analizaron los procesos psicológicos de la adolescencia considerados en términos normales. Es evidente sin embargo, que para aquellos adolescentes que tuvieron graves carencias desde su niñez temprana, con un ambiente facilitador bastante hostil y que fueron objeto de un abandono virtual o real (como es el caso de la población de adolescentes indigentes de nuestra investigación), resulta insuficiente la caracterización descrita para el adolescente normal. Es preciso, en consecuencia, hacer una revisión de otras conceptualizaciones que se refieren al adolescente fronterizo.

Resulta obvio de entrada, que todos los procesos conflictivos del adolescente normal en términos de su crecimiento fisiológico, el problema de las relaciones de objeto, la crisis de identidad, duelos por la infancia, etc. se ven de suyo amplificados o revisten una naturaleza diferente en aquellos adolescentes que emergen de un mundo plagado de carencias objetivas y afectivas. Los mecanismos defensivos a los que recurren serán, por lo tanto, de una calidad diferente.

Algunos autores han estudiado la relación que existe entre el adolescente y el síndrome fronterizo (Kernberg O. 1987 y Aberastury y Knobel 1987) destacando las dificultades para distinguir lo normal de lo patológico durante este periodo en un sentido neurótico o límite. Apuntamos a continuación varios puntos que al respecto señala Kernberg (p.46-7).: "Al aplicar criterios estructurales a la evaluación inicial de pacientes adolescentes, el clínico se enfrenta con varios rasgos que complican."

- 1) "Los afectos desorganizadores de la neurosis sintomática de la adolescencia, ansiedad y depresión típicamente graves, pueden afectar el funcionamiento total del adolescente...a un grado que puede parecerse al colapso social más grave típico de los trastornos límite".
- 2) "La tendencia del adolescente hacia crisis de identidad... que parece un cambio radical en la personalidad en el curso de algunos meses. Estas alteraciones repentinas en la identificación originan la cuestión de si está presente el mucho más grave síndrome de difusión de identidad".

- 3) "Los conflictos de autoridad"... pueden reflejar necesidades neuróticas de dependencia y rebelión, a patología grave en el área de las relaciones objetales y una manifestación del síndrome de difusión de identidad".
- 4) "...la conducta antisocial en el adolescente puede ser expresión de una adaptación normal o neurótica a un grupo antisocial... o reflejar patología grave de carácter y organización de personalidad límite tras la máscara de una adaptación a un grupo antisocial".
- "...las relaciones narcisistas normales, neuróticas e infantiles, tan frecuentes en la adolescencia pueden ocultar una estructura de personalidad narcisista grave".
- "...el surgimiento normal de tendencias sexuales perversas múltiples en la adolescencia puede imitar la condensación de rasgos genitales y pregenitales... típica de la organización límite."
- "...los trastornos psicóticos de desarrollo más lento, como la enfermedad esquizofrénica crónica, pueden hacerse pasar por trastornos límite por la predominancia de patología grave de las relaciones objetales, retraimiento social y grave patología del carácter en general."

erson (1975) nos ofrece un amplio panorama de las características adolescente fronterizo y de su manejo defensivo. Para dicho autor adolescente fronterizo quedó sujeto en la fase de individuación y por no logró atravesar las etapas evolutivas normales del proceso de

separación-individuación. En consecuencia, dentro de la personalidad del fronterizo subyace una fuerte "depresión por abandono" y una "fijación narcisista oral" que no son perceptibles a simple vista ya que se ocultan tras fuertes mecanismos de defensa y en la edad cronológica del sujeto que desmiente el estado infantil de su carácter (p.39). "El núcleo de la teoría es que la separación, para el paciente fronterizo, no evoluciona como una experiencia normal de su desarrollo, sino que, por el contrario, implica tan intensos sentimientos de abandono que se la experimenta como una verdadera cita con la muerte. Para defenderse contra esos sentimientos, el paciente fronterizo se aferra a la imagen materna,..."(p.40).

La etiología de tal proceso la abordaremos en el siguiente apartado. Baste aquí señalar, que de acuerdo con el autor, los orígenes de la patología del fronterizo remontan a una falla en las primeras relaciones de objeto y están asociados con profundos sentimientos de abandono que son propiciados por la figura materna frente a los intentos de individuación del infante.

De acuerdo con Masterson las características sobresalientes del adolescente fronterizo son:

1. Una historia de grave privación oral y frustración oral.
2. Una estructura del carácter...con defectos del yo que se manifiestan en: motivación por el principio del placer,...baja tolerancia frente a las frustraciones, pobre comprobación real, fronteras del yo pobres, incapacidad para tolerar la frustración de contener sus sentimientos y por lo tanto, la tendencia para actuarlos, recurso a la fantasía antes

que a la realidad...

3. El uso prominente de las defensas que configuran un cuadro de adaptación defectuosa, tales como la negación, la proyección, el retraimiento y la actuación como mecanismos defensivos. ...La actuación descarga sentimientos y de ese modo impide que estos se eleven a la conciencia.

4. ...relaciones objetales muy pobres. Sus relaciones con otros se basan en la proyección de estas actitudes internas que ha derivado de sus padres y por lo tanto representan la fantasía antes que la realidad. Trata con las personas como reproducciones de sus padres que van a abandonarlo y no como personas que pueden llegar a convertirse en amigos suyos. No posee una confianza básica y tiende a ser a veces retraído, a aislarse, a ser provocativo, manipulador y hostil.

5. Retraso en la maduración que puede constatararse en el desarrollo inadecuado de sus capacidades sociales y de sus logros. No logra aprender las habilidades sociales básicas típicas del periodo de latencia. (pp. 129-130).

Cuando Masterson señala que los fronterizos carecen de constancia objetal, está aludiendo al hecho de que no son capaces de realizar una percepción global del objeto o de las personas. Se manejan con percepciones parciales en la que los objetos son escindidos como totalmente buenos o totalmente malos. (p.45).

Masterson realiza un paralelo entre los adolescentes fronterizos y los niños de Bowlby que son infantes de 18 meses que fueron separados de sus padres. Bowlby observó tres etapas en el manejo del duelo infantil:

protesta y deseo de reunión, desesperanza y desvinculación... (p.55). Según Masterson "cuando los adolescentes fronterizos atraviesan la experiencia de separación, contra la que se han estado defendiendo toda su vida, parecen reaccionar exactamente como los niños de Bowlby". Al principio buscan adherirse o aferrarse al objeto perdido expresando sus deseos de reunirse con él. Cuando ello no se logra, el joven fronterizo pasa a un estado de depresión que contiene intensos sentimientos de enojo y desesperación; continúa defendiéndose mediante varias defensas en particular a través de la actuación. Finalmente, los pacientes entran en un estado similar al que Bowlby describió como desvinculación: "...con la progresiva constricción de yo y una incapacidad cada vez mayor para ser influidos por los demás o comprometerse en una relación personal, por temor a sufrir" (p.56).

Por otro lado, Masterson siguiendo la distribución de los fronterizos realizada por Giovacchini señala que los casos límite pueden diferenciarse de acuerdo con la profundidad de sus perturbaciones en un "...espectro que va desde el caso psiconeurótico más grave al caso del fronterizo más perturbado, que se asemeja muy de cerca al psicótico manifiesto." En el extremo de mayor salud están los pacientes narcisistas; en el centro los casos perturbados de manera más activa, aquellos que tienden más a la actuación aunque conservan un nivel de adaptación tal que les permite seguir funcionando; en el extremo que se acerca la psicosis, están los pacientes con graves perturbaciones que muestran fuertes ideas paranóicas, profundos sentimientos de vacío y relaciones objetales leves. (p.59).

Para Masterson la clave para el diagnóstico de los pacientes fronterizos

no se encuentra en los síntomas subjetivos que relata el paciente sino en su actuación. Según él, la actuación representa "...una defensa contra el sentimiento de depresión que se experimenta al recordar la desesperación, el abandono y la impotencia que se asocian con la separación con respecto al padre o a la madre, según el caso" (p.65). La actuación como defensa puede revestir un sinnúmero de formas de distinto grado: "puede tratarse, para comenzar, de un aburrimiento leve, inquietud, dificultad para concentrarse en la escuela, hipocondriasis y quizás hasta un exceso de actividad (física y sexual). Por último, aparecerán formas más flagrantes de actuación: conductas antisociales, hurto, bebida, uso de drogas tales como la marihuana, ...absorción de cemento...promiscuidad, fuga, accidentes automovilísticos y el comportamiento que por lo general se identifica con el hippie"(64).

Los fronterizos provienen de hogares con dificultades en la comunicación familiar. Por ello no pueden poner en palabras su desesperación y sus pedidos de ayuda por lo que recurren a la acción como forma de comunicación: "la expresión mediante una acción -un pedido de ayuda\_ comunica de manera aguda y exacta el grito de socorro. La acción... por lo general se dá dentro de una larga serie de acciones escaladas de manera gradual cuya meta, de alguna manera, era penetrar en el aparente vacío de percepción, y hasta en la indiferencia, que ha creado la incapacidad de los padres para ver al adolescente tal como es". Y más adelante: "La larga historia de los pedidos de ayuda bajo la forma de acciones por parte de estos adolescentes es un testimonio dramático de la fuerza de la resistencia de los padres. A cada una de estas acciones los padres responden con una aparente falta de percepción del mensaje,



que arrastra al hijo a otra acción, mucho más dramática y flagrante.." (p. 67).

La sensación de abandono en los fronterizos se compone según Masterson de seis sentimientos: depresión, enojo, temor, culpa, impotencia y vacío. La intensidad y el grado como se presenten dependerá del trauma evolutivo de cada individuo. (p. 81-85). Resulta interesante resaltar como, para llenar la sensación de vacío relacionada con la depresión por abandono el adolescente fronterizo recurre al consumo de drogas: "los adolescentes fronterizos que se describen en este libro, que actúan y roban, que consumen drogas de menor potencia que la heroína poseen la misma motivación: usar la droga como suministro emocional para protegerse contra el vacío interior que está relacionado con la depresión por abandono." (p.85).

Aberastury y Knobel al analizar la relación entre adolescencia y psicopatía señalan el carácter circunstancial de ciertas defensas que pueden parecer psicopáticas en el adolescente normal cuando recurre a la acción: "El acting out motor, producto del descontrol frente a la pérdida del cuerpo infantil se une al acting out afectivo del rol infantil que está perdiendo; aparecen entonces conductas de desafecto de crueldad con el objeto, de indiferencia de falta de responsabilidad, que son típicas de la psicopatía, pero que encontramos en la adolescencia normal... La diferencia fundamental reside en que en el psicópata esta conducta es permanente mientras que en el adolescente normal es un momento circunstancial y transitorio que se somete a rectificación por la experiencia" (1987 p. 62). El psicópata, a

diferencia del adolescente normal, fracasa en la elaboración del duelo y utiliza defensas rígidas para eludir la depresión; disocia el pensamiento y el afecto por lo que la experiencia no puede ser usada como correctivo; necesita estar con gente para evitar el conocimiento de su interior; reviste una compulsión a actuar y una dificultad para pensar; (pp. 115-125); "el aprendizaje no se logra a través de la acción, porque esta es usada como defensa. Mecanismos de proyección, negación y represión condicionan trastornos en la memoria y en la relación con los objetos." (p.130-1).

Kernberg (1987) señala que en la organización límite de la personalidad se asiste a la falta de integración de la visión interna de sí mismo y de los demás. Esta carencia de una identidad integrada, él la denomina como el síndrome de difusión de la identidad: "clínicamente, la difusión de identidad se representa por un concepto pobremente integrado de sí mismo y de otros significantes. Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y emprobrecidas de los demás." (p.9).

Respecto al manejo defensivo, Kernberg (idem pp. 12-16) expresa que la naturaleza de las defensas en el neurótico y en el borderline son diferentes. La estructura límite y psicótica se caracterizan por una predominancia de operaciones defensivas primitivas, en especial el mecanismo de escisión. La escisión y otros mecanismos protegen al yo de conflictos mediante la disociación o manteniendo activamente aparte las experiencias contradictorias de sí mismo y de los demás significantes.

La escisión junto con la idealización primitiva, la proyección primitiva y la identificación proyectiva protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico pero al costo de debilitar el funcionamiento de su yo.

La manifestación más clara de la escisión es la división de los objetos externos en completamente buenos y completamente malos, con la posibilidad de cambios abruptos de un objeto desde un extremo al otro. La idealización primitiva crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas.

La identificación proyectiva se caracteriza por la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente sobre la otra persona, con el consiguiente control del otro bajo este mecanismo.

La negación refuerza la escisión, negando dos áreas de la conciencia emocionalmente independientes.

Kernberg habla de la integración de un self grandioso patológico como compensación de la falta de integración del self normal. Para él existe una fusión del objeto ideal del self, objeto ideal y las actuales imágenes del self como defensa en contra de una realidad insoportable en el contexto interpersonal, con aspectos de devaluación y destrucción y de objetos internos y externos. (Kernberg 1975).

Winnicott (1971) por su parte, señala que el abandono del adolescente en esa etapa crucial de su desarrollo lo obliga a saltar a una "falsa madurez"; a adoptar una personalidad "como si"; a convertirse en adulto por un proceso falso. Para Winnicott la fantasía de crecimiento en el

adolescente es una fantasía de asesinato, porque crecer significa pasar a ocupar el lugar del padre: "En la fantasía inconsciente total correspondiente al crecimiento de la pubertad y la adolescencia existe la muerte de alguien" (p. 187). Este tema inconsciente puede hacerse manifiesto como experiencia de impulso suicida o como suicidio real.

Para Winnicott en la naturaleza misma del adolescente está un cierto grado de inmadurez que debe ser reconocida y respetada. El hacer a un niño o a un adolescente responsable prematuramente (por la muerte de un padre o por la separación de la familia), lo hará "prematamente viejo" y perderá espontaneidad y creatividad. "Es claro que si las circunstancias varían (por ejemplo, si uno se enferma o muere, o se ve en aprietos financieros), no se podrá dejar de invitar al joven a que se convierta en una agente responsable antes de que madure la ocasión. Quizá deba cuidar a niños menores, o educarlos, y puede existir una absoluta necesidad de dinero para vivir. Pero las cosas son muy distintas cuando, por política deliberada, los adultos delegan la responsabilidad; ...tal cosa puede ser una forma de traicionar a los hijos en un momento crítico". (p.188).

Hasta aquí conviene destacar, en términos de la presente investigación lo siguiente: el síndrome del fronterizo está asociado a una fuerte privación afectiva en la infancia temprana, producto de un abandono virtual o real de los padres. Como defensa ante la depresión por abandono, el fronterizo recurre a la actuación en el amplio sentido de la palabra, lo que según Masterson, en su forma de comunicación peculiar, representa una llamada de auxilio que ha sido imperceptible para los

padres. Tal actuación se expresa en conductas autodestructivas y antisociales referidas generalmente al consumo de drogas, a una genitalidad precoz o a acciones delictivas. La personalidad límite en su versión psicopática, presenta grandes dificultades para elaborar los duelos normales de la adolescencia porque supondría ponerse en contacto con su depresión. La organización límite de la personalidad producto del síndrome de difusión de identidad, hace uso de defensas muy primitivas en particular de la escisión, proyección e identificación proyectiva. La creación de un "self grandioso patológico" en las personalidades narcisitas actúa como compensación y como defensa frente a una realidad insoportable. Y, finalmente, el asumir responsabilidades durante la adolescencia para las cuales el yo del sujeto no está aún lo suficientemente preparado, genera una personalidad "como si".

### III.3 ETIOLOGIA DEL SINDROME FRONTERIZO.

La génesis psicodinámica de la patología del fronterizo se asocia a fallas estructurales en las primeras relaciones de objeto. Los desórdenes graves de los casos límite se remontan a fijaciones en etapas pregenitales, vinculadas a una relación primaria deficiente o insuficiente.

Masterson, siguiendo el modelo de Mahler, señala que "...a diferencia del autista o psicótico infantil, el paciente que sufre el síndrome fronterizo ha superado la etapa simbiótica y ha quedado fijado en una de las subfases de la etapa de separación individuación, probablemente en la subfase de la reunión (15 a 22) meses, cuando la capacidad de compartir de la madre se convierte en un catalítico crucial para el

proceso de individuación." (1975 p. 44). Para dicho autor, la madre, padeciendo ella misma del síndrome no puede ver al hijo tal como es, sino como una extensión de sí misma; proyecta en su hijo figuras que vienen a llenar sus propias carencias. Por eso, estimula la unión simbiótica con su hijo como una forma de preservar suequilibrio emocional. El niño, por su parte, atrapado" ...entre su propio impulso evolutivo hacia la individuación y la autonomía, y el retiro de los suministros emocionales de su madre que este crecimiento traería aparejado", renuncia a su individualidad por las amenazas de abandono que se ciernen sobre su yo inmaduro. (p.43).

Spitz (1983) por su parte, también asigna a las relaciones de objeto perturbadas la causa remota de lo que él denomina como indigencia emocional. "Privar a los infantes, en el primer año de vida de las relaciones de objeto es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales. Tales infantes presentan un cuadro clínico impresionante; da la impresión de haber sido privados de cierto elemento vital para la supervivencia". (p.157). Para Spitz las relaciones madre-hijo incorrectas, producto de deficiencias en la personalidad de la madre, conducen a enfermedades psicotóxicas (factor cualitativo de la relación). Y relaciones madre-hijo insuficientes, conducen a enfermedades psicogénicas de dos tipos: cuando es una privación emocional parcial, a la depresión anaclítica cuando es total al marasmo (factor cuantitativo).

Balint M. (1982) al aludir a la génesis de la "falta básica" señala que responde a un desajuste entre el niño y las personas que componen su ambiente, generando una discrepancia entre sus necesidades

biopsicológicas y los cuidados psicológicos o materiales que se le brindaron. La causa puede ser congénita o ambiental "...como cuidados insuficientes, deficientes o fortituos o una actitud demasiado ansiosa o sobreprotectora o áspera, rígida, groseramente incoherente, inoportuna, sobrestimulante o sencillamente incomprendida o indiferente". (p.36). Para dicho autor, la falta básica tiene un origen claramente pregenital: corresponde a una relación entre dos personas; su naturaleza no es la de un conflicto, el lenguaje verbal no tiene una significación convencional reconocida, pertenece a una instancia de relación primaria o amor primario y cualquier frustración suscita síntomas en alto grado vehementes y pronunciados.

Kernberg (1987) plantea la intervención de conflictos pregenitales y genitales en la conformación de la personalidad borderline con un predominio de estos primeros: "la organización límite de la personalidad presenta una condensación patológica de luchas instintivas genitales y pregenitales con predominancia de la agresión pregenital." (p.18). Habla también de la gran discrepancia entre la historia real del paciente y la experiencia subjetiva que este guarda de la misma: "...mientras más grave la patología del carácter, menos confiable la historia inicial. En los trastornos narcisistas graves y en la organización límite de la personalidad, generalmente, la historia inicial del desarrollo temprano es con frecuencia vacía, caótica o engañosa". Aberastury y Knobel (1987) señalan el origen pregenital de la patología psicopática que, de acuerdo con ellos, se asocia al fracaso en la elaboración de duelos y en la imposibilidad de acceso a una identidad sexual: "...para investigar el punto de fijación de la psicopatía sería imprescindible estudiar siempre

las circunstancias y los manejos defensivos que en el primer año de vida dificultaron la elaboración del duelo por el pecho y el paso al padre, ya que el fracaso en el logro de una identidad sexual es ... de fundamental importancia en este trastorno (p. 133-4).

De esta breve revisión de las condiciones genético-dinámicas del fronterizo conviene resaltar: 1) las deficiencias de la relación primaria madre-hijo (de un carácter predominantemente pregenital) sea por insuficiencia relativa al abandono o por una relación cualitativamente inadecuada; 2) los padres de hijos fronterizos en términos generales, también se encuentran perturbados por el mismo síndrome por lo que no son capaces de ver a sus hijos sino como proyecciones de sí mismos.



#### IV. METODOLOGIA Y PROBLEMA DE INVESTIGACION.

##### IV. 1. OBJETIVO GENERAL.

La presente investigación intentó estudiar, en una muestra de adolescentes indigentes de la Ciudad de México, la relación que existe entre el consumo de drogas y las conductas antisociales por una parte y el origen familiar y las condiciones de abandono virtual o real por la otra.

##### IV. 2 HIPOTESIS

###### HIPOTESIS CONCEPTUALES.

1. El origen familiar en términos de la presencia o ausencia de ambos progenitores y la edad de la salida del hogar o el abandono por parte de las figuras parentales, favorecen el consumo de drogas y las conductas antisociales en los adolescentes indigentes.
2. El consumo de drogas y la realización de conductas antisociales impiden que se eleven a la conciencia la depresión, las sensaciones de vacío, impotencia y enojo que subyacen a las condiciones de abandono; sea este virtual o real.
3. La salida del menor de su hogar voluntaria o involuntaria (por desatención, maltrato, rechazo o expulsión), expresan una dinámica familiar conflictiva y condiciones de abandono virtual que orillan al menor a buscar en el afuera lo que no encuentra adentro.

## HIPOTESIS DE TRABAJO

- H1. Aquellos adolescentes indigentes que provengan de familias incompletas o desintegradas tendrán mayor tendencia al consumo de drogas y a la actuación de conductas antisociales respecto de aquellos que provengan de familias nucleares o compuestas.
- H2. Cuando los adolescentes indigentes tengan su origen en familias compuestas tendrán mayores niveles de consumo de drogas y conductas antisociales respecto de aquellos cuyo origen sea de familias nucleares.
- H3. Cuanto más pronto los adolescentes indigentes hayan salido del hogar mayor será su tendencia a ingerir drogas y a cometer actos delictivos.
- H4. Entre más temprano en la vida de los adolescentes indigentes haya estado presente el abandono o pérdida del padre o la madre, mayor será su tendencia al consumo de drogas y a las conductas antisociales.
- H5. En la población de adolescentes indigentes existe una relación significativa entre la ausencia del padre o su pérdida a edades tempranas y la tendencia a cometer actos antisociales.
- H6. Existe una correlación positiva entre el consumo de drogas y la actuación de conductas antisociales en los adolescentes indigentes masculinos de la muestra.

#### IV.3 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

##### VARIABLES ATRIBUTIVAS

En la presente investigación se delimitaron como variables atributivas el tipo de familia de origen del menor, la edad de la salidad del hogar y/o la edad de la pérdida o abandono del padre, la madre o ambos.

##### 1. El tipo de familia de origen.

Como se puso de manifiesto en el capítulo de antecedentes, las situaciones familiares de desintegración y desvinculación constituyen un caldo de cultivo importante para el surgimiento de conductas adictivas y antisociales en jóvenes. Ello es mayormente significativo para la población indigente.

En la presente investigación se agruparon a los adolescentes indigentes de la muestra de acuerdo con los siguiente tipología de núcleos familiares:

- familias nucleares
- familias compuestas
- familias desintegradas o incompletas.

La familia nuclear es aquella en cuya estructura estuvieron presentes las dos figuras parentales del menor durante sus primeros 10 años de vida. En consecuencia, se clasificaron dentro de dicho grupo a aquellos sujetos que convivieron con padre y madre por lo menos hasta tal edad. Dentro del grupo de familias compuestas se consideró a aquellos adolescentes en cuyo marco familiar, la pérdida temprana de alguno de

los dos progenitores, fue reemplazada por un padre sustituto o por algun familiar que pudo ejercer un rol parental, tambien sobre la base de los primeros 10 años de vida. Finalmente, se consignó dentro del grupo de familias desintegradas, a los sujetos en cuyo núcleo familiar estuvo ausente alguna de las dos figuras parentales en el mismo lapso señalado.

Como para la determinación de la variable atributiva tipo de familia de origen intervinieron dos factores en interacción (presencia o ausencia de las figuras parentales por un lado, y esto durante los primeros 10 años de vida por el otro), aquellos sujetos que salieron de su casa o fueron abandonados antes de tal edad, se les consideró dentro del grupo de familias desintegradas.

## 2. Edad de la pérdida o abandono del padre, la madre o ambos.

La pérdida alude a razones de muerte de cualquiera de los dos progenitores. El abandono apunta al alejamiento de los padres o de uno de ellos respecto del menor. Ambas situaciones fueron sinónimo de desamparo, desatención, indefensión o desabrigo, dado que en las dos se colocó al niño o adolescente frente a condiciones hostiles en un momento temprano de su existencia.

Se delimitaron los siguientes indicadores:

- edad de la pérdida del padre.
- edad de la pérdida de la madre.
- edad de la pérdida de ambos.
- edad del abandono del padre
- edad del abandono de la madre

- edad del abandono de ambos.

### 3. Edad de la salida del hogar del menor.

A la expulsión o huida del hogar por parte del menor subyace un abandono virtual que puede manifestarse desde la indiferencia y la desatención hasta el maltrato permanente o el franco rechazo familiar. Se partió de la hipótesis de que la salida del hogar por parte del menor, representó situaciones de conflicto familiar en las que probablemente faltó alguna figura parental que lo rescatase; dicho abandono virtual lo obligó a buscar afuera lo que no obtenía adentro.

La variable de la edad de la salida del hogar se tomó en dos sentidos.

El primero aludió a la dinámica familiar conflictiva a la que hacíamos referencia, en donde se presupuso mayor conflicto familiar allí donde la salida del hogar se dió más tempranamente, a una edad en la que se tienen menores recursos para enfrentar el mundo externo; sin embargo, la magnitud del conflicto vivido por el menor era mayor dentro del núcleo familiar y con consecuencias psicológicas más graves que los pormenores del mundo externo y el desamparo.

El segundo aludió al tiempo que el menor estuvo expuesto, desde su salida del hogar, a determinados factores que predisponen el consumo de drogas y las conductas antisociales, tales como la pertenencia a un grupo de semejantes; la carencia de un marco escolar, las condiciones de miseria y la imposibilidad de tener acceso a los satisfactores necesarios por canales socialmente aceptados.

Para dicha variable se apuntaron los siguientes indicadores:

- edad de la salida voluntaria del hogar.
- edad de la salida del hogar por expulsión.

Se tomó como edad criterio la primera salida que duró más de tres días seguidos.

Se dejaron de lado las causas específicas de la salida del hogar o del abandono parental por ser variables de difícil acceso en la investigación. No obstante lo anterior, se intentó medir las opiniones del menor al respecto, en particular la actitud de los padres hacia su salida.

#### VARIABLES DEPENDIENTES.

Las variables dependientes se desprendieron de dos prácticas íntimamente asociadas en los adolescentes indigentes: uso de drogas y actos delictivos.

##### 1. Consumo de drogas.

Se señalaron los siguientes indicadores:

- consumo de tabaco.
- consumo de alcohol.
- consumo de marihuana.
- inhalación de solventes.
- consumo de anfetaminas, tranquilizantes o sedantes.

Se entiende por consumo de drogas el acto de ingerir, fumar, aspirar, masticar o inhalar cualquiera de los fármacos enunciados con fines somníferos, de estimulación o alucinación, que eventualmente pueden generar adicción o dependencia.

En la presente investigación se midió la edad de inicio, la dosis, y la frecuencia en el consumo de cada una de las drogas tomadas individualmente así como su presencia combinada.

## 2. Conductas antisociales.

Se delimitaron los siguientes indicadores:

- robar o hurtar.
- golpear o dañar algo a propósito.
- golpear o herir a alguien.
- tomar parte en riñas.
- vender drogas.

Conducta antisocial se define como la realización de actos sancionados por la sociedad que tienen como fin el apropiarse de algo ajeno, maltrato a otro en su persona o en sus bienes, o bien el comercio con productos nocivos a la salud como las drogas.

Dentro de la investigación se midió la presencia o ausencia de los actos delictivos enunciados, así como su frecuencia en los últimos doce meses.

## IV.4 POBLACION.

Dentro de la presente investigación se definió a los adolescentes indigentes como aquellos sujetos comprendidos entre los 13 y 17 años de edad, provenientes en su mayoría de familias desintegradas desorganizadas o caóticas, cuya principal característica es la de haber abandonado su hogar o haber sido abandonados por sus padres durante la infancia o adolescencia, lo que los colocó en una situación de

indigencia y los obligó a vivir en la calle con todas sus vicisitudes. La mayor parte de tales adolescentes son de extracción socioeconómica baja, con poca o nula escolaridad, desempleados o subempleados, consumidores de drogas (particularmente inhalantes), y pertenecientes a un grupo de iguales o "pandilla" con el que comparten patrones y normas.

El universo de población de adolescentes indigentes de la Ciudad de México es muy complejo y heterogéneo con dimensiones difíciles de cuantificar. Residen en las calles sin punto fijo y por lo general se agrupan en pandillas que son de difícil acceso para una persona ajena al medio.

El DDF como parte del "Programa de Reorientación y Reducción de la Mendicidad" cuenta con varios Centros de Protección Social para dar abrigo a niños y adolescentes indigentes. El planteamiento inicial de la presente investigación pretendía tomar como muestra a la población fija y flotante del Centro Heroes de Celaya que era el que más concentraba población adolescente de las características mencionadas. Sin embargo, durante el tiempo que transcurrió entre la elaboración del proyecto y la realización de la investigación, se abrió un nuevo Centro denominado "Casa de la Juventud" y, por problemas de índole institucional, se limitó temporalmente el ingreso o la captación de población flotante. Dada la modificación de las condiciones originalmente planteadas, se decidió trabajar con las poblaciones fijas de ambos Centros, que para fines de la investigación, se consideró como un sólo grupo con características similares, es decir, tomándolos como una sola muestra.

Del Centro Heroes de Celaya se entrevistaron a 37 sujetos y de la Casa



de la Juventud a 19 (N = 56). En todos los casos se trató de adolescentes masculinos de 13 a 17 años de edad.

De este modo, la investigación tomó una muestra no probabilística intencional o accidental, en el sentido de que no respondió a condiciones de aleatoriedad y en el sentido de que aprovechó la población disponible en dichos Centros.

#### IV.5 INSTRUMENTOS.

##### IV.5.1. CUESTIONARIO SOBRE USO DE DROGAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS DIRIGIDOS A MUESTRAS DE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR.

###### ANTECEDENTES.

El cuestionario fue elaborado por un equipo de trabajo internacional en el marco de la Organización Mundial de la Salud. Se tenía el propósito de integrar un instrumento de autoreporte anónimo, válido y confiable para evaluar el uso de drogas entre gente joven en los distintos países con reactivos básicos estandarizados (Castro ME Manual para...).

El plan general de trabajo consistió en la aplicación de dicho cuestionario en varios países a muestras de 300 estudiantes de ambos sexos pertenecientes al medio rural y urbano. Los países que participaron fueron: Canadá, India, Malasya, México y EU. En todos esos países se aplicaron una serie de reactivos básicos (preguntas 1 a 22) y además cada uno incluyó secciones opcionales (Idem).

"El prototipo de cuestionario que se desarrolló incluyó preguntas sobre

10 características demográficas, el uso de 12 drogas en los últimos 30 días, en el último año, y alguna vez en la vida, la edad de inicio en el consumo, y la honestidad en el autoreporte" (Idem p.14). En México además, se han incluido distintas secciones de acuerdo a las necesidades de investigación tales como: problemas asociados disponibilidad, técnica nominativa y escala de delincuencia. La escala de delincuencia y la técnica normativa fueron adaptadas de versiones utilizadas en investigaciones con estudiantes canadienses de la Addiction Research Foundation de Toronto Canadá. Se incluyeron por primera vez en el estudio nacional de 1986 (Idem.).

En México el cuestionario se aplicó por primera vez en la encuesta Nacional de 1976. En 1977 se realizó un estudio piloto a fin de determinar su validez y confiabilidad. Posteriormente, entre 1978 y 1985, se realizaron varios estudios en el DF y otros estados de la República. Finalmente, en 1986 se llevó a cabo un Estudio Nacional. Todos estos trabajos se realizaron bajo el amparo del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

#### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

La confiabilidad del instrumento en la población mexicana se desprende de un estudio piloto realizado en 1977 en una muestra de 474 estudiantes de nivel secundaria y preparatoria, de los que 335 fueron consultados dos veces (Medina ME et al 1981).

La fiabilidad se estableció mediante el método de doble consulta (tes-retest), mediando entre las dos un intervalo de cuatro semanas. En el análisis por grupos en el consumo de drogas se encontraron sólo

pequeñas diferencias entre la primera y la segunda prueba: 1% para la mayoría de las drogas, excepto en tranquilizantes (3%) y alcohol (2%). En el análisis pregunta por pregunta se observó un elevado porcentaje de preguntas dejadas en blanco relativas al uso de estupefacientes (de un 16% a un 21%), lo que presumiblemente constituye una constante en los cuestionarios sobre consumo de drogas aplicados a estudiantes mexicanos. Por lo demás, el estudio arrojó un nivel de coherencia aceptable entre las dos aplicaciones en el análisis pregunta por pregunta.

La validez del instrumento se estableció mediante la comparación entre dos grupos de alta y baja proporción en el consumo de drogas. El cuestionario se aplicó a una muestra de 47 estudiantes delincuentes que de antemano se sabían usuarios altos de drogas. Por otro lado, fueron consultados 49 estudiantes de cuyo bajo nivel de consumo de drogas ya se tenía conocimiento. "Los resultados que se obtuvieron en ambas poblaciones fueron más o menos los que se esperaban..." (Idem p. 71).

Además de dicho método, la validez del instrumento fue corroborada por la comparación entre las respuestas dadas en el cuestionario por los estudiantes delincuentes y los resultados de entrevistas individuales a 43 de los 47 sujetos consultados.

El estudio de confiabilidad y validez del instrumento concluye que: "aunque los porcentajes de preguntas dejadas en blanco y de respuestas inconsecuentes o contradictorias fueron elevados, el cuestionario resultó válido y fiable en relación con el conjunto del grupo. Menos fiable parece desde el punto de vista del análisis individual" (Idem p. 65).

Los resultados de la Investigación Nacional de 1986 arrojaron datos similares de respuestas dejadas en blanco, aunque con porcentajes menores (Castro ME Manual...).

En lo que respecta a población de adolescentes indigentes, el cuestionario ha sido aplicado en diversos estudios mostrando condiciones de confiabilidad y validez aceptables (Medina ME y cols. Boletín de Narcóticos XXXII (2), 1980; Medina ME y cols. Salud Mental 5(1) 1982; Caudillo C. Trabajo de opción terminal UAM Iztapalapa 1982; y Mata y Echeverría Salud Mental 8 (3) 1985).

#### UTILIZACION DEL INSTRUMENTO.

El cuestionario en su última versión consta de varias secciones: datos demográficos, consumo de drogas (tabaco, alcohol, marihuana, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, solventes, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína y opiáceos), problemas asociados, disponibilidad, técnica nominativa, razones de consumo de marihuana, escala de conducta antisocial y datos del jefe de la familia.

En la presente investigación se tomaron de dicho cuestionario los reactivos relativos a las drogas enunciadas en los indicadores (tabaco, alcohol, anfetaminas, marihuana y solventes), dejando de lado el resto porque se consideraron de difícil acceso para la población estudiada. Desde luego, se incluyó la escala de conducta antisocial. No se utilizaron el resto de la secciones porque a juicio del investigador, se alejaban del tema estudiado. (Ver apéndice 1).

El instrumento cuenta además con una serie de variables creadas con el

fin de transformar las variables categóricas en variables continuas y de este modo, acceder a un nivel paramétrico u ordinal de medición. En el presente estudio, también se hizo uso de las variables creadas correspondientes a los reactivos utilizados.

Respecto a esto último, para evaluar globalmente el consumo de drogas se creó una variable continua tomando en cuenta el uso de cada droga en los rubros de "alguna vez en la vida" y de los "últimos 30 días" lo que generó un valor para cada droga en particular. Los valores se asignaron de acuerdo con la siguiente mecánica: si el sujeto reportó no haber consumido una determinada droga ni alguna vez en la vida, ni en los últimos 30 días se le dió un puntaje de 0; si la probó alguna vez en la vida, pero no en los últimos treinta días se le dió 1; si consumió en los últimos 30 días de 1 a 5 días se le dió 2, de 6 a 19 días 3, y 20 días o más 4. Posteriormente, se sumó el valor de todas las drogas, esto es tomando a los sujetos como poliusuarios, lo que reportó un valor global que sirvió como indicador del nivel de consumo de drogas de cada sujeto (Ver Castro ME Manual...).

Ello permitió también su agrupación por tipo de usuarios de acuerdo con los siguientes valores: si el sujeto obtuvo una puntuación de 0 se le consideró como no usuario; de 1 a 3 se clasificó dentro del grupo de bajo consumo de drogas; de 4 a 6 en el grupo moderado; y 7 o más en el alto (idem.).

Un procedimiento similar se llevó a cabo para la creación de la variable continua de la escala de conducta antisocial. En este caso, se sumó el número de actos delictivos realizados por sujeto, en cada una de las

nueve conductas antisociales exploradas. Aquí también se generó un indicador de los niveles de conducta antisocial para cada individuo, lo que, al mismo tiempo, permitió su agrupación con fines de análisis. Los que obtuvieron 0 se les consideró dentro del grupo de los que no cometieron actos antisociales; de 1 a 5 actos se les clasificó como el grupo de baja conducta antisocial; de 6 a 15 moderada; y más de 16 alta.

Con el objeto de controlar la influencia de los pares o amigos en el consumo de drogas, se le añadió al instrumento una sección que mide tal variable tomada de Oetting E R y cols. 1989 (items: peer encouragement y peer sanctions). A través de tales reactivos se midió por una parte, qué tan frecuentemente los amigos le han pedido que consuma tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes y pastillas y por la otra, si los amigos intentarían detener al sujeto para que no consumiese alcohol, marihuana e inhalantes y viceversa, si el sujeto intentaría detener a sus amigos. (Ver apéndice 1).

#### IV.5.2. CUESTIONARIO INDIVIDUAL SOBRE EL ORIGEN FAMILIAR Y LAS CONDICIONES DE ABANDONO DE LOS ADOLESCENTES INDIGENTES.

Con este pequeño cuestionario de elaboración propia se recogieron los datos relativos a la historia familiar del sujeto en términos de presencia o ausencia de figuras parentales, condiciones de abandono, edad de la salida del hogar y otras variables significativas.

Dicho cuestionario estuvo compuesto por 22 reactivos alusivos a la edad, escolaridad, lugar de nacimiento, momento de la salida del hogar o del abandono parental, motivos de su indigencia, presencia de padre y madre,

contribución económica del menor al gasto familiar, ocupación y escolaridad del jefe de la familia y niveles de consumo de alcohol de los padres o tutores.

Para el tratamiento estadístico de las variables edad de salida del hogar o edad de abandono recogidas en el presente cuestionario, se realizó una división de los sujetos en dos grupos que se denominaron respectivamente: grupo de abandono temprano y grupo de abandono tardío. El primero quedó integrado con aquellos adolescentes indigentes cuya edad de salida del hogar o edad de abandono sucedió antes de cumplir los 11 años y el segundo con aquellos en los que sucedió después de tal edad. En el primer grupo se clasificaron 25 sujetos y en el segundo 28.

#### IV.6. DISEÑO DE INVESTIGACION.

El diseño de investigación fue de tipo descriptivo ex postfáctico porque supuso una evaluación de la relación entre las variables posterior a que los hechos ocurrieron. El diseño contempló una sola muestra de adolescentes indigentes tomada de dos Centros de Protección diferentes.

#### IV.7. PROCEDIMIENTO.

1. La administración de los instrumentos se realizó en forma grupal a los adolescentes residentes en ambos Centros mediante cuestionarios autoaplicables. Lo anterior porque se suponen mayores niveles de validez cuando se realiza una aplicación colectiva y anónima. De dicha aplicación grupal se exceptuaron tres sujetos del Centro Heroes de

Celaya que no sabían leer y escribir, por lo que se les sometió a entrevistas individuales.

2. El manejo estadístico de los resultados se realizó en dos etapas, a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias (SPSS).

Inicialmente se utilizó un análisis descriptivo de las frecuencias simples obteniendo medidas de tendencia central, medidas de dispersión así como diferentes tablas de frecuencias absolutas y relativas. Al mismo tiempo, se realizaron los cruces de las principales variables (cross tab) para observar su comportamiento.

En la prueba de las hipótesis se siguieron diferentes tratamientos estadísticos.

Para observar si existían diferencias significativas entre los tres grupos de familias de origen respecto al consumo de drogas y a las conductas antisociales, se realizó un análisis de varianza (one way) y se aplicó el procedimiento de Scheffe. El mismo tipo de análisis estadístico se siguió para medir las diferencias entre los grupos de usuarios de drogas respecto a la influencia de sus pares o amigos.

Para medir el grado de probabilidad entre las variables edad de salida del hogar o edad de abandono respecto al consumo de drogas y a las conductas antisociales, se utilizó la prueba T o T de Student, dado que se trabajó con los dos grupos de abandono enunciados (temprano y tardío) tomándolos como muestras independientes.

Para determinar los niveles de significancia en la correlación de las variables dependientes consumo de drogas y conductas antisociales, se



aplicó el coeficiente de Spearman. Finalmente, se utilizó el mismo coeficiente de correlación en los cruces de las variables abandono del padre respecto a la conducta antisocial y el tiempo de haber permanecido en la calle respecto al consumo de drogas.

V PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En la primera parte del presente capítulo se apuntarán los resultados de estadística descriptiva y en la segunda se abordarán los cruces de las variables y los análisis estadísticos inferenciales.

V.1 DESCRIPCION DE FRECUENCIAS SIMPLES

V.1.1 VARIABLES DEMOGRAFICAS

Se empezará por describir las características generales de la muestra en términos de las variables demográficas: edad, escolaridad y lugar de procedencia de los adolescentes indigentes.

TABLA 1

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS:  
EDAD, ESCOLARIDAD Y LUGAR DE ORIGEN  
(N = 56)

EDAD			ESCOLARIDAD			ORIGEN		
años	frecuencia	%	años	frecuencia	%	lugar	frecuencia	%
13	4	7.2	0	3	5.4	Cd de M.*	26	46.4
14	18	32.1	1	4	7.1	provincia	29	51.8
15	16	28.6	2	1	1.8	ND**	1	1.8
16	8	14.3	3	9	16.1	total	56	100.0
17	7	12.5	4	5	8.9			
18	3	5.4	5	8	14.3			
total	56	100.0	6	13	23.2			
			7	7	12.5			
X = 15			8	2	3.6			
S = 1.360			9	1	1.8			
			10	1	1.8			
			ND**	2	3.6			
			total	56	100.0			
			X = 4.7					
			s = 2.318					

\* La ciudad de México incluye la zona metropolitana.  
\*\* ND indica que los datos no están disponibles

De la tabla anterior se desprende una muestra de 56 sujetos adolescentes indigentes de entre 13 y 18 años de edad, con un promedio de 15. La

escolaridad, medida por años de escuela terminados, reportó una media de 4.7 años muy cercana a la mediana que correspondió a 5. Respecto al origen de los sujetos, poco menos de la mitad de los adolescentes fueron originarios del DF y su zona metropolitana (46.4%) y el resto emigraron a la Ciudad de México desde distintos puntos del interior del país (51.8%).

#### V.1.2 TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN

Del conjunto de la población estudiada, el 46.4% (26 sujetos) provinieron de familias desintegradas lo cual significa que antes de cumplir los 11 años al interior de sus núcleos familiares ya faltaba alguna de las dos figuras parentales. El 14.3% (8 sujetos) emergieron de núcleos familiares compuestos lo cual supone la presencia de alguno de los dos padres y un padrastro, madrastra o algún otro familiar que pudiera fungir como padre sustituto. Del total, sólo el 32.1% (18 sujetos) contaron con ambos padres por lo menos hasta que cumplieron 11 años, y por lo tanto, fueron producto de familias nucleares (ver tabla 2).

TABLA 2

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POR TIPO  
DE FAMILIA DE ORIGEN  
(N=56)

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	%
nucléar	18	32.1
compuesta	8	14.3
desintegrada	26	46.4
ND *	4	7.2
total	56	100.0

\* ND significa información no disponible.

### V.1.3 SALIDA DEL HOGAR Y ABANDONO

Entre los motivos que reportaron los adolescentes como las causas de su indigencia, es decir, para vivir fuera de su casa, la frecuencia más alta correspondió a la salida del hogar sin el consentimiento de los padres (35.7%), seguida del alejamiento del hogar con una actitud de indiferencia por parte de los mismos (25%). Ocho sujetos reportaron abandono de padre y madre (14.3%) y tres más admitieron que los habían echado de su casa (5.4%) (ver tabla 3).

TABLA 3

#### FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS MOTIVOS PARA VIVIR FUERA DE LA CASA

RAZONES	FRECUENCIA	%
- me llevaba bien con mis padres pero vine a México a buscar trabajo	6	10.7
- me fui porque quise, sin el consentimiento de mis padres	20	35.7
- me fui porque quise y a mis padres no les importó	14	25.0
- me corrieron de mi casa	3	5.4
- mi padre y mi madre me abandonaron	8	14.3
- otra razon	5	8.9
total	56	100.0

La edad de la salida del hogar o del abandono de los adolescentes indigentes exhibió una distribución muy dispersa que va desde los 4 hasta los 15 años. Las tres medidas de tendencia central obtuvieron valores diferentes. La media alcanzó un valor de 10.3, la mediana de 11 y una tendencia bimodal de 8 y 13 años. La dispersión de los valores en la desviación estandar fue de 3.071 (ver tabla 4).

TABLA 4

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA EDAD DE  
LA SALIDA DEL HOGAR O DEL ABANDONO  
(N = 56)

años	frecuencia	%
4	1	1.8
5	3	5.4
6	4	7.1
7	3	5.4
8	10	17.9
9	1	1.8
10	3	5.4
11	5	8.9
12	8	14.3
13	10	17.9
14	5	8.9
15	3	5.4
total	56	100.0

$$X = 10.339$$

$$S = 3.071$$

Respecto al abandono parental, un alto porcentaje de la población encuestada reportó haber padecido la pérdida o el abandono del padre: el 57.1% que corresponde a 32 casos. De ellos, el 33.1% lo sufrió antes de los seis años de edad y en el 10.7% de los casos (6) no tuvieron oportunidad de conocerlo, es decir el abandono o la pérdida se dio antes de nacer o en el primer año de vida. El abandono o pérdida de la madre, si bien registró una proporción más baja, también resultó significativa en el 37.5% de los casos, de los cuales el 9% (cinco casos) lo sufrieron antes de los seis años. La media del abandono o pérdida del padre fue de 6.2 años, mientras que la de la madre fue de 8.7 años. Las desviaciones estándar fueron respectivamente 4.189 y 3.576 lo que también representa la alta dispersión de los datos (ver tabla 5).

TABLA 5

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA EDAD DEL  
ABANDONO O PERDIDA PATERNA Y MATERNA

años	paterno		materno	
	frec.	%	frec.	%
0	6	18.8	0	0.0
1	0	0.0	0	0.0
2	0	0.0	1	4.8
3	2	6.3	1	4.8
4	3	15.6	1	4.8
5	5	8.9	2	9.5
6	0	0.0	1	4.8
7	3	9.4	2	9.5
8	2	6.3	1	4.8
9	1	3.1	1	4.8
10	4	7.1	2	9.5
11	3	9.4	5	23.8
12	2	6.3	1	4.8
13	0	0.0	1	4.8
14	1	3.1	2	9.5
total	32	100.0	21	100.0

X = 6.25                      X = 8.76  
S = 4.189                      S = 3.576

V.1.4 CONSUMO DE DROGAS

Por lo que respecta al consumo de drogas y a la realización de conductas antisociales los resultados de la investigación muestran, como era de esperarse, índices superiores a los registrados nacionalmente para poblaciones estudiantiles, lo que evidencia lo desviado de la población indigente del estudio respecto a los estudiantes mexicanos de su edad.

De las siete drogas contempladas en la investigación, dentro del consumo de "alguna vez en la vida", tabaco y alcohol alcanzaron los niveles de prevalencia más altos, habiendo sido consumidos por el 87.5% y el 80.4% de los sujetos de la muestra, respectivamente. Además de tales drogas, el 66.1% de los sujetos aceptaron haber consumido

TABLA 6

PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN EL RUBRO DE  
"ALGUNA VEZ EN LA VIDA"  
(N = 56)

CONSUMO	NO		SI	
	frec.	%	frec.	%
TABACO	7	12.5	49	87.5
ALCOHOL	11	19.6	45	80.4
MARIHUANA	32	57.1	24	42.9
ANFETAMINA	45	80.4	11	19.6
INHALANTES	19	33.9	37	66.1
SEDANTES	51	91.1	5	8.9
TRANQUILIZANTES	51	91.1	4	7.1

inhalantes y el 42.9% marihuana cuando menos una vez en su vida (ver tabla 6).

El uso de drogas en los "últimos treinta días" exhibió una tendencia parecida. No obstante que el tabaco ocupó el primer lugar presentándose en el 55.4% de los sujetos, los inhalantes alcanzaron un lugar muy importante habiendo sido consumidos por el 24.9% de los adolescentes encuestados, incluso por encima del consumo de alcohol (19.6% de los casos). El consumo de marihuana presentó una prevalencia relativamente baja habiéndose encontrado sólo en el 9% de los sujetos y el uso de anfetaminas sedantes y tranquilizantes, conocidos en el medio como "pastas o chochos", no representaron mayor importancia encontrándose sólo en el 5.4% de la muestra (3 sujetos). Destaca el hecho de que tabaco e inhalantes constituyeron drogas de uso más permanente ocupando el primero y segundo lugar respectivamente en el consumo durante 20 días o más en el último mes (28.6% y 8.9%). El consumo de alcohol parece tener un sentido más ocasional (12.5% en el uso de 1 a 5 días a la semana), mientras que la marihuana sugiere un uso más esporádico y

limitado. (ver tabla 7).

TABLA 7  
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE  
CONSUMO DE DROGAS EN LOS  
"ULTIMOS 30 DIAS"  
(N = 56)

CONSUMO:	no usuarios		1 a 5 dias		6 A 19 dias		20 o más		ND*
	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%	
DROGAS									
tabaco	24	42.9	8	14.3	7	12.5	16	28.6	1 1.8
alcohol	43	76.8	7	12.5	0	0.0	4	7.1	2 3.6
marihuana	50	89.3	2	3.6	1	1.8	2	3.6	1 1.8
anfetaminas	53	94.6	2	3.6	0	0.0	1	1.8	0 0.0
inhalantes	42	75.0	5	8.9	4	7.1	5	8.9	0 0.0
sedantes	53	94.6	1	1.8	0	0.0	2	3.6	0 0.0
tranquilizantes	52	92.9	0	0.0	1	1.8	2	3.6	1 1.8

\* ND significa información no disponible

Tales prevalencias de consumo de drogas encontradas en los sujetos de la investigación, se encuentran significativamente por encima de los promedios nacionales reportados en la encuesta nacional de estudiantes por Castro y cols. (1986). Estos investigadores encontraron prevalencias de consumo en los últimos 30 días de 15.2% para alcohol y 19.5% para tabaco, mientras que el resto de las drogas no rebazaron el 1.1%. En la tabla 8 se pueden observar las abismales diferencias, en particular el consumo de tabaco e inhalantes.

Para fines de análisis del consumo de drogas, se creó una variable continua sobre la base de combinación de los reactivos de "alguna vez en la vida" y los "últimos 30 días". Tal variable consideró globalmente a los sujetos como poliusuarios (ver capítulo de metodología). Los resultados de tal variable se describen en la tabla 9.



TABLA 8

CUADRO COMPARATIVO DE LAS PREVALENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS ADOLESCENTES INDIGENTES DE LA MUESTRA Y LOS PROMEDIOS NACIONALES EN POBLACION ESTUDIANTIL "ULTIMOS 30 DIAS"

drogas	adolescentes indigentes (N = 56)	promedios * nacionales (N = 9967)	diferencias
tabaco	55.4%	19.5%	+35.9
alcohol	19.6%	15.2%	+4.4
marihuana	9.0%	0.7%	+8.3
disolventes	24.9%	0.9%	+24.0
anfetaminas	5.4%	1.1%	+4.3

\* Los promedios nacionales fueron tomados de la encuesta nacional de estudiantes de 1985 (Castro y cols. 1986).

TABLA 9

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE CONTINUA DE CONSUMO DE DROGAS (N = 56)

valor	frecuencia	%	
0	3	5.4	
1	4	7.1	
2	5	8.9	
3	5	8.9	
4	9	16.1	
5	2	3.6	
6	6	10.7	
7	5	8.9	
8	4	7.1	X = 5.925
9	2	3.6	S = 4.887
10	2	3.6	
11	1	1.8	
13	2	3.6	
15	1	1.8	
20	1	1.8	
26	1	1.8	
ND*	3	5.4	
total	56	100.0	

\* ND significa información no disponible

Los índices de consumo de la variable continua de consumo de drogas se dispersan notablemente (desviación estandar de 4.887), mientras que las

medidas de tendencia central tienden a oscilar del valor 4 para la moda, hasta el 5.9 para la media. De acuerdo con los criterios de clasificación del tipo de usuario señalados en el capítulo de metodología (0 a los no usuarios, 1 a 3 usuarios bajos, 4 a 6 moderados y 7 ó más altos) el 33.1% de los sujetos encuestados quedó comprendido dentro del grupo de usuarios altos, el 30.4% en el de moderados y el 25% en el de bajos. El grupo de no usuarios resultó insignificante con sólo el 5.4% de la muestra.

Si se excluye tabaco y alcohol la variable continua de consumo de drogas ofrece un panorama distinto. Las medidas de tendencia central fueron a

TABLA 10

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE CONTINUA  
CONSUMO DE DRUGAS EXCLUYENDO  
TABACO Y ALCOHOL  
(N = 56)

valor	frecuencia	%
0	17	30.4
1	8	14.3
2	10	17.9
3	7	12.5
4	4	7.1
5	1	1.8
6	1	1.8
7	1	1.8
8	1	1.8
9	2	3.6
12	1	1.8
18	1	1.8
ND*	2	3.6
total	56	100.0

$$X = 2.574$$

$$S = 3.424$$

\* ND significa información no disponible

la baja destacándose la moda en el valor 0 (el 30.4% de la muestra como no usuarios) y reduciéndose la mediana y la media a 2 y 2.5

respectivamente. También la dispersión en la desviación estandar obtuvo un valor menor (3.424). Resalta el hecho de que entre los valores 0 y 3 se agrupa el 75% de los sujetos de la muestra. Ver tabla 10.

La clasificación por grupos de usuarios de la variable continua consumo de drogas excluyendo tabaco y alcohol, reduce significativamente los grupos de moderado y alto (10.8% Y 3.6% respectivamente) a favor del grupo de usuarios bajo que pasa a constituirse en el mayoritario con el 44.7% de los sujetos y del grupo de no usuarios (30.4%). En la tabla 11 se apunta tal distribución y se incluyen los porcentajes de los grupos de usuarios de la encuesta nacional de estudiantes con fines de comparación. Se observarán de nuevo diferencias muy significativas.

TABLA 11

CUADRO COMPARATIVO DE PORCENTAJES POR TIPO DE USUARIO  
ENTRE LOS ADOLESCENTES INDIGENTES DE LA MUESTRA Y LA  
ENCUESTA NACIONAL DE ESTUDIANTES\*

grupo	adolescentes indigentes (N = 56) %	encuesta nal. de estud.** (N = 9967) %
no usuarios	30.4	88.1
bajo o leve	44.7	10.2
moderado	10.8	1.4
alto o excesivo	3.6	0.3
ND***	3.6	- -

\* Se excluye tabaco y alcohol

\*\* Castro y cols. (1986)

\*\*\* ND significa información no disponible

La edad de inicio en el consumo de drogas de los sujetos entrevistados resulta altamente revelador de la situación de marginalidad y abandono y parece representar un indicador importante de lo temprano de la indigencia. No obstante que en la mayoría de los farmacos la frecuencia de inicio más importante se ubica entre los 13 y los 14 años, un número muy significativo de sujetos ya habían consumido drogas antes de los 10 años de edad (tabaco 25%, alcohol, marihuana e inhalantes el 16.1%). Vease tabla 12.

La influencia de los amigos o su marco de iguales en el consumo de drogas mostró una situación peculiar. Destaca el hecho de que las drogas menos ofrecidas entre los sujetos encuestados resultaron las menos consumidas en los últimos treinta días. Vease por ejemplo los casos de las pastillas y la marihuana que, en tanto drogas menos consumidas, un 66.1% y un 53.6% respectivamente señalaron que nunca son ofrecidas. Por el contrario, tabaco e inhalantes como drogas de mayor consumo obtuvieron las frecuencias más elevadas de ofrecimiento en el rubro de "muchas veces" mientras que alcohol y marihuana alcanzaron también porcentajes importantes en el rubro de "a veces". Es interesante observar como si se suman los valores de las respuestas "a veces" y "muchas veces" (esto es, se transforman en variable categórica de sí), las frecuencias siguen el mismo orden descendente que las del consumo de drogas en los últimos treinta días, a saber: tabaco (73.2%), inhalantes (44.7%), alcohol (41%), marihuana (39.3%) y pastillas (26%). Ver tabla 13.

TABLA 12

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA EDAD DE INICIO  
EN EL CONSUMO POR TIPO DE DROGA  
(N = 56)

edad	tabaco		alcohol		marihuana		sedantes	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1 nunca	8	14.3	11	19.6	20	35.7	52	92.9
2 10 o menos	14	25.0	9	16.1	9	16.1	1	1.8
3 11 a 12	10	17.9	11	19.6	6	10.7	2	3.6
4 13 a 14	16	28.6	15	28.8	13	23.2	1	1.8
5 15 a 16	6	10.7	7	12.5	7	12.5	0	0.0
6 17 a 18	1	1.8	2	3.6	0	0.0	0	0.0
ND*	1	1.8	1	1.8	1	1.8	0	0.0
	X = 3.018		X = 3.073		X = 2.179		X = 1.143	
	S = 1.326		S = 1.451		S = 1.550		S = .554	

edad	inhalantes		anfetaminas		tranquilizantes	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1 nunca	20	35.7	45	80.4	51	90.6
2 10 o menos	9	16.1	2	3.6	2	3.6
3 11 a 12	6	10.7	4	7.1	1	1.8
4 13 a 14	13	23.2	4	7.1	1	1.8
5 15 a 16	7	12.5	0	0.0	0	0.0
ND*	1	1.8	0	0.0	1	1.8
	X = 2.554		X = 1.464		X = 1.127	
	S = 1.525		S = 1.026		S = .511	

\* ND significa información no disponible

TABLA 13

INFLUENCIA DE LOS PARES EN EL CONSUMO DE DROGAS  
(INCITACION AL CONSUMO)  
(N = 56)

drogas		nunca	a veces	muchas veces	ND*
tabaco	frec.	13	21	20	2
	%	23.2	37.5	35.7	3.6
alcohol	frec.	27	18	5	6
	%	48.2	32.1	8.9	10.7
marihuana	frec.	30	13	9	4
	%	53.6	23.2	16.1	6.2
inhalantes	frec.	27	10	15	4
	%	48.2	17.9	26.8	7.1
pastillas	frec.	37	10	5	4
	%	66.1	17.1	8.9	7.1

\* ND significa información no disponible

En los reactivos alusivos a la actitud de los amigos frente al sujeto y viceversa respecto a la acción de intentar detener el consumo de alcohol marihuana e inhalantes, aparentemente destacó una tendencia a responder de acuerdo a lo esperado socialmente. En los casos de las tres drogas cuando se aludía a si los amigos intentarían detener al sujeto, la frecuencia más alta fue a la respuestas no (37.5% para alcohol, 44.6% para marihuana y 37.5% para inhalantes). En cambio, cuando se le preguntó a él si detendría a sus amigos, las respuestas mayoritarias tendieron al si mucho (41.4% para alcohol, 48.2% para marihuana y 39.3% para inhalantes). Ello parece indicar, que en las respuestas a tales reactivos imperaron criterios de deseabilidad social, es decir a responder de acuerdo con lo que el otro espera. Ver tablas 14 y 15.

TABLA 14

ACTITUD DE LOS AMIGOS FRENTE AL SUJETO EN EL CONSUMO  
DE ALCOHOL MARIHUANA E INHALANTES  
(N = 56)

te detendrían tus amigos en el uso de:	alcohol		marihuana		inhalantes	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
si mucho	18	32.1	19	33.9	18	32.1
algo	11	19.6	5	8.9	7	12.5
no mucho	4	7.1	6	10.7	9	16.1
no	20	35.7	25	44.6	21	37.5
ND*	3	5.4	1	1.8	1	1.8

\* ND significa información no disponible

TABLA 15

ACTITUD DEL SUJETO FRENTE A LOS AMIGOS EN EL CONSUMO  
DE ALCOHOL MARIHUANA E INHALANTES  
(N = 56)

detendrias a tus amigos en el uso de :	alcohol		marihuana		inhalantes	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
si mucho	23	41.4	27	48.2	22	39.3
algo	8	14.3	8	14.3	9	16.1
no mucho	8	14.3	5	8.9	3	5.4
no	15	26.8	15	26.8	19	33.9
ND*	2	3.6	1	1.8	3	5.4

\* ND significa información no disponible

#### V.1.5. CONDUCTA ANTISOCIAL.

Respecto a la conducta antisocial, la media de actos delictivos de los adolescentes indigentes de la muestra ascendió a 11.1, notablemente por encima del valor de la mediana que alcanzó los 4 actos. Lo anterior indica que no obstante que la mitad de los sujetos cometieron de 0 a 4 actos delictivos (de los que 11 no cometieron ninguno esto es, el 19.6% de la muestra total), el promedio se elevó notablemente porque un sector de sujetos por encima de la media, reportaron haber cometido altas frecuencias de conducta antisocial lo que sesgo la curva hacia la derecha. Del total de los adolescentes de la muestra, el 73.2% admitió haber realizado por lo menos uno de los nueve actos delictivos explorados durante el período de los doce meses previos a la encuesta, y el 53.6% de la encuesta reportó haber cometido más de tres. (Ver tabla 16).

Lo desviado de la población en estudio se vuelve a poner de manifiesto si se comparan tales resultados con los de la encuesta nacional de estudiantes de 1985, cuyo promedio de actos delictivos fue de 1.6 y sólo el 25.4% admitió haber cometido 1 acto antisocial y el 12.5% más de 3 (Castro ME y cols. 1988).

Para fines de análisis se crearon cuatro grupos de acuerdo con el número de actos delictivos realizados: un primer grupo de 11 adolescentes que no cometieron actos antisociales (19.6%), un segundo grupo con 21 sujetos que cometieron de 1 a 5 (37.5%), un tercer grupo con 11 sujetos



TABLA 16

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS ACTOS ANTISOCIALES  
COMETIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES  
PREVIOS A LA ENCUESTA  
(N = 56)

No. de actos antisociales	frecuencia	%	
0	11	19.6	
1	3	5.4	
2	4	7.1	
3	4	7.1	
4	6	10.7	
5	4	7.1	
7	3	5.4	
8	1	1.8	
9	1	1.8	
10	2	3.6	
11	2	3.6	X = 11.077
12	2	3.6	S = 2.555
23	3	5.4	
29	1	1.8	
41	1	1.8	
51	1	1.8	
58	1	1.8	
75	1	1.8	
82	1	1.8	
ND*	4	7.1	
total	56	100.0	

\* ND significa información no disponible

que cometieron de 6 a 15 actos (19.6%) y un último grupo de 9 sujetos que cometieron más de 15 (16.1%). Con el propósito de seguir con una nomenclatura uniforme, a los últimos tres grupos se les denominó respectivamente de baja, moderada y alta conducta antisocial.

V.1.6. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS JEFES DE FAMILIA.

En la exploración de las características demográficas de las figuras parentales que fungieron como jefes de familia de los adolescentes de la

muestra (se consideró a los jefes de familia como los sujetos que aportaban mayores ingresos en el hogar), se encontró, en términos de la ocupación, que en la frecuencia más alta se dedicaban a oficios de autoempleo, entre los que se encuentran plomero, hojalatero, peluquero, etc. (30.4% de los casos esto es, 17 sujetos), seguida de la ocupación como albañiles (14.3%, 8 sujetos). En tercer lugar, con frecuencias idénticas se colocaron los padres o padrastros obreros y campesinos (8,9% respectivamente con 5 sujetos en cada caso). En 4 casos las madres o madrastras se dedicaban al servicio doméstico o a lavar ropa ajena (7.1%) y sólo en dos casos se encontraron jefes de familia profesionistas (3.6%).

Respecto a la escolaridad del jefe de familia se encontró una amplia proporción de padres o padrastros con primaria incompleta o de menor nivel. La mediana y la moda coincidieron en el rubro de primaria incompleta (21.4% de los jefes de familia). El 12.5% de los jefes de familia eran analfabetas y otro 7.1% sabían leer y escribir aunque nunca fueron a la escuela. Llama la atención que en los niveles de escolaridad más altos de los jefes de familia, sólo 6 sujetos terminaron preparatoria (10.7%) y uno sólo llegó a la universidad.

El consumo de alcohol entre los padres o padrastros de los adolescentes indigentes alcanzó proporciones elevadas con frecuencias más alta en los padres o tutores masculinos que entre los femeninos. En el primer caso, se encontró que los padres del 44.7% de los adolescentes consumían alcohol regularmente por lo menos una vez a la semana, mientras que las madres o madrastras sólo el 14.2% (ver tabla 17).

TABLA 17

CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PADRES O TUTORES DE LOS  
ADOLESCENTES INDIGENTES DE LA MUESTRA

niveles de consumo	padre o tutor masculino		padre o tutor femenino	
	frec.	%	frec.	%
beben a diario	9	16.1	4	7.1
4 o 5 veces a la sem.	5	8.9	0	0.0
2 o 3 veces a la sem.	1	1.8	0	0.0
1 vez a la sem.	10	17.9	4	7.1
1 o 2 veces al mes	1	1.8	0	0.0
1 vez al mes	1	1.8	1	1.8
algunas veces al año	4	7.1	1	1.8
1 vez al año	2	3.6	2	3.6
no beben ni bebían	13	23.2	35	62.5
ND*	10	17.9	9	16.1
total	56	100.0	56	100.0

\* ND significa información no disponible.

V.2 CRUCE DE VARIABLES Y ANALISIS ESTADISTICOS

Con fines de análisis se cruzaron las principales variables extraídas de las hipótesis (crosstabs), en particular las variables atributivas origen familiar y edad de salida del hogar o del abandono con las dos variables dependientes enunciadas. También se realizaron los cruces de la variable creada de grupos de usuarios de droga respecto a los actos delictivos, la influencia de los amigos y el consumo de alcohol en los padres.

En el tratamiento estadístico inferencial de los resultados se utilizaron análisis de varianza, prueba T y análisis de correlación (ver capítulo de metodología).

V.2.1 CRUCE DE LA VARIABLE TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN CON LA VARIABLE CONSUMO DE DROGAS

El análisis del cruce de la variable atributiva tipo de familia de origen (nuclear, compuesta y desintegrada) respecto a la variable dependiente de consumo de drogas (de acuerdo con la clasificación de tipo de usuario: bajo, moderado, alto y no usuario) revela el hecho de que los adolescentes indigentes provenientes de familias desintegradas hay una tendencia ascendente a concentrarse en los grupos moderado y alto (8 y 13 sujetos respectivamente), mientras que en los adolescentes provenientes de familias nucleares la tendencia es a la inversa, agrupándose descendentemente del grupo bajo al alto (7, 5 y 3 sujetos respectivamente). Los menores provenientes de familias compuestas muestran un relativo equilibrio en los tres grupos de usuarios. Ver Tabla 18.

TABLA 18

GRUPOS DE USUARIOS DE DROGAS POR TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN

tipos de fam.	grupos de usuarios	no consumi- dores	bajo	moderado	alto	total
nuclear		1	7	5	3	16
compuesta		0	3	3	2	8
desintegrada		2	3	8	13	26
total		3	13	16	18	50

\* Se descartaron 6 casos por inclasificables.

El análisis de varianza de los datos anteriores tomando como base los grupos de familia de origen y descartando el grupo de no usuarios por irrelevante (3 sujetos), reveló un valor probabilístico de F de tablas de .0225 lo que denota diferencias significativas entre los tres grupos.

Aplicando el procedimiento de Scheffe para lograr mayor especificidad, se encontraron diferencias significativas entre los grupos extremos, esto es, entre el grupo proveniente de familias nucleares y el grupo de familias desintegradas.

El cruce de ambas variables excluyendo tabaco y alcohol, exhibe un panorama diferente pero con tendencias similares. En el grupo de no usuarios hay una frecuencia mayoritaria de los sujetos provenientes de familias nucleares (9) respecto a las familias compuestas (1) y desintegradas (5). Si bien se registra una tendencia a la baja en el consumo de drogas en los tres grupos de familias, esta es más pronunciada en el grupo de familias nucleares (5 en el grupo bajo, y uno y uno en el moderado y alto), que en el grupo originario de familias desintegradas (11 en el bajo, 5 y 5 en el moderado y alto). Ver tabla 19.

TABLA 19

GRUPOS DE USUARIOS DE DROGAS EXCLUYENDO TABACO Y ALCOHOL POR TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN

grupos familia de origen	no consumidores	bajos	moderados	altos	total
nucleares	9	5	1	1	16
compuestas	1	7	0	0	8
desintegradas	5	11	5	5	26
total	15	23	6	6	50

\* Se descartaron 6 por inclasificables.

V.2.2 RELACION DE LAS VARIABLES: EDAD DE SALIDA DEL HOGAR O ABANDONO Y CONSUMO DE DROGAS

La distribución de la variable edad de la salida del hogar o abandono de los adolescentes agrupada por rangos, respecto a los grupos de

consumo de drogas, exhibe pocas diferencias entre los grupos. En la tabla 20 se puede observar, en el grupo de usuarios alto, una leve tendencia a agruparse con mayor frecuencia en el rango de edad de 7 a 9 años (el 47.4%), mientras que en el grupo de usuarios bajo la frecuencia mayoritaria correspondió al rango de 13 a 15 años (64.3%). En el grupo de consumidores moderados la frecuencia más alta se ubicó en el rango de 10 a 12 años (41.2%).

TABLA 20  
CONSUMO DE DROGAS RESPECTO A LA EDAD DE SALIDA  
DEL HOGAR O ABANDONO  
(N = 56)

grupo años	bajo		moderado		alto	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
4 a 6	1	7.1	4	23.5	2	10.6
7 a 9	2	14.3	2	11.8	9	47.4
10 a 12	2	14.3	7	41.2	5	26.2
13 a 15	9	64.3	4	23.5	3	15.8
total	14	100.0	17	100.0	19	100.0

\* De los 6 faltantes, 3 fueron no usuarios y los otros 3 fueron inclasificables

Para profundizar el análisis de la relación entre la variable edad de salida del hogar o abandono y la variable consumo de drogas, se realizó una división de los sujetos de la muestra en dos grupos de acuerdo al momento en que se inició la indigencia tomando como punto de separación el cumplimiento de los 11 años: abandono temprano y abandono tardío (ver capítulo de metodología). El primer grupo quedó integrado por 25 sujetos y el segundo por 28. Con el objeto de observar si entre ambos grupos existían diferencias significativas respecto al consumo de drogas, se aplicó una prueba T tomando como base de diferenciación la variable continua de consumo de drogas expuesta en el apartado anterior (ver tabla 9), encontrándose los siguientes resultados:

Grupo	No. de casos	Medias	Desv. estandar
aband. temprano	25	7.52	6.022
aband. tardio	28	4.50	3.049

El valor de la T de tablas reportó una probabilidad de .030 lo que indica diferencias significativas entre ambos grupos.

El mismo tipo de análisis por grupos de abandono, pero tomando la variable continua de consumo de drogas que excluye tabaco y alcohol (ver tabla 10), reportó mayores niveles de significancia dando como resultado en la T de tablas un valor de .017

#### V.2.3 RELACIÓN DE LA VARIABLE TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN CON LA VARIABLE DE CONDUCTA ANTISOCIAL

La relación de la variable atributiva tipo de familia de origen respecto a la variable dependiente conducta antisocial no presenta diferencias importantes entre los distintos grupos. En el grupo de adolescentes provenientes de familias nucleares, la frecuencia más alta correspondió al sector de sujetos que no cometieron actos delictivos durante los últimos 12 meses (7) y a partir de tal punto aparece una tendencia decreciente entre los grupos de baja, moderada y alta conducta antisocial (5, 3 y 2 sujetos respectivamente). En el grupo de adolescentes originarios de familias desintegradas, la frecuencia más alta se ubicó en la columna de baja conducta antisocial (9 sujetos), seguida de los grupos de alta y moderada (6 y 4 sujetos respectivamente). En el grupo de familias compuestas se observó una tendencia decreciente del grupo de baja al de alta conducta antisocial.

ver tabla 21.

TABLA 21

CRUCE DE LAS VARIABLES: TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN Y  
LOS GRUPOS DE CONDUCTA ANTISOCIAL

familia de origen	sin c.a.*	baja c.a.	moderada c.a.	alta c.a.	total
completa	7	5	3	2	17
compuesta	0	5	2	1	8
désintegrada	4	9	4	6	23
total	11	19	9	9	48

\* c.a. significa conducta antisocial

- número de casos inclasificables: 8

Las diferencias entre los grupos de conducta antisocial de acuerdo con el tipo de origen familiar, no parecen lo suficientemente relevantes como para extraer conclusiones importantes. Un análisis de varianza entre los grupos de origen familiar evidenció la afirmación anterior generando un valor de probabilidad bajo: F de tablas de .2661.

V.2.4 RELACION ENTRE LAS VARIABLES EDAD DE SALIDA DEL HOGAR O ABANDONO  
Y CONDUCTA ANTISOCIAL

La variable atributiva edad de salida del hogar o del abandono respecto a la variable dependiente de conducta antisocial, muestra una distribución bastante estable en su cruzamiento. En la tabla 22 se agrupa la edad de separación de los padres en rangos y se le cruza con los grupos de conducta antisocial descritos. Como se observa, aparece una tendencia ascendente en los 4 grupos, cuyas frecuencias aumentan a medida que avanza la edad. Las pequeñas diferencias entre los grupos no parecen significativas, e inclusive, tal distribución de frecuencias está lejos de lo esperado (mayores frecuencias de alta conducta



antisocial en los rangos de edad de salida del hogar o abandono más temprana y viceversa).

TABLA 22

EDAD DE SALIDA DEL HOGAR O ABANDONO RESPECTO A  
LOS GRUPOS DE CONDUCTA ANTISOCIAL  
(N = 56)

edad	sin c.a.*		baja c.a.		moderada c.a.		alta c.a.	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%
4 a 6 años	2	18.2	3	14.3	1	9.1	2	22.2
7 a 9 años	2	18.2	4	19.0	3	27.3	2	22.2
10 a 12 años	3	27.2	8	38.1	3	27.3	2	22.2
13 a 15 años	4	36.4	6	28.6	4	36.4	3	33.3
total	11	100.0	21	100.0	11	100.0	9	100.0

\* c.a. significa conducta antisocial  
- número de casos inclasificables: 4

En el análisis de correlación entre ambas variables se obtuvo un valor negativo de  $-.1808$  y un valor de probabilidad de  $.229$  lo que demuestra que tal correlación no es significativa.

Para ampliar la exploración de la relación probabilística entre la edad de salida del hogar o abandono y la conducta antisocial, se aplicó una prueba T a partir de los grupos de abandono temprano y tardío enunciados, tomando como base de diferenciación la frecuencia de actos delictivos cometidos en los últimos 12 meses (tabla 16). Tal análisis reportó un valor T de tablas de  $.546$ , lo que nuevamente corrobora la falta de significación.

#### V.2.5. RELACION DE LAS VARIABLES ABANDONO DEL PADRE Y CONDUCTA ANTISOCIAL

Del total de sujetos de la muestra que reportaron haber padecido el

abandono o la pérdida del padre entre los 0 y los 14 años (31 menores), el 41.9% (13) cayeron dentro del grupo de baja conducta antisocial, el 19.4% (6) en el de moderada y el 22.4% (7) en el de alta. En la tabla 23 se observa la concentración de las frecuencias más altas en el rango de edad de 0 a 5 años, dentro de las columnas correspondientes a los grupos de baja, moderada y alta conducta antisocial (46.2%, 50% y 71.4% respectivamente). En contraste, en la columna de los que no cometieron actos delictivos la distribución es más estable.

TABLA 23

EDAD DE PERDIDA O ABANDONO DEL PADRE RESPECTO A LA CONDUCTA ANTISOCIAL

edad	sin c.a.% frec. %	baja c.a. frec. %	moderada c.a. frec. %	alta c.a. frec. %
0 a 5	2 40.0	6 46.2	3 50.0	5 71.4
6 a 10	1 20.0	6 46.2	2 33.4	0 0.0
11 a 14	2 40.0	1 7.7	1 16.7	2 28.6
total	5 100.0	13 100.0	6 100.0	7 100.0

\* c.a. significa conducta antisocial

Para evaluar el grado de significancia en la relación de ambas variables se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman encontrando un valor negativo de  $-0.2099$  y un valor de probabilidad de  $.274$  lo que indica pobre correlación entre ambas.

V.2.6 CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCTA ANTISOCIAL

El cruce de la variable dependiente consumo de drogas a partir de la agrupación de tipo de usuario (bajo, moderado y alto) respecto a la variable dependiente conducta antisocial de acuerdo también con la

clasificación realizada (sin , baja, moderada y alta conducta antisocial) revela un cuadro con tendencias a la relación entre los diferentes grupos. Las frecuencias más altas coinciden en los niveles respectivos: usuarios de drogas bajo con los que no cometieron actos delictivos y baja conducta antisocial (5 y 6 sujetos); usuarios moderados con baja y moderada conducta antisocial (11 y 4 menores); y finalmente altos usuarios con alta conducta antisocial (7). Ver tabla 24.

TABLA 24

CRUCE DE TIPOS DE USUARIOS DE DROGAS CON LOS GRUPOS CONDUCTA ANTISOCIAL

grupos de c.a.*	sin c.a.	baja c.a.	moderada c.a.	alta c.a.	total
usuarios					
bajos	5	6	1	1	13
moderados	1	11	4	1	17
altos	2	4	3	7	16
total	8	21	8	9	46

\* c.a. significa conducta antisocial  
- se excluyeron 10 por inclasificables.

El análisis de correlación entre ambas variables mostró un valor positivo de .3923 y un nivel de probabilidad de .035 lo que permite suponer que existe una correlación debil aunque significativa entre ambas. Si para el mismo análisis se toma la agrupación de usuarios sin considerar tabaco y alcohol (tabla 11), el valor de la correlación entre el consumo de drogas y las conductas antisociales resulta un poco más fuerte y significativa (valor de la correlación .4244 y valor probabilístico de .002).

## VI DISCUSION DE RESULTADOS

### VI.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS FRECUENCIAS

De los datos expuestos en el capítulo anterior es factible extraer ciertas conclusiones sobre el consumo de drogas y las conductas antisociales de los adolescentes estudiados.

En primera instancia, destaca la confirmación de algunas tendencias encontradas en investigaciones previas con poblaciones similares en torno a las condiciones de desintegración familiar (el 60.7% de los adolescentes de la muestra emergieron de núcleos familiares desintegrados o con sustitución de padres por padrastros), deserción escolar (entre el quinto y sexto grado ya habían abandonado la escuela 8 de cada 10 sujetos), y un alto índice de emigración desde distintas regiones del país al DF y su zona metropolitana (51.8% de la muestra).

Como era de esperarse, las prevalencias de consumo de drogas de la población en estudio, tanto a nivel experimental como de uso permanente, rebasaron notablemente los promedios nacionales de población normal que se derivaron de la encuesta nacional de estudiantes de 1985 (Castro ME y cols. 1986). En el consumo de los "últimos 30 días" las diferencias fueron de 35.9% para tabaco, 24% para disolventes, 8.3% para marihuana, 4.4% para alcohol y 4.3% para anfetaminas. Tales prevalencias sin embargo, si se comparan con estudios realizados en poblaciones similares (aunque sean relativamente escasos), se advertirá gran parecido en los datos e inclusive índices menores. Si se toma la inhalación de solventes por ejemplo, el 8.9% de la muestra reportó su consumo de 1 a 5 días a la semana, respecto al 9 % de consumo diario encontrado en niños de la

calle (Medina ME y cols. 1988). Aunque no sean estrictamente comparables, Chavez Mí y cols. (1977) encontraron que el 47% de los jóvenes de una zona marginal del DF consumían diariamente marihuana, cemento o pastillas.

También de acuerdo con lo previsible, se confirmó lo observado por varias investigaciones previas en torno al hecho de que, excluyendo tabaco y alcohol, los inhalantes los constituyen la droga más usada. El 66.1% de la muestra consumió inhalantes en forma experimental ("alguna vez en la vida"), y de ellos, un 25% lo hace en forma habitual ("últimos 30 días"). Esto supone que uno de cada cuatro de los adolescentes encuestados, consume inhalantes en forma regular.

Los datos alusivos a la edad de inicio en el consumo de fármacos hablan por sí mismos respecto a las condiciones de marginalidad y respecto a lo temprano de la salida del hogar que, como se verá, constituye un factor de peso en tal sentido. No obstante que la frecuencia de inicio más importante para la mayoría de las drogas fue entre los 13 y los 14 años, un número significativo de adolescentes había probado inhalantes, alcohol y marihuana antes de los 10 años (16.1%).

También en lo relativo a la escala de conducta antisocial como era de suponerse, las frecuencias encontradas rebasaron significativamente los promedios de poblaciones normales. La media de la población en estudio ascendió a 11.1 actos antisociales (la mediana fue de 4) mientras que en la encuesta nacional de estudiantes fue de 1.6 (Castro ME y cols. 1986). El 73.2% de los adolescentes encuestados admitió haber realizado por lo menos uno de los nueve actos delictivos explorados y el 53.6% más de

tres. Como se ha puesto de manifiesto en estudios previos (de la Garza y cols. 1977 y Herman L y cols. 1977), para dicha población el cometer tales actos, en particular pequeños robos, representa la posibilidad de allegarse satisfactores a los que no pueden tener acceso por vías socialmente aceptadas, y que en modo alguno pueden ser consideradas a priori, como tendencias psicopáticas.

## VI.2 DISCUSION DE LAS HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Como preambulo al presente apartado cabe afirmar que dentro de la investigación realizada resaltó lo anotado en el capítulo de antecedentes, respecto a la imposibilidad de establecer una relación univoca de causa-efecto en la determinación del consumo de drogas y las conductas antisociales. Sin embargo, como se verá más adelante, la desintegración familiar, la edad de la salida del hogar o del abandono y las influencias del medio social, constituyen predictores importantes para el consumo de drogas en la población de estudio, pero no así para los actos antisociales.

En lo que respecta a la hipótesis 1 que aludía a la influencia del tipo de familia de origen sobre el consumo de drogas y las conductas antisociales en los adolescentes indigentes, suponiendo mayores índices de adicción y actos delictivos en los sujetos con estructuras familiares desintegradas respecto a los de familias nucleares y compuestas, los resultados de la investigación confirman tal hipótesis en lo relativo al consumo de drogas pero no en cuanto a las conductas antisociales.

El análisis de varianza de los grupos de familias de origen respecto al

consumo de drogas, reveló un valor probabilístico de .0225, lo que expresa diferencias significativas entre los grupos y el procedimiento de Scheffe confirmó las diferencias entre los provenientes de familias desintegradas y nucleares. Por el contrario, el mismo análisis de varianza relacionando tipo de familias de origen con los grupos de conducta antisocial obtuvo un valor probabilístico bajo (F de tablas = .2621). Ello permite afirmar que la estructura familiar de procedencia no predice significativamente los niveles de conducta antisocial en los adolescentes estudiados. Este último resultado, contradice los hallazgos de otras investigaciones (ver Mednick y cols. 1987).

Por lo que se refiere a la hipótesis 2 que suponía diferencias significativas en el consumo de drogas y las conductas antisociales entre los grupos provenientes de familias nucleares respecto a los de familias compuestas, los resultados de la investigación exhiben que tales diferencias no existen ni para el consumo de drogas (procedimiento de Scheffe aludido en el párrafo anterior), ni en lo relativo a la conducta antisocial (cuyo análisis de varianza dio un valor probabilístico de .2621). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis 2.

Recapitulando sobre los resultados de ambas hipótesis, es factible observar el efecto que la vida dentro de un núcleo familiar integrado con ambas figuras parentales (consanguíneas o no) durante los primeros 10 años de vida puede ejercer sobre el consumo de drogas en tal población. Evidentemente, y como una de las limitantes de la presente investigación, no se está aludiendo a la calidad de los vínculos sino simplemente a la presencia de ambos padres. Pareciera como si la falta

de alguno de los dos durante los primeros 10 años de vida en tales sujetos con graves carencias afectivas, actuara profundizando los sentimientos que subyacen a las condiciones de abandono (depresión, impotencia, vacío y agresión), colocandolos en una situación de mayor dependencia oral de los fármacos para tapar o aliviar tales sentimientos.

La desintegración familiar parece enfatizar las condiciones aludidas para el adolescente fronterizo (Masterson 1975). Por un lado, es probable que la ausencia de alguna de las dos figuras parentales actúe agudizando las características de privación y frustración oral de los adolescentes encuestados, profundizando respuestas de acuerdo con el principio del placer. Aquí, es muy factible que los fármacos sean utilizados como "suministro emocional" para protegerse del vacío interior generado por la "depresión por abandono" (Idem).

Y por el otro, resulta evidente que en términos de relaciones de objeto, el adolescente en cuyo origen familiar faltó mamá o papá, se encuentra en notable desventaja respecto al que si los tuvo (aunque en ambos estas hayan sido pobres), por lo que tenderá en mayor medida a la representación parcial de los objetos. Ello probablemente tenga implicancias a nivel de su interacción social limitandola (vía la evitación del contacto emocional), y en consecuencia, estimulando una tendencia más introversiva a través del consumo de drogas. No es casualidad que una de las formas privilegiadas para interactuar dentro del grupo de amigos sea bajo el efecto de los fármacos en donde el contacto queda mediado por sus efectos y probablemente sea menos amenazante para tal población.



Por supuesto que la presente investigación no puede sostener contundentemente la afirmación anterior porque no se orientó a la exploración de las relaciones de objeto de los adolescentes indigentes, pero de todas maneras, sería interesante continuar investigando la incidencia de tales en el consumo de drogas. Dicho de otro modo, la utilización de los fármacos como un instrumento de lo que Masterson, retomando a Bowlby, describió como "desvinculación", típica del adolescente fronterizo y que es probable que esté presente en un buen número de sujetos indigentes de nuestra muestra.

Por lo que toca a la conducta antisocial, el tipo de familia de origen no parece ejercer una determinación importante. Probablemente tales conductas estén más relacionadas con la forma peculiar de los vínculos tenidos, además de los condicionantes de tipo social, como se discutirá más adelante.

Las hipótesis 3 y 4 postulaban una relación inversa entre la edad de la salida del hogar (hipótesis 3) o la edad del abandono (hipótesis 4) respecto al consumo de drogas y las conductas antisociales. Los resultados de la investigación vuelven a confirmar la influencia de la edad de la salida del hogar o del abandono en el consumo de drogas pero deniegan su implicancia en las conductas antisociales. En lo que toca al consumo de drogas, la investigación mostró diferencias significativas entre el grupo de abandono temprano y el grupo de abandono tardío (T de tablas = .030), inclusive con mayores niveles de probabilidad si del consumo de drogas se excluía tabaco y alcohol (T de tablas = .017). Por lo que se refiere a la conducta antisocial, los análisis estadísticos

dieron como resultado un bajo nivel de significancia en la diferenciación de los grupos de abandono temprano y tardío ( $T$  de tablas = .546). De lo anterior se puede desprender la conclusión de que la edad de la salida del hogar o la edad del abandono representan un predictor importante en el consumo de fármacos, pero no así de la conducta antisocial. Por lo tanto, de las hipótesis 3 y 4 se acepta sólo la parte relativa al consumo de drogas rechazando sus implicancias en los actos delictivos.

En torno de los resultados anteriores conviene realizar algunas reflexiones. Como supuesto básico de la presente investigación se caracterizó a los adolescentes indigentes como individuos con pobres relaciones de objeto, insertos en una dinámica familiar conflictiva cuya salida del hogar representaba una suerte de salvación psicológica, en la perspectiva de encontrar afuera lo que no obtenían adentro. Se presupuso también, que a mayor conflicto familiar, mayor tendencia a empujar hacia afuera al niño o adolescente o, en su defecto, a abandonarlo más tempranamente. Visto lo anterior, es evidente que la edad de salida del hogar o la edad del abandono no sólo marca los niveles de conflictiva familiar de la que el sujeto emana, sino también y de manera importante, representa un indicador de los recursos del sujeto y de la etapa de desarrollo en la que tuvo que enfrentar la realidad hostil de la calle en condiciones de desprotección.

Obviamente que no reviste el mismo grado de significancia el entrar a la indigencia entre los 4 y los 10 años, momento en el cual se encuentra atravesando por la elaboración edípica y por la incorporación de las

habilidades sociales de la latencia, que entre los 11 y los 16 cuyo proceso de preadolescente o adolescente lo encamina al encuentro con su identidad sexual y social.

En consecuencia, es entendible que tal edad reporte índices diferenciales en el consumo de fármacos, porque constituye una expresión de los recursos afectivos y de madurez con los que cuenta el sujeto. Se podría concluir entonces, que las sensaciones de ansiedad, depresión, vacío, impotencia y agresión que múltiples investigadores han observado en los consumidores de drogas (Kovach y Glikman 1986, Cohen S 1977, De la Garza y cols. 1977, Herman L y cols. 1977 y Ortiz J 1982), se presentan diferencialmente en los grupos de abandono enunciados, condicionando niveles distintos de adicción.

Continuando con una reflexión similar, es probable que las defensas primitivas que, de acuerdo con Kernberg (1987) y Masterson (1977), caracterizan al adolescente fronterizo, tengan una expresión diferente en cada uno de los grupos de abandono enunciados. Cabría suponer que en los adolescentes que salieron más tempranamente del hogar o que padecieron un abandono más prematuro, los mecanismos defensivos sean de una naturaleza más rígida y menos eficaz para la adaptación a la realidad, lo que obliga a un recurrencia mayor al consumo de fármacos como una vía para poner bajo control sus impulsos. Pero como diría Ortiz J. (1982), el consumo de drogas en tales sujetos representa una "victoria parcial sobre la ansiedad interior", porque al final constituye una evasión de un estado de cosas inmanejable.

Visto desde otro ángulo, la edad de la salida del hogar o del abandono

ademas de sus implicancias afectivas, ejerce un impacto importante en el consumo de drogas tambien por el hecho de que representa el momento en el cual el niño o adolescente entra en contacto con el medio de la calle (en particular con su grupo de amigos o iguales que desde ese instante adquiere una dimensión diferente), lo cual, como se verá más adelante, reviste una importancia muy significativa en el consumo de drogas.

Conviene realizar algunas consideraciones en torno al porqué tanto el tipo de familia de origen como la edad de la salida del hogar o del abandono, no representaron predictores significativos en los niveles de conducta antisocial. Si se parte del hecho de que al salir del hogar o al verse abandonado, el niño o adolescente tiene que enfrentar el medio hostil de la calle, es evidente que para sobrevivir tenga que recurrir a pequeños robos o bien, deba aprender a defenderse de otros, lo que sin duda, impacta sus conductas antisociales, pero de suyo no determina que tales conductas vayan a ser permanentes.

Primero porque como se puso de manifiesto, es difícil distinguir entre adolescencia y conductas psicopáticas aún en poblaciones normales (Aberastury y Knobel 1987, Kernberg 1987, Toolan P 1988), siendo probablemente la principal diferencia el hecho de que durante la adolescencia las actitudes psicopáticas son circunstanciales o pasajeras desapareciendo despues en situaciones normales. En consecuencia, no obstante haber encontrado altos niveles de conducta antisocial en ciertos adolescentes de la muestra (9 sujetos admitieron haber cometido más de 15 actos durante los últimos 12 meses), sería arriesgado afirmar la presencia de psicopatía, porque para dicha población sobrevivencia y conductas antisociales se confunden. Visto esto, es factible pensar

que sin duda se hubiera podido enriquecer el análisis si de la escala de conducta antisocial del instrumento aplicado, se hubiera dado un tratamiento por separado a las conductas que los adolescentes indigentes realizan como forma de sobrevivencia (pequeños robos, venta de inhalantes, etc.), de otros reactivos que expresan mayores conductas psicopáticas (como golpear o dañar algo a propósito, golpear o herir a alguien, etc.).

Segundo, aunque es evidente que existe mucho mayor tendencia a la actuación respecto al adolescente normal (típico de adolescentes fronterizos ver Masterson 1975) es probable que los sentimientos de agresión y resentimiento que acompañan irremisiblemente al abandono virtual o real sean canalizados en mayor medida hacia adentro como tendencias autodestructivas via el consumo de fármacos.

Recuerdese al respecto, como los fuertes sentimientos de agresión canalizados hacia el interior como tendencias autodestructivas en los sujetos inhaladores, afloraban de manera virulenta una vez que disminuía su consumo, tornándose notablemente más agresivos (Leal H y cols. 1988).

Tercero, porque al igual que en el consumo de drogas, dentro de la etiología de las conductas antisociales intervienen muchos factores, la mayoría de los cuales no fueron contemplados en la presente investigación y se asocian a la calidad de los vínculos (violencia en la imposición de la disciplina, modelos parentales de conductas desviadas, niveles de discusiones y alborotos, proximidad de la figura paterna, etc. ver Fisher L y cols. 1988, Toolan J 1971, Samano I 1987).

De ello se puede concluir que seguramente existen otros factores sociodemográficos y psicológicos que probablemente reunan mayor fuerza predictiva, los que sería conveniente considerar en futuras investigaciones con poblaciones similares.

Visto lo anterior, tampoco resulta sorpresiva la falta de verificación de la hipótesis 5. En tal hipótesis se consignaba una relación significativa entre la edad de la pérdida o abandono del padre y su impacto en las conductas antisociales. Lejos de lo esperado y también contrariamente a los resultados de otros estudios (Samano I 1987), el análisis de correlación entre ambas variables mostró un bajo nivel de significancia ( $P = .274$ ), por lo que para la población de indigentes encuestada, la pérdida o abandono del padre no constituyó un correlato importante de los actos delictivos realizados en los últimos 12 meses. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis 5.

Para futuras investigaciones es probable que se obtengan resultados más satisfactorios al respecto, si se explora, desde un enfoque multicausal, la forma cualitativa del vínculo con el padre y no sólo su aspecto cuantitativo como se hizo en la presente investigación.

Como corolario del presente apartado, conviene apuntar que el panorama descrito en términos del consumo de drogas y las conductas antisociales de los adolescentes indigentes encuestados, pareciera confirmar lo relativo a la actuación como defensa señalada por Masterson (1975). Resulta evidente que tales adolescentes exhiben una tendencia significativa a la actuación como forma de evitar los sentimientos de depresión (Tooplan J 1971). Para ellos el control intelectual de la

realidad (propio del adolescente normal), no representa un preparativo para la acción (Aberastury y Knobel 1987), puesto que cotidianamente son invadidos por un sinnumero de sensaciones displacenteras con las que tienen que lidiar. Sin embargo, como tambien refiere Materson, sus actuaciones parecieran representar al mismo tiempo, una forma peculiar de comunicaci3n; mediante sus actos tales adolescentes parecen querer transmitir un mensaje que son incapaces de verbalizar: una llamada de auxilio o un grito de socorro ante unos padres o una sociedad basicamente indiferente.

### VI.3 IMPORTANCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN EL CONSUMO DE DROGAS

AUn cuando no fueron incluidos dentro de las hip3tesis, en la presente investigaci3n se intent3 medir los niveles de significancia que, para el consumo de drogas, revisten diversos correlatos de la vida social de los adolescentes indigentes. Es evidente, como se puso de manifiesto en el capitulo de antecedentes, que el marco de amigos constituye la estructura dentro de la cual, el ni1o o adolescente que sale de su casa o se ve abandonado, intentará suplir los lazos afectivos que lo ligaban a su familia. El grupo le dar3 protecci3n y sentido de pertenencia pero al mismo tiempo, le exigirá sometimiento a sus pautas y valores entre los cuales se incluye, de manera importante y en cierto sentido, como nucleo integrador, el consumo de drogas (Cohen S 1977, De la Garza y cols. 1977 y Herman L. y cols. 1977 y 1988).

Dada esta gran importancia que el grupo de amigos o iguales tiende a adquirir para el sujeto a partir del momento en que ingresa al medio hostil de la calle, se explican los altos niveles de probabilidad que

reportó la incitación al consumo por parte de los amigos (F de tablas = .0042 en tabaco, .0026 en alcohol, .0001 en marihuana y .0000 en inhalantes y pastillas) y también lo significativo del tiempo que el adolescente ha permanecido en la calle, que en síntesis, es el periodo que lleva conviviendo con sus iguales (P = .050). Ambos factores, a nuestro juicio, parecen reunir un carácter predictivo poderoso como correlatos en el consumo de drogas de los niños y adolescentes indigentes y cualquier programa de prevención deberá tenerlos muy presentes.

Los índices de consumo de alcohol en los padres o tutores de los sujetos encuestados, resultaron levemente por encima de los hallazgos de otras investigaciones con poblaciones similares. En las figuras parentales de los sujetos de la muestra, el 44.7% de los padres o tutores masculinos y el 14.2% de las madres o tutores femeninos, consumían alcohol regularmente, por lo menos una vez a la semana (De la Garza 1997 encontró alcoholismo en el 38% de los padres de inhaladores y Medina ME y cols. encontraron consumo de alcohol en el 32.7% de los padres y el 26% de las madres en niños de la calle).

No obstante tales prevalencias y contrario a lo esperado en el sentido de que padres alcohólicos podrían constituir modelos importantes en la inducción al consumo de fármacos en sus hijos, los resultados de la investigación mostraron que el consumo de alcohol en los padres no revistió importancia alguna para el consumo de drogas en los sujetos encuestados. Un análisis de correlación entre ambas variables evidenció lo anterior: P = .595 para las madres y 0.0 para los padres. Ello



permite suponer que para la población de la calle estudiada, los padres como modelos de identificación farmacodependiente no ejercieron una importancia significativa. Sería preciso continuar investigando al respecto.

## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De lo expuesto en el capítulo de presentación de resultados es factible concluir, como producto de la presente investigación, lo siguiente:

1.- De acuerdo con lo esperado, las prevalencias de consumo de drogas y los niveles de conducta antisocial en los 56 adolescentes indigentes encuestados resultaron significativamente más elevadas respecto a los reportes de otras investigaciones con poblaciones normales de jóvenes de su edad. Sin embargo, si se les compara con investigaciones en poblaciones similares, aunque escasas, permiten observar niveles de adicción y actos delictivos similares. También de acuerdo con lo previsto, si se exceptúan tabaco y alcohol los inhalantes fueron la droga más consumida tanto a nivel experimental como de uso permanente.

2.- Los resultados de la investigación mostraron que la variable atributiva tipo de familia de origen ejerce una influencia significativa en el consumo de drogas pero no en la conducta antisocial de los sujetos estudiados. Más específicamente se puso en evidencia que el provenir de una familia desintegrada, esto es, con ausencia de alguna de las dos figuras parentales antes de los 10 años de edad, condiciona una mayor tendencia a la adicción, respecto de aquellos adolescentes con estructuras familiares nucleares o compuestas. Ello no sucede en el ámbito de las conductas antisociales. Para dichas conductas el tipo de origen familiar no parece representar un correlato importante.

3.- La investigación mostró que no existen diferencias significativas en el consumo de drogas o en las conductas antisociales entre los adolescentes provenientes de familias nucleares y compuestas. Dicho de

otro modo, para el tema estudiado, resulta poco significativo si las figuras parentales fueron o no las consanguíneas.

4.- La edad de la salida del hogar o edad del abandono (tomada como expresión de los niveles de conflictiva familiar de la que el menor emerge y como indicador de los recursos afectivos y de madurez con los que fue dotado el sujeto), constituyó un predictor importante para el consumo de drogas en los sujetos estudiados. Visto desde otro ángulo, tal variable ejerce también un impacto importante en el consumo de fármacos porque representa el momento en el que el niño o adolescente entra en contacto con el medio de la calle.

5.- En contraste con lo anterior, la variable edad de salida del hogar o del abandono no representó un correlato significativo en la actuación de conductas antisociales en tales adolescentes. Es probable que consideraciones sociodemográficas y otros factores psicológicos que aluden a la calidad de los vínculos puedan reunir mayor fuerza predictiva.

6.- La edad del abandono o pérdida del padre tampoco representó una variable significativa en la predicción de los actos antisociales.

7.- La presente investigación confirmó lo hallado en otros estudios respecto a la existencia de una correlación positiva significativa entre el consumo de drogas y las conductas antisociales. Por lo tanto, en los adolescentes indigentes de la muestra se verificó la tendencia de que a mayor nivel de farmacodependencia, mayores índices de actos delictivos y viceversa.

8.- La investigación exhibió la gran significancia que, para el consumo de drogas, tienen los predictores alusivos al entorno social en donde se desenvuelven los menores. Tanto la incitación al consumo por parte de los pares o amigos, como el tiempo que el adolescente ha permanecido en la calle, predicen significativamente el consumo de fármacos en tal población con niveles altos de probabilidad.

9.- El consumo de alcohol en los padres o tutores no constituyó un correlato importante para el consumo de drogas en la población estudiada. En consecuencia, tales figuras identificatorias no parecen haber representado modelos con influencia significativa.

La multiplicidad de variables que intervienen en el consumo de drogas y las conductas antisociales y la enorme complejidad que reviste la población en estudio desde una perspectiva social, cultural, familiar y psicológica, exigen la ampliación y profundización de la investigación de la problemática de los adolescentes indigentes, cuya dimensiones se extienden aceleradamente en las grandes urbes de nuestro país.

En consecuencia, nos permitimos recomendar para futuras investigaciones:

- Evaluar, dentro de modelos multicausales, los niveles de significancia de los distintos correlatos que entran en juego en las conductas adictivas y antisociales de los adolescentes indigentes, dimensionando los grados de influencia de cada uno de ellos.
- Enfocar la investigación en poblaciones de adolescentes indigentes desde una perspectiva multidisciplinaria, abarcando la interacción de los factores macro y micro sociales, culturales, familiares y

psicológicos.

- Realizar estudios en los medios naturales de los adolescentes indigentes, en particular en los lugares de reunión conocidos, a través de muestreos aleatorios que permitan obtener mayor representatividad en los resultados.
- Incluir la exploración de aspectos cualitativos en los vínculos familiares, incursionando en la problemática familiar específica que empujó al niño o adolescente fuera de su casa cuando fuera el caso y el tipo de relaciones de objeto de la que fue producto.
- Ampliar la investigación de los predictores psicológicos de la conducta antisocial en los adolescentes indigentes, en términos de los antecedentes familiares de agresión, rechazo, maltrato o ausencia de las figuras parentales.
- Profundizar, en la investigación con tal población, la distinción conceptual y práctica de las conductas abiertamente psicopáticas de los actos antisociales con fines de sobrevivencia. Esto es, diferenciar las actuaciones como defensa, la crueldad con los objetos, etc. respecto a la necesidad de adaptarse a un medio ambiente hostil cometiendo pequeños robos o defendiéndose.

## APENDICE BIBLIOGRAFICO

- Aberastury A. y Knobel M.  
La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico.  
Edit. Paidós, México 1987.
- Alcaraz V M et al  
"La susceptibilidad del cerebro infantil a los efectos de la inhalación del thiner. Hallazgos encefalográficos". en Drogas y Conducta  
Alcaraz y Colotla,  
Edit. Trillas, México, 1983
- Altenkirch H y Kindermann W  
"Inhalant Abuse and Heroin Addiction: A comparative study on 574 opiate addicts with and without a history of sniffing" en Addictive Behaviors  
Vol. 11, 1986.
- Ayala H. et al.  
"La familia enseñante. Evaluación del modelo en México en terminos de su reincidencia en su aplicación a una muestra de niños hinaladores de solventes industriales" en Disolventes Inhalantes Chevalli A et al compiladores, Consejo Consejo Nacional contra las Adicciones. México, 1988.
- Balint M.  
La falta Básica.  
Edit. Paidós Bs As, 1982
- Berriell R et al.  
"Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el Centro de Integración Juvenil León". en Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales.  
México, 1977.
- Berry J et al.  
"Aspectos neuropsicológicos de los abusadores crónicos de inhalantes. Un reporte preliminar" en Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales.  
Edit. Trillas, México, 1977.
- Blos P.  
Psicoanálisis de la Adolescencia.  
Edid. Joaquín Mortiz, México, DF 1971.
- Boom M.  
La reeducación en adolescentes infractoras: un estudio de caso  
Tesis de Licenciatura, Universidad Intercontinental México, 1983
- Boyd Ph.  
"Drug abuse and addiction in adolescent" en Modern Perspectives in Adolescent Psychiatry Cap. XIII, Edited by J. G. Howells. Edinburg 1971.

Campuzano M.

"Un modelo de psicoterapia grupal para adolescentes farmacodependientes" en Contreras C. Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. Edit. Trillas, México, 1977.

Castro ME.

Manual para la utilización del cuestionario sobre el uso de drogas y problemas asociados dirigido a muestras de estudiantes de enseñanza media y media superior (documento). Instituto Mexicano de Psiquiatría. Div. de Investig. Epidemiológicas y Sociales.

Castro ME. et al.

"Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil; Tendencias en los últimos 10 años". Salud Pública V. 29 No 4 julio agosto de 1987.

Castro ME y Chavez AM.

"Predictores del consumo de drogas en jóvenes mexicanos" Revista Mexicana de Psicología. vol.3 No. 1. 1986.

Castro ME y otros.

"Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos" en Salud Pública. . 30 No. 2 México, 1988.

Champion G "Introducción a los estudios sociales sobre los inhaladores" en Chevalli A Disolventes Inhalantes. Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 1988.

Chavez de S MI et al.

Drogas y Pobreza. Edit. Trillas, México, DF. 1977.

Chevalli A.

"¿Es incurable el inhalador?" en Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales Contreras C. Edit. Trillas, México, 1977.

Cohen S.

"Porqué los disolventes" en Contreras C. Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales, Edit. Trillas, México, 1977

Cohen S.

"Inhalan Abuse. An overview of the problem". National Institute on Drug Abuse Nida Monografy Service Vol. 15 oct. de 1977.

Comstock E et al.

"Efectos médicos del abuso de inhalantes" en Contreras C et al Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales, Edit. Trillas, México, 1977.

De la Garza et al.

Adolescencia Marginal e Inhalantes, Edit. Trillas, México, 1977,

De la Garza et al.

"Estudio biomédico de 30 pacientes inhaladores" en Contreras C  
Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales, Edit. Trillas,  
México, 1977.

De la Garza et al.  
La Cultura del Menor Infractor, Edit. Trillas, México, 1987.

De la Garza et al.  
"Perfil del inhalador" en Chevalli A Disolventes Inhalantes Consejo  
Nacional contra las Adicciones. del Inhalador" en Chevalli A Disolventes  
México, 1988.

Diaz P y Valera R.  
"Ingresos relacionados con elementos de intoxicación al Consejo Tutelar  
para Menores Infractores del DF" en Chevalli A Disolventes Industriales  
Industriales Consejo Nacional. Contra las Adicciones, México, 1988.

Erikson E.  
Infancia y Sociedad,  
Ediciones Horme Bs As 1976.

Erikson E.  
Sociedad y Adolescencia.  
Edit. Siglo Veintiuno, México, 1987.

Fisher L et al.  
"Aggression and delinquency: Family and enviromental factors" Journal of  
Youth and Adolescence. Vol. 17 No.3 1988.

Freud A.  
El Yo y los Mecanismos de Defensa,  
Edit. Paidós, México, 1984.

Freud S.  
"Tres ensayos para una teoría sexual" en Obras Completas  
Edit. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información  
en drogas. Resultados de la aplicación de la cédula "Informe  
Individual sobre Consumo de Drogas" No. 4 junio de 1988  
(monografía).

Henderson AS et al.  
"Epidemiological aspects of adolescent psychiatry" en Modern  
Perspectives in Adolescent Psychiatry,  
Edited by Hohn G Howells. Edinburg, 1971.

Hundlebey J. "Adolescent drug use in a behavioral matrix: a  
confirmation and a comparison of the sexes" Addictive Behaviors Vol.12  
1987.

Informe Anual del Centro de Protección Social Héroes de Celaya,  
monografía, México, 1987.



Kernberg O.  
Trastornos Graves de la Personalidad.  
Edit. Manual Moderno, México, 1987.

Kernberg O.  
"The Treatment of the Narcisistic Personality" en Bordeline  
Conditions and Pathological Narcissism. Aronson, 1975.

Korman M et al.  
"Estudio de Inhalación de disolventes en una sala de emergencia  
psiquiátrica" en Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes  
Industriales, Edit. Trillas, México, 1977.

Kovach J and Glickman N.  
"Levels and psychosocial correlates of adolescent drug use" Journal of  
Youth and adolescence Vol. 15 No. 1, 1986.

Leal H et al.  
"Estudio naturalístico sobre el fenómeno de consumo de inhalantes" en  
Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales,  
Trillas, México, 1977.

Leal H et al.  
"Estrategias de Intervención para Trabajar con Inhaladores de la Calle"  
en Chevailli A Disolventes Inhalantes Consejo Nacional Contra las  
las Adicciones, México, 1988.

Masterson J.  
Tratamiento del Adolescente Fronterizo.  
Edit. Paidós Bs As, 1975.

Medina ME et al.  
"Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México en  
Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales.  
Edit. Trillas, México, 1977.

Medina ME et al.  
"Validez y fiabilidad de un cuestionario utilizado para estudiar el uso  
de drogas entre estudiantes mexicanos de enseñanza media"  
Boletín de Estupefacientes, vol. XXXIII, No. 4. México, 1981.

Medina ME y Castro ME  
"El uso de inhalantes en México"  
en Chevailli y cols. Disolventes Inhalantes  
Consejo Nacional Contra las Adicciones  
México, 1988.

Medina ME y García G  
"Inhalant use in Latin America: a review of literature" en Chevailli y  
otros Disolventes Inhalantes Consejo Nacional Contra las Adicciones.  
México, 1988.

Medina ME et al.

"Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos" en Chevalli y otros Disolventes Inhalantes Consejo Nacional Contra las Adicciones, México, 1988.

Medina ME et al.

"Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales" Salud Mental V. 12 No. 2 junio de 1989.

Mednick B et al "Long term effects of parental divorce on young adult male crime" Journal of Youth and Adolescence Vol. 16 No. 1, 1987.

Naten G.

"Estudio sobre la incidencia del consumo de disolventes volátiles en 27 centros de la República Mexicana" en Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales Edit. Trillas, México, 1977.

Newcomb M et al.

"Substance abuse and psychological risk factors among teenagers: associations with sex, age, ethnicity and type of school" en Drug Alcohol Abuse 13 (4) 1987.

Nurco D et al.

"A comparison by race/ethnicity of narcotic addict crime rates in Baltimore, New York and Philadelphia" Drug Alcohol Abuse 12 (4) 1986.

Detting ER et al.

"Indian and Anglo Adolescent Alcohol Use and Emotional Distress: Path Models" en AM. J. Drug Alcohol Abuse 15 (2) 1989.

Ortiz J.

Estudio del Funcionamiento Psicológico y Social de Consumidores de Inhalantes que realizan Actividades en la Vía Pública. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1982.

Paule G y Clarac R.

"Estudio descriptivo sobre 206 pacientes de los ocho Centros de Integración Juvenil del área metropolitana" en Chevalli y otros

Perez D et al.

"Farmaco-psiquiatría y rehabilitación en pacientes tóxico inhaladores" en Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. Edit. Trillas, México, 1977.

Prockop L

"Daño al sistema nervioso secundario a la inhalación de disolventes industriales" en Contreras C Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. Edit. Trillas, México, 1977.

Rojas E Castro ME

"Análisis regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México" Salud Pública V.29 No. 4 Julio-agosto de 1987.

Samano I.

Análisis de la Figura Paterna y Otras Variables Psicosociales en relación con las Conductas de Homicidio y Robo.

Tesis de Doctorado en Psicología,  
Universidad Iberoamericana, México, 1987.

Santos de Barona M y Simpson D.

"Inhalant users in drug abuse prevention programs"  
Drug and Alcohol Abuse 10 (4) 1984.

Spitz R.

El Primer Año de Vida del Niño

Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

Stephens R et al.

"La inhalación desde Suffolk hasta Siracuse: reporte sobre la inhalación de disolventes por la juventud del estado de New York" en Contreras C Inhalación de Disolventes Industriales.

Edit. Trillas, México, 1977.

Tolan P.

"Delinquent behavior and male adolescent development: a preliminary study" Journal of Youth and Adolescence Vol. 17 No. 5 1988.

Tolan J.

"Depression in adolescents" Modern Perspective in Adolescent Psychiatry Edited by John G Howells, Edinburg 1971.

Winnicott D.

Realidad y Juego.

Edit. Gedisa, México, 1971.

## A P E N D I C E 1

### *Introducción*

Este cuestionario es parte de un amplio estudio que se está realizando en varios países del mundo. Las preguntas son acerca del uso de drogas y aspectos relacionados, así como otros datos como son: edad, sexo, etc.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a cada pregunta con el mayor cuidado posible. Todas las respuestas serán estrictamente confidenciales, por lo cual no preguntamos ni tu nombre, ni el nombre de tu escuela.

Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a tí te guste también.

Asegúrate de leer las instrucciones antes de empezar a contestar las preguntas.

Tus respuestas serán comparadas con las de otros jóvenes en otras partes del mundo, por personas que están tratando de aprender más acerca de estos temas.

Gracias por tu cooperación.

*Instrucciones:*

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado.

Para cada pregunta busca la respuesta que para tí sea la mejor: coloca una 'X' en el paréntesis al lado de la respuesta que hayas escogido.

Solamente escoge una respuesta para cada pregunta (no hagas ninguna anotación en los cuadros colocados al margen izquierdo).

No hagas anotaciones en este cuadro

1

Por ejemplo:

¿Has tomado agua en los últimos 30 días?

- ( ) 1 No  
( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días  
( ) 3 Sí, durante 6 a 9 días  
( X ) 4 Sí, durante 20 días o más.

La respuesta escogida fue '4' indicando que la persona que contestó la pregunta tomó agua durante 20 días o más en los últimos 30 días.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o si sientes que no puedes contestar honestamente deja la pregunta en blanco. Trata de completar la mayor cantidad de preguntas posibles.

C  
1 2  
 G  
3

CLAVE

GRUPO

P R E G U N T A S

4

- 1 a) ¿Has fumado, masticado o aspirado tabaco alguna vez en tu vida?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

5

- b) ¿Has fumado, masticado o aspirado tabaco en los últimos 6 meses?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

6

- c) ¿Has fumado, masticado o aspirado tabaco en los últimos 12 meses?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

7

- d) ¿Has fumado, masticado o aspirado tabaco en los últimos 30 días?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días  
( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días  
( ) 4 Sí, durante 20 días o más

8

- e) ¿Cuántos años tenías cuando fumaste, masticaste o aspiraste tabaco por primera vez?  
( ) 1 Nunca fumé, mastiqué o aspiré tabaco  
( ) 2 10 años o menos  
( ) 3 11 a 12 años  
( ) 4 13 a 14 años  
( ) 5 15 a 16 años  
( ) 6 17 a 18 años  
( ) 7 19 o más

9

- 2.-a) ¿Has tomado alguna vez en tu vida alguna bebida alcohólica, incluyendo cerveza, vino y licor?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

10

- b) ¿Has tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 6 meses?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

11

- c) ¿Has tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

12

- d) ¿Has tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días  
( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días  
( ) 4 Sí, durante 20 días o más

13

- e) ¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez más de un trago de vino, cerveza o licor?  
( ) 1 Nunca he tomado bebidas alcohólicas  
( ) 2 10 años o menos  
( ) 3 11 a 12 años  
( ) 4 13 a 14 años  
( ) 5 15 a 16 años  
( ) 6 17 a 18 años  
( ) 7 19 o más

14

3. a) ¿Has usado alguna vez en la vida marihuana?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

15

- b) ¿Has usado marihuana en los últimos 6 meses?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

16

- c) ¿Has usado marihuana en los últimos 12 meses?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

17

- d) ¿Has usado marihuana durante los últimos 30 días?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días  
( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días  
( ) 4 Sí, durante 20 días o más

18

- e) ¿Cuántos años tenías cuando usaste marihuana por primera vez?  
( ) 1 Nunca he usado marihuana  
( ) 2 10 años o menos  
( ) 3 11 a 12 años  
( ) 4 13 a 14 años  
( ) 5 15 a 16 años  
( ) 6 17 a 18 años  
( ) 7 19 o más

19

4. a) ¿Has usado alguna vez en tu vida anfetaminas (píldoras para la dieta, pastas, chochos, aceleradores), sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

20

- b) ¿Has usado anfetaminas en los últimos 6 meses sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

21

- c) ¿Has usado anfetaminas en los últimos 12 meses sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí

22

- d) ¿Has usado anfetaminas durante los últimos 30 días sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?  
( ) 1 No  
( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días  
( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días  
( ) 4 Sí, durante 20 días o más

23

- e) ¿Cuántos años tenías cuando usaste anfetaminas u otro estimulante por primera vez sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 Nunca he usado anfetaminas
  - ( ) 2 10 años o menos
  - ( ) 3 11 a 12 años
  - ( ) 4 13 a 14 años
  - ( ) 5 15 a 16 años
  - ( ) 6 17 a 18 años
  - ( ) 7 19 o más

24

5.- a) ¿Has aspirado o inhalado alguna vez en tu vida sustancias para elevarte (pegamento, sprays en aerosol u otros gases)?

- ( ) 1 No
- ( ) 2 Sí

25

b) ¿Has aspirado o inhalado sustancias para elevarte en los últimos 6 meses?

- ( ) 1 No
- ( ) 2 Sí

26

c) ¿Has aspirado o inhalado sustancias para elevarte en los últimos 12 meses?

- ( ) 1 No
- ( ) 2 Sí

27

d) ¿Has aspirado o inhalado sustancias para elevarte en los últimos 30 días?

- ( ) 1 No
- ( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días
- ( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días
- ( ) 4 Sí, durante 20 días o más

28

e) ¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste por primera vez sustancias para elevarte?

- ( ) 1 Nunca he aspirado o inhalado sustancias para elevarme
- ( ) 2 10 años o menos
- ( ) 3 11 a 12 años
- ( ) 4 13 a 14 años
- ( ) 5 15 a 16 años
- ( ) 6 17 a 18 años
- ( ) 7 19 o más

29

6.- a) ¿Has usado alguna vez en tu vida sedantes (barbitúricos, ecuanil, mandrax) sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?

- ( ) 1 No
- ( ) 2 Sí

30

b) ¿Has usado sedantes en los últimos 6 meses sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?

- ( ) 1 No
- ( ) 2 Sí



31

- c) ¿Has usado sedantes en los últimos 12 meses sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No
  - ( ) 2 Sí

32

- d) ¿Has usado sedantes en los últimos 30 días sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No
  - ( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días
  - ( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días
  - ( ) 4 Sí, durante 20 días o más

33

- e) ¿Cuántos años tenías cuando usaste sedantes por primera vez sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No he usado sedantes
  - ( ) 2 10 años o menos
  - ( ) 3 11 a 12 años
  - ( ) 4 13 a 14 años
  - ( ) 5 15 a 16 años
  - ( ) 6 17 a 18 años
  - ( ) 7 19 o más

34

- 7.-a) ¿Has usado alguna vez en tu vida tranquilizantes (librium, valium, miltinn), sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No
  - ( ) 2 Sí

35

- b) ¿Has usado tranquilizantes en los últimos 6 meses sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No
  - ( ) 2 Sí

36

- c) ¿Has usado tranquilizantes en los últimos 12 meses sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No
  - ( ) 2 Sí

37

- d) ¿Has usado tranquilizantes en los últimos 30 días sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 No
  - ( ) 2 Sí, durante 1 a 5 días
  - ( ) 3 Sí, durante 6 a 19 días
  - ( ) 4 Sí, durante 20 días o más

38

- e) ¿Cuántos años tenías cuando usaste tranquilizantes por primera vez sin que un médico o trabajador de la salud te lo indicara?
- ( ) 1 Nunca he usado tranquilizantes
  - ( ) 2 10 años o menos
  - ( ) 3 11 a 12 años
  - ( ) 4 13 a 14 años
  - ( ) 5 15 a 16 años
  - ( ) 6 17 a 18 años
  - ( ) 7 19 o más

Lee con cuidado cada una de las siguientes afirmaciones:

8. ¿Qué tan frecuentemente has realizado las siguientes actividades en los últimos 12 meses?

39 40

a) Tomar un auto sin el permiso del dueño He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

41 42

b) Golpear o dañar (a propósito) algo que no te pertenece He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

43 44

c) Vender marihuana o hashish He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

45 46

d) Tomar cosas con valor de \$10,000 o menos que no te pertenecen He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

47 48

e) Tomar cosas con valor de más de \$10,000 que no te pertenecen He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

49 50

f) Golpear o herir a alguien (a propósito) sin contar los pleitos o discusiones con tus hermanos He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

51 52

g) Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

53 54

h) Vender otras drogas que no sea marihuana o hashish He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

55 56

i) Tomar parte en riñas He hecho esto \_\_\_\_\_ veces en los últimos 12 meses

9.-¿Qué tan frecuente te han pedido tus amigos que consumas cualquiera de las siguientes drogas? (checa bien para cada una de ellas).

<input type="checkbox"/> 57	Tabaco	_____ Nunca	_____ A veces	_____ Muchas veces
<input type="checkbox"/> 58	Alcohol	_____ Nunca	_____ A veces	_____ Muchas veces
<input type="checkbox"/> 59	Marihuana	_____ Nunca	_____ A veces	_____ Muchas veces
<input type="checkbox"/> 60	Sustancias para elevarte (pegamentos sprays, etc.)	_____ Nunca	_____ A veces	_____ Muchas veces
<input type="checkbox"/> 61	Pastillas (pastas chochos, aceleradores, etc.)	_____ Nunca	_____ A veces	_____ Muchas veces

10.-¿Intentarían tus amigos detenerte a ti para que no bebieras cerveza, vino u otra bebida fuerte?

Sí mucho ( ) algo ( ) no mucho ( ) no ( )

11.-¿Intentarías tu detener a tus amigos para que no bebieran cerveza, vino u otro licor fuerte?

Sí mucho ( ) algo ( ) no mucho ( ) no ( )

12.-¿Intentarían tus amigos detenerte a ti para que no fumes marihuana?

Sí mucho ( ) algo ( ) no mucho ( ) no ( )

13.-¿Intentarías tu detener a tus amigos para que no fumen marihuana?

Sí mucho ( ) algo ( ) no mucho ( ) no ( )

14.-¿Intentarían tus amigos detenerte a ti para que no aspirees o inhales sustancias para elevarte?

Sí mucho ( ) algo ( ) no mucho ( ) no ( )

15.-¿Intentarías tu detener a tus amigos para que no aspiraran o inhalaran sustancias para elevarse?

Sí mucho ( ) algo ( ) no mucho ( ) no ( )

A P E N D I C E 2

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA FAMILIAR DE LOS  
ADOLESCENTES INDIGENTES

Clave \_\_\_\_\_

Grupo HC\_\_ GF\_\_

En este cuestionario intentamos conocer algunos datos acerca de ti y de tu familia. Al igual que en el anterior, todas las respuestas serán anónimas y confidenciales por eso no te preguntamos tu nombre ni el de alguien de tu familia. Aquí hay preguntas abiertas a las que te pedimos que respondas escribiendo la respuesta y otras a las que sólo se contesta con una marca (X). Trata de responder todas las que puedas.

8 69

1.- ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_

0 71

2.- ¿Cuántos años de escuela has terminado? \_\_\_\_\_

72

3.- ¿En qué lugar pueblo o ciudad naciste? \_\_\_\_\_

3 74

5.- ¿Hasta qué edad viviste en la casa de tus padres, familiares o padrastros? \_\_\_\_\_

75

6.- Cuando vivías con tus padres o familiares ¿aportabas dinero a tu casa? si ( ) no ( )  
Sí es que si ¿hasta qué edad? \_\_\_\_\_

6 77

7.- Si es que te fuiste de tu casa ¿a qué edad te ausentastes más de tres días seguidos? \_\_\_\_\_

8 79

8.- ¿Porqué vives fuera de tu casa? pon una marca en la respuesta correcta:

80

( ) me llevaba bien con mis padres pero me vine a México a buscar trabajo

( ) me fui porque yo quise sin el consentimiento de mis padres

( ) me fui porque yo quise y a mis padres no les importó

( ) me corrieron de mi casa

( ) mi padre y mi madre me abandonaron

( ) otra razon (explica cual) \_\_\_\_\_

1 2

3

4

9.- Si te fuiste por tu voluntad o te expulsaron de tu casa ¿podrías decir la causa? \_\_\_\_\_

5

6

10.- ¿Tu madre vive?  
si ( ) no ( ) no se ( )

7

11.- Sí es que te fuiste o te echaron de tu casa: ¿tu madre vivió permanentemente con tu familia hasta que tu saliste? si ( ) no ( )  
si la respuesta es no ¿qué edad tenías cuando ella se fue? \_\_\_\_\_

8 9

12.- Sí tu madre murió o te abandonó ¿qué edad tenías cuando eso pasó? \_\_\_\_\_

10 11

13.- Sí tu madre murió o te abandonó ¿viviste con alguna madrastra o con algun otro familiar femenino?  
si ( ) no ( )

12

si la respuesta es que si ¿hasta qué edad estuviste con ella? \_\_\_\_\_

13 14

14.- Sí viviste algun tiempo con tu madre, con una madrastra o algun otro familiar femenino ¿cuanto tiempo estaba ella en la casa?. Pon una marca en la respuesta correcta:

15

- ( ) permanecia casi todo el tiempo
- ( ) se ausentaba durante las horas de trabajo
- ( ) se ausentaba todo el dia
- ( ) se ausentaba uno o varios dia a la semana
- ( ) se ausentaba una o más veces al mes

16

15.- ¿Tu padre vive?  
si ( ) no ( ) no se ( )

17

16.- Sí es que te fuiste o te echaron de tu casa: ¿tu padre vivió permanentemente con tu familia hasta que tu saliste? si ( ) no ( )  
si la respuesta es que no ¿qué edad tenias cuando él se fue? \_\_\_\_\_

18 19

17.- Sí tu padre murió o te abandonó ¿qué edad tenías cuando eso pasó? \_\_\_\_\_

20 21

22

18.- Si tu padre murió o te abandonó ¿viviste con un padrastro, tío, o con algun otro familiar masculino?

si ( ) . no ( )

si la respuesta es si ¿hasta qué edad estuviste con él? \_\_\_\_\_

23 24

25

19.- Si viviste algun tiempo con tu padre, padrastro o algun otro familiar masculino ¿cuanto tiempo estaba él en la casa?. Pon una marca en la respuesta correcta:

- ( ) estaba casi todo el dia en la casa
- ( ) se ausentaba por lo general sólo a las horas de trabajo
- ( ) se ausentaba todo el dia
- ( ) se ausentaba uno o varios dias a la semana
- ( ) se ausentaba una o más veces al mes

Para finalizar quisieramos saber algunos datos acerca del jefe de la familia, esto es de la persona que aporta o aportaba la mayor cantidad de dinero en tu hogar. (padre, madre, padrastro, etc.).

26

20.- ¿Qué ocupación tiene o tenía el jefe de la familia?

\_\_\_\_\_

27

21.- ¿Cual es o era la escolaridad del jefe de la familia?

- ( ) nunca ha ido a la escuela y no sabe leer ni escribir
- ( ) nunca ha ido a la escuela pero sabe leer y escribir
- ( ) primaria incompleta
- ( ) primaria completa
- ( ) secundaria incompleta
- ( ) secundaria completa
- ( ) estudios comerciales o carrera técnica
- ( ) preparatoria o normal
- ( ) carrera universitaria
- ( ) no se

22.- ¿Con qué frecuencia beben o bebían alcohol tus padres, padrastros o tutores?. Tu cálculo debe incluir aún las ocasiones cuando bebían muy poco, digamos media botella de cerveza o un poquito de vino, etc.

PADRE O  
TUTOR  
MASCULINO

MADRE O  
TUTOR  
FEMENINO

- no beben ni bebían..... ( ) ( )
- más o menos diario..... ( ) ( )
- 4 o 5 veces a la semana..... ( ) ( )
- 2 o 3 veces a la semana..... ( ) ( )
- más o menos 1 vez a la semana.... ( ) ( )
- 1 o 2 veces al mes..... ( ) ( )
- más o menos 1 vez al mes..... ( ) ( )
- unas cuantas veces al año..... ( ) ( )
- una vez al año o menos..... ( ) ( )
- no se ..... ( ) ( )

8 29

30