

114  
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE  
AUTOCONCEPTO EN DOS GRUPOS  
DE ADULTOS MORFINOMANOS  
Y NO MORFINOMANOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

MARIA DE LA LUZ GONZALEZ VARGAS

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LUIS ANTONIO GAMIOCHIPI CANO

ASESOR: MAESTRO HAROLDO ELORZA PEREZ TEJADA



MEXICO, D. F.

1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**SINODALES**

**MTRO. HAROLDO ELORZA PEREZ TEJADA**

**LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA**

**LIC. LYDIA BARRAGAN TORRES**

**LIC. LUIS ANTONIO GAMIOCHIPI CANO**

**LIC. LIDIA DIAZ SANJUAN**

**A MIS PADRES**

Los seres que quiero y respeto,  
y les debo todo lo que soy.

**A MIS HERMANOS**

con cariño

**MARIA DE LOURDES**

**RICARDO FELIPE**

**JUAN JOSE**

**MARIA DEL SOCORRO**

**MARGARITA**

**JOSE ARMANDO**

**GRACIELA**

**BEATRIZ**

**IRENE**

**A CARLOS**

Te agradezco todo el apoyo y  
paciencia, te amo con todo mi corazón.

**A MIS HIJOS**

**CARLOS ALBERTO Y GERARDO**

Agradezco toda la paciencia,  
los quiero mucho,  
gracias por ser mis hijos.

**A PILAR Y PABLO**

Gracias por la ayuda y el apoyo.

**A JAVIER**

Gracias por la ayuda y el apoyo  
que incondicionalmente me brindaste.

**A LUIS**

Gracias por toda la ayuda  
y más por tu amistad.

**A HAROLDO**

Gracias por el apoyo y ayuda.

**A GUADALUPE SANTAELLA**

Con agradecimiento

**A MIS PROFESORES Y AMIGOS**

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
I Farmacodependencia.	4
1.1 Definición de farmacodependencia.	4
1.2 Los opiáceos en la historia.	4
1.3 Efectos de la morfina sobre el organismo.	6
1.4 El problema de farmacodependencia en México.	7
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. Autoconcepto.	13
2.1 Definición de autoconcepto.	13
2.2 Perspectiva histórica y estudio del autoconcepto.	13
a) El autoconcepto en el conductismo.	
b) El autoconcepto en el psicoanálisis.	
c) El autoconcepto en los neofreudianos.	
d) El autoconcepto en la teoría del aprendizaje.	
<b>CAPÍTULO III</b>	
3 Familia.	19
3.1 Definición de familia.	19
3.2 Antecedentes históricos de la familia y su estudio.	19

3.3	Tipos de familia y modelos sociales.	20
3.4	Familia, farmacodependencia y autoconcepto.	22

#### **CAPÍTULO IV**

4	Método.	26
4.1	Tipo de estudio.	26
4.2	Planteamiento del problema.	26
4.3	Hipótesis.	26
4.4	Variables.	26
4.5	Muestra.	26
4.6	Escenario.	27
4.7	Instrumento.	27
4.8	Procedimiento.	27

#### **CAPÍTULO V**

5	Resultados.	29
5.1	Análisis de Resultados	33

#### **CAPÍTULO VI**

6	Conclusiones.	47
---	---------------	----

#### **CAPÍTULO VII**

7	Limitaciones y sugerencias.	49
	Bibliografía.	50-51

## INTRODUCCIÓN

Aunque la farmacodependencia es considerada actualmente como un problema de salud pública de suma importancia para cualquier país, no debe examinarse como un fenómeno que pueda ser analizado o tratado a partir de factores aislados como los efectos de las drogas en los individuos que las utilizan o los aspectos legales o ilegales que se correlacionan con el uso y abuso de cierto tipo de sustancias.

Este problema debe ser enfocado a partir de diferentes perspectivas con el propósito de lograr un marco global que incluya investigaciones eficientes tanto para el tratamiento clínico y la prevención, así como los enlaces sociales, políticos y económicos a nivel nacional o internacional; sin embargo, este objetivo no es fácil de conseguir, especialmente si se toma en cuenta que la farmacodependencia ha tenido su propia evolución a lo largo de la historia humana y que, actualmente, se ha constituido en uno de los problemas más graves a nivel mundial, no sólo desde el punto de vista de la salud pública, sino también desde el punto de vista de su distribución ilegal que ha repercutido incluso en la estabilidad social y económica de algunos países.

Así, definir el concepto de farmacodependencia nos lleva obligadamente a hacer una retrospectiva histórica de su aparición como fenómeno clínico y social, además de indagar sobre las investigaciones que se han realizado para su comprensión y análisis en diferentes campos como la medicina, la psicología, la sociología y el derecho, entre otros.

La historia de la farmacodependencia ha sido asentada desde tiempos remotos, en los que el uso de algunas drogas se consideraba "común", en virtud de que servían para fines rituales o medicinales. En culturas como la egipcia, la griega y la árabe, se utilizaban con fines terapéuticos para el tratamiento de padecimientos como la diarrea o los envenenamientos, además del uso ritual que les adjudicaban algunos grupos específicos para las ceremonias religiosas, o bien, como en el caso de los opiáceos, eran consideradas como sustancias inductoras del sueño.

Sin embargo, resulta difícil determinar con exactitud el momento en que estas sustancias o medicamentos dejaron de tener solamente fines terapéuticos o rituales, para convertirse en un problema legal y social, que incluso llegó a desencadenar conflictos como la llamada "Guerra del Opio" en China, hacia 1939.

De cualquier forma, en un intento por responder a esta interrogante, se puede inferir que paralelamente a la evolución de la humanidad, el uso y abuso de esas sustancias empezó a constituir un serio problema al detectar el deterioro físico y mental que surgía en los usuarios; adicionalmente, a este fenómeno se añadió el hecho de que varios países se preocuparon por tratar de controlar esta situación por lo que al intentar instaurar una reglamentación legal, especialmente para la prescripción médica y para el combate a la distribución ilegal de ciertos medicamentos o sustancias, se dio origen al mercado negro en el que se han constituido verdaderas mafias que luchan por lograr el poder y el control de dicha distribución.

Para fines prácticos, el tipo de drogas existentes puede clasificarse en dos grandes grupos los estupefacientes y los psicotrópicos, dentro de los primeros se consideran sustancias como marihuana, la cocaína y la heroína, mismas que por su propiedad altamente adictiva, pueden definirse como las que causan más predisposición para el abuso de su consumo por parte de los usuarios. En este grupo, según el Diario Oficial de la Federación del 4 de julio de 1994, se encuentra la morfina (Diario Oficial 1988).

En el grupo de los psicotrópicos, encontramos sustancias como el diazepam, el alprazolam y el flunitrazepam, entre otros, de las que se derivan medicamentos para uso clínico, de esta forma, aún cuando pueden llegar a causar adicción, ésta no es tan severa y problemática, debido a que en general deben ser prescritas médicamente y, por lo tanto, son relativamente más fáciles de controlar a través de reglamentaciones específicas de salud pública.

La farmacodependencia se puede definir como un estado psíquico especial que, en algunos casos, puede también producir cambios físicos. Un adicto, puede considerarse como un individuo que no puede reprimir el impulso de tomar un determinado fármaco, aunque existen variaciones, dependiendo de las características físicas y psicológicas e incluso en contexto social, de los sujetos farmacodependientes.

Como ejemplos de los efectos de las drogas en el organismo, se puede citar el estudio de Puchen, R. en 1981, en el que encontró que la atracción hacia los opiáceos en los usuarios, se inicia con la capacidad que tienen estas sustancias para alterar la percepción del dolor o de un "malestar psicológico" que, evidentemente, causa un profundo efecto de alivio físico y mental que produce una sensación de bienestar al usar la droga, inclusive, puede causar una euforia tal que induce a utilizarla repetidamente de manera compulsiva, así, el individuo puede convertirse en un adicto, al evitar el malestar mental o físico asociado con la supresión del fármaco (Mata y Quiroga, 1987).

La forma de administración de las drogas también ha sufrido variaciones, mientras que anteriormente eran inhaladas o ingeridas por los usuarios, la fabricación de la aguja hipodérmica hacia 1856, permitió que algunas sustancias pudieran administrarse por inyección, dando origen a un nuevo tipo de adictos, sin embargo, en la actualidad esta práctica parece estar disminuyendo debido a que se ha detectado la transmisión de diversas enfermedades como el SIDA- a través de este medio (Sopelana, Rodríguez, 1995).

Independientemente a las investigaciones que se han realizado sobre los efectos de las drogas en el organismo, paralelamente se ha buscado la forma más efectiva de evitar o controlar su distribución ilegal, por lo que se han asignado tratados internacionales al respecto.

En nuestro país, además de los acuerdos internacionales, se han efectuado acciones para prevenir y controlar la farmacodependencia, fenómeno cuyo crecimiento resulta sumamente alarmante, sobre todo si se piensa que el problema no sólo va en aumento en cuanto al número de usuarios, sino que se está extendiendo hacia núcleos de la población que son especialmente vulnerables, como los niños y jóvenes entre 7 y 18 años de edad (Mata y Quiroga, 1987).

Así, como se mencionó en el inicio de esta introducción, resulta muy complejo analizar el fenómeno de la farmacodependencia desde una sola perspectiva, por lo que es necesario que se trate a través de acciones e investigaciones conjuntas de autoridades, médicos y psicólogos, entre otros, para que tales acciones resulten efectivas desde el punto de vista del tratamiento y prevención del uso y abuso de las drogas.

Precisamente, y debido a esta complejidad y al amplio marco de acción en el que puede ser investigada la farmacodependencia, surgió la idea del presente trabajo, cuya finalidad no pretende definir esta problemática en toda su dimensión, sino que se procuró especificar de manera más concreta los efectos psicológicos o las alteraciones conductuales que podrían sufrir los usuarios de alguna sustancia que, por su adicción, pudieran ser considerados como farmacodependientes.

De esta forma, durante la etapa de investigación para definir los propósitos de este trabajo, se llegó a la información y seguimiento que tiene la Secretaría de Salud con respecto a un grupo de adictos al clorhidrato de morfina, quienes son controlados a través del Departamento de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos, en el que se les proporciona legalmente esta sustancia.

A su vez, debido a que es necesario definir más concretamente los efectos psicológicos y conductuales que pudiera causar el consumo crónico de la morfina, se consideró interesante investigar y profundizar sobre la forma en la que los individuos de este grupo se percibían a sí mismos, es decir, abordar las posibles alteraciones o variaciones del autoconcepto con respecto al que pudiera tener otro grupo de no adictos a la morfina.

Para lograr este objetivo, se obtuvo el permiso correspondiente en la Secretaría de Salud (SS); primero, con el propósito de conocer la mayor información posible de los sujetos que conforman este grupo y, después, para conocerlos y determinar la posibilidad de lograr su colaboración para el estudio.

De esta forma, se determinó que la finalidad básica del estudio se concentraría en investigar si existían o no diferencias entre el autoconcepto del grupo de morfinómanos controlados por la SS y otro grupo de personas no consumidoras que tuvieran características similares.

Para la medición del autoconcepto se utilizó la Escala de Autoconcepto Tennessee, por considerarla un instrumento que puede aplicarse en forma sencilla, tomando en cuenta también que el grupo de adictos acude solamente una vez al mes a la SS y que no había posibilidades de utilizar otros instrumentos, o incluso un batería de pruebas psicológicas que ocuparan más tiempo.

Esta misma facilidad se consideró para el grupo de personas normales, con objeto de llevar a cabo la investigación en similares circunstancias.

## CAPÍTULO I

### 1.1 DEFINICIÓN DE FARMACODEPENDENCIA

Ésta consiste siempre en un estado psíquico especial y que, en el caso de ciertas drogas puede haber además cambios en el estado físico. El individuo no puede reprimir el impulso de consumir el fármaco.

Para que exista farmacodependencia, es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco, considerando éste como una sustancia que, introducida al organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones.

La farmacodependencia -nombre técnico de la drogadicción- es un problema que afecta a toda sociedad. Por ello, su solución no puede seguir buscándose en la acción de pequeños grupos de especialistas. Para combatir la farmacodependencia se requiere de la participación activa o consistente de aquellas personas que diariamente entran en contacto directo con este problema: los padres de familia, los maestros, los médicos, las enfermeras, los sacerdotes, los policías y los abogados, entre otros.

La farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo, en el que intervienen muchos factores sociales e individuales. De hecho, siempre debemos tener en mente que cualquier caso de farmacodependencia está determinado por tres unidades: la droga misma y sus efectos; la persona farmacodependiente, con todas sus características físicas y psicológicas; y el medio ambiente; es decir, el tipo de sociedad o ambiente en donde se produce la farmacodependencia.

Debido a que con el presente trabajo se trata de realizar un estudio comparativo de autoconcepto en dos grupos morfinómanos y no morfinómanos; se hace necesario hacer una revisión general de las drogas clasificadas dentro del grupo de los opiáceos; específicamente, del clorhidrato de morfina.

### 1.2 LOS OPIÁCEOS EN LA HISTORIA.

La historia del uso de los opiáceos se remonta al año 3,000 a.C.; sin embargo, las primeras descripciones sobre sus efectos psicológicos aparecen hacia el año 3,000 a.C.

Los antecedentes destacan que su uso estaba muy difundido entre las culturas egipcias, griega y árabe; en las que era utilizada tanto para fines médicos como recreacionales; entre los primeros, estas sustancias eran administradas en tratamientos contra mordeduras de serpiente, padecimientos asmáticos o gastrointestinales, entre otros, por lo que su empleo era común.

Algunos autores como Virgilio, Homero y Ovidio mencionaron, además, las propiedades inductoras del sueño que tenían algunas de estas sustancias.

De esta forma, el consumo de opiáceos se difundió ampliamente por toda Europa de tal manera que, incluso hasta el siglo XVII, existía un intenso comercio abierto entre el este y el

oeste (de hecho, el control del opio fue una de las causas principales de la Guerra del Opio en China hacia 1939).

Durante siglos, desde el año 3000 a.C., hasta el 1800 d.C., los opiáceos utilizados con fines médicos y recreacionales consistieron en el opio crudo obtenido de la amapola (*Papaver Somniferum*), que es el exudado lechoso que se produce cuando se raspa o se corta el cáliz. Este jugo se seca, formando gotas gomosas que se pulverizan recibiendo el nombre de "polvo de opio", el cual contiene por lo menos veinte sustancias diferentes (alcaloides); entre ellos la morfina, que fue aislada en 1800 por un químico llamado Friederich Serturner, quien lo reconoció como el alcaloide principal del opio (10%), su nombre proviene de Morfeo - dios del sueño.

El desarrollo de la morfina revolucionó el uso de los opiáceos y, desde entonces, la morfina se emplea (más que el opio crudo) en todo el mundo para el tratamiento médico del dolor y la diarrea.

En Estado Unidos de Norteamérica el uso difundido de la morfina y del opio datan del siglo XIX. Hasta 1914 estas drogas eran tan fáciles de obtener, para el uso prescrito o no prescrito, como lo es hoy la aspirina.

Después de la Guerra Civil, época en la que se aludía a la adicción al opio como "enfermedad del soldado", y de la invención de la aguja hipodérmica en 1856, apareció en Estados Unidos un nuevo tipo de usuario del opio: el que se administraba opiáceos por inyección; simultáneamente, hacia esa misma época se registro una gran inmigración de trabajadores chinos que fumaban opio sin ninguna limitación.

A principios del siglo XX se estimó que uno de cada cuatrocientos norteamericanos eran adictos al opio o a alguno de sus derivados.

Los posibles peligros de los opiáceos y la dependencia que podían inducir, comenzaron a ser motivo de preocupación, por lo que en 1914 se sancionó la Ley Harrison de Narcóticos y se estableció un estricto control sobre su uso, prohibiendo los que no tenían fines clínicos. (Julien, R.M., 1981).

A manera de ejemplo, en el año de 1992, España fue el país de la CEE donde más hachís y cocaína se decomisó. Aunque su consumo desciende, la cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida. En el año de 1992 refería haberla tomado, en el último mes, el 4% de la población. Se considera que el consumo de cocaína es superior al de heroína. En cuanto a los patrones de consumo de las drogas ilegales, actualmente está disminuyendo de forma rápida la práctica de inyectarse entre los consumidores de heroína y aumenta la de fumar o inhalar la sustancia. En 1991, el 50.3% de los admitidos por primera vez a tratamiento se inyectaban; en 1992 fue el 40.9%. Por otro lado, la población de drogodependientes (DD) que acude a los centros de tratamiento va envejeciendo de forma progresiva. En el año de 1987, la edad media fue de 24.9 años y en 1992, de 26.7 años, por lo que en un futuro se prevé un descenso de los consumidores de heroína; por un lado, porque habrá menos adictos nuevos; y, por otro, por la elevada mortalidad debida al SIDA y las reacciones agudas causadas por la droga (Sopelana Rodríguez, 1995).

### 1.3 EFECTOS DE LA MORFINA SOBRE EL ORGANISMO

Los sitios primarios de acción de la morfina y demás opiáceos naturales y sintéticos son el Sistema Nervioso Central, el ojo y el tracto gastrointestinal; en los usuarios crónicos de morfina o en individuos con intoxicación aguda, se observa un síndrome fisiológico que consiste en sedación, que puede llevar al coma, constipación crónica, disminución del ritmo respiratorio y pupilas contraídas; a menudo, la sobredosis de morfina se diagnostica a partir de la observación de pupilas constreñidas y ritmo respiratorio lento.

La morfina produce analgesia, somnolencia, cambios de humor y confusión mental. En la mayoría de los individuos, los opiáceos inducen un estado eufórico sumamente agradable, pero tal reacción no es universal.

Al usar un opiáceo por primera vez, algunas personas experimentan una disforia, que consiste en ansiedad y temor, letargia, apatía, sedación, confusión mental, falta de interés, incapacidad de concentración, náuseas y vómitos. Por lo tanto, los efectos de este tipo de narcóticos varían mucho de una a otra persona y pueden ser influidos por la actitud mental y por el medio por el que se administra la droga. Aun cuando la primera exposición a un opiáceo origine un estado de disforia, la exposición repetida produce, por lo común, un estado de euforia que consiste en una sensación de bienestar, paz y conformidad acompañada de una sensación de fortaleza y energía duraderas o, de lo contrario, estado agradable de somnolencia, introversión y sueño.

La tolerancia a la morfina y a otros narcóticos opiáceos varía según la respuesta fisiológica particular, la dosis y la frecuencia de administración. Con todos los opiáceos se desarrolla la tolerancia al efecto de depresión respiratoria, analgésico, sedante; pero no suele desarrollarse el efecto de constipación o de constricción pupilar.

La velocidad de desarrollo de la tolerancia varía marcadamente. Si se usa un opiáceo en forma intermitente, la tolerancia, es escasa.

Cuando se recurre a los "viajes" con largos intervalos de abstinencia, la droga mantiene su eficacia inicial. Por ejemplo, si una persona sólo usa opiáceos con fines recreacionales durante los fines de semana, la droga seguirá siendo eficaz en dosis bajas y posiblemente no se la debe aumentar demasiado (a menos, por supuesto, que se desee un efecto más intenso). Con todo, después de un año los "viajes" de los sábados y domingos tenderán a comenzar los viernes y prolongarse hasta el lunes. Pronto la droga se utilizará los martes, miércoles y jueves; y el "viaje" se convertirá, así, en una adicción durante toda la semana.

No bien se da esta pauta de administración repetida, se desarrolla la tolerancia, que puede ser tan marcada que se requieran dosis cuantiosas a fin de mantener el estado de euforia o evitar el malestar.

Esta tolerancia parece responder a la inducción de enzimas metabolizadoras de la droga en el hígado y a la adaptación de las neuronas cerebrales a la presencia de la droga, tolerancia mucho mayor en el cerebro que en el hígado, (Jaffe J. y otros, 1980).

Además del desarrollo de tolerancia de un opiáceo, se produce tolerancia cruzada, de modo que un individuo tolerante a un opiáceo lo es a cualquier otro compuesto de su clase, natural o sintético, aun cuando no sean químicamente similares. Si bien esta tolerancia cruzada se asemeja a la inducida por varios compuestos sedante-hipnóticos (son drogas de estructuras químicas diversas, capaces de inducir diferentes grados de depresión de la conducta), no se desarrolla entre los narcóticos opiáceos y los sedantes hipnóticos. Un individuo tolerante a la morfina lo es también a la heroína, pero no al alcohol o a los barbitúricos. Este punto reviste suma importancia, ya que puede producirse la muerte a causa de los efectos aditivos de un sedante y un opiáceo. Por ejemplo, si un individuo toma dosis moderadas de opiáceos y luego ingiere alcohol o se administra la droga sedante-hipnótica, se producirá una depresión aditiva de la respiración que, en última instancia, podría causar el coma o la muerte. Los casos de muerte por efecto combinado de opiáceos y depresores generales son frecuentes.

Los opiáceos inducen una profunda tolerancia y dependencia física, cuyas consecuencias son importantes tanto desde el punto de vista médico como social, pues el usuario de opiáceos tolerante y dependiente es difícil de tratar y debe recurrir con frecuencia al delito para apoyar su adicción y obtener una fuente de suministro.

La tolerancia conduce a una necesidad de dosis masivas de droga a fin de evitar los síntomas de abstinencia, aliviar el dolor (físico o psicológico) y mantener un estado de euforia. Las drogas son sumamente costosas cuando se las debe obtener en forma ilegal; serían más baratas si fuera posible adquirirlas legítimamente, aunque este hecho sigue siendo un punto de controversia en la mayoría de los países en los que el uso de drogas no prescritas se considera ilegal. La tolerancia y la dependencia de la droga son tan dañinas como los extremos a los que se ve forzado a llegar su usuario para obtener el suministro adecuado de la misma.

Una persona que tiene acceso a narcóticos de características médicas por poco precio y a jeringas y agujas estériles suministrados por fuentes legítimas, pueden llevar una vida medianamente normal, a pesar de su tolerancia a un opiáceo y a la dependencia a éste. (Julien, R.M., 1981).

#### **1.4 EL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO**

Para México, la farmacodependencia representa, así como para cualquier país que la padece, un problema económico, social, y de salud, que se refleja en una serie de indicadores que debilitan su desarrollo de manera importante; tal es el caso de los incrementos de los índices de delincuencia, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, ausentismo laboral, costos por atención médica y social, etc., de donde resulta claro el alto costo que paga el país. (Souza, Leñero, 1981).

De acuerdo con la investigación epidemiológica que ha venido realizando sistemáticamente el Instituto Mexicano Psiquiatría, desde el año 1974, sobre la extensión y la tendencia de este fenómeno en México, se ha podido determinar que éste va en continuo aumento no sólo en cuanto a su magnitud, sino también porque se está extendiendo a núcleos de la población especialmente vulnerables, como es el de los niños y los jóvenes entre los 7 y los 18 años de edad, que recurren a la inhalación voluntaria de los diversos tipos de solventes industriales, tales como el thinner, la gasolina, los cementos, los plásticos y las acetonas, entre otros, a pesar de considerarse dichas sustancias como las drogas o fármacos más tóxicos y que mayores daños producen en el organismo de quienes las consumen. (Medina-Mora, y otros, 1990).

La popularidad que ha cobrado este tipo de sustancias como drogas potenciales se debe a que, por un lado, son ampliamente utilizadas tanto a nivel industrial como doméstico, encontrándose a muy bajo costo y, por consiguiente, fácilmente disponibles para la población. Por otro lado, se encuentran los efectos que provocan otras drogas administradas por vía oral ya que, como se sabe, al absorberse los fluidos y gases volátiles producen efectos sistemáticos a lo largo del conducto respiratorio, de tal forma que cuando son usadas como drogas llegan directamente al cerebro sin pasar por el hígado, que pondría en marcha el sistema de desintoxicación enzimática.

El uso de los fármacos en nuestro país no es reciente; desde antes de la conquista, el empleo de plantas y sustancias psicotrópicas con fines terapéuticos, adivinatorios y rituales era común entre ciertos grupos privilegiados y, eventualmente, en actos de comunicación colectiva.

La primera referencia que se tiene acerca del abuso de drogas en México data de 1886 cuando el pasante de medicina Jenaro Pérez se propuso estudiar la marihuana, lo que llamó la atención de peritos médico-legistas en lo que se relaciona con el uso de una planta común.

Hacia finales del siglo XIX, el uso de sustancias narcóticas no se había considerado como un problema internacional, pero al desarrollarse las ciencias y las técnicas el problema adquirió una nueva dimensión que exigió de la cooperación mundial para tratar de establecer controles a ese respecto. Asimismo, la industria química comenzó a producir y a lanzar al mercado un mayor número de alcaloides que complicaron la situación, ya que se pensaba que no causaban adicción, pero después se demostró lo contrario, por lo que se implantó una campaña permanente en contra del uso y tráfico ilícito. (López Jaimes V. E., 1988).

La difusión alcanzada por las llamadas plantas alucinógenas y sus derivados como un medio para lograr experiencias místicas, revivió el interés por ciertas prácticas primitivas, y fue a partir de 1960 cuando esta popularidad degeneró en una epidemia que alcanzó características especiales alrededor de 1968, extendiéndose a diversos contextos socioeconómicos.

La marihuana, por ejemplo, que sólo había sido utilizada por ciertos grupos, principalmente de estratos sociales marginados, rebasó ese contexto y empezó a ser consumida por estudiantes de diferentes niveles escolares y sociales. El incremento de ese uso favoreció, al parecer, la utilización de otras sustancias, tales como los inhalantes, las anfetaminas, los barbitúricos y los alucinógenos.

La producción, el tráfico y el consumo de fármacos que causan dependencia, han suscitado en México acciones enérgicas por parte del Estado. Estas acciones incluyen el combate sostenido contra la producción y el tráfico de los narcóticos, la adhesión a los tratados internacionales en la materia y la expedición de diversas leyes y reglamentos orientados a controlar la oferta y disminuir la demanda (Farmacodependencia P. T. Núm. 4 1972).

De acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud y otras leyes relacionadas, la Secretaría de Salud controla la producción, distribución y venta lícita de drogas narcóticas y psicotrópicas que tienen utilidad terapéutica. Las disposiciones al respecto aparecen oficialmente en el Código Sanitario de 1973 y en el Reglamento sobre Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1976.

La oferta, la demanda y el uso legítimo de estas sustancias han sido objeto de tratados internacionales.

México es signatario de tres tratados que regulan la producción, la importación, la exportación, la distribución y el consumo de estas sustancias: la Convención Única de Estupefacientes de 1961, el Tratado Internacional de Sustancias Psicotrópicas de 1971, y el Protocolo de Modificación de la Convención Única de Estupefacientes de 1972. El país importa estas sustancias según sus necesidades y regula su uso interno, apegándose a las normas establecidas por los compromisos adquiridos al ser signatario de las convenciones mencionadas (Secretaría de Salud, 1986).

La Organización Mundial de la Salud, de conformidad con los convenios y tratados internacionales, clasifica los estupefacientes y los psicotrópicos en grupos; se basan en la relación que guarda su potencial terapéutico y los peligros que entraña su uso. En un mismo grupo (artículo 234 y 237 de la Ley General de Salud) se incluyen las sustancias estupefacientes, cuya producción comercialización y uso están totalmente prohibidas: opio, heroína, cannabis y coca, así como sus derivados y preparaciones. La fabricación, la comercialización y el uso de otros opiáceos naturales y sintéticos está sujeta a regularizaciones estrictas.

De acuerdo con el artículo 245 de la Ley General de Salud, las sustancias psicotrópicas se clasifican en cinco grupos: Grupo I, las que tienen escaso o nulo valor terapéutico; Grupos II y III, las que tienen algún valor terapéutico, pero que constituyen un problema grave para la salud pública; Grupo IV, las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública. En México existe el Grupo V, en el cual se agrupan las sustancias que no tienen uso terapéutico y que se utilizan en la industria, como por ejemplo: solventes y cementos, entre otras.

Un aspecto fundamental del programa contra la farmacodependencia, es el control de la disponibilidad de estupefacientes, entre los cuales se incluyen para fines legales, del lado de los opiáceos, la cocaína y la cannabis, así como sustancias psicotrópicas del Grupo I. Todas estas drogas son objeto de una campaña permanente que incluye acciones represivas y preventivas a cargo de la Procuraduría General de la República (Cuéllar Torres L. del R., 1991).

México coopera activamente con otros países y con los organismos internacionales de fiscalización de los estupefacientes.

Las autoridades han proporcionado información acerca del problema de erradicación que han aplicado con éxito a países que deben hacer frente al cultivo ilícito de la adormidera, la cannabis y la hoja de coca, y han suministrado asistencia técnica a los países vecinos.

La producción y distribución de drogas psicotrópicas que tienen utilidad terapéutica, pero que son susceptibles de abuso, están controladas legalmente y no hay datos que hagan pensar que el mercado ilícito de estas sustancias se nutra de los medicamentos que se expiden en las farmacias por prescripción médica.

En los solventes orgánicos, cuya inhalación altera la conciencia y produce daños a la salud, existe un reglamento que contiene disposiciones relacionadas con su producción, distribución y venta a menores, seguridad laboral, prevención de su abuso y atención médica y social a sus víctimas (Publicación Técnica Núm. 4 1972).

La ley mexicana prohíbe la producción, posesión y tráfico de drogas estupefacientes y psicotrópicas, cuyo abuso represente un riesgo para la salud. A los adictos o usuarios habituales de estas drogas se les considera como enfermos y, por ello, no se les imponen penas, sino que son remitidos a las autoridades sanitarias para recibir tratamientos. Por otra parte, el uso ocasional de drogas ilícitas por personas que no tienen hábito ni sufren adicción, es considerado como una ofensa menor, y a la persona a la que se encuentra por primera vez en posesión de drogas, en cantidad sólo suficiente para su uso personal, se le castiga con una pena reducida. Esta disposición no incluye a quienes se les encuentra en posesión de estupefacientes, aún en cantidades sólo suficientes para su uso personal, quienes a menos que sufran adicción, son consideradas como traficantes. Si el adicto o usuario habitual de drogas incurre en otros actos ilícitos, se le trata de acuerdo con el Código Penal. Es importante mencionar que en los delitos contra la salud, la ley no señala la alternativa de pago de una multa, y quien la infringe es castigado privándolo de la libertad.

La Secretaría de Salud, sustentándose en la Ley General de Salud, ha proyectado programas de alcance nacional para combatir las adicciones, que incluyen estrategias enérgicas y realistas. Estos programas tienen como punto de partida la experiencia acumulada en cuanto a que las medidas preventivas aisladas no han dado resultados satisfactorios, en tanto que son mucho más promisorias las acciones conjuntas que desde varias direcciones inciden sobre la oferta y la demanda de las sustancias implicadas.

Los programas prioritarios que se fundamentan en la Ley General de Salud proponen acciones en las áreas de legislación y reglamentación, educación para la salud, prestación de servicios, vigilancia epidemiológica, investigación y formación de recursos humanos.

Todos los programas anteriormente mencionados se desglosan de la siguiente manera:

a) Legislación, reglamentación y educación: (Primer nivel de prevención).

Consiste en un conjunto de medidas consideradas en el programa contra la farmacodependencia y tienen como finalidad proteger a las poblaciones en riesgo contra la exposición a las drogas de abuso; controlando su disponibilidad en el grado y en los casos en que esto es posible (fármacos psicoactivos con utilidad médica y solventes de uso industrial) e influyendo en las actitudes y comportamiento de las poblaciones con el fin de disminuir la demanda.

b) Prestación de servicios: (Prevención secundaria).

Es la identificación temprana, la intervención oportuna y de tratamiento, rehabilitación y reintegración social de los jóvenes farmacodependientes.

c) Investigación y recursos humanos:

Consiste en reforzar las investigaciones ya en marcha y generar otras nuevas para alcanzar un conocimiento más preciso de las características de los problemas relacionados con el abuso de drogas.

d) La vigilancia epidemiológica:

Permite evaluar las tendencias del fenómeno, vigilar la aparición de nuevos fármacos psicoactivos susceptibles de abuso y la aparición de brotes epidémicos de los ya conocidos.

Las investigaciones cuentan con instrumentos y métodos apropiados para la recopilación de datos individuales y colectivos y con la posibilidad de estandarizar el diagnóstico y de superar los obstáculos inherentes a su utilización en culturas diferentes. Sin abandonar los estudios en las poblaciones, además de encuestas, trabajos etnográficos y familiares que presten mayor atención a los daños y a las complicaciones que el consumo de fármacos de abuso causa en la familia y en el trabajo, así como el papel que este consumo desempeña en la delincuencia y en los actos de violencia.

Además de las investigaciones epidemiológicas, psicosociales y multiculturales, se requieren investigaciones clínicas en el área de diagnóstico, la prevención y el tratamiento. El estudio estructurado y minucioso de pequeños grupos de pacientes, puede dar datos muy valiosos. Los estudios longitudinales pueden ofrecer información complementaria que requieren los estudios transversales como el caso que nos ocupa. Mediante pruebas psicológicas finas se podrían ampliar las investigaciones sobre el daño cerebral incipiente en niños y jóvenes inhaladores de solventes, poniéndose las bases para intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas (Souza y Machorro M., 1981).

Es posible diseñar métodos apropiados para investigar cuáles son los rasgos de la personalidad que hacen a los sujetos más vulnerables a las adicciones, así como los trastornos conductuales que con frecuencia las acompañan o son su consecuencia. La eficacia de diversas aproximaciones a la prevención, particularmente la detección precoz, la terapéutica y la rehabilitación de los jóvenes adictos, ofrece también amplias posibilidades para la investigación.

En este sentido, una de las investigaciones más recientes que realizó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, se refirió a una encuesta cuyo objetivo era el de detectar aquellos grupos que se pudieran considerar como de "alto riesgo", o más vulnerables, para consumir algún tipo de droga.

Para este estudio, se seleccionaron individuos entre 12 y 65 años de edad que habitaban en las 32 entidades federativas de la República Mexicana, mismas que fueron agrupadas en siete regiones, con objeto de que la muestra proporcionara información tanto a nivel nacional como regional.

Se seleccionaron un total de 15,000 viviendas y fue seleccionado un solo individuo por vivienda para la investigación, a quien se le aplicó un cuestionario "cara a cara"; del total de sujetos, se obtuvo un 84% en la tasa de respuestas (12,581 personas). A través del cuestionario se trató de detectar tanto el uso de drogas ilícitas como el consumo, fuera de prescripción médica, de drogas de uso médico.

Los resultados mostraron que los grupos de especial riesgo en la población mexicana, son los hombres jóvenes. En cuanto a tipos de droga, los grupos de baja escolaridad consumen sustancias del grupo de los inhalantes con más frecuencia, mientras que los que tienen estudios más avanzados e incluso profesionales, consumen marihuana.

Con relación al sexo, se encontró que los varones son los que con más frecuencia consumen drogas ilícitas, en comparación con las mujeres, quienes tienden a consumir drogas médicas.

Por el tipo de regiones en las que se dividió el estudio, la heroína es más consumida en la zona fronteriza y en el centro y norte del país.

Otro dato de interés, resultó el hecho de que un amigo o un familiar de las personas entrevistadas fue quien les proporcionó, en el estudio antes referido, la droga por primera vez y no un distribuidor "profesional". Es precisamente esta situación la que, en el caso de usuarios iniciales, dificulta hacer énfasis sobre los efectos dañinos de las drogas, ya que al ser inducidos por alguna persona conocida, el individuo no prevé la magnitud de una adicción de este tipo, por considerarla "normal", al igual que la persona que los indujo por vez primera.

También, a los adolescentes, los efectos de las drogas a largo plazo les pueden parecer razones "débiles" para dejar de experimentar con las mismas.

Por otra parte, aun cuando la marihuana es el estupefaciente con el que más frecuentemente se iniciaron los entrevistados, no se puede afirmar que, necesariamente, sea una puerta para otras drogas; sin embargo, la mayoría de los que consumían cocaína y heroína se iniciaron con marihuana, ya que se considera que este estupefaciente, junto con los alucinógenos y la cocaína, es frecuentemente una droga de experimentación.

El sexo y la edad, inicialmente, no distinguen a los experimentadores de los usuarios frecuentes; sólo se encontró que la baja escolaridad influyó en el mantenimiento de un uso fuerte de disolventes, lo que bien puede indicar que existen otros factores más importantes, posiblemente genéticos o psicosociales que influyen en esta conducta, de ahí la importancia de conducir estudios específicos orientados a la identificación de los grupos o variables de riesgo que apoyen una prevención más eficaz. (Medina-Mora, y otros, 1990).

## CAPÍTULO II

### **2.1 DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO**

Quizá una de las preguntas más universales que ha tenido el ser humano desde su aparición en la Tierra se refiere a la búsqueda de sí mismo y la razón de su estancia en este mundo.

Tal vez, el hombre primitivo inició esta búsqueda identificándose por medio de todos los elementos que integraban su entorno y así, poco a poco, fue pretendiendo diferenciarse como un ser único capaz de reconocerse a sí mismo..

Para algunos, el término autoconcepto se refiere a los conocimientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo (Enciclopedia de la Psicología, 1977-1978).

El autoconcepto se origina tanto en la autoobservación de las propias vivencias y acciones como en las diversas formas de juicio ajeno (alabanza, censura, recompensa y castigo). Lo segundo conduce también a la autoimagen ideal y a la discrepancia con el ideal del yo - autoconocimiento - (Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía, 1977-1978).

La referencia a los otros se da también en una heteroimagen presunta, es decir, en las suposiciones que el individuo hace sobre la imagen que otros tienen de él. La heteroimagen presunta es una parte constitutiva de la heteroimagen que nace en la percepción interpersonal y pasa a la autoimagen social que se compara con la autoimagen.

El término autoconcepto ha variado según la época y las tendencias filosóficas predominantes en cada una; por ejemplo, Platón inicia el estudio de este concepto definiéndolo como "alma". (Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía 1977-1978).

### **2.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA Y ESTUDIO DEL AUTOCONCEPTO.**

Aristóteles, en el siglo III a.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo; pero, es San Agustín el que describe el primer atisbo de introspección personal. Durante la edad media, la cuestión del self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época. Más tarde, con el renacer cultural de la Europa del siglo XVII, el concepto del self se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke (Musitu y Roman, 1982 ).

Descartes, en 1637, con su frase "Pienso y luego existo..." coloca su "sí mismo" como base para poder hablar de sí mismo. Hobbes en su Leviatán (1651), aportó un código ético basado en el interés del self. Allport ( 1954), consideró esta doctrina como un heraldo de la psicología social y de las doctrinas modernas de la autoestima; pero Hobbes no estaba ya de acuerdo con algunas nociones de Descartes; junto con Locke atribuye mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla proplamente el self: "el autoconcepto sería siempre nuestras sensaciones y percepciones actuales". En el siglo XVIII, Hume (1740), siguió el argumento basado en la identidad. En Condillac (1715-1780), el autoconcepto no fue solamente la suma de las percepciones del hombre, sino que incluyó lo que las unía.

Posteriormente, Kant (1781) introdujo la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto. El self, tratado por Locke y Hume, se entendió como unidad obtenida por la síntesis: el self empírico. También lo consideró como agente: el puro ego (García Arellano y Quintero Vargas, 1995, UNAM).

En 1890, William James en su obra "Principios de Psicología", había observado que el hombre tiene tantos selfs sociales cuanto son los individuos que los reconocen y generan en su mente una imagen de él. Esto es, el autoconcepto se forma incorporando las imágenes que otros tienen de uno mismo. El sí mismo es aquella continuidad personal que cada uno de nosotros reconoce cada vez que nos despertamos.

La capa material del sí mismo incluye aquellas cosas que identificamos como nuestras. El sí mismo material incluye no solamente nuestro cuerpo, sino nuestra casa, nuestras posesiones, nuestros amigos y nuestra familia, en el grado en que una persona u objeto forman parte de su identidad.

El sí mismo social (self social), es el reconocimiento que "obtiene de sus compañeros". Es cualquiera y todos los papeles que voluntaria o involuntariamente aceptamos.

Una persona puede tener muchos o pocos "sí mismos" sociales que pueden ser compatibles o no con nosotros mismos, pero como quiera que sea uno se identifica con cada uno en la situación apropiada. James dice que el curso de acción más adecuado es escoger uno y aportarle la vida. "Los demás sí mismos" se vuelven irreales, pero el destino de éste es real. Sus fracasos son fracasos reales, así como sus triunfos.

El self espiritual es nuestro ser interior y subjetivo que hay dentro de nosotros y al cual se dirige la palabra, el placer y el dolor, lo placentero y lo doloroso. Es el lugar de origen del esfuerzo y la atención, y el lugar de donde parecen brotar los mandatos de la voluntad.

Otros autores como Cooley y Mead, insistieron en que el concepto que una persona tiene de sí mismo surge únicamente durante la interacción con otros y refleja las características, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona; desde este punto de vista, el término self que propusieron estos autores puede definirse como "el espejo en el que una persona se autorrefleja, con respecto a lo que otros piensan de él". Cooley (1902), por ejemplo, lo define como "el sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo".

Así, el autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo; es decir, se puede incluso hablar de un autoconcepto múltiple, según este autor, cada uno es lo que cree que los demás creen que es. Este concepto social del "sí mismo" fue un aspecto de interés primario para la psicología social, posiblemente por ofrecer un puente entre el individuo y el orden social.

El término "concepto del yo o de sí mismo", es una forma abreviada de expresar tanto la actitud hacia sí, como el concepto de uno mismo. Nuestro entorno social está conformado por diferentes tipos de personas; básicamente, las que no conocemos y que son la mayoría, y por las que conocemos mucho más debido a nuestro trato frecuente con ellos; de éstas poseemos mayor información y manifestamos determinado tipo de actitudes y sentimientos hacia ellas (Fadiman J., Frager R., 1979).

Cameron (1947), resume su análisis sobre el desarrollo de las autorreacciones bajo este enfoque, y considera que las autorreacciones, verbales o no, abiertas o cubiertas, no son sino patrones adquiridos de comportamiento. Permanecen siempre en el comportamiento humano; nunca se convierten en sustancia estática, ni se transforman en diagramas, dentro de una psique, de comportamientos.

Asimismo, opina que muchas frustraciones y conflictos radican en que ningún hombre, en estas circunstancias universales, funda cada una de sus autorreacciones dentro de un todo coherente, simple y libre de ambigüedades.

Ausubel (1952), define el autoconcepto como "la combinación de tres elementos en cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales".

Entre la percepción de la imagen de uno mismo y la adaptación, hay una gran relación. Parecería que cuando todas las formas en que el individuo se percibe a sí mismo, una relación con otras son aceptadas en la organización consistente del concepto del self, este logro se acompaña de sentimientos de comodidad y libertad de tensión que se experimentan como adaptación psicológica.

Carl Rogers (1959), señala que dentro del campo de la experiencia está el sí mismo, el cual no constituye una entidad estable e invariable; pero que, al observarlo en un momento dado, parece que lo fuera. Esto se debe a que para observarlo congelamos una parte de la experiencia. Rogers concluyó que "nosotros no estábamos manejando una entidad de incremento leve, de aprendizaje gradual...que el producto era claramente una gestalt, una configuración en la cual la modificación de un aspecto de menor importancia podría alterar completamente el patrón total".

El sí mismo es una gestalt coherente y organizada que se encuentra en un continuo proceso de formación y reformación, a medida que las situaciones cambian.

Otros autores emplean el término sí mismo para indicar las facetas de la identidad personal que es invariable, estable y aun eterna. Rogers utiliza el término para referirse al progreso constante de reconocimiento. Es esta diferencia, este énfasis en el cambio y la flexibilidad, lo que sirve de base a su teoría y a su tesis de que la gente es capaz de crecer, cambiar y desarrollarse en forma personal. El sí mismo o el concepto de uno mismo, es la visión que una persona tiene de sí misma y que se basa en experiencias pasadas, hechos presentes y expectativas futuras.

"El sí mismo ideal es el autoconcepto que más le gustaría tener a un individuo y sobre el cual sitúa el más alto valor para sí mismo" (Fadiman J., Frager R., 1979).

Al igual que el sí mismo, el sí mismo ideal constituye una estructura versátil, cambiante, constantemente sometida a nuevas definiciones. El grado hasta el cual el sí mismo y el sí mismo ideal difieren entre sí, es un buen indicador de incomodidad, desagrado y dificultades neuróticas. Aceptarnos como realmente somos y no como quisiéramos ser, es señal de salud mental. La aceptación no significa conformidad o renuencia a uno mismo; es una manera de estar más cerca de la realidad. La imagen del sí mismo ideal, hasta donde es distinta de la conducta y de los valores reales de la persona, constituye un obstáculo para el desarrollo personal.

Maslow, define al sí mismo como el punto central interior a la naturaleza innata del individuo, nuestros propios gustos, valores y metas. La comprensión de nuestra naturaleza interior y nuestra actuación en desacuerdo con ella. Sin embargo, él no analiza al sí mismo como una estructura específica dentro de la personalidad (Fadiman J., Frager R., 1979).

En el pensamiento budista existe una diferencia entre el sí mismo menor y el sí mismo mayor. Al sí mismo menor lo constituye el ego, la conciencia de nuestra mente y nuestro cuerpo. El sí mismo menor se queda concentrado en las limitaciones del individuo, en la conciencia de la separación entre el individuo y el resto del mundo. Es posible identificarnos con nuestro sí mismo mayor, el cual es tan grande como todo el universo que abarca a todos los seres y toda la creación. Sin embargo, la identificación con el sí mismo mayor no significa que el sí mismo menor deba ser suprimido. El adiestramiento da lugar a una superación del sí mismo menor, de modo que uno ya no es dominado por él. El nirvana no es la aniquilación del ego o del sí mismo menor, sino la trascendencia de la orientación del ego (Fadiman J., Frager R., 1979).

El autoconcepto es una función importante de la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y del desarrollo de la propia salud mental, toda vez que en el estudio del comportamiento humano puede no existir un interés tan importante como es el deseo de los individuos de saber más acerca de sí mismos.

El autoconcepto va desarrollándose y evolucionando en el individuo, durante las diferentes etapas de su vida. Para Mead (1965), el niño pasa por dos estadios en el desarrollo de su autoconcepto; tales estadios son:

- a) El juego simbólico y,
- b) el juego socializado.

En el juego simbólico el niño va asumiendo diferentes papeles como el del padre, madre y el hijo, entre otros. La representación de estos roles en la interacción con sus compañeros de juego, le da la pauta para poder observar conductas ajenas a partir de los papeles que representa y puede pasar de uno a otro con relativa facilidad.

En el juego socializado los papeles son más relevantes y conforman una conducta determinada.

Rosemberg (1973) y Kinch (1963), refieren que la formación de autoconcepto se basa en la comparación social de la valoración reflejada y la autoatribución centralizada que, en general, significan que la identidad se basa en la percepción que un individuo tiene de la conducta que otros manifiestan hacia él, ya que dirigen su conducta, influyen en la misma y condicionan, de alguna manera, el modo en el que se percibe a sí mismo (Oñarte Ma. del Pilar, 1989)

Honfer y Phillips (1976), señalan que un predictor importante de la conducta es la expectativa que tiene un sujeto al considerar el éxito de su comportamiento en una situación dada; en este mismo sentido, Hoppe (1930), consideró que el nivel de expectativas de éxito se decrementaba después de cada fracaso y que, por el contrario, aumentaba tras cada éxito (Oñarte Ma. del Pilar, 1989)

L' Ecuyer (1981), describe de manera más abundante el desarrollo y evaluación del Yo, identificándolo en sus seis etapas sucesivas, que van de cero a los dos años; de los dos a los cinco; de los cinco a los doce; de los doce a los dieciocho; de los veinte a los sesenta años, y

de los sesenta a los cien o más años. Según este autor, la evolución del autoconcepto inicia con la emergencia del Yo relacionada con la formación del propio cuerpo; en seguida surge la afirmación del Yo y se inician las bases reales del autoconcepto, a partir del desarrollo del lenguaje y de la utilización de los conceptos del "Yo y del mí", con base en los efectos de la interacción social. En la siguiente etapa, a través del contacto y de las experiencias con compañeros de escuela, así como la percepción y la adaptación de nuevas maneras de evaluar las competencias, actitudes y nuevos intereses, va produciéndose la expansión de este Yo (Oñarte Ma. del Pilar 1989).

En la cuarta etapa, el Yo empieza a diferenciarse, preponderantemente a partir de la imagen corporal y las diferenciaciones aparecidas durante la adolescencia. Esta etapa supone también modificaciones en la autoestima, que conllevan a una revisión de la propia identidad y, generalmente, aumentando la autonomía personal y dando lugar a nuevas ideologías y nuevas autopercepciones.

La madurez del Yo surge en la etapa que va de los veinte a los sesenta años, y se caracteriza por una fase muy propensa a cambios abundantes.

Finalmente, la última etapa (que el autor define como "el Yo longevo") se caracteriza por un declive generalizado, lo que produce un autoconcepto negativo, relacionado también con una imagen corporal negativa por consecuencia de un decremento de las capacidades físicas.

Las consecuencias suelen ser una pérdida de identidad, una autoestima baja y un descenso en las actividades sociales (Oñarte Ma. del Pilar, 1989).

Dentro de las variables que pueden influir en la formación de autoconcepto, se encuentra la socialización a través de los padres, los iguales, los maestros, etc.; de esta forma, la familia tiene gran importancia durante los primeros años para la formación y desarrollo de la identidad, siendo factores importantes el orden que ocupa el niño con respecto a su lugar de nacimiento entre sus hermanos, el interés que le demuestran los padres, el rendimiento escolar, la participación en conversaciones familiares y el tipo de estudios que hayan realizado los padres, entre otros.

Con respecto a la apreciación del término de autoconcepto en el conductismo, se menciona que en esa corriente no se niega que los procesos internos existan, pero considera que sólo se deben usar para explicar conductas que pueden ser observadas y medidas científicamente.

Algunos enfoques del aprendizaje consideran al self como una estructura unitaria de la personalidad. Desde 1920 hasta hoy, los conductistas se han cuestionado la validez del estudio del self, por lo mentalizado del constructo o la no utilización de una rigurosa metodología científica.

Skinner rechaza, entre los neoconductistas, la suposición tradicional del sí mismo como directriz unitaria responsable de la función psicológica de integración...; el sí mismo es simplemente una concepción para representar un sistema funcionalmente unificado" (Arellano, Quintero, 1995).

Desde el punto de vista de la teoría conductista, el self ha de tratarse en términos de "como se mide". El autoconcepto se define como "los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma". Staats y Staats (1968 y 1979, cit. por Oñarte, 1989), consideran que el self está constituido por las medidas o calificaciones en sí mismas, por lo cual el autoconcepto "favorable" supone evaluaciones positivas en las escalas de medida.

En cuanto al psicoanálisis, Freud no habló de autoconcepto en sí, pero lo que él denomina como "Yo", es equiparable en su descripción al término de autoconcepto. Al Yo, Freud le da dos usos principales; en el primero designa el sí mismo de una persona como una totalidad (incluyendo el cuerpo, los instintos y los procesos conscientes e inconscientes) para diferenciarlo de otras personas; el otro uso denota una parte determinada de la psique que se caracteriza por atributos y funciones especiales. No es fácil, sin embargo, trazar una línea entre ambos sentidos del vocablo. Lo cierto es que, tras su aislamiento, intentó analizar en detalle la estructura y el funcionamiento del Yo, aunque casi no toca el tema; más que nada, su interés se centró en investigaciones sobre lo inconsciente, en especial lo sexual, y en el papel que esto desempeña en el comportamiento patológico.

En la actualidad, los psicoanalistas contemporáneos al describir el Yo, retoman ambas acepciones del vocablo dadas por Freud y consideran que el autoconcepto de un individuo se conforma a partir de la interrelación de las tres instancias del aparato psíquico (Yo, Ello y Super Yo) y las formas que el individuo tiene en su medio ambiente.

También los neofreudianos Sullivan, Homey y Adler, mencionaron sobre el origen del autoconcepto. Sullivan (1955), profundiza en el proceso interpersonal: considera que el conocimiento de otras personas está presente de manera muy importante en la evolución del individuo, y que hay que destacar un componente educativo. También analiza la manera en que un individuo aprende a disminuir o a contrarrestar la amenaza de su autoestima. Por otro lado, Sullivan (1955) considera el self como "la organización de las experiencias educativas creadas por la necesidad de evitar y minimizar estados de ansiedad".

Adler percibe el sí mismo como un estilo de vida de cada persona; es la personalidad considerada como un todo integrado (rasgos de carácter en general). Adler dice que cuando existe una baja autoestima se padecen debilidades y enfermedades. Para él, los sentimientos de inferioridad pueden irse desarrollando en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior (Fadiman J., Frager R., 1979).

En la teoría del aprendizaje social, Bandura (1969) introduce dos variables en el estudio del self: autorrecompensa y autocastigo; lo que se llama autorrefuerzo. El autoconcepto o cualquier concepto del self depende de la frecuencia del autorrefuerzo, de modo que el desarrollo del self se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el self se puede comparar con un suceso u objeto que provoca una reacción de una emoción placentera. En el operante, el refuerzo de las diferentes manifestaciones del self aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La naturaleza o frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituye el autoconcepto de cada persona.

Bandura (1977) utiliza conceptos que se refieren a procesos simbólicos o cognitivos de la descripción del proceso de socialización en el que está inmerso el self o es una consecuencia. Rechaza los modelos mecanicistas de un periodo más temprano y enfatiza los procesos vicarios, simbólicos y autorreguladores en el aprendizaje humano (Misitu, Pastor y Roman 1980, cit. por Oñarte, 1989).

## CAPÍTULO III

### **3.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA,**

La familia se define como un grupo de parentesco, basado principalmente en la consanguinidad, pero también en vínculos jurídicos. La tendencia general, en las culturas industriales, es la reducción del grupo familiar a los padres y a sus hijos, formando una unidad biológica dedicada a la procreación y educación de los hijos.

La familia es una institución básica de todas sociedades y representa el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aunque la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene un sistema familiar peculiar. En determinada sociedad, este sistema es considerado, por lo común explícitamente como un valor primario dentro de dicha sociedad. La vitalidad de una sociedad en su conjunto, está estrechamente relacionada con la vitalidad de la familia considerada como institución en la cual esta fundada la sociedad (Donald E. Allen 1979).

### **3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA FAMILIA, Y SU ESTUDIO.**

Hasta 1860 ni siquiera se podía pensar en la historia de la familia. Las ciencias históricas se hallaban aún en este dominio, bajo la influencia de los libros de Moisés. La forma patriarcal de la familia pintaba en esos cinco libros, con mayor detalle que en ninguna otra parte; no sólo era admitido sin reservas como la más antigua, sino que la identificaba -descontando la poligamia- con la familia burguesa de nuestros días, de modo que parecía como si la familia no hubiera tenido ningún desarrollo histórico (a lo sumo se admitía que en los tiempos primitivos podía haber habido un período de promiscuidad sexual), ( Engels, 1981).

La historia de la familia comienza en 1861 con el derecho materno de Bachofen. El autor formula lo siguiente:

1) Primitivamente, los seres humanos vivieron en promiscuidad sexual, a la que Bachofen da impropriamente el nombre de heterismo; 2) tales relaciones incluyen toda posibilidad de establecer con certeza la paternidad, por lo que la filiación sólo podía contarse por línea femenina, según el derecho materno; esto se dio entre todos los pueblos antiguos; 3) como consecuencia de este derecho, las mujeres como madres, como únicos progenitores conocidas de la joven generación, gozaban de un gran aprecio y respeto que llegaba, según Bachofen, hasta el dominio femenino absoluto; 4) al pasar a la monogamia, en la que la mujer pertenece a un sólo hombre, se encerraba la transgresión de una antiquísima ley religiosa (es decir, el derecho inmemorial que los demás hombres tenían sobre aquella mujer).

La familia, dice Morgan (1877), es el elemento activo: nunca permanece estacionado, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior, a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto.

Los sistemas de parentesco, al contrario, son pasivos: sólo después de largos intervalos registran los progresos hechos por la familia y no sufren una modificación radical sino cuando se ha modificado radicalmente la familia (Morgan 1877, "El origen de la familia, la propiedad privada y el estado").

Dentro de las necesidades psicológicas, queda la clasificación de la necesidad de seguridad considerada la más primaria y urgente; tan relevante es el papel que juega esta necesidad en el desarrollo de la personalidad, que al decir que una persona es segura, estamos implicando que mentalmente es sana y, por el contrario, al hablar de inseguridad la implicación será de enfermedad mental (Maslow 1952).

A través de las etapas de crecimiento, Yayasuriya (1950), al revisar diferentes teorías como las de Mac Dougall, Freud, Adler y Thomas; encontró que concuerdan en la conclusión de que, para todos, el papel causante de la seguridad en el niño es la necesidad de ser amado y aceptado; por eso se dice que la seguridad es el resultado de la primera relación que se establece en la vida del individuo (madre-hijo), pues dentro de los primeros años de la vida, los sentimientos de seguridad, pertenencia y amor son básicos. Cuando estas necesidades son satisfechas en forma adecuada, encontramos individuos seguros en la edad adulta (Compeán Magaña, 1988).

Dado que este sentimiento de seguridad surge esencialmente de la experiencia de la vida, se puede advertir desde la infancia, la niñez, la preadolescencia y todas las demás etapas de la vida, que es sumamente importante para la ciencia de la higiene mental enfrentar estos problemas y resolverlos favorablemente mediante los adecuados instrumentos a nuestra cultura (Aracely Otero y de Alva, tesis 1963).

La separación del hogar es una amenaza para la seguridad y la estabilidad emocional de cualquier niño, a pesar de lo cual rara vez participa éste activamente en la decisión. Todos estos factores exigen que los niños sean preparados para tan dura prueba y ayudarlos a vencer las dificultades y a recuperar su autoconcepto ( Servín Terrazas, 1992).

### **3.3 TIPOS DE FAMILIA Y MODELOS SOCIALES.**

Donde más transcendencia tienen las experiencias en el orden de la formación del sí mismo, es en el seno de la familia; en donde la finalidad y la idea de todos los padres es que sus hijos sean buenos, que tengan éxito, que sean felices y competentes, que utilicen sus dotes y aprovechen las oportunidades que se le presenten.

El ayudar a los niños a desarrollar una fuerte autoestima es una tarea muy difícil e importante para la familia y los padres. Un niño con buena autoestima tiene muchas probabilidades de ser un adulto feliz y exitoso. La autoestima que pueda tener un niño puede librarlo de muchos peligros que se presentan en su vida como: las drogas, el alcohol, las relaciones insanas y la delincuencia.

Cualesquiera de los padres, son las personas más importantes para la vida del niño. Ello es así porque son las personas que ejercen la mayor influencia en su forma de sentirse a sí mismo. Su propia lucha por conseguir una buena autoestima le va mostrando cuántas de las voces que lleva en su interior son las voces que tal vez oyó en la niñez.

Son los padres quienes hacen que el niño se vea a sí mismo como una persona competente o incompetente. Para el niño, el padre viene jugando un papel importante ya que constantemente los padres en sí son su mundo. Los padres son el espejo de lo que el niño quiere lograr. Es importante que los padres llenen de amor y caricias a los niños para que ellos tengan seguridad en sí mismos.

Se cree que cuando las familias establecen un equilibrio razonable entre la protección y la autonomía del niño, producen mejor autoconcepto (Gómez Reyes, 1992).

Para Rogers (1959), existen muchos obstáculos que se presentan en la niñez y que son aspectos normales del desarrollo. Lo que el niño aprende en una etapa como algo benéfico tiene que reevaluarse en las etapas posteriores. Los motivos que predominan en la familia en la primera infancia pueden inhibir más tarde el desarrollo de la personalidad.

Cuando el infante empieza a tener conocimiento del sí mismo desarrolla una necesidad de amor o estimación positiva: "...esta necesidad es universal en los seres humanos, es penetrante y persistente en el individuo. Que sea una necesidad innata o aprendida no es importante para la teoría" (Rogers 1959). Como los niños no separan sus acciones de sus seres totales, ellos reaccionan, ante la aprobación de una acción, como si se tratará de una aprobación para ellos mismos.

El amor es tan importante para un infante que "si llega a recibir orientación para su conducta no es por el grado en que una experiencia conserva o perfecciona el organismo, sino por la probabilidad de recibir amor materno. El niño empieza a obrar en la forma en que puede lograr amor o aprobación, sin tener en cuenta que las conductas suscitadas sean o no saludables para él. Los niños pueden actuar contra su propio interés llegando finalmente a considerarse a sí mismos en términos ideados originalmente para agradar o calmar a otros. Teóricamente, esta situación no podría presentarse si el niño se sintiera aceptado siempre; si los sentimientos fueran aceptados, inclusive si algunos de sus comportamientos fueran inhibidos. En una situación ideal de esta naturaleza, el niño nunca estaría presionado a renunciar o desconocer partes desagradables, pero verdaderas, de su personalidad".

Adler distingue tres situaciones de la infancia que tienden a producir aisladamente una falta de interés social y el desarrollo de un estilo de vida no cooperativo, basado en una meta irreal de superioridad personal: la inferioridad orgánica, el mimo y la indiferencia (Fadiman J. Frager R., 1979).

Los niños que sufren males o enfermedades están propensos a volverse sumamente egocéntricos. Se alejan de la interacción con los demás, por un sentido de inferioridad e inhabilidad para competir exitosamente con los demás niños. Sin embargo, Adler afirma que los niños que vencen las dificultades tratan de sobrecompensar sus anteriores deficiencias y de desarrollar sus habilidades hasta un grado poco usual.

Los niños mimados o consentidos también tienen dificultades para desarrollar un sentido de interés social y de cooperación. Les falta confianza en sus propias habilidades porque ya otros lo han hecho todo por ellos. Antes de cooperar con los demás, siempre tratan de hacer exigencias egoístas a los amigos y a la familia. El interés social generalmente es mínimo y Adler descubrió que los niños mimados casi siempre tienen un sentimiento poco sincero hacia sus padres, a quienes incluso controlan.

La indiferencia es la tercera situación que tiende fuertemente a impedir el desarrollo de un niño. Un niño despreciado o no deseado, nunca ha sabido qué es el amor y la cooperación en el hogar y por eso tiene menor confianza en sus habilidades para ser útil y para ganar el afecto y la estimación de los demás. Tienden a ser fríos y duros al llegar a la edad adulta. "Las características de los niños no amados, en su forma más desarrollada, se pueden observar en las biografías de todos los grandes enemigos de la humanidad. En este caso, lo único que se

nota es que cuando eran niños los trataban muy mal y por eso desarrollaron una dureza de carácter, envidia y odio, y no podían tolerar que otros fueran felices" (Fadiman J. Frager R., 1979).

### 3.4 FAMILIA, FARMACODEPENDENCIA Y AUTOCONCEPTO.

En su investigación y revisión de la literatura de la familia del adicto, Seldin (1972) menciona a varios autores que están en desacuerdo de que la madre del adicto es dominante pero emocionalmente inmadura, conflictiva y ambivalente acerca de su rol; Mason (1958), quien trata de incluir a la madre en el tratamiento hasta que ella sea la figura dominante de la familia, pero que se encuentra a sí misma como controladora, infeliz y culpable. Fraizer (1962), encuentra a la madre de jóvenes que abusan de las drogas como solitaria y emocionalmente aislada, y afirma que la conducta oral, hostil e inmadura de estos jóvenes está frecuentemente dirigida hacia el padre, pero que el blanco real es la madre.

En estudios posteriores se le da importancia a la figura paterna, quien también juega un papel importante en la aparición del abuso de drogas. Sin embargo, se define por una serie de características de esta figura sin hacer referencias a la interacción dentro del núcleo familiar.

Así, en un estudio realizado por Wolk y Disking (1961) hecho para adictos al opio que viven con sus familias, encontraron que existía mutua dependencia entre el adicto y su madre o su esposa. La madre fue descrita como "neurótica", sobreprotectora y masoquista, que animaba y prolongaba la dependencia de su hijo aceptando el abuso de droga. El padre fue definido como ausente o débil.

Es importante mencionar el papel que juegan los hermanos dentro de la familia del farmacodependiente; el primero en mencionar sobre esto fue Welpton (1968), quien hizo un estudio en donde en las familias de adictos al L.S.D. se formaban dos bandos; por un lado la madre con el adicto y, por el otro, el padre con los hermanos. Rosenberg (1971), menciona que en una población de 35 adolescentes adictos a una variedad de drogas, una tercera parte de sus hermanos manifestaron serios desórdenes de personalidad y mostraron relaciones positivas con su padre, en contraste con los adictos quienes tenían relaciones negativas con él.

La investigación que se hace en relación con la familia y la farmacodependencia, se inicia en los años 50's; a esto se le dio importancia porque se hablaba de la relación que existe entre el adicto y su madre.

Varios autores como Swartzman (1975) y otros, encontraron que las madres de los adictos eran sobreprotectoras, controladoras e indulgentes con sus hijos; asimismo, Zimmering, Tooland y Zafrin (1951), estuvieron en desacuerdo en que el adicto está más intimidado con su madre que con su padre y que él gratificara las necesidades emocionales de la madre.

Kaufman (1979), hace referencia a algunas características de estos miembros de la familia y divide a los hermanos en dos categorías: en la primera se encuentran los hermanos que abusan también de las drogas y se "funden con el adicto"; en la segunda categoría, observa a "los buenos hermanos" quienes son hijos parentales y asumen un rol autoritario cuando el padre estaba desligado y/o se vieron a sí mismos como altamente exitosos. Algunos de ellos eran pasivos y no se involucraban en el abuso de drogas y algunos de éstos desarrollaron síntomas

psicosomáticos como dolores de cabeza. Este autor cita que en familias extensas se pueden observar los dos tipos de hermanos que existen en la familia (Cuéllar Torres 1991).

Los diferentes cambios en la forma de organización de la familia para facilitar esta integración, desde las hordas, el clan matriarcal, hasta la familia conyugal moderna -compuesta por una pareja y sus hijos-, han sido determinados por cambios históricos precisos; esto es, la familia ha cambiado en la medida en que la sociedad lo ha hecho.

Sin embargo, los orígenes y la evolución de los primeros tipos de familia no resultan del todo claras, según Linton R. (1978), quien afirma: "...las instituciones sociales son uno de los artefactos humanos más perecederos; por ello no tenemos ningún testimonio directo sobre los tipos de organización familiar que existieron antes de los documentos escritos. La gran variedad de instituciones familiares encontradas entre los actuales pueblos "primitivos", demuestra que las posibilidades son muchas, pero nos da muy pocas claves para fijar con exactitud el proceso de su desarrollo. Como máximo, se puede decir que hay algunas formas de familia totalmente inadecuadas para determinadas formas ambiental-culturales" (Monrroy Ahumada, 1987).

En la mayoría de las ciudades de sociedades industrializadas de nuestro tiempo, prevalece la organización familiar denominada familia nuclear, limitada a una pareja y a sus hijos; la cual se estructura de acuerdo con las pautas culturales propias de cada región. La familia es como una unidad básica del desarrollo del individuo; se puede aseverar que su destino, entendido como la estructuración personal y la interrelación con su medio social, dependerá del manejo que la familia tenga respecto a estas funciones.

Se puede decir que la familia proporciona una identidad personal que permite al individuo ser él mismo, sin caer en una completa inadaptación, la cual lo inmovilizaría, restándole posibilidades para el despliegue de su propia potencialidad humana.

Laing R. (1972), está de acuerdo con las ideas de Cooper; afirma que hablamos de familias como si supiéramos lo que son. Damos dicho nombre a grupos de personas que viven juntas por determinados períodos, y que se hayan vinculadas entre sí por el matrimonio y el parentesco de sangre. Es decir, de nada sirve adaptar aspectos circunstanciales, o simplemente materiales, como definición de la familia y de sus procesos; este autor hace hincapié en la importancia vital de las relaciones y procesos familiares, los cuales, al ser internalizados por el individuo, determinan su vida de tal manera que su comportamiento, aun el del enfermo, es consecuencia y obviamente proyección de su relación familiar y de la internalización y vivencia de las experiencias obtenidas de este núcleo.

En general, muchos de los autores anteriormente señalados coinciden en que la calidad de tiempo -y no la cantidad- es un aspecto fundamental para que el individuo logre realizar y concretar sus deseos y expectativas, y que de esa manera se vea a sí mismo como una persona con iniciativa y motivación, y que viva en un medio ambiente "adecuado" y con personas que lo nutran emocionalmente; todo esto va a ser con ayuda de la familia, sobre todo en sus primeros años de vida.

De lo anterior se desprende que la farmacodependencia aparece cuando existe un problema no sólo individual, sino también cuando hay problemática en la familia durante la niñez del farmacodependiente, es de lo más frecuente que la madre manifieste hacia él una conducta sobreprotectora. El papel que juega el padre es el alejamiento físico y emocional de la familia y, como consecuencia, el divorcio o separación.

Es común también que uno más miembros de la familia tengan problemas de alcohol u otras drogas. Es frecuente también que los farmacodependientes tengan algún aliado, ya sea el padre o la madre. Es necesario mencionar que la autoridad real de la familia es la madre, reflejando así el desacuerdo de la pareja para guiar a la familia; puede ser por encontrarse, en diferentes casos, sola y con toda la responsabilidad que acarrea el llevar a la familia de una manera "adecuada" hacia un fin positivo, pero que al mismo tiempo no cuenta con el apoyo de la pareja para poder llevar a cabo las expectativas que tiene con la familia (Compeán Magaña, 1988).

Fishman, Stanton y Rosman (1982), afirman que la terapia familiar con abusadores adolescentes y adultos requiere diferentes estrategias de tratamiento, ya que ambas poblaciones son heterogéneas en características tales como: que los adolescentes son menos fisiológicamente adictos, además de que cuando en los adictos adultos se agudizan los conflictos familiares se refugiarán en la subcultura de la droga, funcionando ésta como parte integral del proceso homeostasis-familia. En cambio, en abusadores adolescentes es menos importante la influencia de la subcultura que la de su familia.

También los adolescentes adictos están menos involucrados en actitudes delictivas que los abusadores de más edad. Además, el tratamiento con familias de abusadores adolescentes tienen una focalización más restringida; es decir a la familia, a diferencia de los adultos que están más conectados con sistemas interpersonales extrafamiliares, tales como la subcultura de la droga y el mundo delictivo (sistema legales, de bienestar social, practicantes ilegales de medicina, programas vocacionales, relaciones conyugales informales, etc.), que hacen más complejo el tratamiento.

Los padres y familiares de un adulto adicto se resisten más a participar, ya que estos familiares consideran que su hijo es una persona autónoma, aunque se trata en realidad de una pseudoindividuación con un problema individual, lo cual implica que su participación en el tratamiento es innecesario. Al contrario de un adolescente adicto quien suele vivir con sus padres y éstos pueden sentirse responsables del joven, por lo que su participación les parece más sensata.

Todos estos elementos contribuyen a que la rehabilitación en el paciente adulto sea más compleja y más difícil, ya que como se vio anteriormente existen más elementos que interactúan para mantener el abuso en el paciente y, por lo tanto, el terapeuta tendrá que luchar con más elementos que se oponen al cambio (Cuéllar Torres 1991).

Las conductas o actitudes que niegan un aspecto del sí mismo se llaman condiciones de mérito, "cuando se evita (o se busca) una autoexperiencia, solamente porque tiene menos (o más) mérito para una autoconsideración, se dice que la persona ha adquirido una condición de mérito". Las condiciones de mérito constituyen los obstáculos fundamentales para la percepción exacta y el conocimiento realista. Son lentes y filtros selectivos que tienen por objeto asegurar una infinita cantidad de afecto por parte de los padres y de las demás personas (Fadiman J., Frager R. 1979).

Barret (1978), observa que los problemas y deficiencias en la autoestima afectan el funcionamiento y la realización en varias esferas y actividades; sin embargo, la influencia más crítica es la unidad familiar. La autoestima de la propia madre influye significativamente, asociada con la disposición familiar y con el cumplimiento de las necesidades básicas del niño (satisfacción, amor y sentimiento de pertenencia). La autoestima en los padres dirige su conducta hacia los hijos. Satir (1978), afirma que los padres que poseen una alta autoestima son guías para sus hijos, mientras que los de baja autoestima se comportan como jefes de sus hijos (Magaña Copean 1988).

Bar On (1985), expresa que los padres son las personas que están presentes en las etapas tempranas de la vida del niño y que son los que refuerzan selectivamente el autoconcepto. Además, a través del proceso de imitación de su ambiente, el niño imita a sus padres y desarrolla así las características que conformarán su autoestima.

El hogar desempeña una función psicológica muy importante. Ha quedado demostrado en diversos estudios que las experiencias que tiene un niño en sus relaciones familiares son de gran importancia durante el desarrollo de su personalidad. Las circunstancias en las cuales se educa un niño, son decisivas en la formación de su identidad y de su autoestima (Horrocks, 1984, cit. Magaña Compeán, 1988).

## **CAPÍTULO IV**

### **4. MÉTODO**

En este capítulo, se describe el método utilizado para la investigación, definiendo el tipo de estudio, el planteamiento del problema, las hipótesis, la descripción de las variables y de las muestras, el escenario, el instrumento y el procedimiento.

#### **4.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Debido a sus características el tipo de estudio que se utilizó para el presente trabajo fue transversal, el cual se caracterizó por medir en una sola ocasión a los dos grupos, sin intentar evaluar su evolución.

Al mismo tiempo, es comparativo, debido a que se eligieron dos grupos con características similares, aunque uno era de morfinómanos y el otro de no morfinómanos. También se puede considerar que es un estudio Expost-facto, ya que las variables estaban presentes y únicamente se midieron a través de un instrumento; en este caso, la Escala Tennessee de autoconcepto (Méndez Ramírez y colaboradores, 1984).

#### **4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Establecer la existencia de diferencias significativas en el autoconcepto desarrollado por sujetos consumidores de morfina y sujetos no adictos, así como identificar los elementos integrantes del autoconcepto que distinguen a ambas gráficas, de acuerdo con la Escala de autoconcepto Tennessee.

#### **4.3 HIPÓTESIS.**

H<sub>0</sub>. No existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de autoconcepto en un grupo de morfinómanos y el autoconcepto del grupo de personas adultas normales.

H<sub>1</sub> Sí existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de autoconcepto de un grupo de morfinómanos y el autoconcepto del grupo de personas adultas normales.

#### **4.4 VARIABLES.**

Variable Independiente: Prueba de autoconcepto Tennessee.

Variable Dependiente: Consumo de morfina.

#### **4.5 MUESTRA.**

Se seleccionaron dos grupos como sigue:

a) Los sujetos morfinómanos se componen por adultos; es un grupo que consta de 20 personas; tienen una escolaridad y nivel socioeconómico bajos, y son de ambos sexos,

b) En el grupo normal fueron seleccionados 24 sujetos que tienen características similares; son trabajadores a nivel de intendencia en la Preparatoria No. 1 de la UNAM; tienen una escolaridad y nivel socioeconómico bajos; son de ambos sexos, y todos adultos.

#### **4.6 ESCENARIO.**

Se efectuó en el Departamento de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos de la Secretaría de Salud, en donde las autoridades permitieron y facilitaron una aula donde también citaron al grupo de morfinómanos a los que se les aplicó la Escala de Autoconcepto Tennessee. Contestar la Escala les llevó un tiempo aproximado de una hora; los sujetos se presentaron para contestar toda la Escala sin ningún contratiempo y de manera accesible.

Se hizo el mismo trámite con el grupo normal; se pidió autorización a las autoridades de la Preparatoria No. 1; se facilitó una aula en la cual se reunió a un grupo de trabajadores a nivel de intendencia, los cuales colaboraron en la ejecución de la Escala Tennessee; el tiempo de ejecución fue de 25 minutos.

#### **4.7 INSTRUMENTO.**

Se utilizó la Escala Tennessee de Autoconcepto, su autor es W. Fitts, el cual comienza a trabajar en el desarrollo de este instrumento con el Departamento de Higiene Mental de Tennessee en 1955. Se hizo con el propósito de desarrollar un proyecto de investigación que pudiera contribuir con respecto a las diferencias de criterio sobre los problemas de Salud Mental, se reunieron una serie de ítems autodescriptivos. La Escala está constituida por 100 reactivos, 90 de los cuales tienen el propósito de investigación y, los 10 restantes, fueron referidos a la escala de autocrítica. Permite medir el autoconcepto, además de ser una escala sencilla, aplicable a cualquier sujeto, estandarizada y multidimensional (Gómez del Campo 1975).

#### **4.8 PROCEDIMIENTO.**

Para lograr el objetivo de la investigación, el primer paso consistió en solicitar la autorización del Departamento de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos de la Secretaría de Salud con objeto de poder trabajar con el grupo de 20 morfinómanos, a los cuales este Departamento les otorga una dotación mensual de morfina.

Una vez obtenida esta autorización, se acudió con este grupo el día de la entrega de morfina y se les aplicó la Escala de Tennessee de autoconcepto. Para la aplicación, se preparó el material necesario incluyendo cuadernillos con las instrucciones y la hoja de respuestas de la prueba, así como lápices y plumas para que pudieran contestarlo.

Todos los sujetos se presentaron puntualmente a la cita y la prueba se aplicó de manera colectiva en un auditorio de la propia Secretaría de Salud.

Inicialmente, se les dio una explicación general sobre el propósito del estudio y se procedió a darles las instrucciones y a orientarlos si tenían dudas acerca de la forma de contestar o de utilizar la hoja de respuestas.

Una vez que no existieron más preguntas por parte de los sujetos se inició la prueba y, aun cuando se les comentó que no tenían tiempo límite para trabajar, se tomó el tiempo de inicio y terminación de la prueba.

Al concluir la prueba se les agradeció su colaboración y participación.

Para el grupo de no morfinómanos, también se solicitó la autorización de las autoridades de la Escuela Nacional Preparatoria No. 1, de la UNAM, las cuales accedieron a colaborar en el estudio.

Para la selección de los sujetos se solicitó que éstos fueran elegidos al azar y que contaran con características similares a los del otro grupo; de esta forma eligieron a 24 personas, todos trabajadores del nivel de intendencia.

La aplicación del instrumento se realizó de la misma manera que a los morfinómanos, con objeto de controlar el llenado del mismo.

Una vez que terminaron la prueba se les agradeció su participación en el estudio.

## CAPÍTULO V

### **5.- RESULTADOS.**

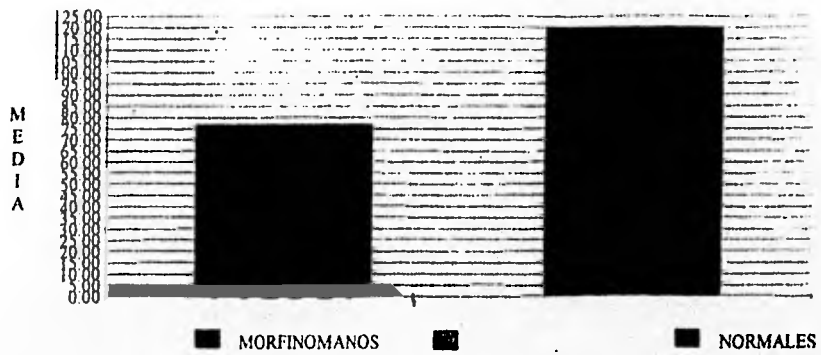
De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la Escala Tennessee de Autoconcepto se observa que el grupo de morfinómanos, respecto al grupo normal, muestra una identidad y una autosatisfacción por debajo del grupo normal, así como en la percepción en su estado de salud y capacidades físicas, confusión o falta de valores ético-morales, y también desvalorización frente al grupo familiar y el entorno social.

Los resultados agrupados en el marco de referencia del autoconcepto interno en comparación del marco de referencia externo en ambos grupos.

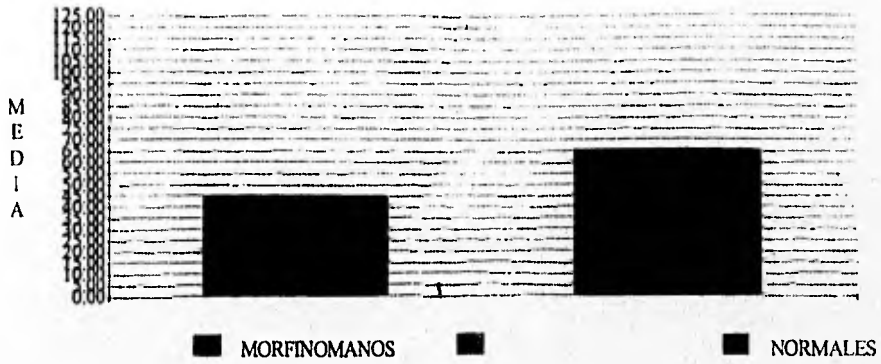
Tal como se aprecia en las gráficas 10 y 11, el autoconcepto del grupo normal es sensiblemente superior al grupo de sujetos morfinómanos; en cambio, si se observa la gráfica No. 11, esta diferencia no es tan clara. Este fenómeno puede explicarse en el sentido de que en la integración del autoconcepto y la percepción global que tienen los sujetos de sí mismos influyen substancialmente los efectos medioambientales e interpersonales que se insertan en el marco de referencia externo del autoconcepto, sobre todo en el grupo de sujetos no consumidores de morfina.

A continuación se presentan las gráficas de resultados obtenidos en ambos grupos con relación a los datos sociodemográficos y estadísticos, así como en las diferentes dimensiones del instrumento utilizado.

GRAFICA No. 10  
GRAFICA DE AUTOCONCEPTO INTERNO  
DE LOS MORFINOMANOS Y NORMALES



GRAFICA No. 11  
GRAFICA DE AUTOCONCEPTO EXTERNO  
DE LOS MORFINOMANOS Y NORMALES



**FALTA PAGINA**

**No.** 32.

## 5.1 ANALISIS DE RESULTADOS

A la luz de los resultados obtenidos se puede concluir, que existe una diferencia en el autoconcepto y las dimensiones que lo integran entre los individuos consumidores de niveles terapéuticos de morfina, y el grupo de sujetos no consumidor.

Esta diferencia centra su origen fundamentalmente en la manera en que se combinan y coexisten los efectos psicosociales, sociofamiliares y orgánicos de la conducta adictiva misma, al agrupar las dimensiones que integran el autoconcepto interno como externo en ambos grupos; tal como se aprecia en las gráficas números 3 y 4, se desprende que aun cuando existe una diferencia importante en la comparación del autoconcepto interno, ésta no es igualmente relevante si se observa la misma comparación en términos del autoconcepto externo.

De ahí que es posible señalar que la diferencia fundamental encontrada en ambos grupos se ubica en la manera en que los sujetos morfinómanos experimentan el grado de autosatisfacción y sentimientos de identidad alcanzados hasta ahora, así como la aceptación que con respecto a su comportamiento y conducta presentan.

Lo anterior significa que las variables socioambientales y culturales que afectan el desarrollo e integración del autoconcepto de los grupos estudiados, a pesar de su íntima relación con las diferentes dimensiones del autoconcepto interno, son estas últimas las que mayormente determinan la configuración actual del autoconcepto en los sujetos morfinómanos.

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS  
MORENOMANOS**

TABLA I

<b>EDAD</b>			<b>TIEMPO DE CONSUMO</b>
INTERVALO	FREC.	%	
1.- 40 - 48 :	6	30 %	1.- 21 - 25 : 20
2.- 49 - 54 :	4	20 %	
3.- 55 - 59 :	3	15 %	
4.- 60 - 64 :	5	25 %	
5.- 65 - 70 :	2	10 %	
<hr/>			
20			

<b>ESCOLARIDAD</b>		
1.-	1 ° DE PRIMARIA - 5 ° DE PRIMARIA :	10
2.-	PRIMARIA COMPLETA :	7
3.-	1 ° DE SECUNDARIA - 2 ° SECUNDARIA :	3
		<hr/>
		20

<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>SEXOS</b>	
1.-	CASADO : 15	MASCULINO :	16
2.-	SOLTERO : 1	FEMENINO :	4
3.-	UNION / L : 4	<hr/>	
		20	
		<hr/>	
		20	

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS  
NORMALES**

<b>EDAD</b>			<b>SEXO</b>
INTERVALO	FREC.	%	
1.- 40 - 48 :	8	33 %	MASCULINO : 16
2.- 49 - 54 :	4	17 %	FEMENINO : 8
3.- 55 - 59 :	4	17 %	<hr/>
4.- 60 - 64 :	6	25 %	24
5.- 65 - 70 :	2	8 %	
<hr/>			
24			
			<b>ESTADO CIVIL</b>
			CASADOS : 18
			SOLTEROS : 1
			UNION / L : 5
			<hr/>
			24
			<b>ESCOLARIDAD</b>
1.-	PRIMARIA COMPLETA :		16
2.-	1 ° DE SECUNDARIA - 2 ° SECUNDARIA :		8
			<hr/>
			24

**TABLA II DE RESULTADOS**

	IDENT. MORFINOMANOS	IDENT. NORMALES	SATISF. MORFINOMANOS	SATISF. NORMALES	CONDUC. MORFINOMANOS	CONDUC. NORMALES
MEDIA	77.40	122.25	76.80	116.67	76.10	121.96
DESV. STD	11.6276	10.3892	12.2715	10.6104	14.6068	9.5210
SUJETOS	20.00	24.00	20.00	24.00	20.00	24.00
t	13.5077		11.5587		12.5284	

	AUTOCON. FISICO MORFINOMANOS	AUTOCON. FISICO NORMALES	AUTOCON. ETICO-MORAL MORFINOMANOS	AUTOCON. ETICO-MORAL NORMALES	AUTOCON. PERSONAL MORFINOMANOS	AUTOCON. PERSONAL NORMALES
MEDIA	43.55	69.63	46.50	73.08	46.00	74.00
DESV. STD	8.5377	8.0693	7.3530	4.4323	9.3415	6.2345
SUJETOS	20.00	24.00	20.00	24.00	20.00	24.00
t	10.3957		14.7954		11.8642	

	AUTOCON. FAMILIAR MORFINOMANOS	AUTOCON. FAMILIAR NORMALES	AUTOCON. SOCIAL MORFINOMANOS	AUTOCON. SOCIAL NORMALES	AUTO-CRITICA MORFINOMANOS	AUTO-CRITICA NORMALES
MEDIA	46.55	70.63	47.70	73.75	40.65	33.08
DESV. STD	6.8247	5.6784	7.1532	6.9423	5.5562	5.0727
SUJETOS	20.00	24.00	20.00	24.00	20.00	24.00
t	12.7776		12.2242		-4.7182	

**GRUPO DE MORFINOMANOS**  
**TABLA III**

NUM.	IDENT.	SATISF.	CONDOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTO
SUJETO	1	2	3	FISICO	ETI-MOR	PERS.	FAM.	SOCIAL	CRITICA
				A	B	C	D	E	A.C.
1	65	62	63	36	40	36	36	42	45
2	86	84	78	47	53	49	52	47	37
3	71	70	73	43	39	48	41	43	42
4	62	65	70	36	36	36	44	45	51
5	61	60	68	35	40	34	39	41	43
6	75	74	78	37	51	45	51	43	42
7	86	80	82	48	51	52	47	50	38
8	75	68	54	36	42	39	42	38	44
9	92	84	88	53	51	54	50	56	34
10	85	83	82	46	52	56	46	50	32
11	60	63	55	33	37	31	37	40	45
12	88	87	91	52	55	54	49	56	36
13	88	99	94	58	50	54	59	60	36
14	88	88	97	47	53	58	56	59	41
15	68	73	54	33	42	37	41	42	44
16	90	97	79	55	55	52	56	48	41
17	73	65	74	41	37	45	47	42	47
18	91	83	96	55	53	58	48	56	33
19	84	90	92	49	56	52	53	56	33
20	60	61	54	31	37	30	37	40	49
<b>SUMA</b>	<b>1548</b>	<b>1536</b>	<b>1522</b>	<b>871</b>	<b>930</b>	<b>920</b>	<b>931</b>	<b>954</b>	<b>813</b>

**GRUPO NORMAL**  
**TABLA IV**

NUM.	IDENT.	SATISF.	CONDUC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTOC.	AUTO.
SUJETO				FISICO	ETI-MOR	PERS.	FAM.	SOCIAL	CRITICA
	1	2	3	A	B	C	D	E	A.C.
1	123	121	135	69	81	83	72	74	33
2	148	140	128	86	79	82	83	86	44
3	116	102	109	64	69	69	57	68	35
4	113	117	121	71	70	74	71	65	34
5	126	119	104	72	72	69	72	64	31
6	119	117	116	68	73	76	68	67	35
7	115	121	125	67	71	74	70	79	39
8	117	116	127	65	73	74	68	80	33
9	138	135	130	84	76	83	77	83	30
10	133	115	134	77	78	78	67	82	29
11	132	108	130	77	71	79	70	73	29
12	127	110	128	67	76	78	72	72	24
13	118	110	120	61	73	69	72	73	27
14	114	95	111	65	64	65	64	62	30
15	122	115	119	61	78	73	69	75	29
16	113	110	113	60	67	67	70	72	41
17	133	115	126	66	75	76	78	79	30
18	115	113	110	64	68	71	67	68	31
19	125	116	130	66	76	77	74	78	31
20	105	107	115	66	71	59	62	69	33
21	124	130	136	82	77	80	73	80	28
22	108	112	110	59	68	65	71	70	39
23	114	118	116	69	72	75	67	66	37
24	136	138	134	85	78	80	81	85	42
SUMA	2934	2800	2927	1671	1754	1776	1695	1770	794

### GRAFICA DE IDENTIDAD

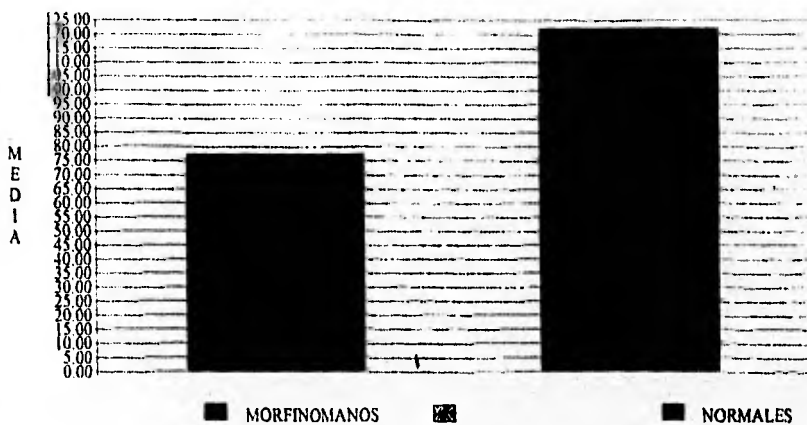


TABLA V

#### Auto-Identidad.

En esta gráfica se observa que la percepción del grupo consumidor de morfina acerca de sí mismos, se traduce en una auto-identidad poco definida, en contraste con el grupo normal.

### GRAFICA DE SATISFACCION

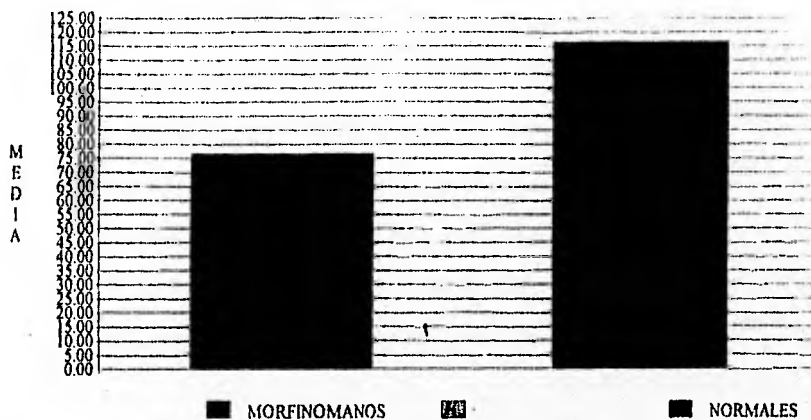


TABLA VI

#### Auto-satisfacción.

En esta segunda gráfica los sujetos morfinómanos pueden ser descritos como falta de una satisfacción personal positiva, insatisfechos por sus logros en las distintas esferas del desarrollo individual.

### GRAFICA DE CONDUCTA



**TABLA VII**

Conducta, percepción de la propia conducta.

A la observación de esta gráfica se puede deducir, que los sujetos morfinómanos estudiados muestran una actitud crítica y devaluada con respecto a sus actuaciones, comportamientos y conductas cotidianas.

### GRAFICA DE AUTOCONCEPTO FISICO

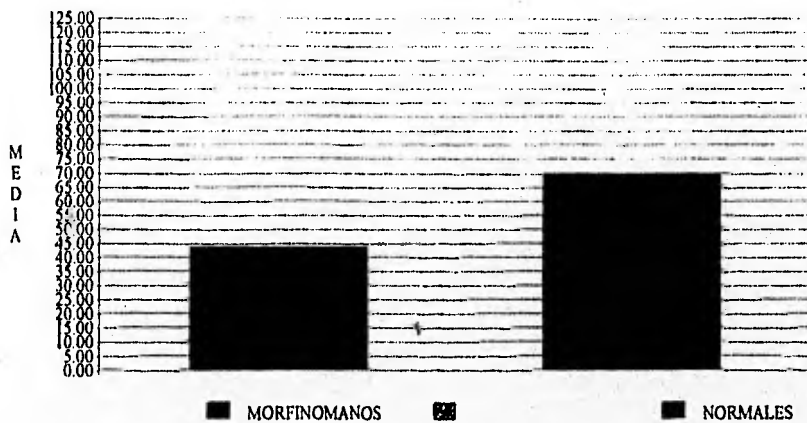


TABLA VIII

#### Autoconcepto Físico.

Esta gráfica muestra la visión disminuida que los sujetos morfinómanos tienen con relación a su cuerpo apariencia física y su sexualidad. Lo que seguramente se desprende de la cronicidad de su consumo y los efectos de este en la esfera de referencia.

GRAFICA DE AUTOCONCEPTO ETICO-MORAL

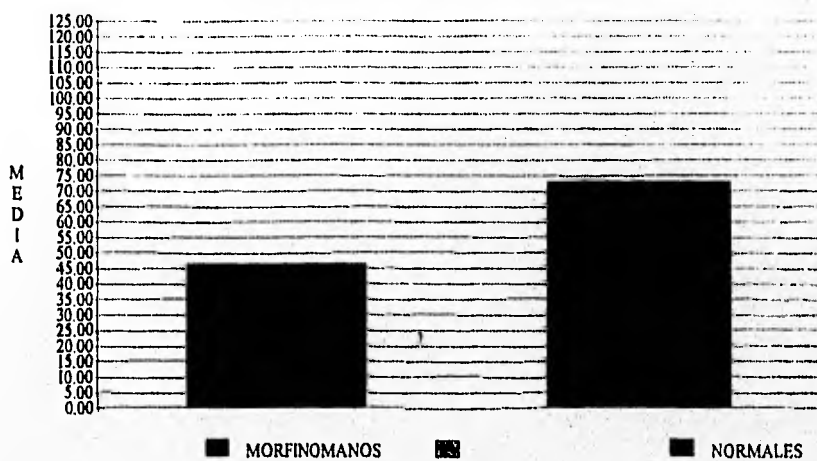


TABLA IX

Autocfoncepto Etico-moral.

Los resultados en esta dimensión apuntan hacia una connotación negativa de las cuailidades ético.morales de los sujetos morfinómanos frente a los valores culturales y sociales, respecto del grupo no consumidor.

### GRAFICA DE AUTOCONCEPTO PERSONAL

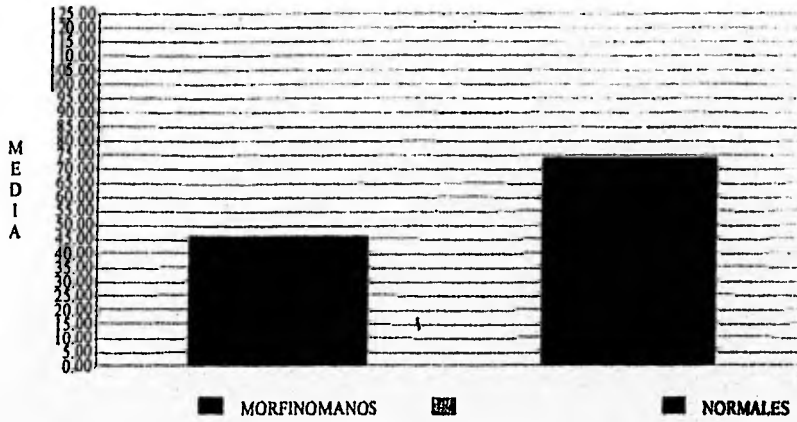


TABLA X

Auto concepto Personal.

A través de la gráfica superior es posible identificar un sentimiento de inadecuación y desvalorización personal de los sujetos morfínomanos a diferencia del promedio obtenido por el grupo normal.

### GRAFICA DE AUTOCONCEPTO FAMILIAR

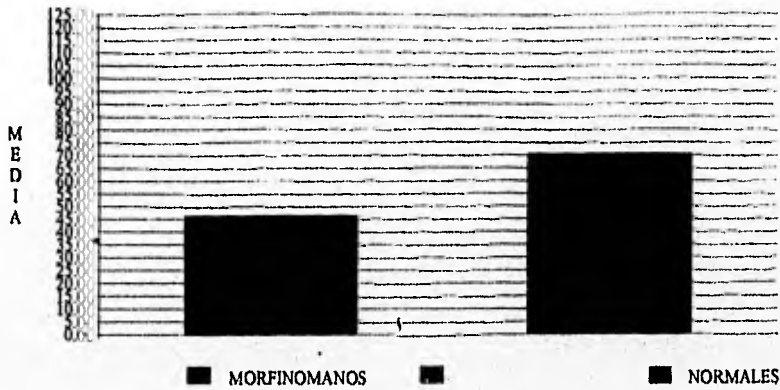


TABLA XI

Autoconcepto familiar.

A diferencia del grupo normal, los sujetos morfinómanos perciben un desajuste personal en el ámbito de la vida familiar, lo que seguramente es resultado de fallas en la integración y membresía a este núcleo primario.

GRAFICA DE AUTOCONCEPTO SOCIAL

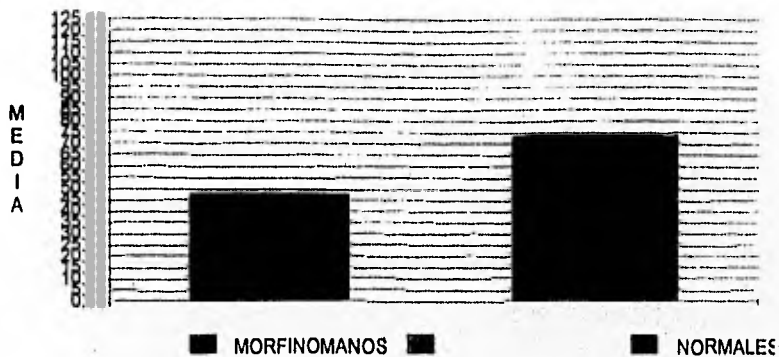


TABLA XII

**Autoconcepto Social.**

En términos de su relación con el medio ambiente que le rodea se observa una deficiente interacción interpersonal por parte de los sujetos morfínomanos, así como la sensación de rechazo por parte de los grupos y estructuras sociales.

### GRAFICA DE AUTO-CRITICA

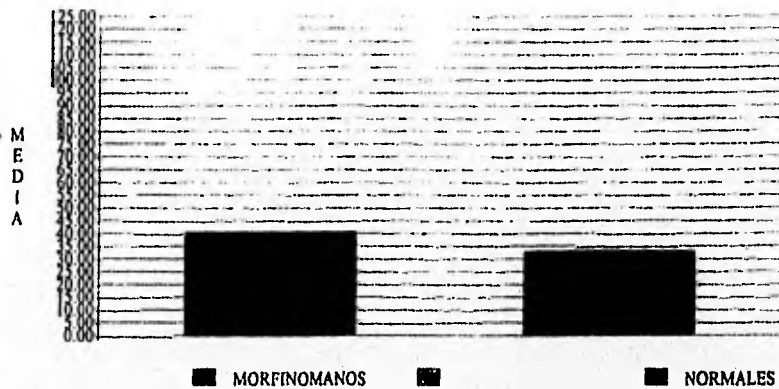


TABLA XIII

#### Auto-Crítica.

Se aprecia que el grupo de morfinómanos muestra un mayor grado de autocrítica; es posible que esta característica sea resultado del relajamiento de las fuerzas defensivas del grupo morfinómano; e indica que estos sujetos mantienen un juicio más sincero hacia su propia circunstancia por encima del grupo normal.

## CAPÍTULO VI

### 6. CONCLUSIONES.

Como conclusión general del presente estudio, se puede decir que se cumplió el objetivo del mismo, al encontrar al encontrar que sí existen diferencias significativas entre el autoconcepto del grupo de morfinómanos controlados por la Secretaría de Salud, y el otro grupo de sujetos no consumidores.

Como se mencionó en la introducción, el problema de la farmacodependencia debe ser enfocado a partir de diferentes perspectivas, por lo que los resultados encontrados en el estudio nos sugieren que las diferencias de autoconcepto entre ambos grupos pueden derivarse de factores de muy diversa índole como su historia personal, su contexto social y su grupo familiar entre otros.

Para el grupo de morfinómanos, resulta evidente que su adicción a esta sustancia se puede considerar como una necesidad imperiosa para lograr un "bienestar" emocional o psicológico en general. De hecho, su gran dependencia les impide manifestar, al menos durante el estudio, otro tipo de intereses personales, familiares o sociales que, por supuesto, repercuten en la definición de su autoconcepto.

En contraste, el grupo normal manifiesta intereses diversos como: bienestar personal, familiar y social en general, por lo que sus resultados en la escala aplicada muestran un autoconcepto más definido, así como aceptación de sí mismos y del contexto al que pertenecen.

Aunque el término de autoconcepto se ha intentado definir a partir de varias tendencias teóricas, puede decirse que la mayoría coincide en que para el establecimiento del mismo deben definirse los factores de la propia persona, de la imagen que otros tienen de él y que, principalmente, el autoconcepto puede ir cambiando durante las etapas de desarrollo del individuo.

Así, en el grupo de morfinómanos debe recordarse que su interés principal radica en administrarse la morfina, con objeto de disminuir las consecuencias físicas y psicológicas de la abstinencia.

Dentro de su autoconcepto encontramos que su actitud crítica se encuentra disminuida y que tienden a autodevaluarse y, por lo tanto, también manifiestan una disminución en lo que respecta a su entorno social y familiar.

En este sentido, su contexto tampoco les ayuda para tratar de mejorar su autoimagen, ya que no debe olvidarse que se trata de individuos adultos y que muy difícilmente su familia o grupo social en general se involucran directamente en el tratamiento de su problemática de adicción y de salud, al considerar en general que ellos mismos son responsables de su padecimiento.

En cuanto a patrones ético-morales, también encontramos que el grupo de morfinómanos se aleja de los modelos conductuales establecidos socialmente y que en forma muy escasa se interesan por seguir estas normas que rigen en su contexto de pertenencia, por lo que se autoperiben como individuos desadaptados, incapaces de interactuar con su grupo.

Así, los perfiles obtenidos en los sujetos morfinómanos y en los sujetos no consumidores, presentan diferencias en los rasgos que conforman el autoconcepto como fue definido en este estudio encontrando como más relevante, la escasa confianza que manifiestan los morfinómanos de sí mismos; encontrándose también disminuido el nivel autosatisfacción con dificultad para la interacción con el medio ambiente y el ajuste social, una autolmagen disminuida, además de manifestarse alejados de los patrones establecidos

En cuanto a su propio valor como miembros de su grupo familiar, los morfinómanos se muestran como individuos con un escaso valor dentro del núcleo familiar.

Con respecto a la autocrítica este grupo de morfinómanos manifestó un mayor grado de la misma, debido al relajamiento de las fuerzas defensivas.

## CAPÍTULO VII

### 7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Una limitante de importancia fue que al no pertenecer ni laborar en la Secretaría de Salud existieron escasas posibilidades para hacer una investigación directa sobre los sujetos morfinómanos, en cuanto a sus antecedentes personales, familiares y sociales.

Debido a lo anterior tampoco fue posible establecer si en los sujetos morfinómanos existía alguna alteración en su estado afectivo y/o emocional debido a que únicamente se estuvo en contacto con ellos en una sola ocasión y, no existió oportunidad para determinar esta situación de manera objetiva.

Se sugiere y se propone al Departamento de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos de la Secretaría de Salud, que se integre una historia clínica de cada uno de los morfinómanos, también con una batería de pruebas psicológicas, al igual que una entrevista formal para investigar cada una de las áreas, con objeto de obtener mayor información y complementar la batería de pruebas psicológicas.

Considerando este trabajo, cabría sugerir a la Secretaría de Salud, a través del Departamento de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos, realizar una investigación más profunda sobre los distintos aspectos psicológicos y sociales de este tipo de poblaciones y de llevar a cabo medidas que coadyuven a un proyecto integral de atención.

El grupo de morfinómanos está controlado por la Secretaría de Salud, no existe un verdadero control clínico sobre los integrantes; es decir, no se han estudiado individualmente para conocer antecedentes personales, clínicos y psicológicos que puedan ayudar a una mayor comprensión de la realidad psicológica actual de estos, así como a su adecuado tratamiento y rehabilitación.

Por último, se sugiere que para futuras investigaciones, se haga hincapié sobre lo anteriormente mencionado, y además se les canalice a un programa específico de tratamiento a nivel individual y familiar, para su rehabilitación, ya que este grupo de personas morfinómanas no cuentan con un apoyo terapéutico.

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

## BIBLIOGRAFIA

1. Acuña M. L. Bruner (1992), Autoconcepto en función de elecciones vocacionales. Tesis, UNAM, México D. F.
2. Castro Soriñana M. (1986); Instituto Mexicano de Psiquiatría. Delincuencia y uso de drogas en una muestra de estudiantes de enseñanza superior. México D. F.
3. Cuéllar Torres Linda del Rosario (1991). Familia Farmacodependencia y Marginación Tesis, UNAM México D. F.
4. De la Fuente R., Carranza A. J., Estrada B. (1987). El problema de farmacodependencia en México. Secretaría de Salud. México 1987.
5. Delgado Hernández Leticia, Sonbran Ortega Laura (1989). Las relaciones interpersonales en el paciente farmacodependiente: 2 métodos de exploración. Tesis, UNAM, México D. F.
6. Elorza, H. (1987). Estadística para Ciencias del Comportamiento. Editorial Harla S. A. de C. V. 1a. Ed. México D.F.
7. Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía (1977-1978). Diccionario de Psicología Sedmay Lidis. Editions Lidis, Paris. Edición Castellana Sedmay Ediciones S. A., México D. F.
8. Engels F. (1981). El origen de la familia y la propiedad privada y el estado. Editorial Progreso, Moscú.
9. Fadiman J., Frager R. (1979). Teorías de la personalidad. México, Ed. Harla 1979.
10. Farmacodependencia Publicación Técnica Núm. 4 (1972). Editada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.
11. Friedrech Dorsch (1985), Diccionario de Psicología. Editorial Herder, Barcelona.
12. García Arellano Ma. del Carmen, Quintero Vargas Francisco Javier (1995). Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en estudiantes de la Ciudad Universitaria. Tesis, UNAM, México, D. F.
13. Gómez del Campo Estrada (1975). Los cambios en el autoconcepto a través de percepción en psicoterapia autodirectiva de un grupo en el contexto de un programa de entrenamiento en psicoterapia. Tesis de la Universidad Iberoamericana, México D. F.
14. Gómez Reyes A. A. (1992). Influencia de la situación familiar en el autoconcepto y seguridad. Escuela Libre de Psiquiatría A. C. División Posgrado I.N.C. U.A.C.H., México, D. F.
15. Jaffe J, Petersen R., Hodgson R. (1980). Vicios y Drogas. Ed. Harla, S. A. de C.V. México, D. F.
16. Julien, R. M. (1981). La acción de las drogas; Ed. Distribuidora Argentina S.R.L., Buenos Aires, Argentina.
17. Lindgren Clay H. (1984). Introducción a la Psicología Social. Editorial Trillas, México D. F.
18. López Jaimés Victoria Eugenia (1988). Alcoholismo y Drogadicción, impedimentos para el desarrollo y eficiencia de personal dentro de la Industria Automotriz. Universidad Anahuac. Vince in Bono Malum, México.
19. Magaña Compañ Rosa María (1988). Autoconcepto, Adolescencia y Familia. Tesina, UNAM, México D. F.
20. Malpass F. L. (1979). Conducta Social. Editorial Trillas. México D. F.
21. Medina Mora Ma. Elena, Tapia Roberto, Otero R. Blanca, Rascón Ma. Luisa, Mariño Ma. del Carmen, Villatoro Jorge, Solache Graclela, Lazcano Federico (1990). Factores asociados con el inicio en el consumo de drogas, resultados de una encuesta nacional. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. La Psicología Social en México, Volumen III. México.
22. Méndez Ramírez Ignacio, y otros (1984). El Protocolo de Investigación. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México.

23. Monroy Ahumada Martha Ofelia (1987). Perfil de Autoconcepto en jóvenes farmacodependientes provenientes de un hogar carente de figura paterna. Tesis UNAM, México D. F.
24. Oñarte Ma. Pilar (1989). El autoconcepto: formación medida e implicaciones en la personalidad. Narcea, S. A. de Ediciones Madrid.
25. Secretaría de Salud (1986). Programa contra la farmacodependencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México D. F.
26. Secretaría de Salud (1988). Diario Oficial, México Distrito Federal.
27. Servín Terrazas, J. L. (1992). Las expectativas como explicaciones del autoconcepto. Escuela Libre de Psicología A. C., División Postgrado, I.N.C. U.A.C.H., México D. F.
28. Sopenana Rodríguez T. (1995). Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias Psicotropas. Tratado de medicina práctica medicina. Hospital Psiquiátrico de Madrid, cuarta Edición México D. F.
29. Souza y Machorro M., Leñero Ma. del Carmen (1981). El maestro ante el problema de las drogas. Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Educación Elemental. México.
30. Valdez Medina J. L. Reyes Lagunes I. (1992). Las categorías semánticas y el autoconcepto. Universidad Autónoma del Estado de México.