
EN GUARDIA FRENTE A LAS DROGAS

Gregorio Escalante

Entre los numerosos problemas sociales contemporáneos el de las drogas parece ser uno de los más agudos para la civilización occidental. Casi diariamente los medios masivos de difusión nos acosan con informaciones que relatan hechos relacionados con tiroteos, guerras entre pandillas, muertes por sobredosis y distintas tragedias generalmente asociadas con el uso de drogas ilegales. La opinión de los países productores suele encasillarse afirmando que el problema no es suyo sino de los países consumidores, y éstos, a su vez, orientan sus ataques responsabilizando a aquellos.

La excesiva demanda hace que los precios de las drogas supongan altos márgenes de ganancia, y lo cierto es que ni unos ni otros han logrado afianzar alternativas que representan un verdadero enfrentamiento exitoso del problema. Y hasta se ha llegado a ‘descertificar’ a países productores de ciertas drogas, pero no se hace lo mismo con países productores de otras, además de que no existen ‘descertificaciones’ para las grandes mafias que operan, básicamente, en los países consumidores y que son, en realidad, la parte más importante del problema.

Las adicciones no están limitadas a ningún estrato social en particular sino que afecta a personas de todos los niveles sociales. Tampoco existe un conjunto particularizado de factores causales que pueda ser compartido por la mayoría de los investigadores y clínicos. Lo que hay es una gran variedad de puntos de vista que van desde una supuesta determinación biológica hasta una serie de consideraciones de naturaleza sociocultural, pasando por todo un núcleo de creencias de naturaleza cuasi religiosa. Y la verdad es que la revisión de la literatura sobre el tema de los desórdenes adictivos revela más bien desencanto y frustración frente al intento sostenido de establecer características unitarias comunes capaces de explicar las diferentes adicciones entre los individuos (Bry y otros, 1982; Wills y otros, 1996).

La situación tiene características ciertamente epidémicas en diferentes países y sus consecuencias representan un serio problema de salud a nivel personal y social. En el plano individual, el uso de drogas, incluyendo el alcohol, supone una serie de efectos dañinos que van desde una clara interferencia con los procesos cognitivos hasta la creación de problemas caracterológicos, pasando por un incremento del riesgo de accidente y muerte. Y en el plano social, además de que genera alzas importantes en los costos educacionales y sanitarios, el empleo de drogas prohibidas eleva los índices de criminalidad y complica la prestación de servicios de salud mental.

El problema es particularmente insidioso porque suele prolongarse mucho más allá de la adolescencia, etapa en la cual generalmente suele originarse. Una gran parte de los jóvenes que se inician en el uso de las drogas durante la adolescencia temprana continúan empleándolas en la vida adulta. Y ya ha sido reconocido que el abuso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) representa entre un tercio y la mitad de los casos de cáncer pulmonar y enfermedades coronarias en adultos (Blum, 1987), además de que el alcohol y otras drogas son factores de riesgo

indudables tanto en la adquisición del Sida como en la proliferación de crímenes violentos, el abuso sexual infantil y el desempleo.

Los datos epidemiológicos obtenidos de la población general de adolescentes muestran un incremento constante en el uso de drogas entre los 12 y los 18 años de edad (Wills y otros, 1996). Y los análisis retrospectivos indican que la experiencia inicial con este tipo de sustancias ocurre típicamente a nivel del séptimo-octavo grados, observándose un incremento durante la adolescencia tanto en la frecuencia como en el número de sustancias empleadas. Aunque una gran parte de la información procede de sociedades distintas a la nuestra, no hay razones para creer que en nuestro país la situación deba ser diferente, especialmente en lo relativo al consumo de bebidas alcohólicas. Y puede asumirse que, en términos generales, cuando el joven venezolano termina el bachillerato ya debe haber establecido un patrón de bebida más o menos regular.

Si, además del alcohol, se incluyen otras drogas, el problema no cambia mucho. A partir de datos del Centro de Documentación e Información (CEDIF, 1996) de la Fundación José Félix Ribas, la situación resulta especialmente preocupante: de 2979 consumidores activos (291 mujeres y 2688 hombres) asistidos por la Fundación entre 1991 y 1995, la mayor concentración de usuarios de ambos sexos se localiza entre los 18 y los 25 años. Si se observan los datos ofrecidos para los períodos 8690 y 9195, pareciera que las drogas son esencialmente un problema de niños y de adolescentes, y que la verdadera 'iniciación' a las drogas para la gran mayoría de los jóvenes venezolanos de ambos sexos ocurre durante los años del bachillerato. En ambos períodos, si se exceptúan al alcohol y el tabaco, resultan dominantes el consumo de la marihuana, la cocaína y el basuco.

Los estudios empíricos coinciden en que la mayoría de los adolescentes son abstemios o bebedores muy moderados. Sin embargo, hay un porcentaje que puede oscilar entre el 2 y el 10 por ciento sobre quienes el alcohol juega un papel no propiamente incidental (Maddox, 1970). Según los reportes de los propios jóvenes, sus primeras experiencias con la bebida ocurren en el hogar y al lado de sus padres y familiares. Consideran que el uso de bebidas alcohólicas es una conducta adulta y típicamente afirman que las mismas siempre estuvieron fácilmente a su alcance para consumo en el hogar. La observación clínica de adolescentes bebedores sugiere que la mayoría de sus padres y una buena parte de sus madres eran alcohólicos. La conclusión que se obtiene de tales estudios es que el elemento más confiable para predecir alcoholismo en los jóvenes es precisamente el alcoholismo parental (Escalante y Escalante, 1993), además de que también la conducta de los compañeros ejerce una influencia sustancial en la adquisición del hábito entre adolescentes (Rogers, E. 1970).

Los efectos de las drogas normalmente varían con el tipo que se usa (Dunning y Chang, 1977). Las drogas más comunes suelen ser la marihuana, las anfetaminas, los barbitúricos, LSD, los opiáceos y la cocaína. A la marihuana se atribuyen efectos bastante complicados y contradictorios que, en algunos individuos, van desde la exaltación hasta la hilaridad, pasando por la producción irregular de ideas, mientras que en otros puede generar quietud y ensoñación. En el caso de los principiantes, lo normal suele ser la producción de pánico. En muchos casos un estado puede ser seguido por el estado opuesto.

Las anfetaminas son estimulantes sintéticos que durante mucho tiempo fueron empleados para combatir el sobrepeso, la congestión nasal, la epilepsia y la depresión. A pesar de que hay en el mercado mejores productos para cualquiera de esos problemas, las anfetaminas todavía se dispensan libremente en el mercado de manera excesiva. Su empleo produce euforia, excitación e insomnio, además de que también crea estados de irritabilidad, intranquilidad, verbalización excesiva y ansiedad. Con el uso de las anfetaminas la capacidad para ejecutar actos complejos es

seriamente disminuida. El letargo y la depresión que suelen ocurrir al desaparecer sus efectos inducen a la búsqueda de una nueva dosis. Los efectos físicos más importantes suelen ser temblores, dolor articular y muscular, pérdida del apetito y pérdida de peso.

Los barbitúricos son drogas sintéticas generalmente empleadas para tratar el insomnio, la presión arterial alta y la epilepsia. Básicamente actúan sobre el sistema nervioso y sus efectos típicos incluyen somnolencia, coordinación muscular reducida y depresión refleja. Combinados con el alcohol resultan especialmente peligrosos y pueden conducir a accidentes fatales. En grandes dosis pueden crear serios problemas respiratorios y circulatorios que pueden terminar en inconsciencia. Mientras está inconsciente, el usuario de barbitúricos puede vomitar, absorber el vómito y crearse problemas pulmonares muy severos (Altschule, 1963). En dosis excesivas los barbitúricos pueden ocasionar la muerte y frecuentemente son empleados en suicidios exitosos. Para el usuario de barbitúricos el abandono intempestivo del hábito suele ser fatal.

El LSD es un poderoso alucinógeno que puede ser tomado en forma de cápsula, como cubo de azúcar o en pastilla pequeña y que es capaz de provocar distorsiones muy eficaces de las zonas del cerebro que procesan y decodifican la información. Sus efectos suelen ser muy contradictorios y complejos y pueden variar de persona a persona y de ocasión a ocasión. Incluyen 'audición' de colores y 'visión' de sonidos, percepción exagerada de sonidos y colores, además de alucinaciones de distinta naturaleza.

La experiencia con LSD puede ser tranquila o puede generar pánico en el usuario. Pueden ocurrir también reacciones psicóticas y disturbios mentales que requieran hospitalización a largo plazo. Algunos artistas creen que el alucinógeno incrementa su creatividad, pero ninguno ha sido capaz de probarlo fehacientemente. Su empleo ha provocado la muerte en casos en los cuales el usuario creyó que podía remontar el vuelo o que no podía ser dañado por un vehículo en movimiento. Los efectos físicos del LSD incluyen hiperactividad, temblores, así como aumentos en la sudoración, la temperatura, el latido cardíaco y la presión sanguínea (Dunning y Chang, 1977).

Los opiáceos (morfina y heroína) son narcóticos o sustancias que inducen sueño, producen insensibilidad y alivian el dolor. También se les ha usado para suprimir la tos y la diarrea. La morfina fue aislada por primera vez en 1805 y la heroína sintetizada en 1874. La heroína, que muy a menudo se usa como medio de escapar de situaciones vitales poco placenteras, puede ser absorbida por las vías nasales o inyectada bajo la piel, pero el adicto que desea resultados más rápidos la prefiere por vía intravenosa. Entre sus efectos se cuentan la euforia, somnolencia, y depresión respiratoria. Las sobredosis pueden causar convulsiones y coma, pero el peligro mayor de la droga lo constituyen los adulterantes que suelen acompañarla.

La cocaína, obtenida de las hojas de la planta de coca, ha sido legalmente clasificada como narcótico, pero en realidad es un poderoso estimulante que inhibe la fatiga. Se le ha empleado como anestésico local, pero las sustancias sintéticas disponibles ya no justifican su uso en tal sentido. La cocaína generalmente se absorbe por las membranas nasales, pero puede ser también inyectada por vía intravenosa. Sus efectos incluyen euforia, excitación, intranquilidad. Usada en grandes dosis puede producir alucinaciones y delirios de persecución, seguidos generalmente por un sentimiento de ansiedad y miedo que el adicto suele contrarrestar acudiendo a los barbitúricos u opiáceos. Entre sus efectos físicos se señalan insomnio e incrementos en el ritmo cardíaco y la presión arterial, además de pérdida del apetito. Las dosis altas pueden provocar convulsiones, agitación y alzas en la temperatura corporal. La sobredosis provoca la muerte por depresión respiratoria y cardíaca.

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

La cuestión de entender las causas del alcoholismo y de la drogadicción en general entre la población joven va mucho más allá de la simple consideración del efecto dañino que las drogas producen. Es evidente que el riesgo de desarrollar ese tipo de problemas no está distribuido uniformemente en la población. Y que son muchos los factores de riesgo que durante la niñez aumentan la probabilidad de que el problema ocurra, sin que pueda aceptarse que uno solo de ellos sea la causa definitiva, que debe ser buscada más bien en el agregado de factores distintos. Algunos de los más salientes factores de riesgo psicosocial son estatus demográfico urbano, estatus socioeconómico bajo, débil afiliación cultural y religiosa, fácil acceso al alcohol y las drogas, historia familiar de alcoholismo o drogadicción, identificación con grupos de compañeros irregulares, discordia, desorganización y disrupción familiar, alienación y una débil presencia de valores sociales normativos (Bry y otros, 1982).

Por lo demás, la investigación en genética revela que numerosos procesos conductuales tienen una base hereditaria muy fuerte. Hay un número de rasgos temperamentales de base genética cuyas desviaciones suelen asociarse con una cierta vulnerabilidad en el consumo de alcohol y drogas. Entre ellos el nivel de actividad, la emocionalidad y la sociabilidad parecen haber recibido una confirmación empírica sustancial. Otros rasgos como la impulsividad no han recibido confirmación del mismo nivel (Buss y Plomin, 1984).

En la literatura especializada ha sido reportado que los niveles de actividad excesivamente altos (hiperactividad) en la niñez son un factor de riesgo hacia el alcoholismo: la probabilidad de tener un padre biológico alcohólico es más alta en niños hiperactivos que en niños que no lo son (Goodwin, 1985). Por otra parte, también se ha observado que los individuos alcohólicos han sido hiperactivos en su niñez y que los niños adoptados que han debenido adultos alcohólicos exhibieron más hiperactividad infantil que los sujetos control (Jones, 1968). Los adolescentes hiperactivos también evidencian una mayor propensión hacia el abuso de bebidas alcohólicas, que no puede ser explicada sobre la base del fracaso académico o la presencia de dificultades de aprendizaje, además de que los adultos sometidos a tratamiento por alcoholismo revelan una historia de hiperactividad muy bien documentada como niños o como adolescentes (Tarter, 1988). Todos estos datos tienden a demostrar una clara relación entre alcoholismo e hiperactividad infantil.

La emocionalidad (susceptibilidad para sentirse intensa y fácilmente ansioso) ha sido examinada también como una dimensión de personalidad asociable al abuso de las drogas. Los niveles altos de ansiedad observados en personas alcohólicas sugieren tal cosa, y parece ser que tal característica es mayor en alcohólicos jóvenes. También ha sido observada una asociación entre altos niveles de ansiedad e impulsividad, rasgo este último que parece ser antecesor del alcoholismo (Jones, 1968). La investigación con personas con alto riesgo de alcoholismo señala que la inestabilidad emocional no es sencillamente un efecto directo del mismo: los hijos varones de alcohólicos exhiben características indicadoras de emocionalidad elevada, además de que suelen ser menos emocionalmente controlados que los hijos de padres no alcohólicos.

Las comparaciones hechas con el MMPI entre adolescentes delincuentes hijos de alcohólicos y no alcohólicos ha revelado que los primeros obtienen puntuaciones más altas que los segundos en la tríada neurótica (escalas de hipocondría, histeria y depresión) pero no en las otras escalas clínicas. Y cuando se compara a hijos de alcohólicos con compañeros de clase hijos de padres no alcohólicos, los maestros suelen aplicar calificativos como 'emocionalmente inmaduro', 'sensible al criticismo', 'deprimido', 'impulsivo', 'inseguro', etc. a los hijos de alcohólicos. Parece que la inclinación a sentirse ansioso resulta ser otro factor de riesgo frente al alcoholismo, y que esta

propensión se asocia con otras características conductuales como la impulsividad, la irritabilidad y la agresividad, que también juegan un papel muy definido en la conformación de un tipo de personalidad de alto riesgo cuando de abusar de las bebidas alcohólicas se trata (Tarter, 1988).

Según Jones (1968) el individuo pre alcohólico es hablador, expresivo y siempre dispuesto a iniciar intercambios humorísticos en situaciones interpersonales. De acuerdo con tal afirmación, el consumo de alcohol pudiera ser particularmente reforzante para personas desinhibidas, confiadas, siempre dispuestas a compartir socialmente. De lo mismo pudiera derivarse que el individuo de alto riesgo frente al alcoholismo es más "sociable" que otros, lo cual, ciertamente, no es el caso. La verdad es que la conclusión correcta es la contraria: en el camino hacia el alcoholismo son más comunes las tendencias antisociales reveladoras de una disposición altamente impulsiva, muy lábil, desinhibida y activa, expresable en formatos conductuales que incluyen sadismo, raterías, agresión física, comportamiento escolar deficitario, inconformismo, deslealtad, ausentismo escolar y delincuencia (Berry, 1967). Los adolescentes con problemas de bebida suelen aferrarse al vicio mucho más a medida que permanecen lejos de la escuela, de la iglesia y evidencian escaso autocontrol, un contacto emocional superficial, dificultades para relacionarse y serios problemas de conducta. Si bien es cierto los individuos prealcohólicos y alcohólicos parecen a primera vista ser extrovertidos y gregarios, su estilo conductual en realidad no revela alta sociabilidad sino más bien dificultades muy serias para ejercer control e inhibirse.

En términos generales los alcohólicos suelen caracterizarse como grupo por ser impulsivos, resentir la autoridad, mostrar baja tolerancia a la frustración y un control escaso de la ira, (Graham y Strenger, 1988) tal como se desprende de las puntuaciones relativamente altas que obtienen en la escala 4 del MMPI (desviación psicopática). De ninguna manera debe pensarse que lo anterior conduce a la identificación de un perfil típico único para alcohólicos. Si bien es cierto muchos alcohólicos comparten algunas características comunes y el MMPI ayuda a identificarlas, también entre ellos existen importantes diferencias que deben ser consideradas.

Entender la etiología del alcoholismo en realidad también equivale a comprender por qué la inclinación a las bebidas alcohólicas no se desarrolla. En cualquier caso, la evidencia continúa documentando el hecho de que hay factores fisiológicos, mediados por un entorno genético, que son muy importantes. Y que el acto de convertirse en alcohólico ocurre en un contexto social muy influido por distintos procesos biopsicosociales. Por esa razón la literatura tiende a coincidir en cuestiones importantes que forman parte de la etiología del alcoholismo, y que cubren aspectos muy relacionados que incluyen tanto el contexto cultural, como los factores ambientales y ciertos rasgos de personalidad. Tales aspectos pueden reducirse a los siguientes (Zucker, 1986)

- a. las conductas antisociales durante la niñez consistentemente se relacionan con el uso posterior del alcohol. Se incluyen conductas agresivas, sadismo, rebeldía y actividades antisociales;
- b. las dificultades académicas fueron identificadas en individuos que más tarde se hicieron alcohólicos. Se mencionan pobre ejecución escolar, baja productividad en la secundaria, menos años de escolaridad y mayor ausentismo escolar;
- c. la hiperactividad aparece como factor etiológico importante en la generación de alcoholismo. Unido a ello se señalan también desórdenes neurológicos y nerviosismo, además de déficit en la coordinación física y en la integración neurológica temprana;
- d. los nexos débiles de asociación interpersonal también son mencionados como factor de riesgo. Ello supone una mayor dependencia y escasa consideración de los otros, así como fuerte tendencia al abandono temprano del hogar e indiferencia hacia la madre y los hermanos;

- e. una mayor frecuencia de conflicto en el hogar aparece también como factor destacado. El conflicto parental puede obligar al joven a desplazarse hacia el grupo de compañeros o puede moverlo hacia la expresión de conductas antisociales. En ambos casos el resultado suele ser el consumo sostenido de bebidas alcohólicas;
- f. los esquemas de interacción intrafamiliar inadecuados o la falta de contacto del niño con sus progenitores también es otro factor que suele señalarse. Las implicaciones suelen ser escasa supervisión, falta de exigencias parentales, afecto escaso, prácticas disciplinarias incorrectas o inconsistentes y desinterés de los padres;
- g. los modelos parentales ofrecidos en el hogar son también factor de riesgo. El alcoholismo del padre o de la madre, así como sus conductas sexuales y comportamientos sociales inadecuados suponen un buen punto de partida en la generación del hábito de la bebida en los hijos.

A partir de la información anterior, ciertamente puede pensarse en la existencia de factores desencadenantes de la adicción al alcoholismo y otras drogas, tanto desde el punto de vista de lo puramente sociocultural como a partir de ciertos rasgos de personalidad característicos. Es lo que surge de las observaciones clínicas y contactos terapéuticos mantenidos con individuos que sufren alguna clase de adicción. Particularmente en lo relativo al consumo de bebidas alcohólicas, es necesario tomar en consideración que la mayoría de los estudios han sido realizados con varones, de modo que es poco lo que se conoce sobre el hábito en las hembras, cuestión que intentaremos abordar al final de este capítulo.

ADICCIÓN A OTRAS DROGAS

La discusión mantenida en torno a las causas de la adicción generalmente se reducen a tres nociones básicas. La primera mantiene que hay factores genéticos o constitucionales que juegan un papel importante en el proceso, de modo que la drogadicción es vista como biológicamente fundada, con un origen posiblemente genético o familiar (Dole y Nyswander, 1967; Peel, 1986). La otra noción es la explicación psicoanalítica, ligada a constructos hipotéticos como la regresión y el principio del placer. Quienes mantienen este punto de vista asocian la drogadicción a la búsqueda de placer autoerótico en sustitución de formas más maduras de satisfacción sexual (Rado, 1933). Finalmente, los teóricos del aprendizaje creen que la noción de desajustes en la personalidad como causa de adicción debe ser rechazada, y argumentan que es el mismo potencial reforzador de las sustancias las que facilitan el surgimiento de las conductas adictivas. En este contexto son importantes contribuyentes la disponibilidad de la droga y las conductas de los compañeros, que pueden indicar el camino hacia la experimentación inicial (Wikler, 1973).

Normalmente se acepta que hay elementos socioculturales que pueden explicar las distintas adicciones. Dentro de los temas que se incluyen como antecedentes de la conducta adictiva en adolescentes, suelen mencionarse algunos conectados con el ambiente familiar, tales como su fragmentación, ya sea por pérdida física de los progenitores o por separación de los mismos. A partir de estudios retrospectivos se ha señalado insistentemente que el adolescente adicto probablemente ha convivido en sus primeros años con padres mentalmente enfermos, ha sido víctima de rechazo parental o ha sufrido la ausencia de uno de los progenitores.

Se trata de un esquema global de privación afectiva que supone, además, la presencia de modelos parentales inadecuados y patrones de personalidad parental que se juzgan comprometidos en el desarrollo de las drogadicciones, y que producen en el joven fuertes sentimientos de inseguridad. Uno de esos patrones (Ausubel, 1961) es el padre sobre protector; el

otro es el padre poco dominante, bajo en exigencias y de escasa disciplina (Bender, 1963); y el tercero es el padre excesivamente dominante (especialmente la presencia de una madre todopoderosa) que, al mismo tiempo, representa para el o la joven un claro símbolo de castigo y de rechazo (Ausubel, 1961).

Las familias de consumidores de drogas psicodélicas han sido descritas como excesivamente permisivas y muy abundantes en gratificaciones materiales, con padres emocionalmente inestables, sin límites conductuales adecuados y con esquemas de comunicación deficitarios, donde los conflictos suelen ser disfrazados o suprimidos, además de que existe intolerancia ante la frustración (Welpton, 1968).

La presencia de apoyo familiar y la competencia académica actúan como factores moderadores del riesgo de adicción, aunque tales factores de protección suelen tener menor impacto en familias de estatus educativo bajo. En familias en las cuales el valor educación tiene asignaciones muy bajas, la noción de competencia académica resulta escasamente reforzada, y el riesgo hacia el uso de drogas aumenta cuando el adolescente asume actitudes negativas hacia la educación, se siente marginado en la escuela y logra un rendimiento académico mediocre. Si se considera que la educación de los padres se ha revelado como inversamente relacionada con el uso de drogas en adolescentes (Wills y otros, 1995) los planes de prevención debieran estar dirigidos a reducir la exposición al riesgo y a fortalecer las protecciones señaladas, especialmente entre individuos que proceden de un status socioeconómico bajo.

También se ha señalado factores de personalidad asociados al uso de las drogas, aunque las pruebas definitivas al respecto no parecen muy consistentes, pues todavía no ha sido posible identificar una constelación claramente delineada de atributos de personalidad que puedan ser usados para detectar a los individuos con predisposición al uso de alcohol y otras drogas (Nathan, 1988; y Tarter, 1988). Sin embargo, la búsqueda de tales atributos continúa, pues se asume que la conexión es viable. La mayoría de los trabajos lucen especialmente centrados en adolescentes, que pueden ser distinguidos antes de iniciar las adicciones por su independencia, su tolerancia a las conductas transgresoras, sus puntos de vista críticos de la sociedad y su rechazo a valorar el ordenamiento institucional (Jessor y Jessor, 1978).

A partir de los puntajes obtenidos en las escalas del MMPI, la búsqueda ha logrado algunas 'caracterizaciones' del probable consumidor de drogas. La generalidad de los estudios consistentemente revelan que los individuos alcohólicos, independientemente de su raza o sexo, tienden a producir puntajes relativamente altos en la escala de desviación psicopática o escala 4. (Clopton, 1978; Button, 1956; Delatte, 1984). Con relación a la edad, los alcohólicos jóvenes obtienen puntuaciones más altas que los alcohólicos viejos. El significado de la elevación en los puntajes no es muy claro, pero los individuos que logran puntuaciones altas han sido descritos en la literatura como opuestos a la autoridad, antisociales, impulsivos, hostiles e irritables. En esta clase de individuos también es típico el subrendimiento escolar, las dificultades laborales y los problemas maritales y familiares (Escalante y Escalante, 1993).

Otras características de personalidad asignadas a los drogadictos (Kuehn, 1970) son una marcada tendencia a vivir en el presente, pasividad o reactividad en relaciones interpersonales, distintas dificultades cognitivas (perturbaciones esquizoides tanto en pensamiento como en verbalización), comportamiento sexual irregular, depresión, dificultades escolares, empleo de mecanismos de represión y racionalización, así como conductas de aislamiento. Se ha señalado (Pearlman, 1968) que los adictos a la marihuana son impulsivos, rebeldes, inconformes, irresponsables, con tendencia al narcisismo y la auto glorificación, particularmente interesados en

la búsqueda del placer y la diversión, y con muy claras evidencias de hostilidad hacia lo convencional.

La utilización del MMPI con drogadictos múltiples reveló altos puntajes en la escala de esquizofrenia (probable indicador de indiferencia, relaciones interpersonales deficitarias e incapacidad para la expresión emocional) y en la escala de masculinidad-feminidad (seguramente debida a incrementos en la sensibilidad y la apreciación estética). Puntajes altos también fueron obtenidos en las escalas de desviación psicopática e hipomanía (McAree y otros, 1969).

Se ha sugerido que el individuo potencialmente más perturbado, con desórdenes de personalidad o con psicosis, es atraído hacia las drogas más peligrosas. Pero los hallazgos resultan contradictorios y el consenso general es que los individuos con psicopatologías predisponentes a menudo recurren a las drogas, y su estado general de salud mental termina complicándose.

Uno de los principales problemas en este tipo de estudios es la dificultad para la obtención de datos que sean tanto representativos como válidos y confiables. Seguramente debido al carácter ilegal que tiene el consumo de drogas, es muy difícil obtener muestras voluntarias, además de que la confiabilidad de la información recogida resulta muy cuestionable. La mayoría de los estudios han sido realizados con poblaciones de adolescentes insertos en instituciones educacionales, muestras clínicas o individuos en situación penitenciaria. Realmente es muy poco lo que se sabe sobre las motivaciones de otros grupos insertos en otros contextos socioculturales, que emplean las mismas drogas y que pudieran poseer distintas características de personalidad. Por lo demás, casi todos los trabajos emplean muestras de varones, lo cual hace realmente difícil la generalización de los hallazgos a poblaciones femeninas

LA MUJER Y LAS DROGAS

Desde tiempo inmemorial las drogas han sido utilizadas como herramientas de uso médico o religioso, pero casi siempre se ha saltado desde los usos socialmente sancionados al abuso de tales sustancias. La reacción social frente al uso del alcohol y otras drogas por mujeres, tradicionalmente ha sido más extrema y negativa que la reacción frente al uso de las mismas drogas por los hombres. A las mujeres drogadictas se las ha visto con mayor dureza, seguramente porque ellas siempre han representado símbolos morales y sociales cuya capacidad para dar vida y nutrir a las nuevas generaciones ha tenido gran estima en todos los pueblos y culturas. No obstante, las reacciones negativas observadas y a pesar de que un gran número de mujeres está comprometido con el uso de las drogas, es poco lo que se ha hecho en materia de investigación para aclarar los probables componentes socioculturales y de personalidad asociables a ese uso.

Tal como ya ha sido indicado, la explicación predominante para el uso de drogas en ambos sexos tiene que ver con disturbios de personalidad. Y aunque hay otras explicaciones que incluyen el uso de las drogas como un fenómeno puramente cultural (Szasz, 1974) o como respuesta ante circunstancias vitales estresantes (Chambers y otros, 1975), el punto de vista que asume al drogadicto como individuo patológico domina la literatura y en gran parte es responsable por los programas sociales de intervención.

La creencia prevaleciente del drogadicto como 'enfermo' que debe ser 'tratado' ha recibido un gran impulso de parte de la investigación biomédica y social, que intenta demostrar una serie de características sociales y psicológicas aberrantes en los drogadictos (Marsh, 1982). Tal efecto se ha logrado documentando, entre otras cosas, el daño que tales individuos provocan a las familias y a la sociedad, o proponiendo la quimioterapia como tratamiento dominante para la drogadicción.

En el análisis de la drogadicción femenina surgen otros temas recurrentes que no forman parte del esquema asociable a la patología. Uno de ellos es el que intenta demostrar relaciones entre drogadicción femenina y prescripciones médicas empleadas para tratar el dolor. Conforme a (Cooperstock, 1971) el empleo muy difundido de drogas psicoterapéuticas por la población femenina se debe a la creencia de parte de los médicos de que las mujeres son emocionalmente más inestables y por ello requieren el uso de drogas modificadoras del carácter. Muchos médicos, además, acostumbran indicar opiáceos para aliviar las incomodidades de la menstruación y de la menopausia, y se piensa que ello marca el inicio del abuso de sustancias entre las mujeres.

Otro tema muy señalado tiene que ver con el empleo de distintas sustancias que supuestamente ayudan a la mujer a resolver situaciones estresantes derivadas de sus complicados roles y responsabilidades. La ingestión de alcohol, por ejemplo, pudiera ser consecuencia de la crisis de identidad que la mujer experimenta en la edad madura, cuando los hijos abandonan el hogar o cuando ocurre el divorcio o la muerte del cónyuge (Curlee, 1969). La soledad, el aburrimiento, la depresión, los problemas conyugales o la menopausia han sido también vistos como antecedentes en el empleo tanto de barbitúricos como antidepresivos o tranquilizantes.

Muchas mujeres drogadictas parecen no proceder de familias desorganizadas y sus problemas con las drogas más bien obedecen a dificultades interpersonales no resueltas, especialmente en la etapa adolescente. Los reportes indican que muchas de ellas se sintieron solas y rechazadas durante la niñez y pubertad, además de que experimentaron problemas en la formación de amistades con personas de su misma edad. También se sintieron más vigiladas y supervisadas y con menos libertad e independencia que los varones. Su infelicidad y alienación fue conductualmente expresada acudiendo a las drogas, yéndose del hogar, embarazándose o casándose antes de finalizar la educación secundaria.

En términos de prácticas de socialización, muchas se quejan de haber sido muy castigadas y más frecuentemente que el resto de los niños con, aparentemente, escasa lógica y consistencia en el uso del castigo. En un esfuerzo por escapar a las situaciones conflictivas del hogar muchas de ellas acudieron al sexo como solución, comprometiéndose en uniones extemporáneas que apenas sirvieron para contribuir a su infelicidad y confusión. La ausencia del padre en el hogar debida a muerte, separación o divorcio parece contribuir también al establecimiento de un esquema de nexos irregulares con el grupo de compañeros, aparentemente buscando la aceptación y compañía que no se tiene en la familia.

Por lo demás, los hallazgos sugieren, por un lado, que el ambiente juega un papel importante en la adquisición de las drogadicciones y que una gran parte del problema puede residir en los procesos de estructuración social que niega a los jóvenes acceso pleno a los esquemas de participación adultos, razón por la cual suelen producirse ciertas desviaciones hacia la cultura delincuente, que sí ofrece estatus apropiado y utiliza criterios que pueden ser temporalmente satisfechos por los adolescentes (Binion, 1982). Por otra parte, la estructura familiar y sus esquemas de interacción y funcionamiento también juegan un papel destacado. En el caso de las mujeres adictas, los problemas de la familia y la desviación parecen ocurrir de modo simultáneo. Y los elevados grados de castigo sentidos puede sugerir desaprobación de parte de ambos progenitores sobre una conducta sexual y un empleo de drogas coincidentes, que se consideran completamente inapropiados.

Finalmente, parece haber la certeza de que las mujeres adictas no tienen experiencias académicas adecuadas en la escuela, y que la consecuencia puede ser bajas notables en su autoestima. Los maestros, consejeros y el mismo ambiente escolar refuerzan el conformismo con los roles femeninos tradicionales y ello puede selectivamente propiciar el desarrollo de las

conductas desviadas. El bloqueo de aspiraciones consiguiente puede ser otro antecedente causal de la adicción (Cloward y Ohlin, 1960)

Frente al problema de las drogas la familia debe asumir patrones de comportamiento diferentes. Niños y adolescentes se hallan inmersos en ambientes sociales de alta definición cuya influencia sobre la conducta ha sido bien reconocida. Básicamente se admite que la probabilidad de terminar con problemas de conducta será alta o baja dependiendo del tipo y naturaleza de las asociaciones creadas entre los jóvenes (Jessor y Jessor, 1977). La influencia de los padres resulta relevante: en familias donde hay apoyo y control parental y donde las modalidades de conducta problemática son desaprobadas, la ocurrencia de las mismas suele minimizarse. Pero en situaciones en las cuales el apoyo, el control y la orientación global queda a cargo de amigos y compañeros (lo cual supone una drástica reducción de los niveles de participación del entorno familiar) la situación es muy distinta, y también suelen serlo el tipo de problemas que de allí se derivan.

REFERENCIAS

- Altschule, M.D. (1963). Toxic effects of barbiturates on respiration and circulation. *Medical Sci.* December: p.83.
- Ausubel, D.P. (1961). Causes and types of narcotic addiction. A psychosocial view. *Psychiatry Quarterly*, 35: 523-531.
- Bender, L. (1963). Drug addition in adolescence. *Compreh. Psychiatry*, 4: 131-134.
- Berry, J. (1967). Antecedents of schizophrenia, impulsive character and alcoholism in males. *Diss. Abstr. International*, 28: B21-34.
- Binion V.J. (1982). Sex differences in socialization and family dynamics of female and male heroin users. *J. of Social Issues*, 38 (2): 43-57.
- Blum, R. (1987). Contemporary threats to adolescent health in the USA. *J. of the Am. Med. Ass.* 257: 3390-3395.
- Bry, B., McKeon, P. y Pandina, R. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *J. of Abn. Psych.*, 91: 273-279.
- Buss, A. y Plomin, R. (1974). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Button, A.D. (1956). A study of alcoholics with the MMPI. *Quarterly J. of Studies in Alcohol*. 17: 263-281.
- Chambers, C.D., Inciarti, J.A. y Siegal, H.A. (1975). *Chemical coping: A report on legal drug use in the United States*. New York: Spectrum Publications.
- Clopton, J. R. (1978). Alcoholism an the MMPI: A review. *Journal of Studies in Alcohol*, 39: 1540-1558.
- Cloward, R.A. y Ohlin, L. (1960). *Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Cooperstock, P. (1971). Sex differences in the use of mood-modifying drugs: An explanatory model. *J. of Health and S. Behavior*, 12: 238-244.
- Curlee, J. (1969). Alcoholism and the empty nest. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33: 165-171.
- Delatte, J.G. (1984). Young and old alcoholics: Some personality differences. *J. of Clinical Psych.*, 40: 613-616.
- Dole, V.P. y Nyswander, M.E. (1967). Addiction, A metabolic disease. *Archives of internal medicine*, 120: 19-24.
- Dunning, W.W. y Chang, D.H. (1977). Drug facts and effects. En Ch. Zastro y D. H. Chang (Eds.), *The personal problem solver*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Escalante, G. y Escalante, K. L. (1993). Historia Natural del Alcoholismo. *MedULA, Revista de la Facultad de Medicina*, 2 (12): 24-30.
- Goodwin, D. (1985). Alcoholism and genetics. *Arch. of Gen. Psych.*, 42 :171-174.
- Graham, J. R. y Strenger, V.E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: A review. *Journal of Cons. and Clin. Psychology*, 56 (2): 197-205.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press, Cap.6.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1978). Theory testing in longitudinal research on marijuana use. En D. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use*. (pp.135-172). Washington, DC: Hemisphere.
- Jones, M. (1968). Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adults males. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 32: 2-12.
- Kuehn, J.L. (1970). Student drug user and his family. *J. of College Student Personnel*, 11:404-413.

- McAree, C.P., Steffenhagen, R.A. y Zheutlin, L.S. (1969). Personality factors in college drug users. *International Journal of Social Psychiatry*, 15: 102-106.
- Maddox, G.L. (1970). *The domesticated drug: Drinking among collegians*. New Haven, Conn., College and University Press.
- Marsh, J. C. (1982). Public issues and private problems: Women and drug use. *J. of Social Issues*, 38 (2): 153-165.
- Nathan, P.E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Cons. And Clin. Psych.* 56 (2): 183-188.
- Pearlman, S. (1968). Drug use and experience in an urban college population. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 38: 503-514.
- Peel, S. (1986). The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. *J. of Studies on Alcohol*, 47: 63-73.
- Rado, S. (1933). Psychoanalysis of pharmacothimia (drug addiction). *Psychoanalytic Quartely*, 2: 1-23.
- Rogers, E. (1970). Group influence on student drinking behavior. En G.L. Maddox (Ed.), *The domesticated drug: Drinking among collegians*. New Haven, Conn., College and University Press.
- Szasz, T. (1974). *Ceremonial chemistry*. New York: Doubleday.
- Tarter, R.E. (1988). Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse?. *J. of Consulting and Clinical and Clinical Psychology*, 56 (2): 189-196.
- Welpton, D.F. (1968). Psychodynamics of chronic LSD use. *J. of Nervous and Mental Disease*, 147: 377-385.
- Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence: Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 28: 611-616.
- Wills, T., McNamara, G. y Vaccaro, D. (1995). Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: Development of a mediational model. *Health Psych.* 14 (5): 464-478.
- Wills, T. A., McNamara, G., Vaccaro, D. Y Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J. of Abn. Psych.*, 105 (2): 166-180.
- Zucker, R.A. (1986). Etiology of alcohol reconsidered. *American Psychologist*, 41 (7): 783-793.