

Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas

Raúl García-Aurrecochea,¹ Solveig E. Rodríguez-Kuri,² Alberto Córdova Alcaráz²

Artículo original

SUMMARY

As a part of a innovative research line on mental health and addictions focused to operationalize the clinical approach of Maslow's motivational theory, this study is focused to prove a theoretical multi-factorial model that presuppose a relationship between a set of psycho-social protective factors and affective disorders, attraction to drugs, and severity of legal and illegal drug use, all them mediated by the satisfaction degree of deficit needs and its pleasurable associated sensations.

The study was implemented with a cross-sectional, *ex-post-facto* design, with a 241 sample made out by urban young adults that were actual illicit drug users, which used more than five times one of the next drugs: marijuana, cocaine, crack, inhalants, heroin or metamphetamine. These subjects had a 24,5 mean age (SD= 5,1), with a ratio of almost eight men at of each woman. More than half of them were single, a third part was married or lived together and the fifth part was separated or divorced.

Half of participants had high school studies, a fourth part had college and 8% had superior level. Half of the subjects were employed, 10% were students, 4% were housemakers, 5% studied and worked simultaneously, and a third part did not work. A fourth part were referred to previous treatment(s) for drug abuse. Based on the diagnosis, marijuana was identified as a drug of greater impact (29,9%), followed by cocaine (27,4%), inhalants (16,2%), heroin (12,0%), crack (10%) and crystal (4,6%).

It was applied a battery of instruments that included:

- A scale to test the Severity of drug abuse (alpha=.953), that included items to evaluate issues such as: the incapacity to control drug use; intense desire to use; increase in the consumption; inability to reject drugs; changes in mood; transgression of the rules; residual symptoms; fights, and self injuries.
- The Beck Depression Inventory (alpha=.918), conformed by two factors, Affective-cognitive depression (alpha=.867), with items related to feeling punished, failed and guilty, and Physiological-behavioral depression (alpha=.853) with items associated to insomnia, feeling tired, irritable, unsatisfied and hesitated.
- A multifactorial scale of Degree of Satisfaction of Deficit Needs of Health and security (alpha=.876), with items such as: tranquility, confidence, order and education; authenticity

(alpha=.878), with items like honesty, sincerity, respect and freedom; affective (alpha=.780), with items like affection, friendship and love; self esteem (alpha=.825), with items like recognition, work, success and money; and enjoyment (alpha=.910), with items like joy, amusement, happiness, play, laugh, sing and dance.

- A multi-factorial risk and protection scale of drug use and related syndromes (alpha=.794), with the following factors: satisfactory family relations (alpha=.850), satisfactory relation with friends (alpha=.927) and individual ability for satisfaction (alpha=.841).
- A multi-factorial scale related with the attraction for legal and illegal drugs (alpha=.949), with a factor for alcohol attraction (alpha=.933), other factor for tobacco attraction (alpha=.890) and a factor for alcohol attraction (alpha=.926).

Furthermore, two models were developed with three antecedent manifest variables: individual ability for satisfaction, satisfactory family relations and satisfactory relation with friends. Both models showed that individual ability for satisfaction predicts 17% of variance of the satisfactory family relations and 10% of the satisfactory relation with friends.

The mediating latent variable Satisfaction degree of deficit needs showed different forms in each model because the first one included a) satisfaction degree of health and security needs, b) satisfaction degree of self esteem needs and c) satisfaction degree of enjoyment needs, whereas the second model, more parsimonious, kept the first two factors.

Both models incorporate, as consequent latent variables, depression (explained in 53% of its variance in model 2) as well as the manifest variable of: severity of drug abuse (explained in 45%) and the mediating latent variable attraction for legal and illegal drugs with an explained variance of 32% (for example: «I like them, they help you to feel relax, they are tasty, they produce pleasure, they help you to have friends, to have fun, to make you laugh and to have joy»).

The models provide conceptual validity to the clinical approach of Maslow's theory, because it verifies that the unsatisfaction of deficit needs is related to: the presence of affective disturbance like depression; the attraction by legal and illegal drugs; and the severity of alcohol consumption and drugs.

Model one includes among others the mediating variable satisfaction of the needs of self esteem, showing the influence of Jonah's

¹ Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de Centros de Integración Juvenil. Investigador del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.

² Departamento de Investigación Psicosocial y Documental de Centros de Integración Juvenil. Investigador del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.

Correspondencia: Raúl García-Aurrecochea. Tlaxcala 208, 2º piso. Hipódromo Condesa, Cuahtémoc, 06100, México, DF. Correo electrónico: investigacion@cij.gob.mx o raurre@hotmail.mx

Recibido primera versión: 4 de octubre de 2007. Segunda versión: 30 de junio de 2008. Aceptado: 6 de agosto de 2008.

complex usually related to the fear of recognition, success, etc. Model 2 is more parsimonious and reaffirms the importance of satisfying physiological and security needs, and its associated enjoyment.

In addition, it stands out that the individual capacity of satisfaction is related to the satisfaction of deficit needs causing the appearance of moments of joy, amusement and happiness, possibly associated with the Reward Circuit Activation. On the other hand, the individual capacity of satisfaction also maintains a direct relation with satisfactory relations with family and friends. Both variables have as well a positive influence in the satisfaction of deficit needs.

Moreover, the individual capacity of satisfaction is related to the satisfaction of the deficit necessities, causing the appearance of moments of joy, amusement and happiness possibly associated with the reward circuit activation. On the other hand, the individual capacity of satisfaction also maintains a direct relationship with satisfactory relations with family and friends, which have also a positive influence to the satisfaction of the deficit needs and their associated enjoyment sensations, such as laugh, singing and dancing, that usually take place in social interactions.

Also, it was shown how the individual aptitudes as well as relationships with others were substantial sources for satisfaction of deficit needs. Additionally, it was observed that a deficient degree of needs satisfaction was related to an increment in affection disturbances and in the severity of drug use, supporting the Maslow's psycho-pathogenesis construct.

Finally, it was observed how a deficient degree of satisfaction also shows a direct relationship with the attraction to legal and illegal drugs, and it stands out how the presence of affection disturbances increases the attraction to drugs, which at the same time increases the severity of drug use.

Key words: Maslow, motivation, protection, drug abuse, depression.

RESUMEN

Con el fin de someter a prueba un modelo teórico multifactorial basado en la aproximación clínica de la teoría de la motivación de Maslow —modelo en el que se presupone una relación entre un conjunto de variables psicosociales protectoras y algunos trastornos afectivos, la atracción por las drogas y la severidad de su consumo, mediadas por el grado de satisfacción de ciertas necesidades deficitarias (salud, seguridad y autoestima) así como sensaciones de disfrute asociado— se llevó a cabo un estudio transversal, *ex post facto*, con una muestra de 241 adultos jóvenes urbanos, consumidores actuales de drogas ilícitas.

Se desarrollaron dos modelos estadísticos con base en las variables antecedentes: *capacidad individual de satisfacción*, *relaciones satisfactorias con la familia* y *relaciones satisfactorias con los amigos*.

En ambos modelos se encontró que la *capacidad individual de satisfacción* predice en cierta medida las *relaciones satisfactorias con la familia* y *con los amigos*.

La variable mediadora *satisfacción de necesidades deficitarias* se manifestó en forma distinta en ambos modelos, pues el primero incluyó: a) *grado de satisfacción de las necesidades de salud y seguridad*, b) *grado de satisfacción de necesidades de estima* y c) *grado de satisfacción de necesidades de disfrute*, mientras que el segundo, más parsimonioso, conservó sólo las dos primeras variables manifiestas.

Ambos modelos incorporan como variables consecuentes la *depresión* (explicada en 53% en el modelo 2), así como la *severidad del consumo de drogas* (explicada en 45% de su varianza en el modelo 2). Además, el modelo incorpora como una variable mediadora la *atracción por las drogas* con una varianza explicada de 32% en el segundo modelo.

Los dos modelos aportan validez conceptual a la vertiente clínica de la teoría de Maslow, pues se verificó que la insatisfacción de las necesidades de deficiencia se relaciona con el surgimiento de trastornos afectivos como la *depresión*, con el *gusto por las drogas legales e ilegales* y con la *severidad del consumo de alcohol y drogas*.

Además, se destaca que en el modelo 1 se incluye entre otras la variable mediadora: *satisfacción de las necesidades de estima*, verificándose con ello la influencia del «Complejo de Jonás», relacionado con el temor al reconocimiento, éxito, etc. El modelo 2, es más parsimonioso y reaffirma la importancia de resarcir las necesidades *fisiológicas y de seguridad* y de su *disfrute* asociado, antes que proponerse incrementar la satisfacción de necesidades deficitarias de niveles más elevados.

Así pues, fue evidente cómo la *Capacidad individual de satisfacción* se relaciona con la *Satisfacción de las necesidades deficitarias*, y propicia la aparición de momentos de alegría, diversión y felicidad, posiblemente asociados con la Activación del Circuito de Recompensa (ACR).

Del mismo modo, la *Capacidad Individual de Satisfacción* también mantiene una relación directa con las *relaciones satisfactorias con la familia* y *con los amigos*. Ambas variables tienen, a su vez, una influencia positiva en la satisfacción de las necesidades deficitarias y sensaciones de disfrute asociadas como la risa, el canto y el baile, que se producen en la interacción social.

Además, se aprecia cómo en las aptitudes individuales y en las relaciones con el medio se encuentran fuentes sustantivas para la satisfacción de las necesidades deficitarias. También se observa congruencia con respecto al constructo de psicopatogénesis, dado que un *grado deficiente de satisfacción* de las necesidades se relaciona con un incremento en los *trastornos del afecto* y en la *severidad del consumo de drogas*.

Finalmente, se detectó cómo un grado deficiente de satisfacción en las necesidades también presenta una relación directa con la *atracción por las drogas* y se destaca cómo la presencia de *trastornos del afecto* incrementa el desarrollo de la *atracción por las drogas*, lo cual aumenta la *severidad del consumo de sustancias*.

Palabras clave: Maslow, motivación, protección, uso de drogas, depresión.

INTRODUCCIÓN

Como parte de una línea de investigación implementada en Centros de Integración Juvenil (CIJ), que tiene por objeto retroalimentar estrategias de tratamiento y prevención del consumo de drogas, se desarrolló un conjunto de modelos estadísticos de ecuaciones estructurales de la depre-

sión y la severidad del consumo de drogas, de los cuales, en la presente investigación sólo se presentan los relacionados con los factores protectores.*

* Se entiende por factor de protección del consumo de drogas al atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Clayton².

Dichos modelos fueron desarrollados a partir de las siguientes implicaciones clínicas de la teoría psicosocial de la motivación de Maslow:¹ 1) las necesidades de deficiencia tienen una base instintiva, 2) ante la deficiencia de satisfacción de necesidades existe una tendencia a orientar la percepción hacia su satisfacción, 3) las relaciones con el medio constituyen una fuente de satisfacción de las necesidades deficitarias, 4) la privación prolongada de satisfacción de necesidades deficitarias conduce a la aparición de trastornos mentales (postulado de psicopatogénesis), 5) hay una mayor relevancia clínica en la deficiencia de satisfacción de las necesidades cercanas a la base de la pirámide, 6) un componente de algunos trastornos es el temor a satisfacer las necesidades de estima (poder, dominio, éxito, etc.), lo que se denomina *Complejo de Jonás* y 7) la satisfacción de necesidades se asocia con un conjunto de sensaciones de disfrute.

En reportes previos de esta línea de investigación³ se retomaron antecedentes recientes de estudios farmacológicos que resaltan la capacidad de las sustancias psicoactivas para intervenir en la Activación del Circuito de Recompensa,⁴ relacionado con el área ventral del tegmento, el núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal; también ubican un panorama epidemiológico del uso de drogas,^{5,6} y reportan una síntesis de estudios asociados con factores de riesgo y protección del consumo de sustancias, entre los que se destaca el riesgo individual de la depresión.⁷

Resultados de estos estudios aportan sustento empírico a los constructos en que se apoya el postulado de psicopatogénesis y la teoría de la motivación de Maslow.⁸ También han identificado indicadores de riesgo y protección del consumo de drogas y trastornos relacionados,⁹ los cuales derivaron en una escala multifactorial de riesgo y protección de estas problemáticas.³

Por otra parte, los resultados obtenidos de esta línea de investigación han sido útiles para el desarrollo de estrategias de tratamiento multifactoriales del consumo de cocaína y sus trastornos asociados.^{10,11}

En este sentido, este estudio se propone probar estadísticamente un modelo teórico multifactorial acerca de la relación entre ciertas variables psicosociales protectoras, el grado de satisfacción de necesidades deficitarias y sensaciones asociadas con la Activación del Circuito de Recompensa (ACR), con respecto a determinados trastornos del afecto, la atracción por las drogas y la severidad del consumo de drogas.

MÉTODO

El estudio parte de un diseño transversal, *ex post facto*, con una muestra no probabilística de 241 adultos jóvenes usuarios actuales de drogas que reportaron haber consumido más de cinco ocasiones en la vida alguna(s) de las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, *crack*, solventes

inhalables o heroína. Este tamaño de muestra se estimó considerando que fuese suficiente para soportar los análisis estadísticos realizados.

Participantes

El estudio fue realizado con adultos jóvenes usuarios de drogas, solicitantes de tratamiento en CIJ, con edades entre 18 y 35 años (media= 24.5, DE= 5.1). Se eligió este rango de edad porque representa un sector importante de usuarios de drogas. Además, este rango de edad mostró en análisis previos un comportamiento estadísticamente más consistente en comparación con otros.

La distribución de las edades estuvo sesgada negativamente, al acumularse el 30% de los casos entre los 18 y 20 años, en correspondencia a la distribución real de los casos entre los pacientes atendidos.⁵

Así, se obtuvo una razón de casi ocho hombres por cada mujer, de los cuales poco más de la mitad eran solteros, una tercera parte estaban casados o vivían en unión libre y cerca de la quinta parte se encontraban separados o divorciados.

Cerca de la mitad de los participantes contaban con estudios de nivel medio, una cuarta parte con nivel medio superior y 8% nivel superior, sin embargo, 17% se ubicó en el nivel básico y sólo 2% no estudiaba. La mitad de los sujetos contaba con una actividad laboral, 10% eran estudiantes, 4% se dedicaba al hogar, 5% estudiaba y trabajaba, y cerca de la tercera parte no contaban con alguna actividad laboral.

Entre los usuarios participantes, la tercera parte de los pacientes, se identificó como droga de mayor impacto (droga que a juicio del paciente le produce mayor problemática fisiológica, psicológica y social) a la marihuana (29.9%), seguida de la cocaína (31%), los solventes (16.2%), la heroína (12.0%) y el *crack* (10%).

La frecuencia de consumo de las distintas drogas se presenta en el cuadro 1.

En la muestra el consumo de drogas más de 100 veces en la vida se presentó 47% con tabaco, 21% con bebidas alcohólicas, 24% con marihuana, 17% con cocaína, 12% con *crack* y 15% con heroína.

Instrumentos

El cuestionario sociodemográfico y de patrón de consumo aplicado se basó en el diseño de la Entrevista Inicial aplicada a pacientes atendidos en CIJ.⁵

Asimismo, se aplicó una batería de escalas tipo Likert, autoaplicables, que incluyó:

1. Una escala para la medición de la *Severidad del Consumo de Drogas*,^{3,12} con reactivos que evaluaron aspectos como, por ejemplo, la incapacidad de controlar el consumo, el deseo intenso de consumir, el aumento en el consumo, la incapacidad para rechazar la droga. Además, se midieron otros aspectos relacionados con el

Cuadro 1. Proporciones de frecuencia de consumo de drogas en el último año

Frecuencia	Usuarios en el último año %						
	Tabaco (n=279)	Alcohol (n=257)	Cocaína (n=138)	Crack (n=59)	Marihuana (n=205)	Solventes (n=117)	Heroína (n=29)
Algunas veces al año	6.8	27.2	19.6	30.5	24.9	17.1	3.4
Mensualmente	4.7	10.5	9.4	8.5	5.4	9.4	-
Dos o tres veces al mes	5.0	15.2	13.8	8.5	8.3	12.0	3.4
Semanalmente	6.8	27.6	13.8	10.2	8.8	12.8	-
Dos o tres veces a la semana	13.6	14.0	18.1	15.3	21.0	27.4	6.9
Diario	40.5	3.9	16.7	18.6	21.0	13.7	65.5
Varias veces al día	22.6	1.6	8.7	8.5	10.7	7.7	20.7

consumo como cambios en el estado de ánimo, faltar a las reglas y obligaciones, pelearse, padecer síntomas residuales así como lesionarse (escala de 1 a 5).

- El Inventario de Depresión de Beck,¹³ está compuesto por dos factores: la depresión *Afectivo-cognoscitiva* (con reactivos relacionados con sentirse fracasado, decepcionado, castigado y culpable) y la depresión *Fisiológico-conductual* (con reactivos asociados con tener insomnio, sentirse fatigado, irritable, insatisfecho e indeciso), ambas con una escala de cero a tres.
- Una escala multifactorial del *Grado de Satisfacción de Necesidades Deficitarias*,³ que incluyó las necesidades de *salud y seguridad* (como tranquilidad, confianza, orden y educación), de *autenticidad* (como honestidad, sinceridad, respeto y libertad), *afectivas* (cariño, amistad y amor), *estima* (como reconocimiento, trabajo, éxito y dinero) y de *disfrute* (alegría, diversión, felicidad, juego, risa, canto y baile), con una escala de uno a cinco.
- Una escala multifactorial de riesgo y protección del consumo de drogas y trastornos relacionados,³ de la que se

retomaron las *relaciones satisfactorias con la familia* (como amistad, alegría, honestidad, respeto, sinceridad, convivencia, unión y apoyo), las *relaciones satisfactorias con los amigos* (unión, respeto, amabilidad, comprensión, convivencia y confianza) y la *capacidad individual de satisfacción* (sentirse tranquilo, libre, considerarse sincero, honesto, inteligente, responsable, amable y con amor y respeto hacia sí mismo), con una escala de uno a cinco.

- Finalmente, se retomó una escala multifactorial relacionada con la *atracción por las drogas* legales e ilegales,³ con reactivos que la asocian con tranquilidad, placer, tener amigos, divertirse, reírse y sentirse alegre, tanto para el caso del *alcohol*, el *tabaco* y las *drogas ilegales* (escala de uno a cinco).

Las escalas aplicadas obtuvieron niveles adecuados de confiabilidad (cuadro 2).

Procedimiento

La recolección de la información se realizó entre marzo y septiembre de 2006 y corrió a cargo de los terapeutas adscritos a las unidades de CIJ participantes en el estudio,^{*} los cuales recibieron un adiestramiento previo para la aplicación de los instrumentos.

Se les solicitó a los terapeutas que cubrieran una cuota específica de pacientes de nuevo ingreso, adultos jóvenes (entre 18 y 35 años de edad), cuyas drogas de mayor impacto^{**} fuesen marihuana, cocaína/crack, inhalables o heroína.

Las cuotas de pacientes y la droga de mayor impacto fueron establecidas con base en estudios epidemiológicos del consumo de drogas previamente realizados en las unidades operativas de CIJ.⁵

La recolección de la encuesta fue llevado a cabo por medio de la aplicación individual de cuestionarios, bajo la supervisión de la Dirección de Investigación y Enseñanza

Cuadro 2. Confiabilidad de las Escalas del Modelo

Factor	Alpha de Cronbach
Severidad del consumo de drogas	.953
Inventario de Depresión de Beck	.918
• Depresión afectivo/cognoscitiva	.867
• Depresión fisiológico/conductual	.853
Grado de satisfacción de necesidades deficitarias	.960
• Afectivas	.780
• Disfrute	.910
• De salud y seguridad	.876
• De autenticidad	.878
• De estima	.825
Escala multifactorial de riesgo y protección del consumo de drogas y trastornos relacionados	.794
• Relaciones satisfactorias con la familia	.850
• Relaciones satisfactorias con los amigos	.927
• Capacidad individual de satisfacción	.841
Escala multifactorial de atracción por las drogas legales e ilegales	.949
• Atracción por el alcohol	.933
• Atracción por el tabaco	.890
• Atracción por drogas ilegales	.926

* Participaron los CIJ Acapulco, Aguascalientes, Cancún, Cd. Juárez/C. M., Cd. Victoria, Celaya, Chihuahua, Colima, Cuernavaca, Durango, Ecatepec, Guadalajara Ctro., Guadalupe, Guamuchil, Guasave, Hermosillo, La Paz, León, Los Mochis, Mazatlán, Mérida, Mexicali, Monterrey, Nezahualcóyotl, Pachuca, Puebla, Querétaro, Saltillo, San Luis Potosí, Tampico, Tecomán, Tlaquepaque, Toluca, UTCE Tijuana, Villahermosa, Xalapa, Zacatecas y Zamora.

** Droga que a juicio de los pacientes les ocasiona el mayor daño físico, psicológico y social.

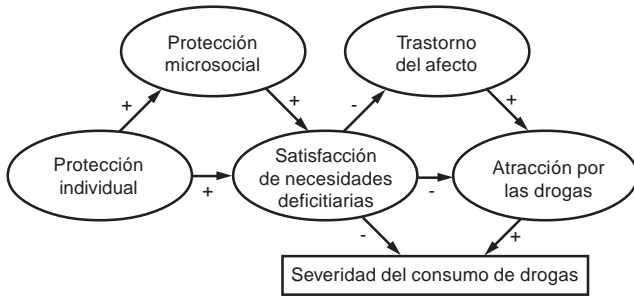


Figura 1. Modelo teórico de factores motivacionales protectores de consumo de drogas y trastornos relacionados

de CIJ, garantizando la confidencialidad de los datos y cubriendo, de esta forma, los requerimientos éticos de una investigación sin riesgos, según la normatividad vigente en materia de investigación en salud.

Los terapeutas solicitaron a los pacientes su participación voluntaria para contestar un cuestionario, como parte de una investigación orientada a conocer mejor la problemática del consumo de drogas. La primera parte del cuestionario, relativa a la identificación sociodemográfica y patrón de consumo de drogas, fue llenada por los terapeutas mientras que la batería de pruebas fue llenada por los usuarios.

Variables incluidas en el modelo

Para la construcción del modelo se utilizó el paquete estadístico AMOS 4 de SPSS, el cual requiere de un modelo teórico previo de estructuración de las variables (figura 1). En dicha figura, cada flecha representa una relación hipotética entre las variables con una dirección determinada, ya sea positiva (directa) o negativa (inversa).

La estructuración de las *variables antecedentes* muestra que determinadas relaciones protectoras provenientes del

medio microsocial (en este caso las relaciones satisfactorias con la familia y los amigos), aunadas a las capacidades protectoras del individuo, tienen la facultad de satisfacer las necesidades deficitarias y con ello lograr un estado de ánimo placentero, posiblemente asociado con la activación del circuito de recompensa.

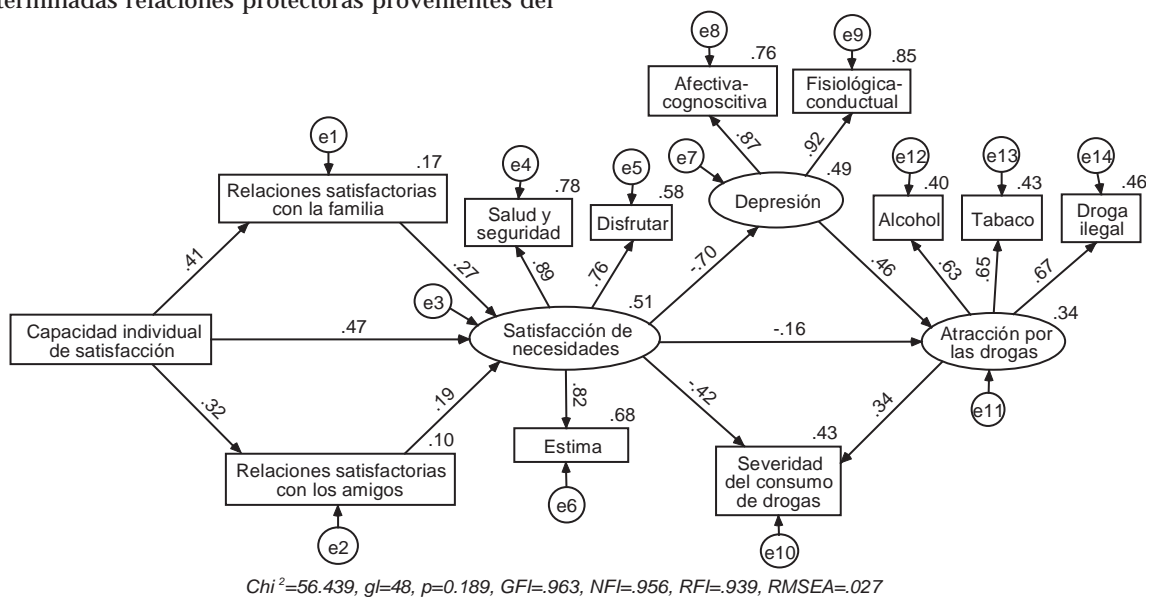
De tal suerte, las variables antecedentes contribuyen a la *satisfacción de las necesidades deficitarias*, entre las que se encuentran necesidades de *seguridad, afectivas, de autenticidad, y de estima/dominancia social*, vinculándose también con la satisfacción con *sensaciones de disfrute asociadas con la ACR*.

Según el postulado de psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow, que indica que ante una privación prolongada —y de su disfrute asociado— se es susceptible de desarrollar determinados trastornos, se incluyeron como variables consecuentes en el modelo teórico algunos *trastornos del afecto (depresión afectiva-cognoscitiva y depresión fisiológica-conductual)*, así como la *severidad del consumo de drogas*.

Finalmente el modelo también incorpora una variable latente mediadora entre los *trastornos del afecto* y la *severidad del consumo de drogas*, relacionada con la *atracción por las drogas*.

RESULTADOS

Se desarrollaron dos modelos estructurales estadísticamente válidos para la muestra de los adultos usuarios de drogas (n=241), los cuales obtuvieron elevados índices de bondad de ajuste en *GFI, NFI, RFI* (cerca de uno) y un mínimo índice de error *RMSEA* (menor a .05), además de que el estadístico χ^2 no advierte diferencias significativas (figuras 2, 3).



$\chi^2=56.439, gl=48, p=0.189, GFI=.963, NFI=.956, RFI=.939, RMSEA=.027$

Figura 2. Modelo estructural de protección de la depresión y consumo de drogas 1 (n=241)

Estos modelos estadísticos fueron elaborados con base en las variables antecedentes manifiestas de la *capacidad individual de satisfacción*, las *relaciones satisfactorias con la familia* y las *relaciones satisfactorias con los amigos*. Entre estas variables antecedentes se encontró que la *capacidad individual de satisfacción* predice el 17% de la varianza de las *relaciones satisfactorias con la familia* y 10% de la varianza de las *relaciones satisfactorias con los amigos* (figuras 2,3).

En este sentido, es importante notar que las variables microsociales protectoras no respondieron de la manera esperada según el modelo teórico al intentar incorporarlas en una misma variable latente, pero sí lo hicieron individualmente en forma manifiesta (figura 1).

Como variable mediadora se incorporó la variable latente: *satisfacción de necesidades deficitarias*, la cual hizo la diferencia entre los dos modelos, pues el primero (figura 2) incluyó a las siguientes variables manifiestas: *grado de satisfacción de las necesidades de salud y seguridad*, *grado de satisfacción de necesidades de estima* y *grado de satisfacción de necesidades de disfrute* (figura 2), mientras que el segundo —con valores similares de bondad de ajuste y de varianza explicada y más parsimonioso— conservó sólo las dos primeras variables (figura 3).

En este último modelo la *satisfacción de necesidades deficitarias* fue explicada en 54% por las variables antecedentes.

Ambos modelos incorporan, como variables consecuentes, la variable latente *depresión*, conformada por la depresión *afectivo-cognoscitiva* y la depresión *fisiológico-conductual*, la cual se explica en 53% en el modelo 2, así como la variable manifiesta *severidad del consumo de drogas*, la cual se explica en 45% de su varianza en el modelo 2.

Además el modelo incorpora como una variable latente consecuente-mediadora la *atracción por las drogas* le-

gales e ilegales («me gustan, dan tranquilidad, son ricas, producen placer, ayudan a tener amigos y a divertirse, producen risa y alegría»), compuesta por las variables manifiestas de la *atracción por el alcohol*, *atracción por el tabaco* y *atracción por la droga* ilegal de mayor impacto, con una varianza explicada de 32% en el modelo 2 (figura 2 y 3).

DISCUSIÓN

Puede apreciarse que los modelos estadísticos reportados aportan validez conceptual a la vertiente clínica de la teoría de la motivación de Maslow, puesto que se verifica que la satisfacción de las necesidades de deficiencia —y en forma más enfática en los primeros niveles de la pirámide: *salud y seguridad*, *estima* y *disfrute* asociado— se relaciona en forma compleja con trastornos afectivos como la *depresión* —tanto *afectivo-cognoscitiva* como *fisiológico-conductual*—, con el desarrollo de la *atracción por las drogas legales e ilegales* y con la *severidad del consumo de drogas*.

Se destaca que en el modelo 1 se incluye entre otras a la variable mediadora *satisfacción de las necesidades de estima*, verificándose de esta manera la influencia latente del «Complejo de Jonás», que bien podría identificarse como miedo o temor a tener reconocimiento, dominio, trabajo, éxito y dinero.

A su vez, el modelo 2, al ser más parsimonioso pareciera reafirmar la importancia de resarcir las necesidades *fisiológicas* y *de seguridad* y de su *disfrute* asociado, antes que incrementar la satisfacción de necesidades deficitarias de niveles más elevados, como son las de *autenticidad* y las *afectivas*, las que de acuerdo a la teoría, cobrarán mayor relevancia una vez que sean satisfechas las necesidades más básicas.

En forma más particular, se hace manifiesto en los modelos cómo la *capacidad individual de satisfacción* se rela-

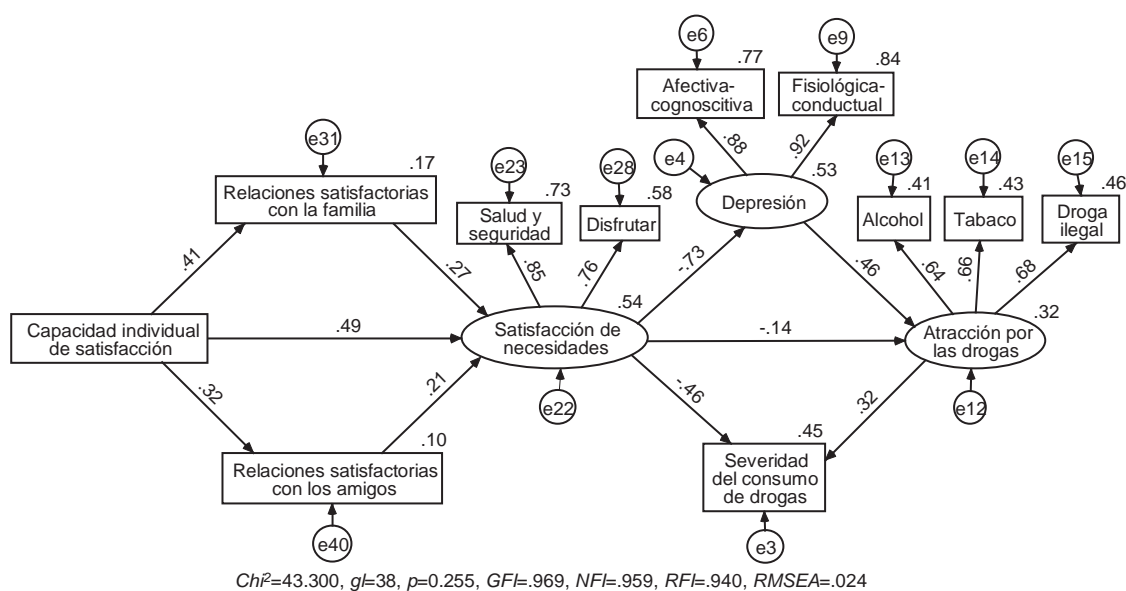


Figura 3. Modelo estructural de protección de la depresión y consumo de drogas 2 (n=241)

ciona en forma directa con la *satisfacción de las necesidades deficitarias*, haciéndose evidente cómo determinadas cualidades individuales, vinculadas con la propia capacidad de sentirse tranquilo, libre, considerarse sincero, honesto, inteligente, responsable, amable y con amor y respeto hacia sí mismo permiten satisfacer necesidades de tranquilidad, confianza, orden, educación, reconocimiento, trabajo, éxito y dinero, y propician la aparición de momentos de alegría, diversión y felicidad, posiblemente asociados con la Activación del Circuito de Recompensa (ACR).

La *capacidad individual de satisfacción* también mantiene una relación directa con las *relaciones satisfactorias con la familia y las relaciones satisfactorias con los amigos*. Lo cual muestra la influencia de las *capacidades del individuo* en el desarrollo de amistad, alegría, respeto, unión y apoyo en la familia, así como en la unión, respeto, comprensión y confianza en la relación con los amigos. Ambas variables tienen, a su vez, una influencia positiva en la satisfacción de las necesidades deficitarias y sensaciones de disfrute asociadas, entre estas últimas sobre todo en el caso de la risa, el canto y el baile, dado que son actividades lúdicas que se producen en la interacción social y probablemente se asocian también con la ACR.

Con lo anterior se aprecia cómo en las aptitudes individuales y en las relaciones con el medio, se encuentran fuentes sustantivas para la satisfacción de las necesidades deficitarias, lo cual aporta validez de constructo a la Teoría de la Motivación de Maslow¹ con este respecto.

Además, también se observa congruencia con respecto al constructo de psicopatogénesis, dado que se observa cómo un *grado deficiente de satisfacción* de las necesidades se relaciona con el incremento en los *trastornos del afecto* y en la *severidad del consumo de drogas*, lo cual implica el desarrollo de sentimientos de fracaso, decepción, castigo y culpa, y produce insomnio, fatiga, irritación e insatisfacción. Estos factores se traducen en: la incapacidad de controlar el consumo de drogas, un deseo intenso de consumir, aumento en las dosis consumidas, incapacidad para rechazar la oferta de drogas, cambios en el estado de ánimo, falta de reglas y obligaciones, involucrarse en peleas, padecer síntomas residuales y lesiones.

Adicionalmente, se detecta cómo un grado deficiente de satisfacción en las necesidades también presenta una relación directa con la *atracción por las drogas legales e ilegales*, al percibirse entre sus efectos sensaciones de tranquilidad y placer que facilitan tener amigos, diversión, risa y alegría.

Finalmente, se destaca cómo la presencia de *trastornos del afecto* incrementa el desarrollo de la *atracción por las dro-*

gas, lo cual a su vez, aumenta la *severidad del consumo de sustancias*.

Estos resultados son útiles para el desarrollo de programas multifactoriales de tratamiento y prevención de las adicciones y trastornos relacionados.

REFERENCIAS

1. Maslow AH: Psychopathogenesis and the theory of threat. En: Harper & Row Publishers (eds). Motivation and personality; 1970. p. 105-115, New York and London.
2. Clayton RR. Transitions in drug use: Risk and protective factors. En: M. Glanz & R. Pickens (eds). Vulnerability to drug abuse. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1992. p.15-51.
3. García-Aurrecochea R, Rodríguez-Kuri S, Córdova-Alcaráz A. Validación de Escalas de Riesgo y Protección de Trastornos del Afecto y Consumo de Drogas, Centros de Integración Juvenil; 2006. Informe de Investigación 06-17, México. Próximamente disponible en www.cij.gob.mx
4. Volkow N, Fowler J, Wang G. The addicted human brain: insights from imaging studies. J Clin Invest, 2003;11:1444-1451.
5. Gutiérrez AD, Castillo, PI. Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, Enero-Junio, 2006. Centros de Integración Juvenil; 2007. Informe de Investigación 07-01, México. Próximamente disponible en www.cij.gob.mx
6. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Geografía e Informática, Encuesta Nacional de Adicciones, 2002, México, 2002.
7. Medina-Mora ME, Villatoro J, López E, Berenson S, Carreño S, Juárez F. Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica de México 1995;131:383-387.
8. García-Aurrecochea R, Díaz-Guerrero R, Medina-Mora ME. Déficit de satisfacción de necesidades en usuarios de drogas solicitantes de tratamiento. Adicciones 2007;19(3):289-296.
9. García-Aurrecochea R, Díaz-Guerrero R, Reyes-Lagunes I, Medina-Mora ME, Andrade-Palos P, Reid L. Indicadores psicosociales de motivación del consumo de marihuana y/o cocaína. Adicciones 2006;18(4):387-398.
10. García-Aurrecochea R, Fukushima EA, Gracia SE, Jiménez-Silvestre K, Cielo DB. Evaluación formativa de un programa de tratamiento teóricamente sustentado. Segunda fase: prueba de instrumentos para la evaluación de un programa de Tratamiento para Usuarios de Estimulantes (TUE). Centros de Integración Juvenil; 2006. Informe de Investigación 06-12, México. Próximamente disponible en www.cij.gob.mx
11. García-Aurrecochea R, Gracia SE, Gutiérrez-López A, Balanzario M, Guerrero-Huesca JA. Evaluación formativa de un programa de tratamiento teóricamente sustentado. Primera fase: evaluación de necesidades de tratamiento breve individual del trastorno de abuso de cocaína/crack. Centros de Integración Juvenil; 2005. Informe de Investigación 05-17 México. Próximamente disponible en www.cij.gob.mx
12. Díaz-Negrete B, González D, García-Aurrecochea R. Adaptación del Drug Use Screening Inventory para su aplicación con adolescentes mexicanos. Adicciones 2006;18(2):197-210.
13. Beck AT, Rush A, Shaw B, Emery GM; Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1983.