

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS**

**COLEGIO DE PSICOLOGIA**

**ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA PSICOPATOLOGIA  
DE LOS ADICTOS A LA MARIHUANA**

**ESTE LIBRO FUE DONADO A LA  
BIBLIOTECA POR:**

*Julian Magregor*

**FECHA:** *Mayo 2001*

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**RITA MOLINA FONSECA**

**1 9 7 0**



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.



25053.08

UNAM. 53

1940

M.-161258

Jps. 168

POR MIS PADRES.

A MIS HERMANOS.

CON MIS AMIGOS.

## MI AGRADECIMIENTO

Al Dr. Julián MacGregor, director  
de este trabajo.

A los médicos psiquiatras del De-  
partamento de Higiene Mental del  
Hospital de Pediatría del C. M. N.  
del IMSS.

A la Psicóloga Ana Lilia Aspra R.

Especialmente a Bertha S. de Cuer  
vo.

A todos ellos, por su valiosa co-  
laboración e inestimable ayuda en  
la realización de esta tesis.

## INDICE

	Pags.
INTRODUCCION.	
CAP. I MARIHUANA.	
a) Antecedentes históricos	2
b) Aspectos experimentales y farmacológicos	5
c) Clasificación botánica	14
CAP. II ADICCION A LAS DROGAS.	
a) Etiología	19
b) Clasificación de los fármacos psicotropos	21
CAP. III INTOXICACION POR MARIHUANA.	
a) Aspectos clínicos	36
b) Efectos físicos y mentales	40
c) Motivación	49
d) Epidemiología	55
CAP. IV ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA PERSONALIDAD DEL <u>A</u> <u>DICTO A LA MARIHUANA.</u>	
a) Antecedentes familiares	64
b) Aspectos socio-económicos	65
c) La personalidad del adicto	70

Pags.

CAP. V ASPECTOS SOCIALES.

- |                       |    |
|-----------------------|----|
| a) La opinión pública | 74 |
| b) Situación legal    | 78 |

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION.

"Ante sus ojos tienen ustedes la droga; una porción de conserva verdosa, del tamaño de una nuez, de olor especial, hasta el punto que revuelve el estómago y le provoca náuseas. Ahí está su felicidad con toda su intoxicación, todas sus locuras, todos sus absurdos. Se puede tragar sin miedo, pues nadie ha muerto de sus efectos, ni ha lesionado los tejidos del organismo. Tal vez con el uso demasiado frecuente, con las peticiones exageradas a sus poderes, esta substancia desmoronará la voluntad; tal vez entonces será usted menos hombre de lo que es hoy, pero esta sanción parece tan distante y el desastre físico a la propia naturaleza tan difícil de precisar; ¿Qué se arriesga ahora? Una ligera fatiga nerviosa para mañana. - ¿Y no es cierto que cada día arriesgamos bastante más para obtener un premio bastante menor?"

La lectura del anterior párrafo de Baudelaire me resultó tan interesante que me ha decidido a investigar sobre el -



tema de la marihuana.

Es notable la importancia que ha cobrado la droga en los últimos tiempos, cualquier tema relacionado con ella cobra una gran popularidad y ésto la coloca como el tema de mayor actualidad, no obstante que es conocida y usada desde épocas remotas. No quisiera sin embargo caer en el sensacionalismo; sino -- formarme una idea objetiva y balanceada de un problema cargado e mocionalmente, lleno de concepciones erróneas o fuertemente distorcionadas.

Por todo esto, esencialmente deseo con este trabajo a cercarme a la mejor comprensión de las crisis de desarrollo en el ser humano, de los valores cambiantes de nuestra sociedad y de la discutida droga.

CAPITULO I

MARIHUANA.

a) ANTECEDENTES HISTORICOS.

De la Cannabis se tiene noticia desde la más remota antigüedad, se dice que los asirios la conocieron y usaron desde el siglo XVII ó XVIII A.C., como medicina para volver a los hombres insensibles al dolor y a la muerte.

Aparece ya en los tratados chinos del emperador Shen - Neng en el año 2737 A.C. y en ellos se le calificaba de "guía celestial y consoladora del pesar".

Los persas, 600 años A.C., conocían también la planta a la que nombraban "fuente de la felicidad" ó "exitadora de la risa". Los antiguos sánscritos mencionan "las píldoras de la vida" compuestas de marihuana y azúcar.

Algunas tribus del Congo la fuman regularmente siendo motivo de veneración para ellas. La Cannabis fue usada en Sud Africa por los bosquimanos y hotentotes durante mucho tiempo antes de establecerse el hombre blanco; habiendo sido traída, probablemente de la India, por los traficantes árabes.

Los griegos y los romanos usaban una bebida embriagante que según Royle se extraía de la mencionada planta. Lewin supone que la etimología de la palabra Cannabis proviene del término griego *Κοκκος* que significa ruido, lo que podría haberse originado por la forma ruidosa con que expresan sus sensaciones los

fumadores de la planta.

El mundo occidental supo de su existencia a través de los relatos de Marco Polo (s. XIII y XIV) quien habló por primera vez del hashish (una variedad de la Cannabis) y del rey Hassan I Sabbah o "Viejo de la montaña". Marco Polo relataba como a cambio de las visiones paradisíacas que les proporcionaba el hashish, -- los fanáticos seguidores de Hassan cruzaban el desierto para inmojar secretamente a los enemigos de su rey. Desde entonces se conoce al homicida cauteloso y furtivo como assassin: asesino, palabra derivada del vocablo árabe "hashishien" o afecto al hashish.

Posiblemente el primero que la introdujo en Europa fue el naturista Sonnerat en 1782, después de efectuar un viaje a la India. Sin embargo, algunos creen que fue utilizada mucho antes. Otros consideran que fue introducida hacia 1809 por García de Orta.

Su uso entre los europeos, sin embargo, no se difundió sino hasta después de la expedición Napoleónica a Egipto, cuando se fija más la atención sobre la planta y sus propiedades.

Hacia la mitad del siglo XIX tuvo gran popularidad en algunos círculos de escritores y poetas, algunos tan conocidos como Gautier y Baudelaire, quienes formaron en París el "Club de los Hashishiens".

En épocas posteriores el hábito pasó gradualmente a otros grupos: el hampa, los presos y círculos bohemios como el de

los músicos e intérpretes de jazz especialmente en los Estados Unidos.

En lo que se refiere a nuestro país existen las más variadas versiones. Algunos autores hablan de que los aztecas ya conocían la marihuana y que la usaban como anestésico. Sin embargo, historiadores como Bernal Díaz, Francisco López de Gomara, F. del Paso y Troncoso, Clavijero, Fray Diego Durán, etc., no hacen ninguna referencia a la planta. En investigaciones más recientes se ha comprobado que yerbas descritas como embriagantes (el "ololiuqui", el "picietl" ó "piz yetl") tienen origen distinto.

Con respecto a la introducción en el país las opiniones también se multiplican y para algunos fue importada por los españoles durante la Conquista. Se dice que fue introducida por Pedro Cuadrado quien vino con las fuerzas de Pánfilo de Narvaez y que supuestamente se dedicó a cultivar y vender la yerba a los indios. Humboldt, sin embargo, en su monumental obra sobre la Nueva España sugiere la conveniencia de introducir en México el cáñamo de la India y el lino, motivo por el cual se entiende que en esa época no existían en el país. Finalmente Luis Gonzalez Obregón sostiene que la marihuana fue introducida por Acapulco el siglo pasado proveniente de China o la India.

Incidentalmente el origen del vocablo "marihuana" es incierto. Según el origen nahoa que algunos autores le atribuyen provendría de la palabra "malihuana" la cual a su vez proviene de

"malli" que significa cautivar, o según otros, de "mallin": apresar y "hua": tener, indicaría adueñarse del individuo. Otros suponen que el vocablo marihuana es una corrupción de la palabra portuguesa "maranguano" que quiere decir embriagador.

El origen más aceptado de la palabra es que ésta proviene de la unión de "María" y "Juana", posiblemente porque alguna mujer de nombre María la había empezado a propagar entre los soldados vulgarmente llamados "Juanes". De cualquier manera, no es sino hasta este siglo y durante la Revolución cuando alcanza su más alto grado de difusión. Esta popularidad trasciende en una canción, que siendo originalmente ferrocarrilera, modifica sus estrofas y se vuelve un canto guerrero, que todos conocemos como -- "La Cucaracha".

#### b) ASPECTOS EXPERIMENTALES Y FARMACOLOGICOS.

La existencia de estudios experimentales y farmacológicos llevados a cabo con rigor científico es notablemente escasa, existiendo una gran controversia en cuanto a los efectos de la droga. En la revisión de la literatura médica se distinguen tres corrientes principales: la primera pretende mostrar el problema --

como si el fumar marihuana fuera una costumbre recomendable, una fuente de placer y tranquilidad, enfatizando que se trata de un - euforizante inocuo y cuyo uso constituye un derecho inalienable - del individuo. La segunda corriente atribuye a la marihuana efectos en extremo nocivos para el organismo; considera la popularidad actual de la práctica como un signo de degeneración y pérdida de los principios éticos y morales fundamentales.

Se piensa que dos factores principales concurren en estas dos tendencias señaladas como extremistas y antagónicas, ellos son: la falta de disponibilidad del principio activo (THC) - actualmente en estudio y el impacto emocional que el uso cada vez mayor de las drogas ha ocasionado. Dichas tendencias extremistas también se deben a factores emocionales, tanto en los sujetos que se han prestado en forma voluntaria para la experimentación como en los encargados del experimento. Entre las dos corrientes mencionadas existe una tercera de la que se hablará con detenimiento en páginas posteriores.

Como ejemplo del primer grupo tenemos el trabajo practicado en seres humanos y publicado en el llamado "Reporte Mayor" de los Estados Unidos, en donde se concluye que la marihuana es - un euforizante benigno, sin adicción y sin efectos adversos significativos sobre el comportamiento. Otro ejemplo lo constituye la publicación de Andrew T. Weil (1968) sobre los efectos de la marihuana en seres humanos. Los sujetos de experimentación eran jóve-

nes de 21 a 26 años de edad y sin padecimiento psiquiátrico conocido. Una parte del grupo nunca había fumado marihuana y la otra parte la fumaba regularmente. Se emplearon varios tipos de la droga clasificándola arbitrariamente como de alto poder, de bajo poder y cáñamo (el cual tenía el mismo olor pero sin los efectos -- psicoactivos de la marihuana). Los resultados fueron discrepantes, pues quienes la fumaban por primera vez señalaban no haber sentido efecto alguno en cambio el otro grupo presentaba sensaciones de relajamiento y alteraciones perceptivas que mas bien parecían estar relacionadas con distintas motivaciones (deseaban sentirse diferentes), señalando que presentaban una mayor habilidad para ejecutar las diferentes pruebas psicológicas, como si el relajamiento las facilitara, no así los novatos que presentaban mayor dificultad en la ejecución. Algunos sujetos sentían alargarse el tiempo y presentaban ligera taquicardia, congestión conjuntival e incremento del apetito.

Una crítica del artículo publicado por Weil y presentada por el Dr. Wolfran Kiup del Departamento de Investigación del Hospital del Estado de Brooklin, puede constituir un buen ejemplo para el segundo grupo. En él refiere que en los últimos once meses fueron admitidos 157 pacientes con trastornos psicóticos y antecedentes de adicción a drogas. Constituyen el 7.7 % de los ingresos y significan un incremento del 300 % en los últimos tres años. Una investigación detallada aunque aún incompleta señala que



en 114 de estos pacientes, la marihuana desempeñaba un papel decisivo en la sintomatología, o sea, reacciones agudas de pánico, -- "malos viajes" y episodios esquizofrénicos precipitados por la -- droga. El porcentaje aumenta a 8.5 % si se considera a los fumadores de marihuana en relación con todas las admisiones de pacien--tes en el hospital. Es probable que estos porcentajes aumenten -- por la creciente disponibilidad de "el pasto sintético" (THC) en el mercado negro. Cinco de los pacientes usaron el THC y en uno -- de ellos los resultados fueron desastrosos. El autor concluye que un reporte como el de Weil debería basarse en mayores evidencias y que debería ser escrito con mayor cuidado en vista de la enorme tendencia al uso inmoderado de estas drogas. En realidad el prin--cipio activo no está tan disponible como se anuncia y se ha demostrado que lo empleado no era el THC sino una mezcla de anfetami--nas, barbitúricos, etc.

Otro ejemplo de este grupo es la publicación del Dr. - Hecht sobre el caso de una primigesta de 23 años adicta al LSD y a la marihuana que tuvo un producto con trisomía G regular y sin--dactilia en ambas manos, señalando que la marihuana pudo haber sido la causante de dicha anomalía. Existen reportes confiables so--bre los efectos teratogénicos del LSD, lo cual significa que es - más razonable considerar las anomalías como resultado del LSD y - no de la marihuana.

El tercer grupo está constituído por los reportes con-

fiables sobre investigaciones y experimentos con la marihuana. -- Los doctores Segura Millán y Salazar Viniegra en el año 1936 practicaron con perros aplicandoles la resina de la Cannabis a dosis crecientes y determinaron por primera vez que la intoxicación por marihuana abate la agresividad contrariamente a lo que se creía, puesto que se consideraba al marihuano un sujeto peligroso por -- sus impulsos homicidas y sanguinarios. Señalaron también que no -- crea hábito y no se registró la respuesta con pequeñas dosis, observada por Poulsen años antes, consistente en que el perro pre-- sentaba un período de alucinaciones visuales, cuando con el hocico trataba de atrapar objetos imaginarios. Los efectos registra-- dos fueron los siguientes: congestión conjuntival, salivación abun-- dante, midriasis, sequedad de las fauces, marcha cerebelosa, ta-- quicardia, polipnea, tendencia al sueño, horripilación del pelo -- del dorso y temblores generalizados. A mayores dosis aumentaba el estado de postración sin perder la capacidad de responder a estí-- mulos. Posteriormente todos los perros se recuperaron totalmente.

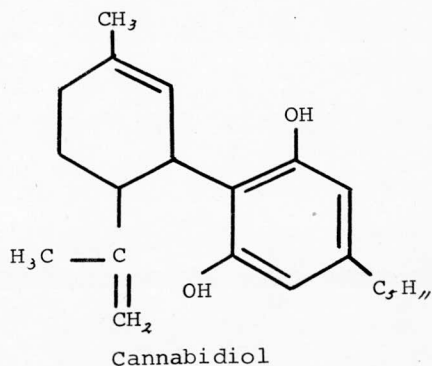
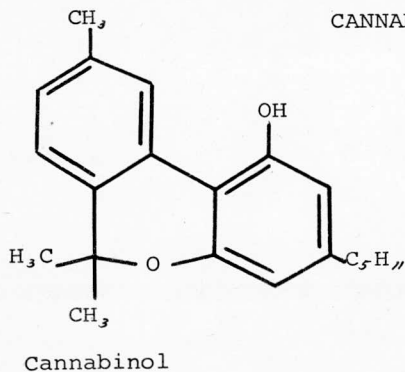
La resina de la Cannabis ha sido sometida a muchos análisis químicos, las estructuras de sus ingredientes farmacológica-- mente activos han sido descubiertas recientemente. Cierta número de compuestos inactivos han logrado aislarse a través de los años, incluyendo el cannabinol, cannabidiol, cannabigerol y el ácido -- cannabidiólico con propiedades sedativas y antibactericas este último. Los farmacólogos han sostenido desde hace mucho tiempo que

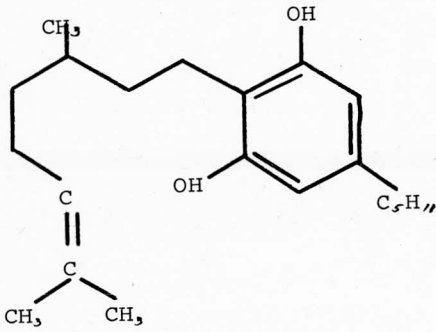
las propiedades intoxicantes del agave se limitan a una pequeña fracción de destilación (el llamado "aceite rojo") que contiene una serie de isómeros de tetrahidrocannabinol, o THC; pero la estructura exacta de estos compuestos no se conocía. Durante -- los últimos años, dos isómeros del THC se han aislado partiendo del hashish y sus estructuras han sido aclaradas por medios modernos espectrográficos. Se llaman 1- $\Delta'$  trans-THC y 1- $\Delta^6$  trans--THC. (Debido a una confusión en la nomenclatura, el compuesto  $\Delta'$  es marcado algunas veces  $\Delta^9$ .) El isómero  $\Delta'$  es el principal constituyente. Parece ser bastante activo y en la actualidad se le presenta como el constituyente psicótico-mimético activo del hashish, no obstante la aseveración, por la evidencia que la apoya, dista mucho de ser substancial.

En 1946 el Dr. Lowe determina que la resina de la Canabis tiene cuatro principios activos que en orden de actividad son: el cannabinol, el cannabidiol, el parahexil y el tetra hidrocannabinol.

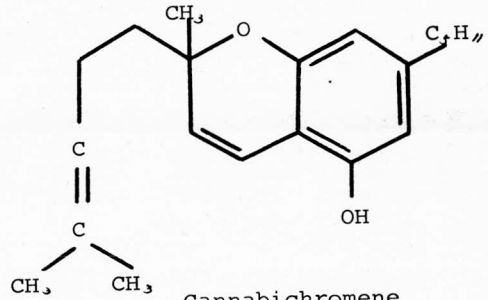
CONSTITUYENTES ACTIVOS DE LA

CANNABIS.

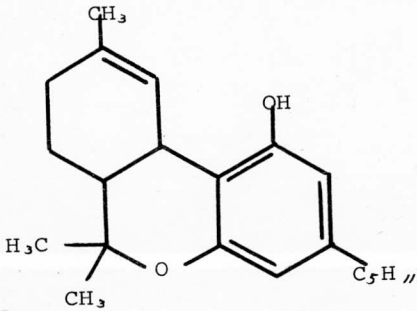




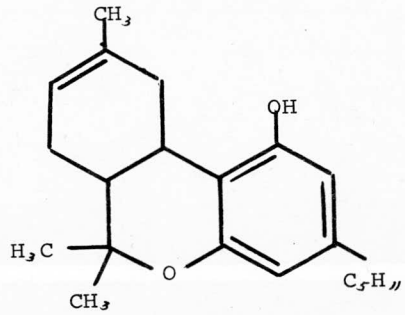
Cannabigerol



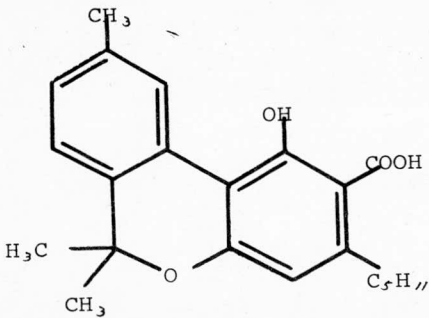
Cannabichromene



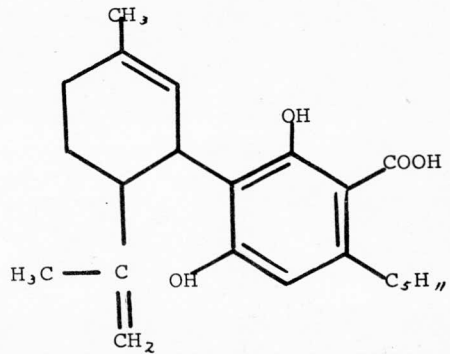
$\Delta^1$  -Trans\_Tetrahydrocannabinol



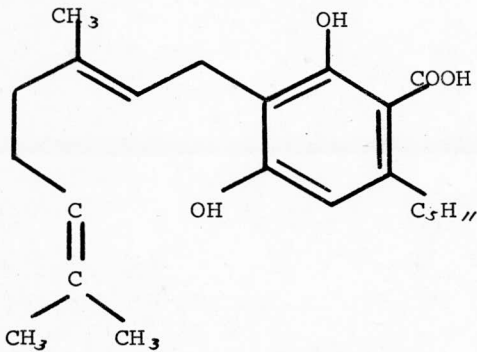
$\Delta^6$  -Trans\_Tetrahydrocannabinol



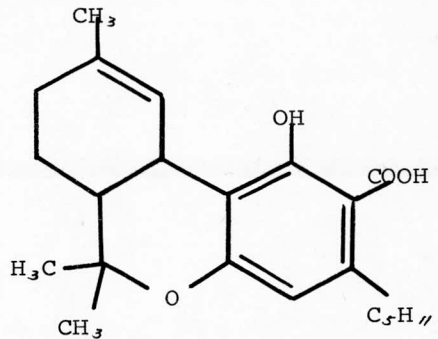
Acido Cannabinólico



Acido Cannabidiólico



Acido Cannabigerólico

Acido  $\Delta'$  - Trans -  
Tetrahidrocannabinolico

En 1965, R. Mechoulam y Y. Gaoni, trabajando en el Instituto de Ciencias Weizmann de Israel, informaron sobre la primera síntesis total del  $\Delta'$ -THC; de la disponibilidad del compuesto y de su próxima distribución por el Instituto Nacional de Salud Mental como droga para la investigación.

Los compuestos del tetrahidrocannabinol son algo especial en la creciente lista de las drogas psicoactivas, no pueden considerarse dentro de las grandes familias de estas drogas, como las triptaminas y las sustituidas feniletilaminas pues, en contraste con ellas, no contienen nitrógeno. Lo más urgente en la investigación química sobre Cannabis, es la identificación de otros isómeros en la planta y la determinación del papel que desempeñan, si es que desempeñan alguno, en el grado de toxicidad.

Según hallazgos preliminares llevados a cabo por los doctores Leo Hollister de la Universidad de Stanford y Harris Isbell de la Universidad de Kentucky se reportó que el THC tiene --

propiedades psicoticomiméticas (estudios practicados en seres humanos).

Persaud y Ellington en el presente año publican un trabajo experimental practicado en ratas albinas preñadas dispuestas en dos grupos: uno que representaba a las ratas tratadas con la resina de la Cannabis intraperitonealmente y el otro grupo control al que se le aplicó únicamente el vehículo. A los veinte días fueron sacrificadas y se encontraron los siguientes resultados en los productos:

#### ACTIVIDAD TERATOGENICA DE LA RESINA DE LA CANNABIS.

	Reabsorciones	Fetos mal formados	Fetos normales.
GRUPO TRATADO	29 %	57 %	14 %
GRUPO CONTROL	17 %	0 %	83 %

Las malformaciones fueron: Retraso 100 %, Sindactilia - 72 %, Encefalocele 57 %, Focomelia 15 %, Amelia 2 %, E-ventración de visceras abdominales 30 %.

Otro estudio es el de los doctores Clark y Nakachima en 1968. Emplearon en seres humanos, cápsulas de resina adecuadamente dosificadas. Se registraron los siguientes resultados: euforia, --sentimiento de separación, reforzamiento subjetivo de la percep---ción, alteración de la distancia y del tiempo, distractibilidad y

disrupción episódica del pensamiento y del lenguaje. Los efectos se presentaron después de una hora, llegan al máximo en dos horas y remiten a las ocho horas. Se aplicaron diferentes pruebas psicológicas observándose que existían efectos de entrada y de salida, es decir, que el grado de intoxicación era variable y que al aplicarse las pruebas durante los efectos de salida no había dificultad alguna en la ejecución, no así cuando se aplicaban durante los efectos de entrada, en los cuales se detectaba deterioro cada vez mayor a medida que se aumentaba la dosis.

Experiencias con consumidores de marihuana señalan la presencia de efectos recurrentes espontáneos relativamente frecuentes, evento que puede constituir una emergencia psiquiátrica por el grado de ansiedad que provoca.

#### c) CLASIFICACION BOTANICA.

Según la enciclopedia Espasa, pertenece a la familia de las ortocarpáceas, tribu de las cannabeas, género cannabis y especie cannabis índica. Maximino Martínez la considera como perteneciente a la familia de las urticáceas, Alfonso Herrera le considera la siguiente clasificación: familia moráceas, sub-familia de las cannaboideas, género cannabis, especie índica, y la Enciclope-

dia Universal Ilustrada la considera de la familia de las datiscáceas.

Desde el punto de vista botánico, es necesario hacer notar que en la actualidad el género Cannabis está constituido por una sola especie, Cannabis Sativa L, comprendiendo dos o tres variedades: C. índica, sam; C. enática, Siev, y C. Chinensis, Del.

La Gran Enciclopedia del Mundo de Dorvan, define:

Cannabis .- Género de plantas de la familia de las moráceas, que sólo comprende una especie. Esta especie proporciona la fibra del cáñamo y también el narcótico llamado marihuana.

Marihuana .- Nombre dado en México a una droga narcóti-ca que se obtiene de las hojas de una planta del género Cannabis - y que por lo general, se emplea en forma de cigarrillos. Aunque su uso está difundido especialmente por las naciones de América Cen--tral, se ha popularizado también en los países limitrofes, especialmente en los Estados Unidos, donde su uso se ha extendido de un modo alarmante a partir de 1910, en que se introdujo desde México a través de Nueva Orleans o de los estados del sudoeste.

La droga se prepara con la Cannabis Sativa, que también es la fuente de la fibra de cáñamo y de un aceite secador. A la Canabis se le llama Cáñamo de la India para distinguirla de otras fibras como el Manila; pero probablemente es una planta nativa de la China. En la actualidad se le encuentra silvestre sobre una enorme extensión de tierras con las más diversas condiciones climatológi-



cas. La forma de desarrollo de la planta varía mucho, ya que algunas alcanzan poca elevación esparciéndose mucho; en tanto que otras en condiciones más favorables llegan a los tres metros de altura, con tallos robustos y grandes ramas de largo alcance. Cuando la -- planta florece, es muy fácil distinguir las plantas masculinas de las femeninas.

Las propiedades que hacen intoxicante a esta planta se localizan en su resina pegajosa producida por la parte más elevada, especialmente en las femeninas. Las plantas masculinas tienen poca resina y se las cultiva especialmente por la producción de fibra, y no para obtener la droga. La resina misma, cuando es preparada para fumar o para comer, es conocida como "hashish" y es varias veces más potente que la marihuana u otros preparados de toda la --- planta Cannabis.

CAPITULO II

ADICCION A LAS DROGAS.

El Comité de la Organización Mundial de la Salud ha sugerido que la adicción a las drogas se defina en la forma siguiente: "Se trata de un estado de intoxicación periódica o crónica, de letereo para el individuo y para la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética)."

En el manual de diagnóstico y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana se dice que la adicción a las drogas es sintomática de un desorden de la personalidad y es clasificada bajo las alteraciones sociopáticas de la personalidad.

Sin embargo tal definición es relativa si se consideran los variados usos de los términos tales como adicción, habituación, dependencia física, dependencia psíquica y dependencia emocional - que abundan en la literatura.

En el sentido farmacológico estricto la adicción es sinónimo de una dependencia física, refiriéndose a un estado fisiológico anormal que aparece cuando una droga se ingiere o se administra en forma repetida para impedir que surjan una serie de perturbaciones (síndrome de abstinencia), las cuales son específicas para la droga en cuestión y otros agentes farmacológicos similares.

Tradicionalmente el término "habituación" o "dependencia psíquica" ha sido reservado para referirse al uso compulsivo - de la droga (sin un desarrollo de la dependencia física), debido a

que ésta proporciona alivio a la tensión y a la incomodidad emocional.

En un intento por resolver las ambigüedades que surgen del uso de todos estos términos, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto reemplazar "adicción a las drogas" y "habituación a las drogas" por "dependencia de las drogas" lo que se define como "un estado que surge de la repetida administración de una droga sobre una base periódica o crónica". Sus características variarán dependiendo del agente involucrado, designando el tipo particular de la dependencia a la droga en cada caso específico, por ejemplo, la dependencia a la droga de tipo morfina, cocaína, Cannabis, barbitúricos, anfetaminas, etc.

a) ETIOLOGIA.

Según Noyes: "La adicción a las drogas y la frecuencia con que aparece son el resultado de una compleja interacción de fuerzas culturales y familiares que se determinan por la obtención del agente farmacológico, las oportunidades para iniciar su uso y la predisposición del individuo para continuar empleándolas.

El comienzo de la adicción implica una actitud de atre

vimiento y desafío, que los adolescentes y los individuos inmaduros encuentran atractiva.

Los individuos que se vuelven adictos son, en su mayoría, casos de personalidad antisocial, aún cuando el neurótico y el psicótico también están predispuestos en vista de sus problemas afectivos. La mayoría de los adictos a los narcóticos son personas cuyo desarrollo se detuvo en las áreas del ego y del super-ego y que, casi siempre, se fijan a una figura materna ambivalente. La madre de estos sujetos es a la vez posesiva y rechazante; por una parte exhorta al hijo drogadicto a que suspenda el hábito, y por la otra le ofrece el medicamento adictivo o ejecuta maniobras para conseguirlo.

Al igual que en otras familias que producen psicópatas, no existe una figura paterna fuerte y consistente. El adicto no desarrolla controles internos, espera satisfacción inmediata para sus necesidades y al mismo tiempo se ve frustrado en forma continua debido a sus demandas exageradas, su inmadurez psicosexual y la falta de capacidad en su ego para posponer sus deseos y esforzarse en lograr sus objetivos. Mientras el psicópata se ve privado de placer y afligido por sus frecuentes fracasos en la esfera social, el neurótico y el psicótico sufren angustia, depresión o ambos síntomas a la vez. Las drogas ofrecen a tales individuos la reducción inmediata de los afectos dolorosos y les proporcionan una sensación de placer o euforia que contrasta con el estado habi

tual de estas personas con trastornos en la personalidad. La droga da placer, satisfacción y sensación de poder, así como un alivio inmediato de los afectos perturbadores. Los agentes narcóticos en especial, reducen el hambre, el dolor y la frustración de las apremiantes necesidades sexuales que constituyen una amenaza y no encuentran alivio. La droga, por lo tanto, sustituye a la satisfacción de los impulsos coercitivos básicos de naturaleza biológica. Conforme se disipa el efecto de la droga, reaparece la angustia, la depresión, o los sentimientos habituales de soledad y desesperanza, junto con un sentimiento neurótico o psicótico de culpa. El impulso hacia el nuevo alivio se vuelve incontrolable, y el individuo ingiere o se aplica dosis adicionales. Los efectos euforizantes de los narcóticos tienden a desaparecer conforme se aumenta su uso y en consecuencia el adicto tiende a aumentar la dosis, tratando de obtener una vez más la experiencia de placer y alivio que contrarresta el sufrimiento.

#### b) CLASIFICACION DE LOS FARMACOS PSICOTROPOS.

Desde la más remota antigüedad, el hombre ha utilizado diversas sustancias para modificar su estado de ánimo y su com--

portamiento; ciertas plantas, alimentos y bebidas capaces de producir esos efectos se utilizan desde hace mucho tiempo en ceremonias religiosas y en la práctica médica. En este sentido la farmacología es tan antigua como la cultura humana, pero no ha adquirido categoría de disciplina científica hasta que se ha empezado el estudio sistemático de algunas sustancias que provocan alteraciones del estado mental y afectivo y que pueden ser eficaces para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, todo lo cual ha favorecido el desarrollo de la psicofarmacología científica.

La Organización Mundial de la Salud ha definido:

Fármaco .- Se entiende por "fármaco" o "droga" toda -- sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste.

Fármaco psicotropo .- Un medicamento que actúa sobre -- la función, la conducta o la experiencia psíquicas.

Los fármacos psicotropos comprenden agentes farmacológicos muy diversos, entre ellos, los que pueden modificar el comportamiento por acción directa o indirecta sobre el sistema nervioso central y los de acción periférica.

De acuerdo a la OMS y teniendo en cuenta los fármacos que ofrecen interés para la terapéutica y la investigación psiquiátrica se adopta en este trabajo la clasificación que se funda en la eficacia clínica; el fármaco o clases de fármacos se enumerarán de acuerdo con su acción principal, mencionandose sólo los --

más representativos. En gran medida, esta clasificación representa una transacción entre diferentes escuelas y se basa en los conocimientos actuales sobre la acción farmacológica y el uso clínico de los medicamentos. Pueden hacerse otras clasificaciones basadas en la estructura química, en las propiedades farmacológicas, etc. No se pretende que esta clasificación sea definitiva. Para ella se han formulado las siguientes definiciones de trabajo:

NEUROLEPTICOS, denominados asimismo "antipsicóticos" y antes "tranquilizantes mayores" o "ataráxicos": fármacos con efectos terapéuticos sobre las psicosis y otros tipos de trastornos psiquiátricos. Estos medicamentos tienen también ciertos efectos neurológicos como la producción de síntomas extrapiramidales.

SEDANTES ANSIOLITICOS, llamados antes "tranquilizantes menores": sustancias que reducen la ansiedad patológica, la tensión y la agitación sin ejercer un efecto terapéutico sobre los procesos cognocitivos o perceptivos perturbados. Estos fármacos elevan por lo general el umbral convulsivo, no provocan efectos autónomos o extrapiramidales y con frecuencia pueden causar dependencia.

ANTIDEPRESIVOS: fármacos eficaces para el tratamiento de los estados depresivos patológicos. Denominados a veces "psicotónicos" y "timolépticos".

PSICOESTIMULANTES: fármacos que aumentan la vivacidad, la motivación o ambas. Esos efectos se manifiestan por lo general



en el animal normal y en el hombre sano.

PSICODISLEPTICOS: fármacos que provocan fenómenos mentales anormales, sobre todo en las esferas cognocitiva y perceptiva. Estos fármacos se denominan asimismo alucinógenos, psicotométicos y en algunos casos, psicodélicos.

#### CLASIFICACION DE LOS FARMACOS PSICOTROPOS.

Categoría	Productos representativos
Neurolépticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fenotiacinas</li> <li>b) Butirofenonas</li> <li>c) Tioxantenas</li> <li>d) Derivados de la reserpina, benzquinolicinas</li> </ul>
Sedantes ansiolíticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Meprobamato y derivados</li> <li>b) Diacepóxidos</li> <li>c) Barbitúricos</li> </ul>
Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)</li> <li>b) Imipramina y otros compuestos tricíclicos</li> </ul>
Psicoestimulantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Anfetamina, metilfenidato, pipradol</li> <li>b) Cafeína</li> </ul>
Psicodislépticos (alucinógenos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)</li> <li>b) Mescalina</li> <li>c) Psilocibin</li> <li>d) Dimetiltriptófano (DMT)</li> <li>e) Cannabis (marihuana, hashish, etc.)</li> </ul>

FARMACOS PSICOTROPOS UTILIZADOS  
 EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Trastorno	Fármacos
Trastornos esquizofrénicos, incluida la esquizofrenia - infantil; otros delirios	Fenotiacinas Butirofenonas Tioxantenas Reserpina
Trastornos depresivos	Compuestos tricíclicos Inhibidores de la MAO Fenotiacinas Barbitúricos
Trastornos maniacos	Fenotiacinas Butirofenonas Carbonato de litio
Trastornos orgánicos (cerebrales)	Fenotiacinas Psicoestimulantes
Trastornos neuróticos	Meprobamato Benzodiacepinas Barbitúricos, solos o combinados con anfetamina
Trastorno de la personalidad	Fenotiacinas Meprobamato Benzodiacepinas Anfetamina (para niños)

FARMACOS PSICOTROPOS MAS EFICACES CONTRA  
LAS PRINCIPALES AGRUPACIONES DE SINTOMAS

Medicamentos	Agrupaciones de síntomas
Fenotiacinas y, selectivamente otros neurolépticos	Estados de excitación aguda o crónica; estados de confusión, agitación angustioso-depresiva; delirios y alucinaciones; impulsividad y agresividad patológicas; abulia.
Butirofenonas	Exitación maniaca.
Compuestos tricíclicos Inhibidores de la MAO	Estados depresivos.
Meprobamato Diacepóxicos	Estados de tensión y angustia.
Anfetamina Anfetamina con barbitúricos	Hiperquinesia infantil Depresión con disforia psicasténica y fatiga.

Existen numerosas drogas, que introducidas en el organismo, producen en ciertas personas una reacción de satisfacción o -- bienestar que les lleva a seguir utilizándolas incluso hasta llegar al abuso o la dependencia.

La OMS define la farmacodependencia como el estado psicótico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo

mo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.

Es importante tener en cuenta que existen tres clases de fármacos psicotropos que pueden causar dependencia: los sedantes ansiolíticos, los psicodislépticos y los psicoestimulantes, - sobre todo las anfetaminas. El tipo de dependencia varía según la clase de fármaco.

Sedantes ansiolíticos .- Desde hace muchos años se sabe que los barbitúricos y otros hipnóticos sedantes como la glutimida, el paraldehido y los meproamatatos provocan habituación si se toman repetidamente. Cuando existe habituación la carencia de la droga puede provocar un síndrome caracterizado por alteraciones electroencefalográficas, confusión, delirio, falta de coordinación, hiperpirexia, nistagmus, convulsiones y, en raros casos - la muerte. Se ha comprobado que la diacepoxida puede producir efectos análogos pero mucho menos graves. Este tipo de fármaco presenta muchos menos riesgos de dependencia que los barbitúricos, - sin embargo plantean un problema que no debe descuidarse.

Psicodislépticos (alucinógenos). El uso repetido de --

LSD, de psilocibina, de mescalina y de otros psicodislépticos señalado entre los estudiantes y otros grupos en los Estados Unidos y otros países, pueden provocar trastornos de la personalidad con signos de desinterés afectivo, inadaptación social, alteraciones del juicio y, en ciertos casos, psicosis persistentes.

Psicoestimulantes .- Es frecuente el uso de las anfetaminas y de otros psicoestimulantes y no suele tenerse en cuenta - el hecho de que provocan habituación y dependencia psíquica. El abuso de las anfetaminas se ha relacionado a menudo con la apari--ción de psicosis paranoides crónicas, semejantes a la esquizofre--nia en algunas de sus manifestaciones clínicas.

Si la farmacodependencia origina modificaciones del -- comportamiento u otras reacciones que influyen negativamente en - las relaciones personales del usuario, si provocan consecuencias ffsicas, sociales o económicas desfavorables tanto en éste como - en otras personas, y si el fenómeno está realmente extendido en - la población o amenaza extenderse, en este caso puede afirmarse - que existe un problema de salud pública y la sociedad debe deci--dir entre otras cosas si conviene someter el fármaco a medidas de fiscalización.

La fiscalización de un fármaco puede ser necesaria -- siempre que se cumpla al menos una de las dos condiciones siguientes:

- 1) Cuando se sepa que el empleo abusivo de la substan-

cia no es solamente esporádico o localizado, que sus efectos no se limitan al usuario, que su difusión implica una comunicación entre el drogado y los consumidores potenciales y que empieza a establecerse un tráfico ilícito de la droga en cuestión.

2) Cuando se proyecte utilizar el fármaco en medicina y los datos experimentales muestren que presenta un riesgo notable de engendrar una dependencia física ó psíquica, y el fármaco haya sido o pudiera ser comercializado.

A continuación se presenta la lista de los estupef---  
ciantes sometidos a fiscalización internacional y que nos servirá en este trabajo como un intento de enumeración.

#### LISTA DE LOS ESTUPEFACIENTES

##### SOMETIDOS A FISCALIZACION INTERNACIONAL.

Nombre común ó denominación común inter-  
nacional (DCI) \*

acetildihidrocodeína

acetilmetadol \*

aceturfina \*

alfacetilmetadol \*

alfameprodina \*

alfametadol \*

alfaprodina \*

alilprodina \*

anileridina \*

becitramida \*

bencetidina \*

bencilmorfina

betacetilmetadol \*

betameprodina \*

betametadol \*

betaprodina \*

cannabis y resina de la cannabis

cetobemidona \*

clonitaceno \*

coca (hoja de)

cocaína

codeína

codoxima \*

concentrado de paja de adormidera

desomorfina \*

dextromoramida \*

diampromida \*

dietiltiambuteno \*

difenoxilato \*

dihidromorfina

dihidrocodeína

dimefeptanol \*

dimenoxadol \*

dimetiltiambuteno \*

dioxafetilbutirato \*

dipipanona \*

ecgonina

etilmetiltiambuteno \*

etilmorfina

etonitaceno \*

etorfina \*

etoxeridina \*

fenadoxona \*

fenampromida \*

fenazocina \*

fenomorfono \*

fenoperidina \*

fentanil \*

folcodina \*

furetidina \*

herofina

hidrocodona \*

hidromorfinol \*

hidromorfona \*

hidroxipetidina \*



isometadona \*

levofenacilmorfano \*

levometorfano \*

levomoramida \*

levorfanol \*

metadona \*

metadona (intermediario de la)

metazocina \*

metildesorfina \*

metildihidromorfina \*

metopón \*

mirofiná \*

moramida (intermediario de la)

morferidina \*

morfina

morfina (derivados de nitrógeno pentavalente)

nicocodina \*

nicodicodina \*

nicomorfina \*

noracimetadol \*

norcodeína \*

norlevorfanol \*

normetadona \*

normorfina \*

norpipanona \*

opio

oxicodona \*

N - oximorfina

oximorfona \*

petidina \*

petidina (intermediario A de la)

petidina (intermediario B de la)

petidina (intermediario C de la)

petidina (ésteres del intermediario C de la)

piminodina \*

piritramida \*

proheptacina \*

properidina \*

racemetorfano \*

racemoramida \*

racemorfano \*

tebacona \*

tebaína

trimeperidina \*

Como han señalado los expertos de la OMS que se ocuparon de la farmacodependencia, no existe actualmente ninguna necesidad de utilizar la Cannabis como medicamento. Sin embargo, el -

consumo no médico de esa substancia persiste e incluso ha aumentado en algunos países. Se observan opiniones muy divergentes sobre la capacidad de la Cannabis para provocar dependencia, así como - sobre los efectos agudos y crónicos de la droga sobre el usuario y la colectividad, y sobre el tipo y la naturaleza de las medidas de fiscalización que se han de aplicar.

El Comité de la OMS reafirma enérgicamente las opiniones expresadas de que la Cannabis es una droga capaz de engendrar dependencia y de plantear problemas de salud pública y sociales y que, en consecuencia, deben mantenerse las medidas de fiscalización.

CAPITULO III

INTOXICACION POR MARIHUANA.

## a) ASPECTOS CLINICOS.

A causa del uso cada vez más difundido de la marihuana, se hace necesario un mayor conocimiento de su toxicidad para juzgar los peligros sobre el comportamiento del consumidor, así como en los otros individuos de su ambiente. Existe un alto nivel de - variabilidad inter e intra de los efectos de la droga sobre los - sujetos que la usan, siendo características de la marihuana, oscilaciones muy amplias en magnitud de acuerdo con la dosis empleada.

Lo clásico era dividir el cuadro de la intoxicación -- por marihuana en agudo y crónico. El Dr. Moreau de Tours fue de - los primeros en hacer un estudio sobre los efectos de esta droga y tanto él como Brotteaux, dividen la fase aguda en cuatro períodos:

1. Período de intoxicación nerviosa.
2. Período de alucinaciones e inestabilidad emocional.
3. Período de éxtasis y reposo profundo.
4. Sueño que termina la embriaguez y que dura algunas horas.

Sin embargo esta división resultaba muy difícil y teórica, ya que la realidad es que los síntomas se entremezclan y la rapidez con que se presenta la sintomatología no permite establecer el límite entre uno y otro período.

La mayor parte de los autores refieren una sintomatolog

gía en la cual predomina un estado de euforia, con locuacidad e hilaridad manifiestas; el sujeto siente necesidad de trasladarse de un lugar a otro, sus funciones aumentan en vigor, los músculos adquieren una fuerza y una actividad que sorprenden, la respiración se hace amplia, el corazón late con más frecuencia, la piel adquiere una exquisita sensibilidad, todos los órganos sensoriales se exaltan, especialmente el oído, la palabra es fácil, las a sociaciones de ideas cómicas se suceden y la inteligencia se mantiene lúcida. Todo esto acompañado de dilatación de la pupila con la conjuntiva congestionada y sequedad considerable de la boca. Poco a poco va cediendo la risa, el sujeto permanece alegre, pero va perdiendo la facultad de poder dirigir sus ideas, se le imposi bilita coordinarlas, se asocian de manera imprevista y el individuo se cree capaz de resolver cualquier problema, de hacerle fren te a cualquier situación. Se cree un ser superior. Se pierde la no ción del tiempo, el cual le parece que pasa rápidamente y los minutos parecen horas. Hay ilusiones y alucinaciones, principalmente visuales y acústicas. Los objetos se deforman, se transforman y aparecen a distancia considerable. Oye ruidos extraños, las im-- presiones más leves son percibidas. La contemplación de los objetos exteriores puede hacerle olvidar su propia existencia identificándose con ellos. Una sensación de pesadez en las extremidades le va dificultando moverse y cae en una especie de ensueño, soñar despierto, durante el cual ve las cosas más extrañas. Este estado

es seguido de un sueño profundo, intenso, especie de coma y aún - estados catalépticos que duran largo tiempo despertando el individuo con un apetito voraz y sed intensa, conservando el recuerdo - de lo sucedido sin amnesia lacunar. También refieren estados de - delirio furioso y menos frecuentemente estados de euforia entre-- cortados por pesadillas y visiones penosas con crisis de llanto.

Andrew T. Weil dice en un artículo publicado en 1969:

"Una de las peculiaridades de la intoxicación causada por el agave en el hombre, es la relativa ausencia de señales fisiológicas. Sólo dos efectos de la Cannabis sobre el cuerpo se han podido establecer fuera de toda duda: la congestión conjuntival y la taquicardia. Mis colegas y yo observamos ambas señales en todos los sujetos de investigación, y también se han observado en la mayor -- parte de los experimentos anteriores. La droga probablemente tiene unos cuantos efectos más que todavía deberán demostrarse en el laboratorio; hace disminuir en forma marcada, el flujo de lágrimas y de saliva, para poner un solo ejemplo. Esta acción en contra de la secreción, que se supone puede ser consecuencia del -- "bloqueo" del sistema nervioso parasimpático, resulta importante porque ubica a la Cannabis (en términos de sus efectos periféricos) por primera vez con una clase conocida de drogas, prototipo de las cuales es la atropina. Ya que la atropina causa la taqui-- cardia inhibiendo la transmisión en el nervio vago, no deja de -- ser una tentación el especular en que el aumento de latidos del -

corazón que se produce al fumar la marihuana, pueda ser un efecto semejante al que causa la atropina."

En investigaciones recientes (1968) Moglothlin y West describen que la marihuana en pequeñas cantidades actúa como un euforizante moderado y un sedante algo semejante al alcohol aunque, en dosis comparables, probablemente es más disruptor de los procesos del pensamiento. En dosis grandes, los efectos de la marihuana recuerdan más estrechamente a los alucinógenos que a cualquier otro grupo de drogas. La mayor parte de los fenómenos experimentados con LSD, tales como despersonalización, marcada distorsión visual temporal y alucinaciones, han sido observados con cantidades suficientemente grandes de marihuana y especialmente con hashish. Los efectos, sin embargo, son generalmente más benignos y más fáciles de controlar que los del LSD. Isbell y asociados, lograron recientemente el mismo efecto con dosis similares de tetrahidrocannabinol (THC), un constituyente activo de la marihuana.

Por otra parte, hay diferencias considerables en las descripciones de los consumidores de la marihuana y los afectos al LSD; la marihuana actúa como un sedante y tiende a producir sueño, mientras que los alucinógenos potentes causan largos períodos de vigilia. Además la marihuana no produce tolerancia, mientras que una tolerancia muy rápida acompaña al uso de las drogas parecidas al LSD.

Una moderada irritabilidad sigue frecuentemente a la



supresión en los grandes consumidores de marihuana, pero virtualmente no hay otros síntomas de dependencia física. La dependencia psicológica puede desarrollarse en el sentido de que el individuo prefiere el estado de humor resultante del uso de la marihuana al estado sin droga. En una revisión egipcia reciente el hecho de -- que el 65 % de los consumidores de hashish indicaron que les gustaría desechar el hábito, señala una apreciable dependencia psicológica.

Por supuesto, muchas formas de comportamiento aceptable (v.g. fumar tabaco) puede producir una forma de dependencia psíquica. Lo inocuo de tal comportamiento debe estar basado en las - consecuencias de la actividad, mas que en su existencia.

#### b) EFECTOS FISICOS Y MENTALES.

Cuando un farmacólogo dice que la droga A es más po---tente que la droga B, quiere decir que se necesita más de la droga B para producir un efecto dado; pero que ambas drogas pueden - producir los mismos efectos. Por ejemplo, la dextroanfetamina es tres o cuatro veces más potente que la dl-anfetamina como estimu- lante; pero si alguien tomara 15 mg. de la forma dl, estará igual

mente estimulado que si hubiera tomado 5 mg. de la dextroanfetamina. Por otra parte, cuando el farmacólogo dice que la droga A es más poderosa que la droga B, quiere decir que los efectos de la droga A son cualitativamente mayores que los de la B sin tomar en cuenta la dosis. Por ejemplo, la morfina es un analgésico más poderoso que la aspirina.

Ya se ha dicho que el hashish es más poderoso que la marihuana, con lo que se explica que si alguien consume suficiente Cannabis cruda, sentirá efectos tan fuertes como los del hashish; no habiendo diferencias de potencias entre los dos. Desafortunadamente, muchas personas confunden la potencia con la fuerza al hablar de las drogas psicoactivas. Debido a que el LSD es alucinógeno muy potente, que produce efectos con dosis tan bajas como 0.1 mg. se supone con frecuencia que es la droga "más fuerte" o "peor" de esta clase. Pero la mescalina, una droga considerablemente menos potente en una dosis efectiva de la categoría del medio gramo, tiene tanta fuerza alucinógena como el LSD. Y si se hablara, ya no de alucinaciones sino más bien de la capacidad para inducir cambios en el consciente normal, las drogas derivadas de la Cannabis quizá sean tan fuertes como esos alucinógenos. Lo que hay que tener presente es que, por ser los derivados de la Cannabis, más "suaves" que el LSD (lo cual no es importante) se necesita mayor cantidad de cualquiera de sus derivados para llegar al grado de intoxicación que se alcanza con drogas de las llamadas -

más "fuertes". Por ser menos "potentes" los derivados de la Cannabis, incluyendo el hashish, causan menos efectos tóxicos que las drogas conocidas como más potentes, ya que se necesitaría una cantidad o dosificación mayor para producir los mismos efectos. Esta diferencia es importante, debido a que las drogas sintéticas derivadas de la Cannabis ya se obtienen en forma pura, y posiblemente se empiecen a vender en forma ilícita. Entonces, los usuarios podrán consumir cantidades suficientes para sentir la fuerza máxima de la Cannabis.

La potencia máxima de la Cannabis depende principalmente del contenido de resina. Algunos preparados de la planta, como el "GANJA" de la India son más tóxicos que la marihuana, debido a que se hacen con plantas seleccionadas por su alto contenido de resina y porque utilizan sólo los extremos de las ramas en flor que son muy resinosas. Otros preparados como el "BHANG" hindú, el "KIF" de marruecos, y el "DAGGA" de Sud-Africa, son muy semejantes a la marihuana.

Un misterio que todavía no se ha podido solucionar está en la gran diferencia de efectos farmacológicos que existe entre diversas muestras de Cannabis. Los que la usan, saben que hay una gran diferencia entre los efectos intoxicantes de diversos embalques, ya que causan distintos efectos y diferentes síntomas. - Si tales afirmaciones, realmente tienen una base farmacológica y no sólo psicológica, sugieren que distintas clases de Cannabis po

drían diferir en calidad de resina y no sólo en contenido.

En investigaciones realizadas en Estados Unidos no ha sido demostrado que el uso de la marihuana tenga algún efecto físico a largo plazo, sin embargo serán necesarios trabajos e investigaciones más recientes para que este aspecto pueda resolverse con algún grado de certidumbre.

Estudios en el Oriente con consumidores crónicos, que usan varias veces las cantidades generalmente utilizadas en los Estados Unidos, reportan una variedad de quejas físicas inducidas por la Cannabis. La conjuntivitis es la más frecuente, seguida -- por bronquitis y varias quejas digestivas. Dificultades para conciliar el sueño ocurren frecuentemente, como es el caso de los -- consumidores de opio. Es interesante hacer notar que de 25 a 70 % de consumidores regulares de hashish, en dos revisiones orientales, reportaron algunas quejas en la salud física debida al uso de la droga.

Los doctores Salazar Viniegra y Segura Millán llegaron a las siguientes conclusiones: una ligera disminución de la atención, disminución de la memoria de conservación y tendencia ascendente de la memoria de evocación con conservación de la asociación de palabras entre sí y disminución de la dificultad para asociarlas en el orden lógico, aumento de la presión arterial y pulso; aumento en la mayoría de los casos, de la frecuencia respiratoria, aún cuando en algunos casos no se modificó ó disminuyó, -

franco aumento de los reflejos cutáneos y tendinosos, descenso de la glucosa y urea sanguíneas, disminución del metabolismo basal - con aumento de la urea y ausencia de la glucosa sanguínea. El Dr. Salazar Viniegra lanzó su teoría, suponiendo que el principio activo de la planta obra sobre los centros diencefálicos, fundando su apreciación en los siguientes datos: "Los fenómenos vasomoto--res se traducen por taquicardia, palpitaciones, palidez, enrojecimiento de la cara y conjuntivas, parestesias de los miembros, consistentes en hormigueos, calambres, etc.; trastornos de orden meramente emocional, constituyen la emoción misma, ya que ésta no - se concibe sin la existencia de ellos; se añaden otros del mismo origen no obstante que no suelen ocurrir en todos los estados emocionales, el mareo y la sensación vertiginosa. Otros, en fin, que aún sin ser estrictamente de orden vasomotor, acompañan por lo general a las emociones, ellos son: la tremulación, la sequedad de las mucosas y la sudoración. Estos fenómenos, reales y constantes, traducen un estado angustioso que casi siempre presenta el fuma--dor o tomador de marihuana, principalmente los no habituados y -- que se inician.

Hay otros fenómenos muy ostensibles, que manifiestan - alteraciones del metabolismo tales como el hambre, la sed, el sueño y las modificaciones del quimismo sanguíneo, que acompañadas - del fenómeno psicológico del onirismo, completan el cuadro.

En esta forma el individuo que fuma la marihuana, princi

principalmente las primeras veces, presenta los fenómenos orgánicos - de los estados emocionales. La emoción, por así decirlo, hace irrupción en el campo de la conciencia, sin que esta se pierda en momento alguno, pues lo único que hace es analizar el estímulo -- que recibe. Puede de esta manera explicarse el estado de turbación que se advierte en el marihuano, sobretodo en el no habituado, es tado en todo semejante al de la distracción, trastorno que siempre se presenta en las personas que se encuentran bajo la influencia de un estado emotivo de cualquier naturaleza; parece concentrarse en sus actividades psíquicas, desatendiéndose de los estímulos externos, con disminución de la actitud crítica.

En este estado y también posteriormente, el marihuano no solamente no propende a las acciones violentas o de agresión, sino que mas bien tiende al aislamiento y a la inacción.

Es necesario, pues, afirmar que la marihuana despierta una reacción orgánica de orden emocional, muy propicia por sí misma para favorecer peculiares estados psicológicos. Los otros fenómenos que parecen corresponder a modificaciones del metabolismo , tales como el hambre, la sed, el sueño y las modificaciones de la urea y la glucosa en la sangre, parecen estar regidos por los cen tros vegetativos, localizados en determinadas formaciones infundí bulo-tuberianas, ventriculares y subtalámicas. Si por otra parte recordamos que los fenómenos emocionales corresponden asimismo a la acción de formaciones nerviosas de igual localización, se pue-

de concluir que es en estas formaciones donde se manifiesta la acción de la marihuana, estimulando sus funciones correspondientes, ya que las reacciones emocionales como reflejos incondicionados o instintivos toman origen en los núcleos sub-corticales. Este hecho lo respalda la psicopatología cuando vemos que lesiones en esos núcleos, como las determinadas por la encefalitis letárgica ó epidémica, producen modificaciones instintivo-emotivas de gran importancia y manifestación habitual." El autor considera como otro factor importante, la acción de la sugestión.

"La sugestión se traduce también a reacciones emocionales, por ella se despierta el miedo y la alegría, el valor y la cólera. La sugestión pone en juego, por lo tanto, reacciones instintivas, reflejos condicionados, fenómenos sujetos habitualmente al control de la conciencia o inhibición por medio de procesos racionales, es decir, corticales de los hemisferios cerebrales.

De esta manera el individuo que se inicia en la marihuana las primeras sensaciones que tiene, van cargadas del estado emocional típico que la droga produce y de la gran carga sugestiva que la sola palabra despierta en la imaginación del que ha oído hablar de sus efectos; posteriormente esta acción se traduce en reflejo condicionado, el cual siempre se aparejará al empleo de la marihuana.

En esta forma nos damos cuenta como puede obrar la marihuana desencadenando reacciones idénticas por dos diversos cami

nos: uno de ellos, el orgánico, o sea su acción sobre los centros nerviosos subcorticales; el otro, el de la sugestión, por mecanismo de orden psicológico, debido al gran número de representaciones que arrastra."

En Estados Unidos ha habido algunos casos de psicosis temporal inducidos por la marihuana. Reacciones de pánico no son raras entre los consumidores inexperimentados y tales reacciones se desarrollan ocasionalmente en un episodio psicótico. Estas psicosis raramente tardan más de un día y comunmente no requieren -- hospitalización. El peligro de una psicosis prolongada inducida -- por la marihuana es muy pequeño, comparado con el producido por -- el LSD.

Por otra parte, en la India y otros países orientales, la Cannabis ha sido tomada por largo tiempo como una causa importante de psicosis. Un estudio reportó que el 25 % de alrededor de 2300 hombres admitidos a los hospitales psiquiátricos fueron diagnosticados de psicosis por Cannabis; del total de admisiones masculinas, el 70 % de los pacientes admitieron fumar Cannabis y una tercera parte eran consumidores regulares. Otros investigadores -- han argüido que la relación 3:1 de hombres-mujeres hospitalizados por psicosis, es un resultado del uso de la Cannabis casi enteramente restringido a los hombres.

Estos resultados no están definitivamente de acuerdo -- con los hallazgos en Estados Unidos y muchas autoridades occiden-



tales ponen en duda lo adecuado de tales diagnósticos y la metodología de los estudios. Aunque parte de la diferencia puede ser debida al hecho de que cantidades mucho más grandes de la droga son usadas en el Oriente, es insuficiente ésto para juzgar razonablemente las amplias discrepancias de los hallazgos.

Aunque en los Estados Unidos hay poca preocupación acerca de la psicosis inducida por la marihuana, sí hay considerable interés en la posibilidad de cambios en la personalidad como resultado del consumo de la droga, particularmente en el desarrollo de lo que se ha llamado síndrome "amotivacional". Los estudios anteriores de consumidores regulares en este país, describieron típicamente a estos como tendiendo a ser pasivos y no productivos. Los estudios orientales, especialmente en grandes consumidores, los caracterizan en forma similar. Sin embargo, no ha habido un intento para distinguir entre los rasgos preexistentes de la personalidad y el efecto del consumo de la droga.

Aún cuando no están disponibles estudios recientes de la ola actual de jóvenes consumidores de marihuana, las observaciones clínicas indican que el consumo regular de la marihuana puede contribuir al desarrollo de características más pasivas, introversión y personalidad amotivacional. En muchos estudiantes, el cambio sutil progresivo de comportamiento aceptante y orientado a logros, a un estado de abatimiento relajado y sin cuidado, ha seguido al uso de cantidades significativas de la droga.

Parece que el uso regular de la marihuana puede contribuir a alguno de los cambios de personalidad característicos, especialmente entre personas jóvenes altamente impresionables. Tales cambios incluyen apatía, pérdida de la efectividad y capacidad ó disminución de la volición para llevar a cabo planes complejos a largo plazo, soportar la frustración y concentrarse por largos períodos de tiempo, seguir rutinas o dominar con éxito nuevo material. La facilidad verbal está deteriorada a menudo, tanto en lenguaje hablado como escrito.

Tales individuos exhiben mayor introversión, se vuelven totalmente involucrados con el presente a expensas de metas futuras y demuestran una fuerte tendencia hacia el pensamiento regresivo y mágico como el de los niños. Reportan una creatividad subjetiva mayor pero una productividad objetiva menor y, aunque parecen sufrir menos de las vicisitudes y frustraciones de la vida, al mismo tiempo parecen estar sutilmente aislados de las oportunidades para ello.

c) MOTIVACION.

Los pacientes que llegan a los hospitales y en especial

aquellos que llegan a consulta psiquiátrica, son pacientes muy seleccionados y por tanto, sus características y motivaciones para usar la marihuana no pueden ser tomadas como representativas de las que podrían encontrarse como típicas entre la población general. La mayoría de estos pacientes pertenecen a familias conflictivas y la mayoría son portadores de importantes trastornos mentales o emocionales en donde el uso de la marihuana u otras drogas equivale a un síntoma más de un cuadro rico en manifestaciones de patología. Para la población en general, creemos que no es esta la situación más corriente.

En 1968, Keeler publica un trabajo realizado en los Estados Unidos con 54 sujetos consumidores de marihuana a los que entrevistó; se les preguntó acerca de la motivación, dosis, reacción, reacción adversa y frecuencia del uso. Debido a la importancia que tienen las conclusiones de este autor para nuestro trabajo y a que son consistentes con las reportadas en otras partes del mundo, nos decidimos a transcribirlo a continuación.

"Todos los sujetos eran blancos, habían asistido a la escuela secundaria y estaban entre los 18 y 30 años de edad. Cuarenta y seis eran hombres y ocho mujeres. Nueve eran pacientes psiquiátricos institucionalizados; 28 eran referidos por varios centros de consulta psiquiátrica externa y 17 fueron autorreferidos o se discutió el uso de la marihuana durante conversaciones o entrevistas iniciadas por otras razones. Además del uso de la

marihuana, 39 sujetos habían usado anfetaminas o sus derivados en búsqueda de placer y 15 habían tomado LSD.

Se derivaron cinco conclusiones de estas entrevistas:

1. La curiosidad y el deseo de 'dejarse llevar' por\_a amigos, fueron las principales razones para la iniciación en el uso de la droga. El deseo de experimentar la reacción de la marihuana, fue la principal razón para el uso continuo de la droga.

2. La mayor parte de aquellos que continuaron el uso de la droga, buscaban una experiencia que combinara el alivio de tensión e inhibición comunmente asociada con drogas como el alcohol, que deprimen el sistema nervioso central con las sensaciones subjetivas de euforia y rapidez de pensamiento asociadas a - estimulantes del sistema nervioso central tales como las anfetaminas. Algunos buscaban una experiencia psicoticomimética.

3. El deseo de una experiencia psicoticomimética, -- las dosis altas, la incidencia de esquizofrenia y la deserción - de la escuela, tendían a estar relacionadas y la coincidencia no implica casualidad.

4. Los factores motivantes descritos proporcionan una explicación para la alta incidencia del uso de la marihuana.

5. Es absolutamente esencial especificar la dosificación en cualquier descripción del uso de la marihuana ; la dosis acostumbrada entre los entrevistados varió desde el equivalente de menos de la mitad de un cigarrillo de marihuana hasta el equi

valente de más de cuatro. La evaluación de la dosis de marihuana es confundida por variación en la potencia de varias clases de hojas. "

Los datos derivados de las entrevistas relacionados a la motivación se especificaron como sigue:

RAZONES PARA EL USO INICIAL .- Veintiocho personas - que usaban marihuana establecieron que su razón principal para usarla por primera vez fue la curiosidad de conocer sus efectos. Seis dijeron que la habían usado por primera vez para "estar a - tono con la pandilla". Doce dieron igual énfasis a cada una de - las dos razones descritas. Dos dijeron que tomaron la droga por primera vez porque pensaron que las leyes contra la práctica e-- ran injustas. Seis describieron su razón inicial como el deseo - de una "experiencia psicodélica".

La curiosidad sobre el efecto de la marihuana está -- muy extendida. Como una evidencia está el interés que despertó - la experimentación legal con marihuana llevada a efecto en la U- niversidad de Carolina del Norte y que atrajo a 20 voluntarios - quienes pedían participar como sujetos. No ocurrió lo mismo du-- rante seis años de experimentación con psilocibina, una droga si milar en efectos al LSD.

La relación entre protesta y conformidad es sutil pa- ra el grupo. Podría ser cierto que muchos individuos toman mari- huana para expresar rebelión, porque está contra las reglas, pa-

tar solamente una u otra reacción. Los 14 que deseaban una experiencia psicoticomimética, experimentaban también efectos de intoxicación. De los 26 que deseaban intoxicación, 18 notaron cambios en la percepción y 12 notaron cambios en el pensamiento que no eran producidos por el alcohol. Los cambios perceptivos incluían advertencia aumentada del color y de postimágenes, apreciación aumentada de las complejidades de la música y una sensación de "oir" sonidos, segundos después de que habían cesado. Los cambios en el pensamiento incluían un fluir conjunto de ideas y la sensación de ser un observador pasivo de los pensamientos cambiantes - de sí mismo.

Aquellos que usaron la marihuana como un intoxicante, pensaban que era superior al alcohol por ser más barata, mejor, diferente, más pronta en actuar, de disipación más rápida y no causaba "cruda".

Ocho de los 14 que buscaban una experiencia psicoticomimética, habían tomado LSD. Estos sujetos dijeron que la marihuana, como la usaban, no era tan efectiva como el LSD, pero comúnmente era más fácil de conseguir. Establecieron que una reacción por marihuana difícilmente era libre de control. La marihuana fue descrita como creadora de una experiencia más pacífica que el LSD, pero los que la usaban no estaban convencidos si la marihuana causaba relajación o si el LSD causaba un estado de advertencia y ansiedad. A pesar de su similaridad con otras drogas, todos los que

la usaban estaban de acuerdo en que la marihuana era "diferente".

RAZONES PARA DESCONTINUAR EL USO .- Catorce de los en trevistados habían cesado de usar la marihuana o confinado su uso a la toma aislada en el caso de que les fuera ofrecida. Tres la dejaron a causa de una reacción adversa importante. Uno experimen taba de presión incómoda durante la reacción. Otro consumidor expe rimentó ansiedad y un tercero experimentó la recurrencia de alguna de las sensaciones que había sentido durante el efecto cuando no estaba usando la droga y esto le provocó gran ansiedad. Cuatro consumidores, que reportaron que gozaron del efecto de la droga, habían dejado de usarla porque se habían adherido a una secta religiosa que prohibía el uso de las drogas. Cuatro la habían dejado porque no gustaban del efecto de la marihuana aún cuando no ha bían sufrido una reacción adversa importante. Dos la dejaron porque los efectos, aunque placenteros, no eran particularmente im--portantes y el uso de la marihuana no estaba de acuerdo con su --concepto de sí mismos. Uno la había dejado porque no quería tener el más leve riesgo de problema con la ley.

d) EPIDEMIOLOGIA.

Al enjuiciar el estado corriente de conocimiento con -

respecto al uso de la marihuana, probablemente el hecho más importante de tener en la mente es que el margen en la cantidad usada es extremadamente grande. La autoridad sanitaria más importante del mundo, la Organización Mundial de la Salud, estima que el número de adeptos a la marihuana es de cerca de 300 millones, lo -- que equivale al 10 % de la población mundial, sin embargo por ser una cifra estimativa su origen es obscuro.

La frecuencia del uso desafía una clasificación, involucrando al deseo, medio ambiente inmediato y disponibilidad de la droga. Desde el punto de vista epidemiológico este es un fenómeno difícil de valorar debido a que no se ha llevado a cabo ninguna investigación seria y suficientemente amplia en la población general acerca del consumo de marihuana. Más aún, en investigaciones llevadas a cabo con personas que han usado la marihuana varias veces se ha llegado a la conclusión de que sólo son capaces de conjeturar en lo referente al patrón de uso, ya que el recuerdo retrospectivo es inadecuado y sería necesario el registro continuo para descubrir patrones de frecuencia.

Estudios antiguos en Estados Unidos encontraron que -- los consumidores regulares fumaban de 6 a 10 cigarrillos por día; sin embargo un número mucho más grande de consumidores usó la droga en forma irregular. Los estudios hechos en los países orientales, especialmente en la India y Noráfrica, se han concentrado sobre el uso del hashish altamente potente. Los grandes consumido--



res usan de 2 a 6 gramos de hashish por día, lo cual es equivalente a fumar, al menos, entre 20 y 60 cigarrillos de marihuana. El uso moderado de preparaciones de Cannabis menos potente, no es -- considerado un problema de salud en el Oriente y, de hecho, el -- bhang (equivalente hindú de la marihuana) no se considera que caiga dentro de la definición de la Cannabis dada por las autoridades, quedando excluído del control derivado del convenio de las Naciones Unidas.

El incremento reciente en el consumo de la marihuana -- en los Estados Unidos, sobre todo entre la juventud de la clase -- media y superior, no promedia más de dos o tres cigarrillos a la semana. Sólo algunos miembros de la subcultura hippie y otros individuos de los catalogados como adictos, usan la marihuana en can -- ti -- da -- de -- s comparables a las encontradas en los estudios anteriores de 6 a 10 cigarrillos por día.

Con el ánimo de obtener datos confiables en nuestro me -- di -- o, un grupo de médicos del Departamento de Higiene Mental del -- Hospital de Pediatría del C. M. N., visitó las siguientes depen-- de -- nd -- en -- ci -- as oficiales: Dirección General de Estadística, Procuraduría del D.F. y de la República, Dirección de Drogas y de Salud Mental dependiente de la S. S. A., Prevención Social y Tribunal para Me -- no -- re -- s, y se encontraron con una ausencia total de datos, no obs-- ta -- nte que en todas esas dependencias hay plena conciencia de la im -- po -- rt -- an -- ci -- a del problema y de la necesidad de conocer su magnitud.

Revisando las estadísticas proporcionadas por la Dirección de Salud Mental de la S. S. A. y del Tribunal para Menores - sobre conducta antisocial en el adolescente, no se encontraron datos confiables sobre el consumo de marihuana en esta muestra de - población, ya que se engloban en un mismo capítulo entre otras cosas la intoxicación alcohólica, olores de tinner y de gasolina y, posiblemente también fumadores de marihuana. En forma alterna- da se califica ésto como: "contra la salud" o "intoxicarse".

Por otra parte, a juzgar por los datos obtenidos en el servicio de psiquiatría del Hospital General del C. M. N. del IMSS, la intoxicación aguda de la marihuana no constituye una emergencia psiquiátrica lo suficientemente importante para ameritar hospita- lización, ya que durante seis meses consecutivos no se registró - un solo caso; en cambio en ese mismo período se registraron 107 - pacientes de los cuales 21 presentaban adicciones de diferentes - tipos. De esos 21 pacientes el 79 % eran alcohólicos y el 21 % -- restante eran adictos a drogas que no incluyen a la marihuana.

Por lo anterior, cabe la pregunta de ¿Quién ha lanzado la voz de alarma referente al uso cada vez mayor de la marihuana, sobre todo entre los elementos jóvenes de la población?

Las Dependencias Oficiales con ingerencia en problemas de este tipo no la han dado. La respuesta parece estar en el pú-- blico en general y sobre todo en la inquietud de los padres de familia y maestros, clamor e inquietud que ha sido recogida en pu--

blicaciones populares de gran difusión y en donde van contenidas lo mismo verdades, datos amarillistas, prejuicios y aún abiertas falsedades, ocasionando todo ésto el estado de confusión existente.

El aumento en el uso de la marihuana puede inferirse, sin embargo, a través de los datos dados a conocer el 10 de julio de 1969, durante las IV Pláticas Informales Bilaterales Mexicano-Estadounidenses en materia de estupefacientes y drogas peligrosas. Se dijo que en 1963 en las aduanas fronterizas del norte del país se decomisaron sólo 3500 kilos de marihuana, en 1968 ascendieron a 66000 y en los tres primeros meses de 1969 llegaron a 48000 kilos. Además, en esas mismas pláticas se informó que los traficantes de marihuana actúan cada vez en forma más organizada. Literalmente se dijo: "Existe un aumento alarmante de la adormidera y de la marihuana tanto en la extensión de terrenos cultivados como en el número de siembras al año. En cultivos clandestinos se han mejorado las técnicas puesto que se utilizan abonos de procesamiento, ya que inclusive se han utilizado prensas hidráulicas y bolsas de polietileno para empacarlas".

Por otra parte, otro dato que puede apoyar el uso cada vez más frecuente de la droga y la distribución cada vez más alarmante entre sujetos jóvenes lo reportó una encuesta informal llevada a cabo, por el Departamento de Higiene Mental del Hospital - de Pediatría del C. M. N. del IMSS, en 4 escuelas secundarias del

Distrito Federal, interrogándose a 400 alumnos sobre su opinión acerca de la marihuana. Algunas de las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes:

1. El 50 % de los alumnos interrogados conocía personalmente a una o más personas que fuman marihuana.

2. Las autoridades de todas las escuelas revelaron la existencia de alumnos que fueron sorprendidos fumando o al menos portando la hierba.

3. Al parecer el uso de la marihuana es relativamente raro entre estudiantes menores de 14 años y casi tan abundante entre estudiantes de 14 a 16 como en los mayores de 16 años.

4. Un 3 % de los estudiantes investigados resultaron ser fuertemente sospechosos de haber fumado ellos mismos la droga.

En nuestro país el problema parece concentrarse, a juzgar por las informaciones periodísticas, en los grandes centros urbanos, en los centros turísticos y muy particularmente en ciudades fronterizas con declarado tráfico de drogas.

Mucho se ha dicho acerca de técnicas para controlar el cultivo y la distribución de la marihuana, acerca de medidas para controlar el mercado negro y el contrabando internacional a tan gran escala como la conocida "operación intercepción" o la

"operación cooperación" con el objeto de evitar el tráfico de la droga entre México y Estados Unidos. Sin embargo, ¿Hasta qué -- punto puede afectar ésto al consumidor local, si como es sabido, la marihuana se puede cultivar en una maceta o en el jardín de una casa?

CAPITULO IV

ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA PERSONALIDAD  
DEL ADICTO A LA MARIHUANA.

Los estudios realizados sobre la afición por la marihuana parecen, en su mayoría, haber ignorado el patrón de la personalidad del adicto, prestándose el mayor énfasis a los aspectos médicos, farmacológicos y sociológicos. Los estudios de personalidad que se han llevado a cabo, han sido de tipo anecdótico o nos hablan de experiencias subjetivas. La literatura que hay sobre la afición por la marihuana, contiene bien poco del tipo de investigación que se ha puesto en práctica, por ejemplo, en relación con la personalidad del alcohólico.

En la actualidad los investigadores científicos parecen estar más preocupados e interesados por encontrar todo lo relacionado a los componentes activos de la droga y sobre los efectos de estos en la conducta humana. Por otra parte, los investigadores sociales, en vista de que el uso de la marihuana es en nuestro medio un problema inminente, parecen preocuparse más por las medidas de rehabilitación cuando se enfrentan con el hábito ya establecido sin que, al parecer, se hayan preocupado por estudiar los antecedentes de los individuos que forman las grandes masas de consumidores.

La preocupación en estos aspectos se reduce a los individuos que han sido hospitalizados o reclusos en los penales y a los que se ha comprobado el uso de la droga. Algunas de las

conclusiones de estos trabajos se citarán en seguida, pero no es tamos seguros de que sean ajustables a toda la población consumidora.

a) ANTECEDENTES FAMILIARES.

Parece que la situación familiar de los adictos revela la similaridades fundamentales. Un buen porcentaje lo forma el hijo único de la familia, aunque también puede ser el hijo mayor o el menor, cuando existen varios.

Es muy frecuente también que procedan de hogares desorganizados: la muerte de alguno de los padres, el abandono del padre y el divorcio o separación de los padres son comunes. Por otra parte, una situación difícil durante la infancia por la presencia de un padrastro o madrastra o el ser hijo natural resulta muy importante

PADRES. La personalidad de los padres, según los datos de las entrevistas a los adictos presentan una gran similitud. Se describe la imagen de un padre con inclinaciones indeseables y se les representa como borrachos empedernidos, mujeriegos (promiscuos) y despreciables aún desde el punto de vista de los



propios niveles del adicto. Sin embargo, las madres son presentadas como sumamente estrictas, con ideas bien definidas sobre la moral y el comportamiento, siendo empeñosas para inculcar en sus hijos altos niveles de moralidad, empleando en ocasiones hasta castigos físicos cuando esos niveles no se respetaban. Otros describen a sus madres como de gran integridad moral, las cuales hacen los mayores esfuerzos por educar a sus hijos en forma apropiada; pero sin llegar a los extremos del castigo corporal o las amenazas. La mayor parte hablan con respeto de sus madres, sin revelar señales de resentimiento ni amarguras y afirman que las siguen obedeciendo, que temen su desaprobación, y que en forma enfática, tratan de ocultarles su comportamiento psicopático.

Se puede llegar a la conclusión de que estos adictos tuvieron padres carentes de carácter o de características tales, que no pudieron ser un buen ejemplo para ellos, y los conflictos entre madres y padres que fueron resultando de esa gran diferencia pusieron los cimientos para el conflicto interior que se presentó en los hijos.

b) ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS.

POSICION ECONOMICA. Una tercera parte de los sujetos

procedían de hogares en donde se disfrutaba de un nivel de vida por encima del promedio, inclusive con ciertos lujos; los restantes provenían de hogares en condiciones regulares con tendencia a la pobreza o de hogares francamente pobres. Los ambientes económicos se encontraban divididos en estas únicas categorías.

LOS PRIMEROS AÑOS DE LA INFANCIA. La falta de estabilidad emocional durante la niñez, resultó común entre los sujetos. Refieren haber tenido pesadillas, las cuales, en muchos casos, persistieron hasta la mayor edad. Típicamente presentes se encontraron también, el vicio de "comerse las uñas", enuresis, - el sonambulismo y el hablar dormido. Era frecuente que la enuresis continuara hasta bien avanzada la adolescencia. Un considerable tanto por ciento de los sujetos habla de mareos y desmayos, de pesadillas comunes con otros adictos y también se registra evidencia de homosexualidad latente.

COMPORTAMIENTO ESCOLAR. En la mayoría de los sujetos se registra comportamiento delincuente durante sus años escolares; en general, resultaban candidatos para los reformatorios. - Delincuencia habitual, alegatos o pleitos con los profesores, -- juegos de azar, actividad sexual, la asociación con amistades in deseables, pequeños robos y la falta de interés en los estudios son de lo más común. Cierta número de ellos fueron expulsados de la escuela, o desertaron antes de concluir los cursos.

Durante el corto período posterior a la pubertad, estos sujetos revelaron sus primeros síntomas de psicopatía y resentimiento a la autoridad constituída. No obstante la oposición de la madre, empezaron a asociarse con otros estudiantes de malos antecedentes. Muchos adquirieron el vicio de la marihuana en la escuela siguiendo el ejemplo de compañeros, y la actividad sexual empezó al principio de la adolescencia.

EN EL TRABAJO. La mayoría confiesa un lamentable historial en el trabajo. Cambian de ocupación con frecuencia, viajando de una a otra ciudad y hablan de discusiones con los patrones. Esta gente, por lo general trabaja en ocupaciones manuales en las que no había mucha libertad para la expresión personal. - Algunos relatan haber adquirido el hábito de fumar marihuana, de los compañeros de trabajo. Preferían asociarse con los compañeros de trabajo que tuvieran la misma naturaleza, o no tardaban en encontrar amistades, fuera del trabajo, que fueron "compañeros".

La gran mayoría tenía malos antecedentes en el trabajo, con muchos períodos de desocupación, desocupación parcial, y una gran falta de voluntad para la ejecución de las tareas. Además, admitieron fácilmente que fumaban la yerba a las horas de trabajo, o que llegaban ya drogados. Valiéndose de la droga, eran capaces de soportar la monotonía de sus ocupaciones. Sus horas libres, las pasaban durmiendo, fumando marihuana, en compa--

ña de otros adictos, o en busca de algún placer.

LAS ACTIVIDADES DELICTUOSAS. Muy reducido es el número de adictos que nunca ha tenido dificultades con la ley. Los arrestos por actividades delictuosas abarcan desde el asesinato - hasta la intoxicación con alcohol. Las borracheras, la conducta escandalosa, los pleitos callejeros y los pequeños hurtos, fueron los más comunes. A pocos se les podría considerar delincuentes profesionales. Desde el punto de vista policíaco, constituyen tipos "molestos".

A la aseveración de que la marihuana es causa del crimen, el Comité Mayor sobre Marihuana refuta que, no obstante que la hierba fumada es causa de pequeñas violaciones a la ley, la tendencia criminal existe con anterioridad al primer cigarro de marihuana fumado por el delincuente. Y citan a Bromberg como sigue:

"Como ha podido comprobarse por los registros de los Tribunales del Condado de Nueva York... puede decirse que las drogas, generalmente hablando, no inician las carreras en el crimen. Lo que se puede esperar en relación a crímenes importantes, después del uso de la Cannabis en el Condado de Nueva York, es bien poco..."

Las historias de los adictos que se han estudiado, revelan un patrón establecido del comportamiento psicopático, de aquí que las infracciones a la ley, son cosa de esperarse, muy a-

parte del uso de la marihuana. La personalidad básica es, principalmente, el factor determinante en el comportamiento del delincuente.

SEXUALIDAD. El análisis de la sexualidad de los sujetos adictos resulta muy interesante. En la mayoría la actividad sexual se inicia a una edad muy temprana. Existen entre los adictos muchos más individuos solteros que casados y entre los solteros es significativo el porcentaje de homosexualidad y el patrón heterosexual con perversiones. También se registraron en este -- grupo las uniones en amasiato, relaciones extramaritales con hijos ilegítimos y relaciones frecuentes con prostitutas.

Varios sujetos afirmaron presentar excitación sexual después de fumar la hierba. Otros relataron un retardo en la eyaculación. La mayoría declaró que la droga aumentaba la sensación placentera del acto sexual.

En la mayoría también es característico el deseo de - obtener satisfacción sexual evitando los lazos emocionales. Asimismo, muchos expresaron un aumento en la propia confianza para la conquista de la mujer. Por otro lado se expresó que la conducta perversa (cunnilingus) sólo se presentaba bajo la influencia de la marihuana, con desaparición de los sentimientos de vergüenza y repulsión. Las tendencias y conducta homosexual se presentaban aún sin estar bajo los efectos de la droga.

Los individuos con patrón de conducta heterosexual re

lataron en su mayoría actividad sexual normal y aún excesiva; en ningún caso manifestaron pérdida del interés en el sexo opuesto.

c) LA PERSONALIDAD DEL ADICTO.

Se trata de individuos, en su mayoría, con capacidad intelectual normal o por arriba de lo normal, aunque también es posible encontrar personas subnormales y con adquisiciones culturales muy pobres.

Presentan, muchos de ellos, cierta incapacidad para obtener satisfacciones socialmente aceptables. Son personas que nunca han retenido un trabajo consistentemente y que han vivido gran parte de su vida al margen de la ley. Proviene de ambientes desfavorables, en los que han estado expuestos a influencias perniciosas y a factores negativos como son la agresividad paterna o materna, la condición económica de la familia, los patrones culturales débiles y la ruptura del cuadro familiar. Algunos trastornos de la conducta, representan una rebelión o una fuga ante un medio ambiente difícil; estos sujetos cuando niños, han presentado sentimientos de odio y resentimiento que han desplazado a todos los substitutos paternos. En otros sujetos existe una

identificación con la figura paterna y una reacción al control materno.

En muchos de los enfermos con déficit mental, la conducta agresiva y delictiva puede representar la compensación de un sentimiento inconciente de insuficiencia. Algunos oligofrénicos han sido conducidos a la delincuencia por personalidades dominantes y más fuertes, por su incapacidad para la autocrítica y para resistir las proposiciones que se les hacen. Sabiendo que el débil mental obtiene emociones y satisfacciones fácilmente, es posible que muchos de ellos empleen la marihuana al servicio de los elementos hedonísticos de la personalidad.

En los sujetos con cociente intelectual normal se observa una repetición de las situaciones de frustración y fracaso y la necesidad de sobreponerse a su ansiedad, por lo que es evidente que el adicto es impulsado a la droga en un esfuerzo para aliviar esa ansiedad que se manifiesta frecuentemente por cefaleas, insomnios, pesadillas, irritabilidad, depresión y agresividad.

El hecho de que se diga que el adicto es más agresivo con la droga parece ser una mera racionalización ya que la gran mayoría relata que cuando han tomado únicamente marihuana baja el montante de agresividad y que cuando ésta es evidente es porque la han usado simultáneamente con el alcohol.

Resultó evidente, además, que algunos adictos emplean

la marihuana en un esfuerzo por aliviar la tensión producida por los sentimientos de culpabilidad originados por prácticas sexuales pervertidas u homosexuales.

Algunos sujetos manifiestan haber presentado temor a cometer actos delictivos, después de haberla consumido ó haber presentado ocasionalmente miedo indefinido después de haberla fumado. Hay también quienes manifiestan que su temor es a morir. - Esto puede explicarse, porque la ansiedad previa es reforzada -- por la tensión producida al fallar la droga en aliviar aquella , por diversos factores como son la cantidad y calidad de la droga. Esta ineficacia puede ocurrir particularmente cuando su ansiedad y deseo sean mayores, lo que lleva al individuo a consumir cantidades mayores de las acostumbradas y caer en el cuadro de la intoxicación aguda.



CAPITULO V

ASPECTOS SOCIALES.

## a) LA OPINION PUBLICA.

Es muy importante cuando se habla de situaciones sociales tomar en cuenta las actitudes del público y más específicamente, la imagen que tiene la gente de la naturaleza del hombre y su comportamiento, ya que estas imágenes pueden determinar las reacciones del público hacia los "problemas sociales", los que a su vez podrían apoyar o detener los programas de acción social.

Los científicos sociales, Charles Glock entre ellos, sugieren que la imagen del hombre ha venido cambiando en la mente del público, de una con voluntad propia y moralmente orientada, a otra más determinada y ajena a lo moral.

En ciertos síndromes problemáticos del comportamiento, tales como el alcoholismo, la homosexualidad y la afición a las drogas, la cuestión de responsabilidad y el grado de culpa parecen depender del grado en que se supone que el individuo desviado determina por sí mismo su conducta irregular.

Si se ve al individuo como el agente causal y se le considera capaz de controlar su comportamiento, se le considera responsable y moralmente culpable y la sociedad apoya las medidas punitivas sin poner mucha atención en la rehabilitación. Sin embargo, si el agente causal es visto como una serie de factores externos y se supone que el individuo tiene escaso control sobre su --

conducta, no se le hace responsable, ni se le considera culpable desde el punto de vista moral, y es cuando la sociedad apoya las medidas de rehabilitación por medio de la psiquiatría.

Se han llevado a cabo varios estudios empíricos que a poyan esta hipótesis. Nettler presentó extractos de casos a individuos adultos normales, para obtener sus opiniones acerca del -comportamiento criminalmente inclinado. Los sujetos mismos fueron entonces calificados en una escala para medir sus opiniones, de-terminados por presiones del ambiente, o por su propia y libre -voluntad. Los sujetos que revelaron actitudesno determinadas recomendaron los castigos, en tanto que los sujetos con actitudes determinadas por el medio ambiente, recomendaban las medidas de rehabilitación.

Fletcher, empleando métodos semejantes, también comprobó que cuando el individuo es considerado como la única causa del comportamiento desviado, es más probable que se recomiende el control social de tipo punitivo.

En un estudio realizado por Pattison, Bishop y Linsky en los Estados Unidos, sobre las tendencias de la opinión pública respecto al adicto a los narcóticos, los autores han sugerido que "han ocurrido cambios importantes en la imagen pública -del hombre en este siglo, debido al impacto del estudio del comportamiento. Expresan que ya no se considera al hombre poseedor de un libre albedrío, y por consiguiente, responsable y moral--

mente culpable de su comportamiento; que más bien se le considere como algo determinado por su ambiente, y por consiguiente, no es tan responsable o tan sujeto al mismo grado de culpabilidad moral. La reacción del público al problema de la afición por los narcóticos, ha cambiado de una acción social punitiva a una acción social rehabilitatoria.

Se pueden hacer tres importantes declaraciones basadas en nuestro estudio:

1. Las últimas siete décadas han visto un cambio, de un alto grado de culpabilidad moral del adicto a los narcóticos, a una actitud de bajo grado de culpabilidad moral. Los datos de la investigación apoyan la aseveración de que la gente en la actualidad ve la afición por las drogas, como un comportamiento no elegido por el adicto como lo veían en 1900.

2. La opinión pública sobre la ubicación de factores etiológicos en el vicio ha cambiado, de una localización en la fuente de abastecimiento y en el tráfico de drogas, a otra ubicación en el adicto y su ambiente social.

3. Las soluciones recomendadas para el problema del vicio han cambiado de un énfasis en medidas legales y punitivas a la asistencia médica y las reformas sociales. Estos datos apoyan el cambio postulado en la imagen pública del hombre y las actitudes sociales que podrían esperarse de ese cambio".

George E. Vaillant, M.D. de Boston, Mass., hace un co-

mentario al trabajo publicado por Pattison y col. "Ilustra el - hecho de que las actitudes del público no sólo reflejan modas pasajeras, sino que tales actitudes reflejan la madurez en marcha de las actitudes humanas hacia el propio hombre. Freud fué el primero en expresar que podemos experimentar sensaciones y percibir las como si ocurrieran, no en nosotros mismos sino en los otros. Cuando Freud acusó al hombre de la época victoriana de abrigar - sueños infantiles en sus personas, deseos que hasta entonces e--ran vistos sólo en OTROS inmorales, se escandalizaron. En 1900 , como nos hacen ver estos autores, la afición por las drogas era un gusto, pero que estaba "ahí afuera". El adicto había querido serlo, pero siempre era algún extraño. El hombre de la época victoriana negaba que él, personalmente tuviera deseos de pecar. De hecho, el comprender el pecado ya era peligroso. La afición por las drogas y el alcoholismo, sólo podrían extinguirse colocándo los fuera de la ley.

Los autores demuestran que durante los años veinte - los conceptos que se tenían sobre el adicto cambiaron. El vicio de las drogas se convirtió en algo externo que le sucedía AL - vicioso. La afición por los narcóticos era algo que llegaba de afuera. El vicio era causado por la dependencia fisiológica, -- por las malas compañías, por vendedores que sabían convencer y por médicos incompetentes.

En la actualidad ya estamos en una nueva época. La a

fición por las drogas se ve como algo predeterminado, no como un pasatiempo ni tampoco como cosa ajena. El individuo tiene la responsabilidad aunque no tenga la culpa de su propia afición y ni la educación ni las leyes eliminarán esa responsabilidad. La opinión pública versa actualmente en que 'nuestro comportamiento es tá más determinado de lo que estamos dispuestos a confesar y sin embargo, tenemos más responsabilidad por nuestra conducta de lo que estamos dispuestos a aceptar'.

La opinión pública se hace madura conforme los individuos que la integran maduran también. Los autores de este trabajo han trazado el progreso de la opinión pública desde el punto 'NO SOY YO, ES EL' en 1900, hasta el punto 'NO SON ELLOS, SOMOS NOSOTROS, LA MALA SOCIEDAD' en 1965. El paso siguiente podría ser 'ERES TU', no es culpa tuya, pero ¿qué quieres hacer al respecto?. Te ayudaremos en lo que podamos; podría ser sólo lo que necesites para tomar la responsabilidad."

b) SITUACION LEGAL.

Otro aspecto básico del sistema social con respecto a la marihuana y muchas otras drogas psicoactivas, es si la prohi-

bición del comportamiento cuyos efectos directos están limitados al individuo, es o no función del estado. Aquellos que -- piensan que no, arguyen que el estado no tiene más derecho a intervenir con respecto al uso de drogas, del que tiene con respecto a una sobrealimentación nociva.

Aquellos que toman la posición contraria arguyen que los efectos nocivos no están limitados al individuo sino que afectan a la sociedad en una variedad de formas. Ciertamente está claro que la preeminencia patente del gobierno implica restric-ciones individuales. Si las libertades individuales deben o no ser reprimidas con respecto al uso de la droga depende de qué extensión amenaza a la sociedad y si las sanciones contra la - misma son o no efectivas.

Mucha gente sostiene que no habría problema si la ma-rihuana se vendiese libremente o con pequeñas restricciones y su uso se legalizase; un tratamiento parecido al que reciben ac--- tualmente las drogas alcohólicas. Quienes así piensan suponen - que en esa forma la marihuana se constituiría en un dilema individual y no en el dilema social en que se ha convertido.

En nuestro país, los esfuerzos de los legisladores - tendientes a resolver el problema social creado por la mari-- huana se condensan en los siguientes cuerpos de leyes:



## CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

## Estupefacientes.

Artículo 216 .- El comercio, importación, exportación, transporte en cualquier forma, siembra, cultivo, cosecha, elaboración, adquisición, posesión, prescripción médica, preparación, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con el tráfico o el suministro de estupefacientes o de cualquier producto o productos que sean reputados como tales en la República Mexicana, - queda sujeto:

- I. A los tratados y convenios internacionales;
- II. A las disposiciones de este código y sus reglamentos;
- III. A las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General;
- IV. A las leyes penales sobre la materia; y
- V. A las circulares y disposiciones que dicte la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Artículo 217 .- Para los efectos del artículo anterior se reputan como estupefacientes:

Fracción XII. La Cannabis índica (Marihuana) en cualesquiera de sus formas, derivados o preparados.

Artículo 218 .- El Consejo de Salubridad General es la



autoridad facultada para determinar cuando un producto es de naturaleza análoga a los mencionados en el artículo anterior.

Artículo 219 .- Queda prohibido en la República Mexicana todo acto de los mencionados en el artículo 216, con las siguientes sustancias:

I. Opio preparado para fumar;

II. Diacetilmorfina (heroína), sus sales o preparados; o

III. Cannabis indica (marihuana) en cualesquiera de sus formas, derivados o preparaciones.

Artículo 220 .- Igual prohibición podrá ser establecida por el Consejo de Salubridad General para algunas de las sustancias señaladas en el artículo 217, cuando considere que puede ser sustituida en sus usos terapéuticos por otra que, a su juicio, no origine hábito.

Artículo 221 .- Quedan prohibidos en la República Mexicana, el cultivo y la cosecha de Cannabis Indica, de adormidera (*Papaver Somniferu*, L) y del árbol de coca (*Erythroxylon Novogranatense*, Morris).

Artículo 222 .- Queda prohibido el paso por la República Mexicana, con destino a otro país, de las sustancias señaladas en el artículo 217, así como de las que se determinen de a

cuerdo con el artículo 218.

Artículo 223 .- La Secretaría de Salubridad y Asistencia es la única autoridad facultada en la República para conce--  
der los permisos para algún acto relacionado con estupefacientes.

#### CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES.

##### TITULO SEPTIMO

###### Delitos contra la salud.

De la producción, tenencia, tráfico y prose  
litismo en materia de estupefacientes.

Artículo 193 .- Se considerarán estupefacientes los -  
que determinen el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexica-  
nos, los reglamentos y demás disposiciones vigentes o que en lo  
sucesivo se expidan en los términos de la fracción XVI del artículo  
73 de la Constitución General de la República, así como los -  
que señalen los convenios o tratados internacionales que México  
haya celebrado o en lo futuro celebre.

Artículo 194 .- Se impondrá prisión de dos a nueve a-  
ños y multa de un mil a diez mil pesos, al que siembre, cultive,  
coseche o posea plantas de "cannabis" resinosas reputadas como -  
estupefacientes por el artículo 193, sin llenar los requisitos -

que para el caso fijen las leyes y disposiciones sobre la materia o con infracción de ellas.

Cualquier acto que se realice con plantas de "cannabis" resinosas o con la resina separada, en bruto o purificada, de dichas plantas, diverso a los enumerados en este precepto, pero determinados como delitos en los artículos siguientes, quedará comprendido, para los efectos de su sanción, dentro de lo que dispone este capítulo.

En ningún caso se concederá el beneficio de la condena condicional a los que siembren, cultiven o cosechen plantas de "cannabis" resinosas, que tengan carácter de estupefacientes.

Artículo 195 .- Fuera de los actos previstos en el artículo anterior, se impondrán prisión de tres a doce años y multa de dos mil a veinte mil pesos:

I. Al que elabore, comercie, transporte, posea, compre, enajene, suministre aún gratuitamente o, en general efectúe cualquier acto de adquisición, suministro, transportación o tráfico de estupefacientes, sin llenar los requisitos que para el caso fijen las leyes, los convenios o tratados internacionales y demás disposiciones sanitarias a que se refiere el artículo 193.

II. Al que, infringiendo las leyes, los convenios o tratados internacionales y las disposiciones sanitarias que enumera el artículo 193, siembre, cultive, coseche, comercie, trans

porte, posea, compre, venda, enajene, suministre aún gratuitamente o, en general realice cualquier acto de adquisición, suministro, transportación o tráfico de semillas o plantas que tengan carácter de estupefacientes.

III. Al que lleve a cabo cualquiera de los actos enumerados en las fracciones anteriores, con opio crudo, "cocinado" o preparado para fumar o con sustancias preparadas para un vicio de los que envenenan al individuo y degeneran la raza, actos que hayan sido motivo de declaración expresa por convenios o tratados internacionales, leyes o disposiciones sanitarias a que se contrae el artículo 193;

IV. Al que realice actos de provocación general, o que instigue, induzca o auxilie a otra persona para que use de estupefacientes, o a que ejecute con ellos, cualesquiera de los actos delictuosos señalados en este capítulo.

Si la persona inducida o auxiliada fuere menor de 18 años o incapacitada o si el agente aprovecha su ascendiente o autoridad para ello, la pena será además de la multa, la de cuatro a doce años de prisión.

No es delito la posesión por parte de un toxicómano, de estupefacientes en cantidad tal que, racionalmente, sea necesaria para su propio consumo. En este caso quedará sujeto a las medidas de seguridad que señala el artículo 24, inciso 3o. de este Código.

Artículo 196 .- Cuando con motivo de su actividad, los farmacéuticos, boticarios, droguistas o personas que ejerzan la medicina en alguna de sus ramas, ejecutaren directamente o valiéndose de otras personas, cualesquiera de los actos determinados por el artículo 195, las sanciones serán las siguientes:

I. Prisión de cuatro a doce años y multa de tres mil a veinticinco mil pesos;

II. Inhabilitación, en su caso, para el ejercicio de su profesión y del comercio, por un lapso no menor de dos años - ni mayor de cinco años y

III. Clausura de los establecimientos de su propiedad, por un término no menor de un año ni mayor de tres años, -- cuando los actos fueron ejecutados dentro de los establecimien--  
tos

Artículo 197 .- Al que importe o exporte ilegalmente estupefacientes o sustancias de las señaladas en este Capítulo , se le impondrá una pena de seis a quince años de prisión y multa de tres mil a treinta mil pesos, sin perjuicio de aplicarle, en su caso, la inhabilitación a que se refiere el artículo anterior.

Las mismas sanciones se impondrán al funcionario o empleado público aduanal que permitiere la introducción o la salida del País, de estupefacientes o sustancias determinadas en el artículo 193, con violación de las prescripciones contenidas en

el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, en los convenios o tratados internacionales suscritos por México o que en lo sucesivo suscriba, en las leyes o disposiciones sanitarias o en cualquiera otra ley.

Artículo 198 .- A los propietarios o encargados de un fumadero de opio o de un establecimiento destinado en cualquier forma, para que se lleven a cabo en él, la venta, suministro o uso de estupefacientes o sustancias comprendidas en la Fracción - III del artículo 195, se les impondrán las mismas penas que señala el artículo anterior, clausurándose además definitivamente el establecimiento de que se trata.

Artículo 199 .- Los estupefacientes, las sustancias, los aparatos, los vehículos y demás objetos que se emplearen en la comisión de los delitos a que se refiere este Capítulo, serán en todo caso, decomisados y se pondrán a disposición de la Autoridad Sanitaria Federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia, a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES DEL DISTRITO

Y TERRITORIOS FEDERALES.

TITULO DECIMOSEGUNDO. Procedimientos relativos a los -

enfermos mentales, a los menores y a los toxicómanos.

### CAPITULO III.

#### Toxicómanos.

Artículo 523 .- Cuando el Ministerio Público tenga conocimiento de que una persona ha hecho uso de drogas, sustancias o semillas enervantes, al iniciar su averiguación se pondrá inmediatamente en relación con el Departamento de Salubridad Pública o con el delegado de éste que hubiere en el lugar, para determinar la intervención que deban tener en el caso las autoridades sanitarias o las judiciales.

Artículo 524 .- Si la averiguación se refiere a la compra o a la posesión de enervantes, el Ministerio Público, de acuerdo con las autoridades sanitarias a que se refiere el artículo anterior, precisará acuciosamente si esa compra o posesión tiene por finalidad exclusiva el uso personal que de ellas haga el inculcado. En este caso, y siempre que el diagnóstico que se haga por la autoridad sanitaria indique que el inculcado es un toxicómano, no hará consignación a los tribunales; en caso contrario, ejercerá la acción penal.

Artículo 525 .- Si se hubiere hecho la consignación y, durante las setenta y dos horas que señala el artículo 19 constitucional; se formula o se rectifica el diagnóstico, en el senti-

do de que el inculpado sí es toxicómano, el Ministerio Público - se desistirá de la acción penal sin necesidad de consulta al Procurador, y pedirá al tribunal que el detenido sea puesto a disposición del Departamento de Salubridad o del delegado de éste que corresponda, para que se le interne en el hospital o departamento especial destinado a toxicómanos por el tiempo que sea necesario para su curación.

Artículo 526 .- Si el inculpado que compró o posee enervantes para su uso exclusivo hubiere comerciado, elaborado, enajenado, suministrado gratuitamente, o ejecutado cualquier otro acto de suministro o tráfico de enervantes, se le consignará a - los tribunales por este motivo, sin perjuicio de la intervención del Departamento de Salubridad Pública o del delegado, en su caso, para su tratamiento durante la detención o prisión, o después de ella, si fuere necesario todavía.

Artículo 527 .- El Departamento de Salubridad Pública, sus delegados o cualquier otro perito médico oficial, a falta de aquellos, rendirán, en todo caso, a los tribunales dictamen sobre los caracteres organolépticos o químicos de la sustancia, droga, semilla o planta recogida. Estos dictámenes, cuando hubiere detenido, serán rendidos dentro del término de setenta y dos horas a que se refiere el artículo 19 constitucional.



## CONCLUSIONES.

Mi idea inicial: conocer acerca de la marihuana, me llevó a realizar la revisión contenida en este trabajo, de la cual - he obtenido como idea primordial que acerca de la marihuana no -- hay escrito nada definitivo, como no sea, que existe y que tiene un componente activo. Esta idea está basada en que he observado - que hay tantas opiniones como personas interesadas en la materia, hecho que dificulta el estudio objetivo de cualquier aspecto relacionado con ella y que impide el llegar a conclusiones definiti--vas.

Existen enfoques o corrientes que manifiestan una de--terminada postura ante la marihuana y lo que a ella concierne, - que se contraponen a otras que con la misma intensidad defienden. sus opiniones.

La intención de estas conclusiones es reunir de todas las opiniones las que por su objetividad considero las más importantes. Sin embargo, como ha surgido de esta revisión la necesi--dad de colocar mis propias opiniones tomando una postura ante --

las tendencias tan marcadas, en pro y en contra de la discutida droga, me permitiré en algunos casos, hacer un breve comentario sobre ellas. Considero que esta inquietud no es mas que el resultado de una serie de interrogaciones surgidas de las controversias para las que no he encontrado respuesta.

1. La Cannabis es conocida usada desde varios siglos antes de Cristo y en la revisión histórica puede observarse un cambio total en el concepto de su uso que va desde considerarla socialmente como algo valioso destinado a recompensar, hasta ser actualmente, en algunas sociedades, algo prohibido y merecedor de un castigo. Resultaría interesante un análisis detallado del porqué de esta situación, desafortunadamente en ninguno de los artículos revisados se encontró mención a este respecto.

2. Marihuana es el nombre que se da en México a la droga que se obtiene de las hojas de la planta del género Cannabis, constituido por una sola especie, Cannabis Sativa L., comprendiendo dos o tres variedades: C. índica; C. enática y C. chiensis.

3. En 1965, R. Mechoulam y Y. Gaoni sintetizan por primera vez el principio activo de la Cannabis el cual se denomina Delta 1 Tetrahidrocannabinol.

4. La marihuana es considerada por la OMS como fár-

maco psicotropo o sea una droga que actúa sobre la función, la conducta o la experiencia psíquica; clasificándola dentro de la categoría de los psicodislépticos. Según la propia organización este tipo de fármacos causan dependencia.

5. El Comité de la OMS define la adicción a las drogas como sigue: "Se trata de un estado de intoxicación periódica o crónica, deletéreo para el individuo y para la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética)".

En el sentido farmacológico estricto "adicción" es si nónimo de "dependencia física" y "habituación" de "dependencia psíquica", sin embargo, en la actualidad la OMS reemplaza "adicción a las drogas" y "habituación a las drogas" por "dependencia de las drogas" que se define como: "un estado que surge de la repetida administración de una droga sobre una base periódica o -- crónica".

Es curioso observar que en trabajos muy recientes se habla frecuentemente de "afición" a la marihuana y no sé si es -- porque el término se ajusta a la definición anterior o porque con él se resta importancia al problema. En el último de los casos se ría necesario especificar el límite entre la afición y la adic-- ción.

6. Es absolutamente esencial especificar la dosificación en cualquier descripción del uso de la marihuana. Se dice --

que en cantidades pequeñas actúa como un euforizante moderado y en grandes cantidades recuerda los efectos del LSD tales como despersonalización, marcada distorsión visual y alucinaciones.

7. No se ha demostrado con rigor científico que el uso de la marihuana tenga algún efecto físico a largo plazo. Sin embargo existen grandes discrepancias en las opiniones a este respecto; por un lado se habla de que sólo dos efectos se presentan fuera de toda duda: la congestión conjuntival y la taquicardia y por el otro se dice que hay hipotensión postural, mi-driasis, congestión conjuntival, photophilia, falta de coordinación muscular, espasmos, frecuencia urinaria, boca seca, náusea, vómito y diarrea. También se dice que hay efectos a largo plazo en hígado, bronquios y pulmones.

En cuanto a los efectos mentales, la OMS expone que la marihuana, considerada como psicodisléptico (alucinógeno) puede provocar trastornos de la personalidad con signos de desinterés afectivo, inadaptación social, alteraciones del juicio y, en ciertos casos, psicosis persistentes.

8. Estudios sobre la motivación para el uso de la marihuana han planteado la necesidad de distinguir cuándo se trata de un consumidor crónico, al que podría llamársele "adicto", y el que la usa esporádicamente, que bien podría ser el "aficionado". En el primero la intención era intoxicarse y está -

más relacionada con un trastorno de la personalidad; en el segundo frecuentemente son otras razones: sentirse unido con la pandi-lla, curiosidad de una experiencia psicodélica y en ocasiones -- protesta y rebelión a las normas impuestas.

9. Los estudios acerca de la personalidad del adicto a la marihuana se reducen a individuos que se encuentran hospitalizados o reclusos en los penales. Muy poco se conoce acerca de los consumidores crónicos que no han sido institucionalizados. - Estos estudios revelan que:

a.- La mayoría proceden de hogares desorganizados.

b.- Describen a un padre carente de carácter o con características indeseables y a una madre rígida con altos niveles de moralidad.

c.- Proviene de niveles económicos medio-alto y bajo.

d.- Los recuerdos de la infancia se ven matizados de - tensión emocional definida, revelada por constantes pesadillas, - historia de enuresis, alteraciones del sueño o historias de ma-- reos.

e.- El comportamiento escolar típico era el de vagancia, pleitos o discusiones con los maestros, promiscuidad sexual, apuestas y asociación con compañeros indeseables.

f.- La historia de trabajo muestra una tendencia similar con frecuentes cambios, mucho desempleo y poco deseo de desa-

rrollar una actividad.

g.- Aún cuando la mayoría tiene conflictos con la ley sólo usa la droga para proporcionarse confianza pero no es la -- causa de la actividad criminal.

h.- Deseos sexuales intensos y perversiones estaban - presentes con un fondo subyacente de ansiedad.

La historia de los adictos a la marihuana revela un - patrón establecido del comportamiento psicopático, basado en los patrones de ansiedad familiar, el comportamiento en la escuela , historia en el trabajo e infracciones a la ley.

Durante la elaboración de este trabajo tuve oportuni- dad de platicar con sujetos, en su mayoría estudiantes, que usan la marihuana con cierta regularidad y sus comentarios refuerzan la hipótesis de que la inestabilidad familiar puede considerarse como un factor determinante en la adquisición del hábito y en mu chos casos coinciden varios de los puntos mencionados anterior-- mente. Es posible que una investigación más estructurada en este tipo de sujetos, que no han sido diagnosticados, nos llevara a - conclusiones semejantes.

10.- En ciertos síndromes problemáticos del comporta- miento como puede ser la afición a las drogas, el concepto de -- responsabilidad o culpabilidad de los individuos determina la ac titud pública para con ellos y las medidas que se han de tomar -

para la solución del problema.

En lo que va del siglo la sociedad ha cambiado radicalmente y a tomado para ella la culpabilidad y responsabilidad que antes achacaba al sujeto sin que esto haya resuelto nada.

En realidad considero que no se trata de responsabilizar o culpar a nadie porque esto en lugar de solucionar el problema lo agrava. Se puede decir que el individuo se intoxica por el malestar que le produce la sociedad en que vive y a su vez es fuente de malestar para esa misma sociedad, lo que constituye un círculo vicioso que debe dejar de existir. Cuando individuo y sociudad reconozcan las necesidades de uno y otra se habrá dado un paso en firme.

## BIBLIOGRAFIA.

- Allen, J. R., and Jolyon, W.L.: Flight from Violence: Hippies and the Green Rebellion. Amer. J. Psychiat. 125 : 364-370, 1968.
- Ames, F.: A Clinical and Metabolic Study of Acute Intoxication with Cannabis Sativa and Its Role in the Model Psychoses, J. Ment. Sci. 104: 972 - 999, 1958.
- Blacker, K. H., Jones, R. T. et als : Chronic Users of LSD : The "Acidheads". Amer. J. Psychiat. 125: 341-351, 1968.
- Bromberg, W.: Marihuana - Thirty-five Years Later. Amer. J. Psychiat. 125: 391 - 393, 1968.
- Castro y González, Gustavo : Intoxicación por Cannabis Indica. Tesis Profesional. UNAM., 1960.
- Charen, P. and Perelman, L.: Personality Studies of Marihuana Addicts. Amer. J. Psychiat. 102: 674-682, 1946.
- Clark, L. D., and Bliss, E. L.: Psychopharmacological Studies of LSD-25 Intoxication, Arch. Neurol. Psychiat. 81: 348-359, 1959.
- Clark, L. D., and Nakashima, E. N.: Experimental Studies of - Marihuana. Amer. J. Psychiat. 125: 379-384, 1968.
- Código de Procedimientos Penales del Distrito y Territorios Federales. Decima primera edición. Edit. Porrúa. México. 1969.
- Código Penal para el Distrito y Territorios Federales. Decima sexta edición. Edit. Porrúa, México. 1969.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Sexta edición. Edit. Porrúa. México. 1968.



- Cohen, S.: The Cyclic Psychedelics. Amer. J. Psychiat. 125 : 393-394, 1968.
- Comprehensive Textbook of Psychiatry, edited by Alfred M. Freedman, M.D. and Harold I. Kaplan, M.D., The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1967.
- De Ropp, Robert S., Las Drogas y la Mente. Compañía Editorial Continental, México. 1960.
- Fenichel, Otto: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Segunda edición. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1964.
- Fletcher, C. R.: Perceived Personal Causation as a Predictor of Punitive vs. Psychiatric Recommendations for Deviants, Criminologica. 4: 17-24. 1966.
- Glock, C. Y.: Images of Man and Public Opinion, Public Opinion Quart. 28: 539-547, 1964.
- Goodman, L., and Gilman, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics, 3rd ed. New York: Macmillan Co., 1967.
- Grinspoon, L.: Marihuana . Scientific American J. 221: 17-25. 1969.
- Hashish: Its Chemistry and Pharmacology, edited by G.E.W. Wolstenholme and J. Knight (Little, Brown, Boston) 1965.
- Isbell, H., Gorodetzsky, C. W., Jasinski, D., Claussen, U., Spulak, F., and Korte, F.: Effects of (-) Delta 9- Tetrahydrocannabinol in Man, Psychopharmacologia 11: 184 - 188. 1967.
- Keeler, M. H.: Motivation for Marihuana Use: A Correlate of Adverse Reaction. Amer. J. Psychiat. 125: 386-390, 1968.
- Keeler, M. H., Reifler, C.B., and Liptzin, M. B.: Spontaneous Recurrence of Marihuana Effect. Amer. J. Psychiat. - 125: 384-386, 1968.
- Lidz, T., and Rothenberg, A.: Psychodelism: Dionysus Reborn. Psychiatry. 31: 116-125, 1968
- Mayor's Committee on Marihuana: The Marihuana Problem in the

- City of New York. Lancaster, Pa.: Jacques Cattell Press. 1944.
- McGlothlin, W, and Jolyon, W.L.: The Marihuana Problem: An Overview, Amer. J. Psychiat. 125: 126-134, 1968.
- Menendez Pidal Ramón et al., Gran Enciclopedia del Mundo, Durvan, S. A. de Ediciones, Bilbao. 1964.
- Millon, T.: Theories of Psychopathology, W.B. Saunders Co., - Philadelphia and London, 1967.
- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, tercera edición, - México. 1966.
- Org. Mund. Salud. Ser. Inf. Técn., 1967, No. 371.
- Org. Mund. Salud. Ser. Inf. Técn., 1969, No. 407.
- Pattison, E. M., Bishop, L., Linsky, A. S.: Changes in Public Attitudes on Narcotic Addiction, Amer. J. Psychiat. 125: 160-167, 1968.
- Rosenthal, S. B.: Persistent Hallucinosis Following Repeated Administration of Hallucinogenic Drugs. Amer. J. Psychiat. 121: 238-244, 1964.
- SouEIF, M.I.: Hashish Consumption in Egypt with Special Reference to Psychosocial Aspects, Bulletin on Narcotics. -- 19: 1-12, 1967.
- The Marihuana Papers. Edited by David Solomon. The New American Library, Inc. New York. 1968.
- Vaillant, G. E.: A 12-Year Follow-Up of Narcotic Addicts in - New York: III. Some Social and Psychiatric Characteristics, Arch. Gen. Psychiat. 15: 599-609, 1966.
- Weil, A. T.: Cannabis. Science J. 5A: 36-42, 1969.
- Weil, A. T., Zinberg, N. E., Nilsen, J. M.: Clinical and Psychological effects of Marihuana in Man, Science. 162: - 1234-1242.
- Wikler, Abraham, M.D.: The Relation of Psychiatry to Pharma-

cology. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1957.

Wolff, Werner. Introducción a la Psicología. Cuarta edición. Fondo de Cultura Económica. México. 1959.

Wolff, Werner. Introducción a la Psicopatología. Segunda edición. Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires. 1960.