

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**“Estudio Comparativo de las Características de Personalidad y Psicopatología de Jovenes en Rehabilitación después de haber Consumido Marihuana y Jovenes que la Consumen sin Rehabilitación; según el M.M.P.I.”**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

*Verónica Irineo Romero*

Guadalajara, Jal.

Julio 1990



## **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 está 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.

## CONTENIDO

---

	Pág.
CAPITULO I. INTRODUCCION . . . . .	1
1.1 Título . . . . .	3
1.2 Objetivo de la investigación. . . . .	3
1.3 Definición de términos claves . . . . .	4
1.4 Formulación del problema. . . . .	5
1.5 Limitaciones de la investiga-- ción . . . . .	5
1.6 Naturaleza y orden de presenta-- ción . . . . .	6
1.7 Citas Bibliográficas. . . . .	7
 CAPITULO II. MARIHUANA. . . . .	 8
2.1 Definición. . . . .	9
2.2 Historia. . . . .	10
2.3 Identificación. . . . .	13
2.4 Formas de consumo y términos - populares . . . . .	14
2.5 Química . . . . .	17
2.6 Efectos . . . . .	22
2.7 Tratamiento . . . . .	23
2.8 Citas Bibliográficas. . . . .	25
 CAPITULO III. MARCO TEORICO. . . . .	 26
3.1 Antecedentes de las caracterís- ticas de personalidad y psicopa- tologías, de consumidores de -- marihuana . . . . .	27
3.2 Bases teóricas, físicas y psico- lógicas que conducen a la droga dicción . . . . .	28

	Pág.
CAPITULO III.	
3.3 Investigaciones previas acerca- de la marihuana . . . . .	38
3.4 Conclusiones de estudios que se han realizado acerca de la mari- huana . . . . .	74
3.5 Población que tiene más riesgos adversos por el uso de la mari- huana . . . . .	76
3.6 Supuestos implícitos de la mari- huana . . . . .	76
3.7 Citas Bibliográficas. . . . .	77
CAPITULO IV. METODOLOGIA. . . . .	
4.1 Formulación de hipótesis. . . . .	80
4.2 Sistema de variables. . . . .	81
4.3 Población y muestra . . . . .	81
4.4 Diseños y/o técnicas de investi- gación. . . . .	82
4.5 Instrumentos de medición. . . . .	82
4.6 Técnicas de recolección de da- tos . . . . .	96
4.7 Técnicas de Análisis. . . . .	97
4.8 Conclusiones de Estadística . . . . .	103
4.9 Citas Bibliográficas. . . . .	104
CAPITULO V. CONCLUSIONES GENERALES . . . . .	
5.1 Restablecimiento del objetivo y su cumplimiento . . . . .	110
5.2 Conclusiones en cuanto a la -- aceptación o rechazo de hipóte- sis . . . . .	110
5.3 Discusión de posibles implica-- ciones. . . . .	112

## CAPITULO V.

5.4 Areas sugeridas para futuras -- investigaciones . . . . .	113
5.5 Citas Bibliográficas. . . . .	115
ANEXOS: . . . . .	116
BIBLIOGRAFIA. . . . .	121

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Quienes con su ayuda y esfuerzos  
les debo lo que hoy soy...

A FAUSTO:

Quien con su apoyo y compañía me  
ayudó a mantenerme firme...

A MI HIJA ANAID:

Quien con su pequeña presencia -  
me ha dado fuerzas para salir  
adelante...

A MIS AMIGOS:

Quienes siempre recordaré.  
Con su amistad me ayudaron a ser  
más grata esta etapa de mi vida.

A MIS MAESTROS:

Que me brindaron su ayuda y su -  
tiempo.

CAPITULO I

INTRODUCCION

C A P I T U L O   I  
I N T R O D U C C I O N

México es un país que ha vivido en un proceso de cambio acelerado, caracterizado por factores como:

La industrialización, el perfeccionamiento de los medios colectivos de comunicación, el avance científico y tecnológico, el crecimiento de la población, los movimientos migratorios, la elevación del nivel de vida y el crecimiento del ocio junto con el de la competencia. Todo esto ha creado un gran desequilibrio en nuestra sociedad. Esto ha afectado sin lugar a dudas: la cultura tradicional mexicana, las escalas de valores, las normas, las actividades y las formas de conducta de nuestra sociedad. Todos estos cambios de los que el individuo no se puede sustraer han generado con frecuencia desconcierto grave, provocando tensiones y presiones en el individuo que además, como sujeto a estos procesos debe afrontar situaciones personales que desarrollan un complejo estado psicológico. Cuando se falla en la adaptación adecuada, se escogen vías impropias, y una es la que lleva a pensar en la utilización de drogas como medio de escape para sentirse "bien"; siendo ésta la principal motivación para realizar este estudio comparativo. Ya que el abuso de drogas en nuestro país es un grave problema que, en los últimos años ha aumentado considerablemente; así como el consumo de marihuana, viéndose más afectados los grupos de preadolescentes y adolescentes, llegando así hasta la edad adulta.

Como todo fenómeno social, el de la Farmacodependencia es bastante complejo ya que en éste intervienen diver



sas energías: Físicas, químicas, biológicas y psicológicas.

Tomando en cuenta que este fenómeno social está íntimamente ligado a la adolescencia y uno de éstos es que -- los jóvenes cada vez están mas insatisfechos del mundo -- que los rodea, además de tener que ajustarse a una serie de cambios propicios de su edad; y todo esto los lleva al hedonismo, a la búsqueda de los sentimientos agradables y a la huida de los desagradables. Es frecuente encontrar atrás de todos estos aspectos antes mencionados: hogares desorganizados y/o desintegración familiar.

Una de las metas, la más importante al realizar este estudio comparativo; es obtener más información sobre las consecuencias que causa en la personalidad, el consumo de la marihuana. Ya que es vital orientar a la comunidad, a la sociedad en que vivimos; sobre los peligros y efectos de las drogas; para, así prevenir antes de que afecte al individuo.

#### 1.1 TITULO.

"Estudio comparativo de las características de personalidad y psicopatología de jóvenes en rehabilitación, -- después de haber consumido marihuana, y jóvenes que la -- consumen sin rehabilitación; según el M.M.P.I."

#### 1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.

"Descubrir las diferencias que existen entre las características de personalidad y rasgos psicopatológicos - en: jóvenes que han consumido marihuana y que se encuen--

tran en rehabilitación, con jóvenes que consumen marihuana y no han recibido tratamiento."

Estos datos serán obtenidos mediante la aplicación a cada sujeto, del test psicológico MMPI. Comparando al final resultados mediante el método estadístico: Contraste de hipótesis referente a dos medias.

Se espera que esta investigación sea de utilidad para el psicólogo en general; y en especial a la sociedad, para que de esta forma reciban más información sobre las causas, efectos, consecuencias; que causa el consumir marihuana. Y así, ayuden a personas que sean adictos a la misma; pudiendo al mismo tiempo promover programas de corrección y programas de prevención, al nivel de niños, -- jóvenes y adultos.

### 1.3 DEFINICION DE TERMINOS CLAVES.

A). ESTUDIO COMPARATIVO: "Conocimientos que se adquieren al establecer una relación entre grupos de estudio, para verificar datos que se esperan obtener, al realizar una investigación o al ejecutar un proyecto."(1)

B). PERSONALIDAD: "Configuración global psicosocial de un individuo o persona que hace referencia a la organización dinámica del individuo psicológico."(2)

"Organización integrada por todas las características: cognitivas, volitivas, afectivas y físicas de un individuo, tal como se manifiesta a diferencia de otros. - Caracterización o patrón general de la conducta total de un individuo."(3)

C). PSICOPATOLOGIA: "Ciencia que estudia los trastornos de la vida psíquica (o dicho de otro modo, de la conducta significativa) de los individuos. Es la base de la psiquiatría y la psicología clínica."(4)

D). RASGOS PSICOPATOLOGICOS: "Modos distintos de conducta, de las funciones y procesos psíquicos debido a que los dotes naturales del individuo son modificados por una patología o enfermedad ya sea con características biológicas o psicológicas."(5)

E). REHABILITACION: "Restablecer una enfermedad, o un daño físico o psicológico."(6)

F). MARIHUANA: "Se refiere estrictamente a determinadas formas de cannabis, esto es una sustancia obtenida de la planta del cáñamo. Que produce exultación y flujo fácil de ideas y fantasías en sus usuarios."(7)

#### 1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Existen diferencias de rasgos psicopatológicos y características de personalidad, entre jóvenes en rehabilitación que dejan de consumir marihuana, y jóvenes que la consumen?

#### 1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.

Una de las limitaciones es que, no se controló el medio ambiente ni el nivel sociocultural. (Sujetos de Guadalupe, Jal. y sujetos de Puerto Peñasco, Son.).

Otra es, que las muestras a seleccionar fueron sola-

mente personas de 16 a 30 años de edad.

Y por último, se utilizó solamente un instrumento de medición (MMPI).

Obteniéndose por este motivo, sólo resultados de una parte de la población de personas que consumen marihuana.

#### 1.6 NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

En el segundo capítulo, se plantea un bosquejo general sobre el problema objeto de estudio; la marihuana, -- sus antecedentes históricos hasta lo que son sus efectos- y tratamiento.

En el tercer capítulo se analiza todo el marco teórico, que va desde antecedentes del problema e investigaciones previas que se han realizado sobre la marihuana.

El cuarto capítulo es un seguimiento de los procedimientos que se llevaron a cabo en la metodología. Así como las técnicas e instrumentos de medición que se utilizaron para realizar este estudio comparativo. Así como las conclusiones de los resultados estadísticos.

En el quinto capítulo y último, se describen las conclusiones de este estudio y al final se analizan algunas implicaciones que se pudieran presentar al realizar otras investigaciones sobre el tema. Así como se sugieren --- áreas para futuras implicaciones.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- García Ramón/Pelayo y Gross (1977). Diccionario Enciclopédico Pequeño Larousse. Ed. Larousse, pág. 252.
- 2.- Carlos Gisbert (1985). Enciclopedia Psic. Océano. Diccionario. Ed. Océano, pág. 190.
- 3.- Warren Howard C. (1982). Diccionario de Psicología. - Ed. Fondo de la Cultura, pág. 135.
- 4.- García Ramón/Pelayo y Gross (1977). Diccionario Enciclopédico Pequeño Larousse. Ed. Larousse. op.cit.1, - pág. 200.
- 5.- Freedman Alfred (1977). Tratado de Psiquiatría. Ed. - Salvat, pág. 93.
- 6.- García Ramón/Pelayo y Gross (1977). Diccionario Enciclopédico Pequeño Larousse. Ed. Larousse, op.cit.1, - pág. 889.
- 7.- Revista: Centros de Integración Juvenil (1984). Diccionario de Centros Locales. Drogas y Marihuana. p.8.

CAPITULO II

MARIHUANA

## C A P I T U L O   I I

### M A R I H U A N A

#### 2.1 DEFINICION.

"Se refiere estrictamente a determinadas formas de -- Cannabis Sativa (nombre científico); es una substancia ob-  
tenida de la planta del canamo y contrariamente a la idea popular, no es un sinónimo de Cannabis (en efecto, el Can-  
nabis proviene de un residuo encontrado en la planta hem-  
bra del canamo y presente mayormente en las raíces y reto-  
ño de la planta). De las flores y hojas secas de dichas -  
plantas se obtiene la marihuana."(1)

"Toda planta contiene las substancias psicoactivas -  
la cual se llama: tetrahidracannabinol ( THC ), pero las-  
principales concentraciones se encuentran en las partes -  
más elevadas de la planta donde aparecen las flores (co-  
las), en las hojas es menor la concentración.

Se clasifica legalmente la marihuana más como aluci-  
nógeno, que como un narcótico."(2)

"La resina extraída de la Cannabis Sativa se llama -  
Hashish (la marihuana tiene una potencia de la sexta par-  
te del Hashish), posee un color oscuro y se fuma. La re-  
sina se extrae de las partes floridas y de las hojas jóv-  
nes y posee una concentración de THC.

Otras formas que se preparan del Cannabis, como el -  
llamado "Aceite de Hash" posee una concentración entre 5-  
y 40% más fuerte de la planta y se consigue del destilado  
de la marihuana.

En resumen; la marihuana, el Hashish y su aceite son distintas presentaciones de THC.

Un tratado de las Naciones Unidas, la convención sobre Narcóticos de 1961, define a la marihuana como:

"Las flores o frutos de la planta del Cannabis (excluyendo las semillas y las hojas que no están en las partes superiores), de las que no se ha extraído la resina."  
(3).

## 2.2 HISTORIA.

"El Cannabis Sativa (hierba o marihuana, en España y países hispanoamericanos), es una planta anual herbácea, de la que se aprovecha su fibra, que se conoce con el nombre de canamo y que crece fácilmente en cualquier región de clima templado. De sus inflorescencias se obtiene una resina que da origen al Hachis, de los orientales y al "kifi" de los pueblos norteafricanos.

La referencia más antigua que se posee sobre el cannabis figura en un libro de la farmacopea China del año - 2737 A.de C., donde se atribuye carácter medicinal, para el tratamiento de diversas dolencias, como el reumatismo, el beriberi, la malaria y ciertos trastornos mentales. A partir de aquí, es raro el pueblo de la cuenca Mediterránea o de extremo Oriente que no haya empleado a lo largo de la Historia: Griegos, Hindúes, Asirios, Iranes, Celtas, Romanos y un sin fin de cultura, la utilización con fines religiosos o medicinales, pero fue con el advenimiento de la cultura Arabe cuando el Cannabis adquirió mayor difusión.



El nombre de Hachis ("hierba") en corte llano, comenzó a importarse, especialmente, después de las descripciones que Marco Polo hizo en su "Livre deis merveilles du Monde" de las sectas de los Hachichins, guerreros del Jaque Hassan Ibn al Sabbah (el viejo de la montaña) temido por su fiereza; los miembros de esta secta eran recompensados tras el combate, con preparados a base de Hachis, y se les prometía, que si morían luchando por su jefe, su cuerpo iría a un paraíso donde podrían disfrutar de los gozos de la droga por toda una eternidad.

Los primeros estudios de la planta fueron obra de los científicos que en 1798, acompañaron a Napoleón a su campaña a Egipto. Las tropas parece que tuvieron un interés hacia ella menos erudito, como lo demuestra un decreto firmado por Napoleón el 1º de octubre de 1800, que sanciona con diversas penas, la preparación, venta o consumo de preparados Cannábicos.

Introducida en Europa a principios del siglo XIX por el ejército francés, poco a poco se abrió camino en los ambientes intelectuales y bohemios, en gran medida también gracias a la descripción más que realista de sus efectos por parte del Psiquiatra J.J. Mareau de Tous; fruto de sus observaciones en un viaje a Argelia y de su experiencia personal como consumidor de Cannabis. Al hilo del ciclo (tono) de moda con que el uso de la planta fue acogido, llegarían a crearse incluso círculos sociales de relación con la droga.

El uso del Hachis en Europa, permanecería relegado dentro de estos ambientes artísticos hasta mediada la década 1951-1960. Poco a poco el cannabis se convirtió en una especie de arma contra el poder establecido, y en conjunción con ciertas filosofías Orientales en una vuelta a

formas de vida más naturales y en el símbolo de la contra cultura, del rechazo de una sociedad cada vez más deshuma nizada.

El papel religioso de la marihuana puede ser observa do en varias regiones del Africa Negro.

Según algunos autores, fue introducida la marihuana- a América Latina, por esclavos negros.

Se relaciona la fuerza del Cannabis con ciertos núme ros de factores, a saber: el clima y el suelo en los que la planta crece; el tiempo de su cosecha así como el méto do utilizado, y la parte de la planta de la que se obtiene. La forma más potente de cannabis es la de pasteli--- llos de la India, en donde se llama "charas", y la de un polvo blanco en el Suroeste de Asia y en Africa del Norte, donde se conoce como Hashish. Una forma fuerte de canna bis, tomada de las hojas de los retoños secos de la plan ta del canamo, se llama Bhang.

La marihuana corriente utilizada en Estados Unidos, - está hecha de tallos y cimas floridos, secados y tritura dos de la planta, y es menos fuerte que el bhang. La mari huana de plantas de canamo cultivada en Estados Unidos es menos fuerte que la hecha de plantas que crecen en climas más favorables. Así pues, existe un amplio margen de po tencia entre las numerosas formas de Cannabis.

Desgraciadamente, debido al clima y a las condicio nes del suelo, la marihuana se produce y consume en gran des cantidades en México, está clasificada entre la más - potente del mundo junto con algunas del Asia Menor (antes descritas).

El canamo Indio, más pequeño que el Cannabis Sativa-se ha encontrado en Nueva York (cultivada por Beat Niks), en París (en los balcones de Saint Louis); en Berlín, etc. Pero el elemento activo puede desaparecer al cabo de algunos ciclos de vegetación."(4)

### 2.3 IDENTIFICACION DE LA MARIHUANA.

"Las hojas del Cannabis siempre tienen un número impar (5, 7, 9, etc.) y tienen orillas aserradas.

El hashish se prepara con la resina de la planta, en "pares" aplastados de uno a dos centímetros de grueso, de forma ablonga y color verde, café claro o negro, llamados "vagos" o "soles", que frecuentemente son divididos en cubos o "zoquetes" para venderse por peso.

La marihuana maniculada es una sustancia verde, de granos muy finos, parecidos al orégano común y corriente o al tomillo cuando no ha sido tan finamente molida con las manos. Se empaca en cajas de cerillos o de cigarros, en botellas de plástico, en latas o en otros envases pequeños para su venta al menudeo. En forma de ladrillo se presionan las diversas partes de la planta: hojas, tallos, semillas, formándose el kilobrick (tabique de un kilo), - que mide 12 x 6 x 30 centímetros y que en ocasiones se envuelve en fina y elegante cubierta."

"Los cigarros son, por lo general, más cortos y de diámetro más pequeño que los de tabaco y están rellenos de marihuana maniculada, los extremos están retorcidos y quebrados; a veces, los consumidores de esta droga extraen el tabaco de los cigarros con filtro y lo reemplazan con marihuana; por lo que es fácil identificarlos."(5)

#### 2.4 FORMAS DE CONSUMO Y TERMINOS POPULARES.

"Aunque la Marihuana y el Hachis pueden tomarse por vía oral, la mayoría de los consumidores prefieren fumarla. Esta vía es más rápida que la oral. Los efectos se experimentan en segundos, y son 4 veces más potentes que si se toman por vía digestiva. El efecto máximo sobreviene entre los 10 y 30 minutos, después los niveles sanguíneos de THC, disminuyen rápidamente, de modo que en una hora bajan al 5-10% de los niveles iniciales. Los efectos subjetivos de la droga -distorsiones sensoriales y --deshinibición- persisten en una hora o dos.

Otros efectos como las dificultades de concentración, de memoria, de coordinación y de juicio pueden ser más duraderos.

En México, lo común es fumarla en cigarrillos que se llaman pitos; pero la marihuana que se fuma, come o bebe, puede ser objeto de mil preparaciones: bebidas, untadas - en tortas, preparada con mantequilla y esencia de rosas - (Irán), en mermelada con nuez vomica y dantura (en el --- Oriente próximo y medio)." (6)

## TERMINOS POPULARES DE LA MARIHUANA (7)

- |                      |                        |               |
|----------------------|------------------------|---------------|
| 1. Mota              | 33. Alfalfa            | 65. Maru      |
| 2. Cafe              | 34. Maria              | 66. Orégano   |
| 3. Grifa             | 35. Juana              | 67. Mafufa    |
| 4. La verde          | 36. Flor de Juana      | 68. Habanita  |
| 5. Yerba             | 37. Mary Poppins       | 69. Chara     |
| 6. Juanita           | 38. Marinola           | 70. Bacha     |
| 7. Notaza            | 39. Margarita          | 71. Gavos     |
| 8. Mora              | 40. Jani               | 72. Te        |
| 9. Toque             | 41. Mariana            | 73. Chupe     |
| 10. De la buena      | 42. Petate             | 74. Pochola   |
| 11. Cannabis         | 43. Petate del Soldado | 75. Epazote   |
| 12. Pasto            | 44. Coffee             | 76. Bailarina |
| 13. Mari             | 45. Pot                | 77. Chichara  |
| 14. Diosa verde      | 46. Joint              | 78. Güera     |
| 15. Yerbabuena       | 47. Cris               | 79. Grilla    |
| 16. Mariquita        | 48. Chester            |               |
| 17. Yerca            | 49. Jefferson          |               |
| 18. Grass            | 50. Guato              |               |
| 19. Golden           | 51. Huato              |               |
| 20. Mary Jane        | 52. Carrujo            |               |
| 21. Oro verde        | 53. Cartucho           |               |
| 22. Hoja verde       | 54. Rollo              |               |
| 23. Pepita verde     | 55. Flauta             |               |
| 24. Verdosa          | 56. Pito               |               |
| 25. Yerba verde      | 57. Pitillo            |               |
| 26. Moustro verde    | 58. Canamo             |               |
| 27. Campechana verde | 59. Tronadora          |               |
| 28. Yerba santia     | 60. Achicalada         |               |
| 29. Yerba del diablo | 61. Queta              |               |
| 30. Yerba de oro     | 62. Kris Kras          |               |
| 31. Zacate           | 63. Chiclosa           |               |
| 32. Pastura          | 64. Fitosa             |               |

TERMINOS POPULARES PARA REFERIRSE A LOS USUARIOS (8)

- |                      |                |                   |
|----------------------|----------------|-------------------|
| 1. Grifo             | 33. Verde      | 65. Dwawrizado    |
| 2. Marihuana         | 34. Mortachon  | 66. Viajador      |
| 3. Moto              | 35. Yerco      | 67. Aviador       |
| 4. Parado            | 36. Grifo      | 68. Andar volando |
| 5. Motorolo          | 37. Grijalvo   | 69. En órbita     |
| 6. Macizo            | 38. Lelo       | 70. Transportando |
| 7. Pacheco           | 39. Grillo     | 71. Elevado       |
| 8. En onda           | 40. Achicalado | 72. Chupe         |
| 9. Drogado           | 41. Quemador   | 73. Chupador      |
| 10. Mafuto           | 42. Quemado    | 74. Tronador      |
| 11. Atizado          | 43. Quemar     | 75. Tronárselas   |
| 12. Tocado           | 44. Quemando   | 76. Cizoma        |
| 13. Alivianado       | 45. Tatemar    | 77. Mazo          |
| 14. En viaje         | 46. Tostar     |                   |
| 15. Al punto         | 47. Flamear    |                   |
| 16. Tizo             | 48. Atizar     |                   |
| 17. Cruzado          | 49. Groovy     |                   |
| 18. Tronado          | 50. Tizon      |                   |
| 19. Colgado          | 51. Drogadicto |                   |
| 20. Yerbero          | 52. Toxicómano |                   |
| 21. Marimoto         | 53. Loco       |                   |
| 22. Corredor de Moto | 54. Alocado    |                   |
| 23. Enmotado         | 55. Huído      |                   |
| 24. Motado           | 56. Ido        |                   |
| 25. Motardo          | 57. Trole      |                   |
| 26. Motigoso         | 58. Chido      |                   |
| 27. Enyerbado        | 59. Guido      |                   |
| 28. Moro             | 60. Acelerado  |                   |
| 29. Marelina         | 61. Conectado  |                   |
| 30. Pasto            | 62. Entrado    |                   |
| 31. Cafetero         | 63. Colmado    |                   |
| 32. Cafetol          | 64. Pasadena   |                   |

## 2.5 QUIMICA DE LA MARIHUANA.

"Antes de estudiar los efectos de la marihuana, es importante entender qué es la marihuana, pues lo que es químicamente, afecta lo que hace, no sólo físicamente sino también psicológicamente.

Hay 421 químicos en el Cannabis, los más importantes son un grupo que se encuentra en la planta y las drogas hechas a partir de ésta; toman su nombre de familia de los árboles: los cannabinoides. El principal cannabinoide es el delta-9-tetrahidrocannabinol, que los científicos llaman delta-9 y otros simplemente THC.

Desde principios de los setentas, los cultivadores del Cannabis respondieron a una mota más potente, cosechando la planta de manera selectiva, para aumentar la potencia del THC; por ejemplo: Las hojas más pequeñas contienen químicos más potentes que las hojas más grandes, por eso, los cultivadores retiran las hojas más grandes.

Sin embargo, los cultivadores en los últimos tiempos producen el tipo sin semilla en este caso, la planta hembra es la más potente que el macho, particularmente cuando no ha sido fertilizada; por lo tanto, los cultivadores tratan de mantener vírgenes sus plantas; los machos se cosechan y se retiran antes que puedan polinizar a las hembras para que no se contaminen con ningún tipo de esporas ácreas masculinas. Sin semilla puede tener una potencia del 8 al 10% de THC o más.

Estas potencias difieren ampliamente en los diversos tipos de drogas. Los cannabinoides siempre están presentes, pero el nivel de cada uno puede variar de una cosecha a otra en diferentes partes del mundo. El cannabis -

es una planta herbácea, anual."(9)

"La marihuana es la químicamente más compleja de todas las drogas ilegales; casi todas las demás son un químico o dos. Pero cuando se fuma la "yerba", sus 421 químicos se combustionan en más de 2000, y cuando éstos se metabolizan o se difunden en el cuerpo, se producen cientos más de químicos. Por ejemplo: Sólo el químico delta-9-THC, se separa en más de 35 metabolitos conocidos; para los investigadores es imposible descifrar lo que todos -- los químicos de la marihuana pueden hacer en el organismo y dado que los efectos son tan complejos, algunos investigadores se concentran sólo en un Cannabinoide en vez de tratar con todos los químicos.

Un estudio más profundo en los problemas que enfrentan los investigadores, nos dice: los 421 químicos conocidos provienen de 18 diferentes clases de químicos; por ejemplo: hay 50 tipos distintos de hidrocarburos cerosos que ayudan a crear el alquitrán al fumar marihuana; existen 103 terpenos, la mayoría de los cuales afectan los -- pulmones; también existen 12 ácidos grasos, 11 esteróides y 20 componentes nitrogenados, así como agentes tóxicos, incluyendo el monóxido de carbono, el amoniaco, la acetona y el benzeno; además está el benzatraceno y la -- benzopirina que son inductores de cáncer y que están presentes en la marihuana en cantidades de un 50 a un 100% -- más que al fumar tabaco.

El cannabis tiene una cantidad infinitesimal de vitamina K (una vitamina que normalmente la producen las -- bacterias intestinales en el bajo colon y que se encuentra en la coagulación de la sangre).

De los 61 cannabinoides conocidos, sólo 5 se han es-



**Libro No.**

**Hoja No.**

---

DIRECTOR DE LA CARRERA

---

DR. NESTOR VELASCO PERE

EL SUSCRIT  
INCORPORACION Y REVALIDAC

tudiado a profundidad; lo que otros 56 pueden estar haciendo en el organismo aún se desconoce.

De los 5 Cannabinoides principales, Delta-9-tetrahydrocannabinol es el más psicoactivo que afecta al cerebro. (El principal término científico es Psicotomimético, lo que significa "Psicosis fingida"). Un metabolito importante del Delta-9-THC también poderoso en lo relacionado con las alteraciones al cerebro, y se ha estudiado como un cannabinoide auténtico; su nombre es aún más largo: -- 11-Hidroxi-delta-9-tetrahydrocannabinol; en la clase de Psicoactivos también está el llamado delta-5-tetrahydrocannabinol, pero éste está presente en cantidades relativamente pequeñas y, aparentemente algunas veces no está presente.

La potencia del THC, se refiere al potencial de alteración al cerebro de una muestra individual de marihuana; 1% de THC es suficiente potente para provocar un "viaje" (el 2% de THC significa que hay 2 libras de delta-9-THC puro en 100 libras de marihuana. Un carrujo de 1 gramo tiene 20 mg. de THC).

Los investigadores que han estudiado diversos cannabinoides no psicoactivos que están presentes en cantidades importantes: cannabinol (CBN) y cannabione (CBC), han descubierto que, en algunos aspectos, los cannabinoides no psicoactivos son más peligrosos para ciertos sistemas del organismo que los psicoactivos. Señaló el Dr. -- Carlton Turner: "Todos los cannabinoides tienen actividad biológica y pueden potenciar y/o antagonizar (aumentar) las acciones farmacológicas del delta-9-THC o cualquier otro cannabinoide.

Al decir biológicamente activos, intentamos expresar

que cada cannabinoide puede alterar alguna función normal de un organismo vivo, alteración que posiblemente no sea posible ya que ocurre a nivel celular pero que puede conocerse a través de la investigación en los laboratorios.

A medida que los índices de cannabinoides de cada muestra individual de marihuana varían, asimismo variarán los efectos biológicos; de hecho es imposible producir dos grupos de cannabis idénticos, aun cuando el contenido de delta-9-THC sea el mismo.

Con el objeto de entender a la marihuana y sus efectos en la salud de nuestra sociedad, es necesario estudiar los sistemas y aparatos del organismo y comprender que la marihuana es una droga única que actúa a nivel celular. Los efectos biológicos son muchos, pues los cannabinoides y otros componentes de esta yerba, al ser fumados afectan a todos los sistemas del organismo.

Psicoactivos o no, todos los cannabinoides estudados hasta ahora tienen una cosa en común, y ése es el factor más importante, se trata de los deterioros físicos penetrantes y de amplio alcance, que el cannabis causa, y también pueden influir los efectos psicológicos: La solubilidad.

Los cannabinoides son químicos muy distintos no sólo son solubles en las grasas (son lipófilos, las grasas los atraen), pero no en el agua, nuestro organismo tiene un sistema de derecho basados en el agua: como la sangre, la orina, sudor, heces fecales. Cuando ingerimos químicos que no se disuelven en agua, permanecen en nuestro cuerpo.

Cuando se fuma un carrujón los cannabinoides entran al flujo sanguíneo a través de los pequeños alveolos --

de los pulmones; la sangre es más gruesa que el agua, entre los materiales que hacen espesa a la sangre, están -- los corpúsculos y otros químicos llamados lipoproteínas. -- Los cannabinoides se adhieren a las superficies serosas -- de los corpúsculos y se mezclan con las lipoproteínas, am -- bos son transportados por todo el organismo, pero no sa-- -- len de éste ya que existen otros materiales (serosos) --- atractivos: órganos como las gonadas (ovarios y testícu-- los) y el cerebro, cuya tercera parte es grasas.

El organismo tiene 3 principales depósitos de grasas que atraen a los cannabinoides.

Los órganos ya mencionados, incluyendo las suprarre-- nales, el hígado y otros órganos que actúan como depósi-- tos de grasas.

Los cojines protectores de grasas que rodean a mu--- chos órganos importantes como son: El corazón y los riñones.

Las membranas superficiales e internas de todas las-- células del cuerpo; éstas contienen varios tipos de gra-- sas como los fosfolípidos y colesterol.

Los cannabinoides son atraídos por las grasas, no -- sólo buscan y se unen a estos depósitos sino que se "cuel -- gan" de ellos; lentamente gotean hacia el flujo sanguíneo, para ser metabolizados por el hígado y dividirse lo sufi-- ciente para que puedan dejar el organismo, principalmente en las heces fecales, pero también por la vía urinaria; y durante su salida y excreción, ejercen nuevas acciones en las funciones del cuerpo.

De acuerdo con un estudio comparativo completo que -

se ha hecho sobre el tema, una persona que ha estado fumando marihuana regularmente durante 6 ó 12 meses, mostrará la cannabis en su orina durante las 3 ó 4 semanas después de haber dejado de fumar marihuana. Este estudio de 1982, encabezado por el Dr. Charles Dackins, se realizó - en un hospital, bajo condiciones de extrema supervisión - de abstinencia.

El Doctor señala: "Incluso cuando se fuma un solo -- carrujo cada 3 semanas o algo así, los cannabinoides pueden encontrarse en el organismo, el fumador de marihuana puede volver de su "viaje" media hora o una hora después de haberse fumado un carrujo; pero el fumador crónico nunca está libre de la droga". Un investigador lo puso así: - "Cuando el 'viaje' se acabó la mota sigue ahí".

Un aspecto importante para los consumidores de marihuana, es que en la actualidad ésta tiene mayor potencia, mayor concentración de THC. En la década de los setentas era raro encontrar marihuana con niveles superiores al -- .5%. Actualmente, en las plantaciones de alta calidad -- que existen en Estados Unidos (Fuente ilegal), los niveles de THC alcanzan de 3 al 5%. Puede ser más elevada como en variedades codiciadas como "la sin semilla" que puede alcanzar niveles de 11%."(9)

## 2.6 EFECTOS.

"Las reacciones que provoca dependen del adicto y -- del ambiente en que se encuentre, de la dosis y el tipo - de droga consumida. Se señalan a continuación los sí--- guientes:

Los efectos físicos que siguen del consumo de un ci-

garillo de marihuana son: Los ojos se inyectan (congestión vascular de la conjuntiva); somnolencia, el pulso se acelera; sequedad de la boca (su uso crónico puede producir efisema); mucho apetito, especialmente para los dulces; mareo, náuseas, y ocasionalmente vómitos.

Los efectos subjetivos de la droga son: El pensamiento se vuelve confuso y semejante al de los sueños; es decir, el sujeto sufre de un delirio onírico, sobre un fondo confusional; el adicto vive en un estado de vigilia, -escenas animadas como las que surgen en el sueño; este delirio les lleva a creer "que piensan mejor". La percepción del tiempo se acelera, presentan distorsión del espacio y la perspectiva; los objetos cercanos pueden aparecer como distantes; además, produce trastornos en la concentración y la habilidad motora se ve disminuida. Cuando las dosis son altas y la marihuana potente, el sujeto presenta alucinaciones, existen por lo general grandes alteraciones del falante, lo más frecuente es que los sujetos se sienten extraordinariamente bien, a este estado de euforia le sigue el de depresión, en algunas ocasiones.

La marihuana puede provocar psicosis tóxicas muy severas caracterizadas por pánico, ideas delirantes de persecución, cambios profundos de la personalidad (despersonalización, disminución de la conciencia, pérdida de la conciencia de identidad y disminución de las costumbres adquiridas social y culturalmente).

Asimismo daña también los pulmones, alteran las funciones del sistema reproductor."(10)

## 2.7 TRATAMIENTO.

Deberá enfocarse hacia dos metas:

Primera: "Cuando una persona consume marihuana es -- muy común: el olor característico de hojas de petate quemado, pequeñas semillas en los bolsillos, papel de liar - cigarrillos, síntomas de toxicidad crónica asociada con - marihuana, quiere decir que hay síntomas de dependencia a la droga. Es característico en ellos que después de fumar grandes cantidades "quedan como atontados" y el resto del tiempo, interrumpen la escuela, o el trabajo, pertenecen a pandillas de maleantes, etc. El médico debe de tratar de confirmar el tipo de dependencia y tratar por todos los medios a su alcance que el joven deje de fumar marihuana (con ayuda de equipo de profesionales como son: - Trabajador Social, Médicos especialistas, Psicólogos, -- etc.). Si la dependencia es severa, recurrir al internamiento para evitar la inhalación y para efectuar un estudio completo del caso.

Segunda: Desarrollar una labor de rehabilitación; - tanto por parte de los familiares como por parte del equipo de profesionistas que el caso requiera. Se deberá proporcionar un cambio de ambiente, proporcionando otras alternativas de entretenimiento (deportes, valores espirituales, estudio, etc.), evitar las actitudes dramáticas - de repudio o culpabilidad y tratar de averiguar a qué se debe la dependencia a la marihuana: Causas individuales, - familiares o sociales, y hacer un plan para desarrollar - la rehabilitación del caso y evitar que se recurra a --- otros tóxicos. Cuando son casos de Psicosis tóxica aguda, los enfermos deberán ser tratados con ayuda de medicamentos que el especialista recete o indique."(11)

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Zax Melvin /Cowen (1979). Psicopatología. Ed. Iberoamericana, pág. 276.
- 2.- Revista: National Inst. Drug Abuse (1956). ¿Qué nombre se le da a la Droga?
- 3.- Revista: Bureau Narcotics Dangerous. U.S. Dpt. of -- Justice Washington, D.C. (1985).
- 4.- Man Peggy (1986). Alerta Marihuana. Ed. Adamex, pág. 129.
- 5.- Ibidem, Pág. 144.
- 6.- Ibidem, pág. 216.
- 7.- Revista: Centros de Integración Juvenil (1984). Directorio de Centros Locales: Drogas y Marihuana, pág. 15.
- 8.- Ibidem, pág. 16.
- 9.- Zax Melvin /Cowen (1979). Psicopatología. Ed. Iberoamericana, op.cit.1, pág. 276.
- 10.- Caso Agustín (1982). Fund. de Psiquiatría. Ed. Limusa, págs. 687-688.
- 11.- Ibidem, pág. 689.



CAPITULO III

MARCO TEORICO

C A P I T U L O   I I I  
M A R C O   T E O R I C O

3.1 ANTECEDENTES DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD-  
Y PSICOPATOLOGIAS, DE CONSUMIDORES DE MARIHUANA.

La drogadicción es un problema que afecta a toda la sociedad y a todas las personas que están directamente relacionadas como son los consumidores.

Asimismo, en nuestro país ha aumentado considerablemente el número de jóvenes que consumen marihuana, vale decir que dicho uso se extiende cada vez más entre jóvenes "normales" (dado que tiende a darse más su uso en personas con algún grado de patología psíquica).

La marihuana como otras drogas, son peligrosas para la sociedad; ya que está ampliamente demostrado que provocan una gran variedad de efectos fisiológicos y psicológicos en las personas que la consumen.

"El consumo de un cigarrillo de marihuana puede provocar efectos físicos como: ojos con congestión vascular, sequedad en la boca, somnolencia, etc. Cuando las dosis son altas y la marihuana potente, el sujeto presenta alucinaciones, estados de euforia y depresión, así como puede provocar psicosis tóxicas muy severas."(1)

En contraste con lo que sucedía hace una década, el consumo de la marihuana comienza a una edad más temprana; afecta al desarrollo de la personalidad del joven. Provoca pérdida de las costumbres adquiridas social y culturalmente y puede inducir a drogas más potentes.

"Aunque las reacciones que provoca la marihuana dependen de la personalidad de los adictos y de las dosis, del ambiente y cultura (de todos los factores que rodean al consumidor)."(2)

Por todo lo anterior es muy importante al realizar este estudio comparativo, analizar las diferentes secuelas que se encuentran en los jóvenes que consumieron marihuana estando ya en rehabilitación, y jóvenes que sin estar en rehabilitación aún la consumen; sin tomar en cuenta su nivel socio-económico, con una edad comprendida entre 16 y 30 años. Habiéndola consumido durante tres o -- cuatro años, para que los resultados sean más confiables.

### 3.2 BASES TEORICAS, FISICAS Y PSICOLOGICAS QUE CONDUCEN A LA DROGADICCION.

La marihuana no es usada por un tipo especial de grupos; puede ser usada por marginados, estudiantes, etc. - Las características como se ven, no son ajustadas a un solo tipo de personas o grupos.

En gran parte, lo infructuoso de los esfuerzos del - abuso de las drogas se debe a las causas que lo determinan son multifactoriales. No existe una causa "única". - Existe la aceptación general de que diversos factores influyen en el abuso de las drogas en forma parcial y que - su intoxicación determina el complejo mosaico de la farmacodependencia y drogadicción.

a). A continuación se describen varias teorías sobre Factores Físicos y Psicológicos que conducen a la Drogadicción:

En gran parte, lo infructuoso de los esfuerzos del - abuso de las drogas se debe a que las causas que lo deter~~min~~an son multifactoriales.

No existe una causa "única" que pueda darse como explicación totalizadora. Existe la aceptación general de que diversos factores influyen en el abuso de las drogas - en forma parcial y que su intoxicación determina el com-plejo mosaico de la farmacodependencia o drogadicción.

En las teorías relacionadas con la drogadicción existen o destacan factores ya sea Físicos y Psicológicos, -- ambientales y sociales.

#### TEORIAS FISICAS:

La dependencia física que se desarrolla con respecto a muchas drogas se considera por algunos autores como un factor etiológico importante en la drogadicción. Sin duda, es problema inicial que requiere atención en el trata~~m~~iento de ésta, es el retiro físico con respecto a la dro~~ga~~. Los fenómenos de tolerancia y abstinencia constituyen otros tantos aspectos espectaculares de la experiencia -- con muchas drogas, siendo posible la creencia de que mu-cha gente se encuentra atrapada por accidente, curiosidad, o por una diversidad de otras posibilidades, por una dro~~ga~~ de cuya opresión tenaz no logra luego desasirse.

"AUSUBEL (1961), reduce al mínimo la función de la - dependencia física en el desarrollo y conservación de una adicción. Sostiene que el síndrome de supresión no es más severo que un caso malo de gripe y que nunca dura más de 10 días, le parece inconcebible a Ausubel que la gente -- permanezca adicta con todos los riesgos y los inconvenientes que esto implica, simplemente oír evitar una enferme-

dad de 10 días.

Señala además, que los adictos no toman la cantidad mínima suficiente para prevenir los síntomas de la abstinencia, sino más bien una cantidad que habrá de producir un efecto de droga más positivo. Además, muchos adictos se hacen nuevamente adictos después de haber efectuado la supresión.

HUNT y ODOROFF (1952) encontraron que 90 por 100 de 1,881 adictos, habían vuelto a la adicción antes de transcurridos 6 meses de su alta en el hospital.

Es por esas razones que Ausubel rechaza la dependencia física como un factor significativo en la drogadicción y destaca las causas psicológicas.

WIKLEN (1968) está menos dispuesto que Ausubel a rechazar la dependencia física como factor importante de adicción. Ha sostenido que después que el adicto ha experimentado los síntomas espectaculares de la supresión y ya no depende, al parecer, físicamente de la droga, puede seguir experimentando un trastorno sutil de homoestacia que los disponga a la recaída. Además, Wiklen cree que los síntomas de abstinencia resultan condicionados a muchos estímulos ambientales, de modo que, aun después de conseguida la supresión, el adicto curado puede volver a experimentar, con todos los síntomas de abstinencia a través de contacto con aspectos del antiguo medio, que los síntomas han sido condicionados. También este factor predispondría al adicto a la recaída. Los problemas presentados por el trastorno homoestático y el condicionamiento han pasado totalmente inadvertidos, según Wiklen, siendo así que desempeñan un papel principal en el carácter rebelde de la adicción."(3)

### TEORIAS PSICOLOGICAS:

"La mayoría de los teóricos que examinan los factores psicológicos, fundamentalmente de la drogadicción, -- tienden a destacar la importancia de los efectos inmediatos de la droga, mas bien que la dinámica individual que pudo haber empujado a la persona a relacionarse con aquella.

RADO (1933), destaca la importancia de la experiencia más temprana de la droga en una adicción en vías de aparición.

WIKLEN (1952, 1953), subraya la eficacia de la morfina para aliviar ansiedad y reducir temor de dolor, hambre o impulsos sexuales.

FORT (1954), describe las sensaciones experimentadas por adictos en su estudio, de este modo: "...en el transcurso de unos pocos segundos después de la inyección intravenosa de heroína o heroína y cocaína, se vieron invadidos por una caída, sensación radiante, localizada vagamente en la región intestinal, que se iba extendiendo por todo el cuerpo y que sólo podía compararse con un orgasmo sexual, comparación efectuada espontáneamente por cierto número de adultos."

AUSUBEL (1961), destaca también las importantes cualidades eufóricas de las drogas en cuanto a causar adicción, pero reconoce también otros factores. Cree en efecto que desempeñan un papel, en el desarrollo de adicción, fuerzas tanto internas como externas. Las fuerzas externas comprenden aspectos como la disponibilidad de una droga y las presiones sociales para su empleo. Por fuerzas internas en cambio, Ausubel se refiere al estado de desa-

rollo de la personalidad, creando el impulso principal - para el uso de una droga proviene de fuentes externas --- transitorias tales como la rebeldía adolescente y la presión de grupos de compañeros de la edad, las probabilidades de que se desarrolle adicción a las drogas son bajas. En cambio, si la falta de madurez personal es pronunciada, la probabilidad de que se desarrollara una adicción grave es elevada.

La posición adoptada por CHEIN, GERAD, LEE Y ROSENFELD (1964); es parecida a la de Ausubel. Estos autores- estudiaron adolescentes varones adictos a heroína y encontraron que el alivio de síntomas era uno de los efectos - más llamativos del empleo de la droga. Chein y colaboradores, creen que los opiáceos pueden utilizarse para romper el hielo en una situación incómoda, exactamente del mismo modo que una persona podrá utilizar una "bebida social" - en una fiesta.

Si una vez metida en una situación la persona exhibe adaptación, el peligro de adicción queda reducido a un -- grado mínimo. En cambio, si el que toma la droga no consigue el éxito, se produce una ansiedad mayor, se necesita una cantidad mayor de droga para obtener un sentimiento - cómodo, y el riesgo de adicción es alto.

Chein y colaboradores caracterizan la elevación que se experimenta con las drogas como muy distantes del estado eufórico. Es más parecido, antes bien, a lo que se entiende por "nirvana", esto es, un estado sin tensiones. - El adicto podrá experimentar esto como "elevación" únicamente en relación con su malestar característico. Las drogas le proporcionan una sensación de bienestar y desprendimiento con respecto al mundo e inclusive con respecto a sus propias fantasías, con la sensación de tener satisfec-

chas todas sus necesidades.

Desde un punto de vista dinámico, Chein y colaboradores ven al adicto varón como poseedor de ego y superego débiles, una insatisfacción inadecuada como varón, una perspectiva futura poco realista y una desconfianza de las instituciones sociales. Se supone que estas características de personalidad provienen de una vida familiar deficiente en forma muy notable, el poder se encuentra en la familia del adicto varón, una figura borrosa en el menor de los casos y totalmente ausente en un alto porcentaje de ellos. Si está en cama es emocionalmente distante e inclusive hostil. Propende también a ostentar el ejemplo de una conducta inmoral, antiética o criminal. Las relaciones entre los progenitores están a menudo trastornadas. Divorcio y separación son muy corrientes en la familia del adicto. Como grupo, las madres de los adictos, no se distinguen de las madres de los no adictos.

Los adictos varones estudiados por Fort (1954), se describen como faltos de una identificación apropiada como varones. Muchos de los sujetos de Fort, resultaron provenir de familias deshechas, haber tenido padres que eran distantes o estaban ausentes totalmente del hogar. Fort, destaca que la madre del adicto suele ser una persona autoritaria, amargada en relación con los hombres, a los que rebaja con frecuencia de los hijos. A medida que el adicto va avanzando de edad siente la necesidad de disimular tanto su propia dependencia como su culpa por ser varón.

Una gran parte de su irritación está dirigida contra la sociedad, como un manto para disimular sentimientos agresivos hacia los progenitores, lo que impide que se sienta a sus anchas con su éxito personal. Fort cree que



la actividad del adicto hacia las drogas es una actividad ambivalente, en la que aquél reconoce que la droga es el origen de muchos de sus problemas, pero la ve también como su único placer. El lado bueno del sentimiento del -- adicto hacia las drogas se refleja en uno de los nombres que utiliza para ellas. Esto es "G o M" o sea la medicina del mismo Dios. En tanto que el lado malo es presentado por otros nombres, tales como "basura" y "porquería".-(4).

Las teorías psicológicas relativas a la adicción a las drogas concuerdan en gran parte por lo que se refiere al efecto del alivio de éstas. Existe la creencia de que algunos individuos experimentan una necesidad particularmente intensa de semejante alivio, necesidad que se relaciona con un desarrollo inapropiado de la personalidad.

#### FACTORES PSICOLOGICOS INDIVIDUALES:

"No se sabe con exactitud, cuáles serían los factores psicológicos individuales determinantes para la aparición de la farmacodependencia o drogadicción. No obstante esto, y considerando que el individuo está compuesto por un lado de necesidades a satisfacer y por otro de instrumentos adecuados para la búsqueda de la satisfacción, vemos que entre la necesidad y su satisfacción tiene que mantenerse en un equilibrio óptimo para permitir la adaptación del sujeto al medio en forma provechosa para sí y para la sociedad. En el momento que se da un aumento de las necesidades sin su posible satisfacción o una superación de los satisfactores con respecto a las necesidades, el individuo sufre desequilibrio.

El mismo organismo tratará a toda costa de restablecerlo para seguir funcionando. Los expertos en el tema -

han observado en individuos farmacodependientes que la - insatisfacción de las necesidades de afecto y seguridad - de estimulación ambiental o intelectual o simplemente de aquellas necesidades físicas más elementales de supervivencia, los conduce a un estado de inseguridad e impotencia. En estas circunstancias que los adolescentes o los jóvenes en su búsqueda de reafirmación se integran a grupos igualmente carenciados que encuentran en la droga una salida a sus frustraciones.

Según el informe de la Organización de las Naciones-  
Unidad:

Los factores a nivel individual que conducen a la --  
drogadicción son:

- Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las --  
drogas.
- Adquirir la sensación de permanecer a un grupo y -  
de ser aceptado por otros.
- Expresar independencia y a veces hostilidad.
- Obtener experiencias placenteras, emocionantes, --  
nuevas o peligrosas.
- Escapar de las situaciones angustiosas de la vida.
- Incapacidad adaptativa y crisis de valores."(5)

Factores familiares que conducen a la drogadicción:

"Es indudable la importancia de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo, es en ella donde se - pueden gestar la salud o enfermedad (física y mental).

Las familias que favorecen la aparición de la farmacodependencia presentan múltiples y variadas características, por lo que resulta difícil llegar a generalizaciones.

Entre los factores que frecuentemente se observan se encuentran elementos de desintegración familiar como:

- Presencia de adicciones o enfermedad mental en algún miembro de la familia.
- Conflictos entre los padres y los hijos.
- Madres sobreprotectoras.
- Padres autoritarios y/o ausentes física y/o emocionalmente.
- Ausencia de manifestaciones afectivas.
- Roles familiares difusos.
- Poca comunicación, inadecuada.
- Dobles mensajes.
- Rechazo y abandono."(6)

#### FACTORES SOCIALES QUE CONDUCEN A LA DROGADICCION:

"El consumo de drogas no puede considerarse exclusivamente como un problema individual o a determinados grupos, sino como una problemática de la sociedad en que se produce.

La droga, síntoma de los momentos difíciles en que vivimos, nos convierte en una sociedad dependiente, dependencia que crece en proporciones piramidales.

A continuación se mencionan algunos factores que pueden considerarse como favorecedores de la farmacodependencia, ya que representan situaciones conflictivas a nivel social que orillan al individuo a buscar en el consumo de drogas una falsa solución.

1.- La sociedad sufre cambios acelerados que han provocado desequilibrio en la cultura, en los valores, en las normas, en las actitudes, en las motivaciones y en la

forma de conducta de sus miembros, lo que a la vez produce desconcierto y tensión en los individuos.

2.- La migración del medio rural al medio urbano (no es suficiente en sí para provocar en sus miembros la drogadicción; pero si a este elemento social se le suman, -- una situación social de marginidad, de desempleo, falta de expectativas provocando angustia, desorientación, confusión de valores, etc., que sumados a la propia individualidad problemática puede dar lugar a que algunos de -- sus integrantes recurran a las drogas.

3.- A esto se le suma la sociedad de consumo que da prioridad a los valores materiales creando cada vez más - necesidades falsas.

4.- Los dobles mensajes transmitidos en el proceso de socialización del individuo por la familia, la escuela, - la iglesia, los grupos de amigos y los medios de comunicación masiva, diluyendo la influencia de la aceptación de las normas y costumbres existentes, el control social se debilita y los comportamientos no aceptados por la sociedad se presentan con mayor facilidad como respuesta a la inestabilidad y como expresión de rebeldía.

5.- Por otra parte, México es producto de una variedad de drogas y, aunque su venta está prohibida, existen otras que están consideradas como lícitas (alcohol) o se utilizan para fines industriales (inhalantes), por lo que su obtención es posible.

En conclusión, los factores sociales que provocan la farmacodependencia son, entre otros, los ya mencionados, - la falta de alternativas laborales, educativas, económicas, deportivas y culturales."(7)

### 3.3 INVESTIGACIONES PREVIAS ACERCA DE LA MARIHUANA.

#### A). PANORAMA ACTUAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN EL MUNDO.

Dr. Carlos Constanzo,  
Revista de la Dirección de  
Asuntos Penales, Nov.1982.

"La difusión de consumo de marihuana ha alcanzado - dimensiones verdaderamente alarmantes. De la incidencia de este problema da una clara idea de un estudio realizado en los Estados Unidos, sobre una población de jóvenes-estudiantes encuestados, se detecta que el 48% ha consumido marihuana, en el mes previo al estudio, en el mismo -- país se observó que los usuarios no abusivos no presentan en su mayoría ningún tipo de alteración Psíquica, vale de cir que el uso se extiende cada vez más entre jóvenes nor males, no ocurriendo lo mismo en cuanto al abuso, que --- tiende ha darse en individuos con algún grado de Patolo-- gía Psíquica.

Finalmente debe destacarse un hecho observado en Estados Unidos: La edad de comienzo en el uso de marihuana-escrita entre los 11 y 12 años.

El efecto de la droga depende de su contenido en --- principios activos. Los tetrahidrocannabinoles (THC), -- que por lo general es bajo en la marihuana que suele consumirse en nuestro País. Pero también depende de dicho - efecto de la mayor o menor habilidad para retener el humo en los pulmones, en directa relación con el mantenimiento de humo de una temperatura óptima en los alveolos pulmona res, lo que posibilitará el máximo de liberación de THC.

La droga se elimina bastante rápidamente del torrente sanguíneo entre un 5 y un 10% en la primera hora, pero se fija en los tejidos en donde la liberación es mucho -- más lenta, encontrándose en cantidades detectables hasta el sexto día posterior al consumo.

El THC tiene una acción nerviosa sobre el hipotálamo -hipofisiario y sobre las terminaciones nerviosas o colinérgicas. También se ha comprobado que favorece la liberación del ácido gama-aminobutírico o GABA. El contenido del THC de un cigarrillo de marihuana de buena calidad puede llegar hasta el 2% que en peso oscila entre 10 y 15 mgs.

El efecto producido por la droga es muy conocido y -- éste provoca una perturbación sensorial generalizada con una mayor o menor participación de cada sentido según las características individuales y otros factores agregados, y a través de dichas perturbaciones se produce una altera ción de la vivencia del tiempo, este cambio subjetivo de la temporalidad expresado como un "ensanchamiento" o --- "alargamiento" del momento que se está viviendo, es tal -- vez lo que la droga produce, algunos adictos llegan a des cribir estas sensaciones como un momento de "eternidad".- "La expresión exterior del estado de intoxicación" es la de una embriaguez difusa y poco interna, la profundidad -- depende en gran medida de los factores agregados de los -- que hacíamos mención anteriormente, los cuales son: El -- ambiente, las expectativas y los factores culturales. El ambiente es decisivo ya que se ha demostrado que el efec to de la droga es leve y fugaz, si el individuo fuma es-- tando solo, con luz natural o buena iluminación y sin mú sica ni otros artificios, vale decir que el efecto se in-- tensifica en reuniones grupales, más aun si hay promiscui dad, a media luz con luces especiales, con música que fa--

vorece un estado de "trance", etc. En cuanto a las expectativas, son muy importantes y muy variadas, resultando a veces decisivas, por ejemplo: El que quiera liberarse sexualmente y el que quiere expresarse artísticamente, esto varía también con el nivel de temor o desconfianza con -- que se encare la experiencia, sobre todo en las primeras.

Finalmente, los factores culturales determinan en casos extremos los efectos totalmente distintos: Recordemos que la misma droga y en iguales proporciones produce la cultura Indú un alargamiento que lleva a un estado de introspección, produce una sensación notable de aumento y de energía, en Jamaica por ejemplo, tras el episodio de embriaguez cannábica queda comúnmente un estado residual con incoordinación motora, lo que es francamente peligroso cuando el individuo conduce vehículos automotores, en algunos estados de Norteamérica el índice de accidentes de tránsito en jóvenes bajo el efecto de la marihuana ha alcanzado cifras alarmantes, se ha planteado la posibilidad de que la marihuana puede producir episodios de embriaguez patológica, en individuos con una disposición especial, a similitud de lo que ocurre con el alcohol, por el momento es un tema de discusión.

Está probada la existencia de psicodependencia a la marihuana, en todos los casos de adicción suele darse también adicción física. Se ha observado la tolerancia a la droga con necesidad de aumento a la dosis; la que se extingue con un período prudencial de abstinencia, se puede dar aumento subjetivo sin un incremento correlativo de -- los objetivos "Taquicardia, congestión conjuntival, etc." fenómeno que se conoce como "tolerancia invertida", también puede darse una "tolerancia cruzada", ya que se ha observado la mayoría de los síntomas de abstinencia de marihuana mediante la administración de alcohol o barbitúri

cos.

El Síndrome de Abstinencia, observado cada vez más frecuentemente, presenta alteraciones del sueño y del apetito, inquietud, hiperactividad, irritabilidad, temblores, salivación, transpiración profusa, escalofríos, náuseas, diarrea, etc., su intensidad depende de la dosis que se utilice los días previos al Síndrome y su duración llega habitualmente a los tres días aunque el cuadro mayor o -- "crisis" no dura más de cuatro a ocho horas.

Se ha descrito un Síndrome Letárgico, que dura hasta tres o cuatro días, causado aparentemente por acción Neurotóxica de la droga.

Algunos autores mencionan la posibilidad de que altas dosis de THC pueden producir Atrofia Cerebral, esto no está demostrado, lo mismo que la producción de deterioro Psico-orgánico, éste aparece como bastante probable, pese a los estudios que pretenden probarlo no son plenamente satisfactorios.

Se han descrito casos de Psicosis cannábica en la India y en Marruecos, son cuadros confusionales lo más frecuente o confuso -delirantes, que duran poco más de cuatro semanas. Estos casos tienen en mayor o menor grado una matriz Esquizofrenoide, lo que permite poner en duda el criterio del diagnóstico.

Está ampliamente demostrado que el material cancerígeno del hábito de fumar marihuana es muy superior al del tabaco, ello se debe a la mayor temperatura de combustión, lo que el margen del peligro del cáncer provocan otros daños en el pulmón y vías aéreas pero también puede atribuirse a la mayor liberación de benzoperinos, hidrocarburos.



ros polibencénicos de muy elevado potencial cancerígeno, la liberación de estas substancias en los cigarrillos de marihuana entre 20 y 25% superior al del tabaco puede producir altas alteraciones funcionales cardiacas por la taquicardia que provoca su consumo, por el mismo mecanismo de acción de su efecto anticolinérgico, su uso continuado puede provocar trastornos urinarios y digestivos.

Parece demostrado que el uso u hábito de fumar marihuana puede afectar la fertilidad, el mecanismo parece -- ser la acción depresora de la droga sobre la hipófisis, - pero es también probable que exista una inhibición gonadal, más lesivo cuanto más temprano es la edad de comienzo de uso o abuso de la droga.

El THC tiene la facultad de traspasar la barrera placentaria, pero no hay evidencias definitivas de su posible acción teratogénica.

Finalmente debe mencionarse el efecto depresor de la marihuana sobre el sistema mismo depresivo, por esa causa los adultos son más sensibles a las infecciones en general y las birosis en particular, y ello explicaría el notable incremento de incidencia de algunas infecciones o virus como el herpes genital en la juventud norteamericana.

En cuanto a las posibilidades del uso en terapéutica ya se ha abandonado su empleo como sedante o analgésico, algunos especialistas insisten en su utilidad para mejorar algunos casos de asma bronquial, aunque no está plenamente justificado el riesgo. Se está investigando su acción en algunos tipos de cáncer, sin resultados definitivos, pero de estos estudios ha surgido una interesante -- perspectiva ya que el THC mejoraría algunos efectos inde-

seables con drogas antineoplásticas.

Algunas observaciones Latinoamericanas:

MEXICO.-

Entre los usuarios detectados en este país, sólo el 25% son consumidores habituales, siendo el resto consumidores experimentales. Se llama la atención sobre la falsía de la incidencia determinada en base a encuestas escolares exclusivamente, ya que la escolaridad es baja en México en relación con países desarrollados.

En cuanto a programas de lucha contra las drogas, se destaca un arma muy importante, la limitación de la disponibilidad de las mismas.

Sin embargo esto da buenos resultados con las drogas declaradas legales, pero no con otras drogas o sustancias de uso legal, que son objetos de búsqueda y experiencias personales para lograr el reemplazo de aquéllas que no pueden conseguirse, es así que en la actualidad se ha difundido enormemente el uso de inhalantes que siguen en frecuencia a la marihuana."(8)

B). ASPECTOS BIOMEDICOS DEL CONSUMO DE CANNABIS.

Por Gabriel NABAS, MD.Ph.D.  
 Prof. de investigación en --  
 anestesiología. Escuela de -  
 Medicina y Cirugía. Universi  
 dad de Columbia, Nueva York.

"En esta revisión se trata de resumir algunos de los

resultados biomédicos obtenidos en las investigaciones sobre el cannabis durante los tres últimos años (1977).

Se describen a continuación algunos de los efectos biológicos fundamentales del cannabis, que pueden explicar algunas de las manifestaciones clínicas de su consumo ocasional o habitual.

Una estimación científica de las modalidades del consumo de la marihuana: Para estimar las consecuencias del consumo de la marihuana o de cualquier droga, es indispensable conocer la cantidad que se consume y la frecuencia con que se consume.

Existen múltiples fuerzas que llevan al consumo de la droga y que las fuerzas que intervienen parecen actuar en mayor o menor grado en todos nosotros. Esto no elimina la idea de -propensión- al consumo de drogas, pero sugiere que esa cualidad no es claramente específica de un grupo limitado.

#### Clasificación Farmacológica:

Por lo que se refiere al lugar del cannabis en la familia de los agentes farmacológicos, para muchos aspectos el dato más útil es el de la gran liposolubilidad del --- principal principio activo THC y de su principal metabolito. Para éstos, el coeficiente de separación octanol/ -- agua es superior a 1.000, y sólo mediante ulterior metabolización y conjugación llegan a formas suficientemente hidrosolubles para ser fácilmente eliminadas del organismo. A esto obedece la persistencia en el organismo y la acumulación en dosis repetidas. La liposolubilidad también le permite llegar a todas las partes del cuerpo, habiéndose encontrado la marca radiactiva en todos los tejidos o hu-

mores estudiados. Pero la mera presencia de una sustancia química en un tejido no es a priori, ni nociva, ni beneficiosa; y el hecho de la acumulación sólo significa -- que si hay efectos nocivos, el consumidor crónico resultará especialmente vulnerable. La liposolubilidad, sin embargo, acarrea toda una serie de acciones farmacológicas, vinculadas a las de los anestésicos y los disolventes industriales, hay motivos para creer que dependen de la inserción de la molécula liposoluble en el lípido de las -- membranas celulares. Es de esperar que ese proceso modifique la función cerebral y hay abundantes pruebas de que el THC comparte este efecto con sus otras sustancias lipofílicas.

Los productos de la marihuana tienen una media vida de 7 días. Lo que quiere decir que al cabo de una semana sólo se ha eliminado el 50% de la sustancia. Quien consume marihuana una vez a la semana no puede estar exento de la droga y hay una acumulación de ésta en los tejidos.

#### Acciones Bioquímicas de la Marihuana:

En cantidades minúsculas, las sustancias químicas contenidas en la marihuana (cannabinoides) desorganizan -- el metabolismo celular e impiden la debida formación de -- ADN, ARN y proteínas, elementos indispensables para el desarrollo y la división celular. Muchos científicos han -- demostrado que los cannabinoides, la incorporación de leucina a las proteínas, de uridina al ARN, de tiamina al -- ADN y de colina a los fosfolípidos, en cortes de cerebro o de testículo y en cultivos de células. Otros han observado la desconexión de la fosforilación oxidativa en el hígado, la activación de la enzima que descompone el TFA-- (según las condiciones en el hígado, cultivo cerebral o -- hematíes): estimulación de la adenilciclasa; inhibición --

de enzimas microsómicas del hígado; inhibición de la síntesis de prostaglandina en las vesículas seminales, riñón y los sinaptosomas.

Algunos científicos están en desacuerdo en cuanto al mecanismo de la perturbación por el THC de la síntesis de las proteínas y los ácidos nucleicos (aunque están de --- acuerdo en que el efecto es general y no limitado a un so lo precursor).

Blevins y Regan, quienes están de acuerdo en que la fijación no está alterada, han encontrado una reducción - de la magnitud del fondo común de precursores que podrían obedecer a una fuga de la membrana celular, no a un agotamiento del TFA. La dificultad para identificar una sola acción podría ser otro indicio de un efecto general del - THC que es capaz de manifestarse de diversas maneras, por ejemplo: sobre aflujo, sobre el eflujo o sobre los nive--les de energía.

#### Efectos de la marihuana sobre la división celular:

Muchos autores han observado que los cannabinoides - (sustancias químicas contenidas en la marihuana), sean o no psicoactivas, disminuyen el ritmo de división celular cuando se añaden al cultivo del tejido de estirpes celulares normales o anormales. Pero más notable es, la producción de errores de segregación durante la división celu--lar, descritos por los Leuchtenbergers y por Morishima y Cols; en experimentos con cultivos de tejidos expuestos - al THC con soluciones o humo de marihuana. Los errores - comprenden puentes en la anafase y telofase, segregación--celular, divisiones celulares tripolares con la produc---ción consiguiente de -mieronúcleos- es decir, núcleos que contienen 30 cromosomas o menos, frente a la cifra normal

de 46. Estos estudios in vitro podrían explicar las observaciones hechas en un estudio patrocinado por el N.I.H. realizado por Stefanis e Issidorides en consumidores habituales de hachis, todos hombres, cerca de Atenas: 60% presentaban en sus leucocitos el palillo nuclear, que es la cromatina accesoria típica de las células femeninas y que normalmente aparece en menos de una de cada 500 hombres. Esta observación llevó a Stefanis a realizar observaciones histoquímicas sobre la cromatina de los leucocitos en los espermatozoos en esos sujetos. Se descubrió una de la reducción de la arginina-histona en los linfocitos y de la tinción específica de la arginina esperada de la protanina esperada en las cabezas de los espermatozoos.

Todos los efectos celulares de la marihuana en concentraciones que pueden alcanzarse en el consumo humano, plantean la posibilidad de lo que el consumo crónico de marihuana puedan afectar a la espermatogénesis y alterar la función de reproducción.

Efectos de la marihuana sobre la espermatogénesis -- del hombre:

La alteración de la espermatogénesis en el hombre -- por el hábito de fumar marihuana, ha sido demostrada por un estudio interdisciplinario que se llevó a cabo por el Prof. Gabriel Nabas y los doctores Hembree, Morishima y Zeidenberg en el Colegio de Médicos y Cirujanos y en el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Colombia.

Durante un período de dos años, 16 fumadores de marihuana de edades comprendidas entre los 18 y 23 años, fueron hospitalizados en la sala de investigaciones del Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Colombia. Cada sujeto fue estudiado de 8 a 12 semanas. El estudio se --

dividió en tres períodos: un período de tres a cuatro semanas sin droga, un período de cuatro semanas fumando la droga y un período de cuatro semanas para su eliminación. Todos los sujetos fueron cuidadosamente seleccionados de un gran grupo de fumadores de marihuana y sólo fueron admitidos los que se encontraban en buen estado de salud física y mental. Durante el período de consumo, el sujeto fumaba de 5 a 15 cigarrillos al día de marihuana (0.9-gr. de marihuana, 2% de THC). El consumo diario mayor fue de 36 cigarrillos en un caso. Los sujetos afirmaban haber fumado esas grandes cantidades en ciertas ocasiones, cuando disponían de marihuana.

Doce de dieciseis sujetos presentaron disminución significativa y mantenida a la concentración de espermatozoos, que apareció sólo dos semanas después de fumar marihuana y que se mantuvo por lo menos dos semanas.

Finalmente también hubo una disminución significativa de las formas normales que se observó al final del período de fumar y que se mantuvo durante otras semanas (tres semanas más). Todas estas modificaciones se produjeron sin ninguna alteración significativa de las concentraciones de testosterona (hormona luteinizante) H.L. y H.F.E. (hormona folículo-estimulante). El curso en el tiempo de las alteraciones es compatible con un efecto sobre la espermatogénesis. Durante este período la actividad genética disminuye gradualmente, conforme la cromatina de la espermátide queda envuelta dentro de la densa matriz de la recién sintetizada protamina rica en arginina. Es probable que el trastorno de la transcripción, de la traducción o de ambas, con el consiguiente fallo en la síntesis de proteínas estructurales necesarias para el desarrollo del axonema y la formación de otros elementos morfológicos especializados de espermatozoo maduro, vaya-

unido a una disminución de los espermatozoides en el semen eyaculado de 12 a 45 días después. Por lo tanto, si puede suponerse que la disminución observada del recuento refleja una perturbación específica de la producción de células germinales 28 días antes, la alteración de la espermatogénesis provocada directamente por cannabinoides es lo que mejor explica las observaciones.

#### Efectos de la marihuana sobre el desarrollo:

El efecto más potencialmente nocivo de la marihuana sobre la espermatogénesis es el marcado aumento de formas normales de espermatozoos. Esto plantea la posibilidad de una anomalía genéticamente transmitida si un espermatozoo viable con disminución de la información genética fecunda un óvulo.

#### Potencial Terapéutico:

Deben mencionarse tres acciones de posible unidad terapéutica. En primer lugar, la broncodilatación; la inhalación de delta-9-THC produce un considerable aumento de la capacidad de conducción de las vías respiratorias, este efecto no es contrarrestado por un beta-bloqueante, -- por lo que no obedece a la activación simpática. No impide la broncoconstricción por la mecaololina, por lo que no es una acción de tipo atrópico. El efecto obedece muy probablemente a la capacidad de los anestésicos de relajar la musculatura lisa. El uso terapéutico del THC inhalado con el humo puede ser limitado. La inhalación repetida de marihuana disminuye en realidad la capacidad de conducción de las vías respiratorias y la función expiratoria máxima aunque, una inhalación restablece temporalmente la situación normal. Aquí tenemos sin embargo, una nueva posibilidad de broncodilatación que debiera separar



se de otros efectos de los cannabinoides y examinarse en sí. Los principales problemas son la administración de la droga y los efectos colaterales.

El segundo empleo terapéutico posible, está basado en la capacidad de los cannabinoides de reducir la presión intraocular hasta en un 30%. Esto puede demostrarse en pacientes con glaucoma, así como en sujetos normales. Este efecto no obedece a un descenso general de la presión sanguínea. En un estudio en que se emplearon delta-9-THC y dos metabolitos psíquicamente activos, cannabinal y cannabidiol, el orden de la eficacia de la reducción de la presión intraocular fue idéntico al orden de la eficacia en la producción de un estado de euforia. Esto presta apoyo a la idea de que es un efecto central, quizás relacionado con la sedación.

Se ha comunicado también que el THC y el cannabinal son activos en aplicación directa al ojo. Además el THC, que es sabido con otros cannabinoles inhibe la síntesis de prostaglandina a aproximadamente 10 a 100, era capaz de reducir el aumento de la presión intraocular producido por la infusión de ácido arquidónico.

El tercer efecto potencialmente terapéutico de la marihuana estaría en el tratamiento de los ataques convulsivos. En cierto número de preparaciones animales se ha demostrado que el cannabidiol (no el THC) puede compararse con el fenobarbital y la fenilhidatonina como anticonvulsivantes. Parecería que el cannabidiol, por su efecto psicoadctivo muy bajo, podría ser un agente antiepiléptico útil. Su mecanismo de acción está por determinar, pero podría estar relacionado con su acción depresora de la actividad neuronal.

Si se demuestra que hay productos de la marihuana - que son agentes terapéuticos eficaces, su utilidad podría quedar atenuada si la marihuana se utiliza extensamente - como droga -de recreo-.

Efectos de la marihuana sobre la función nerviosa -- central:

En centenares de trabajos experimentales con animales, se ha demostrado que los productos de la marihuana - afectan a todas las partes del encéfalo, pero que las modificaciones fisiológicas y químicas primarias que origina esta droga se producen en las llamadas estructuras --- diencefálicas límbicas o paleocortex (cerebro primitivo).

Penfield y Jasper demostraron en 1954, que descargas anormales en la corteza límbica o en sus proximidades pueden producir sentimientos de despersonalización, trastornos de la percepción, alteraciones del sentido del tiempo y sentimientos de temor o paranoia. Todos estos estados-subjetivos pueden presentarse y algunos son muy frecuentes como parte de la experiencia de la marihuana.

Sentimientos de euforia agradables, placidez y felicidad son sentimientos muy frecuentes, y la región del -- septum, que parece funcionar como un importante centro -- coordinador de todo el sistema límbico, es con mucho el - objetivo más eficaz para experimentos de autoestimulación en diversos mamíferos, incluido el hombre. Delgado ha de mostrado que la estimulación eléctrica de las estructuras límbicas, especialmente del hipocampo, a menudo produce - sensaciones agradables, júbilo, profunda concentración me ditativa, visiones coloreadas en personas con electrodos- implantados profundamente de modo crónico.

Estudios realizados por Heath y Melsaac y Cols, aportan pruebas objetivas que las alteraciones fisiológicas y químicas primarias provocadas por la marihuana se producen en estructuras diencefálicas límbicas. Heath registró la actividad eléctrica de múltiples regiones cerebrales subcorticales y de electrodos colocados en el cuero cabelludo en un paciente psiquiátrico. Se hicieron repetidamente registros a lo largo de varias semanas durante todos los estados de conciencia y durante la intoxicación con marihuana, alcohol y anfetaminas y al fumar tabaco. Sólo durante la intoxicación de marihuana y sólo por asociación con brotes de euforia, registró Heath marcadas alteraciones de las modalidades de la actividad eléctrica del septum (región). No hubo modificación significativa de actividad en ninguna otra zona, incluido el EEG registrado a partir del cuero cabelludo.

Melsaac y Cols inyectaron a monos ardilla, delta-9-THC y, utilizando técnicas autorradiográficas, mostraron que aparecían concentraciones muy altas en el sistema límbico, el diencefalo, el mesencefalo y la corteza frontal y cerebelosa en un lazo de 15 min., manteniéndose en dichas regiones concentraciones más altas que en otras zonas encefálicas hasta durante 4 horas. También observaron un efecto diferente a la dosis sobre el comportamiento de los monos, produciendo las dosis bajas, al parecer disminución de la ansiedad, provocando estimulación las dosis moderadas e incapacitación las dosis altas.

Este podría ser el modelo nervioso más amplio de la fase fisiológica de la experiencia de la marihuana: el delta-9-THC y sus metabolitos actúan de modo primario alterando la función normal entre las estructuras del sistema límbico paleocortical y el neocortex. Esta alteración puede variar desde estimulación de la actividad límbica a

depresión (desinhibición) o aumento de la inhibición, según las dosis, el tiempo, la experiencia anterior y el estado de ánimo actual. Los principales elementos de la experiencia de la marihuana, incluso la alteración de la percepción, el estado de ánimo y el rendimiento, pueden todos explicarse sobre esa base. La alteración objetiva más notable, es decir, una disminución del rendimiento cognoscitivo general, podría ser la consecuencia de la pérdida de una etapa de formación precisa de conceptos o evaluación en la secuencia estímulo-sígnal-rendimiento, para la que sirven normalmente circuitos neocórticos límbicos. La experiencia psicodélica desagradable ocasional, que se ha observado en sujetos de experimentación, parece producirse cuando el individuo se siente ya mal o temeroso de la situación experimental y destaca la importancia de la experiencia anterior y actual al determinar la calidad de los aspectos emocionales de la intoxicación por la marihuana.

El modelo no sólo explicaría los principales aspectos de los elementos de la intoxicación aguda por la marihuana, sino también el fenómeno de la reiteración espontánea (flashback) ocasionalmente observado y quizás algunas de las psicosis desencadenadas por el cannabis. Es sabido en neurofisiología que el sistema límbico y especialmente el hipocampo, tiene un umbral muy bajo para la activación por estímulos mecánicos, químicos o eléctricos. Una vez activadas las descargas neuronales, tienden a extenderse por todos los circuitos límbicos sin afectar a otras zonas del encéfalo muy fácilmente. Estas estructuras nerviosas filogenéticamente antiguas poseen asimismo una marcada tendencia a mantenerse en un estado funcional alterado durante largos períodos después de cesar el estímulo inicial.

A este respecto es quizás significativo el que Heath haya registrado brotes de actividad en agujas y lenta de alto voltaje en zonas límbicas como única anomalía --- electrográfica sistemática en gran número de pacientes, - durante períodos de comportamiento psicótico.

#### Interacción con otras drogas psicoactivas:

Se trata de un tema inmenso que ha sido bien resumido por el estudio de Pryor (1976) sobre el comportamiento, en el que investigó la interacción del delta-9-THC con -- otras 13 drogas. Se utilizó una serie de pruebas, trece de ellas relativas sobre el comportamiento y tres de tipo fisiológico: los resultados correspondientes a cada droga aisladamente y en combinación con el THC fueron reunidos de dos maneras: primeramente, expresados en términos de - desviación típica de las observaciones, de modo que sus - magnitudes se relacionan con la cuantía de la variación - normal de la respuesta; y segundo, independientemente del signo como "ESTIMULACION" Y "DEPRESION", o teniendo en -- cuenta esto. Una interacción aguda importante del delta-9-THC con otras drogas, es una potenciación recíproca de las posibles propiedades depresoras y un antagonismo de - las posibles propiedades estimulantes. La principal conclusión, confirmada por todo este trabajo, es que cuando se añade THC a cualquiera de estas drogas, el efecto consiguiente se desplaza hacia el lado depresor o se hace -- más depresor. Esto indica algo del mecanismo de acción, - porque es análogo a la manera en que los anestésicos reducen los efectos excitantes de los agentes bloqueadores -- neuromusculares y aumentan su acción bloqueante, y a la teoría de Paton de que el THC está relacionado con los - anestésicos generales.

#### Tolerancia:

Todas las drogas euforígenas o sedantes, si se administran durante cierto tiempo, provocan una respuesta --- adaptativa y al suprimir la droga, algún tipo de rebote; la única cuestión sería: ¿Cuáles son las características de la respuesta y del rebote?

En estudios realizados en el Instituto Psiquiátrico del Centro Médico Presbiteriano de Colombia, se facilitaron cigarrillos de marihuana a sujetos voluntarios hospitalizados. Estos sujetos fumaron un promedio de 10 a 20 cigarrillos de marihuana (.9 g. por cigarrillo, 2% de -- THC) diariamente, durante un período de cuatro semanas. Esta es una cantidad comparable a la que consumen diariamente los fumadores habituales de cannabis en Jamaica, Costa Rica o Marruecos. Todos los datos farmacológicos y clínicos de que se dispone actualmente, indican que en las personas que consumen diariamente cannabis se desarrolla tolerancia para los efectos fisiológicos como psicológicos de la droga. Esta tolerancia para la cannabis es la explicación fisiológica de la necesidad del fumador frecuente de aumentar la droga o de buscar sustancias psicotrópicas más activas, tales como los alucinógenos o los opiáceos. Sin embargo, parecería, según el trabajo de Heath, que esta tolerancia para los efectos de la marihuana no se extiende a los efectos de la droga en el desencadenamiento de actividad anormal en el sistema límbico. Tampoco hay un efecto de tolerancia en lo que se refiere a la espermatogénesis, ya que todos los consumidores crónicos de marihuana que observamos, tenían un aumento de la frecuencia de formas anormales de espermatozoos y una reducción del recuento de éstos.

Dependencia física y psicológica: comportamiento de búsqueda de la Droga:

Entre muchos psicólogos y médicos parece haberse extendido el error de que la "habituación", en el sentido de dependencia física combinada con síntomas de abstinencia, es el principal criterio por el que debe valorarse el daño potencial de una droga para el individuo o para la sociedad. Hay una línea muy fina entre la dependencia física y la psicológica. No hay una dicotomía completa entre mente y cuerpo. La función psicológica tiene también bases fisiológicas y bioquímicas. El deseo de satisfacción inmediata es un poderoso factor de refuerzo psicológico. No se desarrolló dependencia física con estimulantes del sistema nervioso central como la cocaína, que se sabe crea en el individuo uno de los tipos más esclavizados de la farmacodependencia. La dependencia de una droga no depende de la capacidad de ésta para producir síntomas de abstinencia. La farmacodependencia obedece fundamentalmente a la interacción reproducible entre un individuo y una molécula biológicamente activa que provoca placer. Esta interacción lleva a lo que Wickler denomina comportamiento de búsqueda de la droga o dependencia en el comportamiento. El denominador común de todas las farmacodependencias es el refuerzo psicológico resultante de la recompensa asociada con la interacción pasada entre el individuo y la droga, y el ulterior deseo creciente de refuerzo repetido. Sobre esta base, resulta engañoso clasificar la marihuana como una droga aceptable "blanda" que no crea dependencia.

Aunque en los consumidores de cannabis se desarrolla tolerancia para la droga, no aparece ninguna dependencia física significativa identificable por síntomas de abstinencia análoga, los que se presentan con la heroína o el etanol. Los síntomas observados después de la interrupción de un consumo intenso son relativamente leves. La pérdida del apetito, el insomnio y la irritabilidad --

son bien tolerados, pero está comprobado que el cannabis puede crear un estado de dependencia fisiológica o dependencia en el comportamiento que constituye un importante obstáculo para la supresión del consumo.

En el hombre no se han demostrado signos fisiológicos de abstinencia de marihuana, pero se han observado fenómenos de abstinencia en el comportamiento (y algunos fenómenos fisiológicos) en grandes consumidores de hachis. La hiperirritabilidad y disforia entre las dosis cuya aparición se ha observado en estudios experimentales sobre la intoxicación crónica por la marihuana, podrían ser, en realidad, trastornos iniciales y de poca duración provocados por la abstinencia.

En Occidente, donde está extendido el hábito de fumar marihuana, cuyo contenido de delta-9-THC es relativamente bajo, la dependencia en el sentido de un comportamiento encaminado a la busca de la droga parece ser menos una función de propiedades farmacológicas de refuerzo de la droga, que de un refuerzo secundario (condicionado) derivado del medio social en que se fuma la marihuana. En las culturas en que se consume marihuana con un contenido mayor de delta-9-THC, hachis o ganja, el refuerzo farmacológico (por supresión de los trastornos por abstinencia), podrían desempeñar un mayor papel en el mantenimiento del comportamiento encaminado a la búsqueda de la droga.

#### Efectos a largo plazo sobre el sistema nervioso central:

Esta cuestión es muy controvertida, sobre todo porque no hay método satisfactorio para evaluar en el hombre la lesión del sistema límbico o para evaluar las alteraciones de la personalidad. Algunos investigadores han -



estudiado grupos de consumidores habituales en Jamaica, - Costa Rica y los Estados Unidos y han llegado a la conclusión de que no hay síndrome de falta de motivación ni indicios de disfunción cerebral o psicosis. Por otra parte, investigadores de Egipto, India y Jamaica han señalado la existencia de esos efectos en consumidores habituales de cannabis estudiados por ellos. En Estados Unidos, la opinión también es dividida. Fink, Meldelson y Freedman, -- afirman que el consumo de cannabis no va unido a graves - alteraciones patológicas mentales, mientras que, Kolasky, Moore y Powelson han llegado a la conclusión inversa. Sólo el tiempo y la realización de estudios longitudinales- cuidadosamente controlados, permitirán resolver esta controversia.

Como se dijo antes, sigue debatiéndose hasta qué punto la utilización crónica de marihuana puede producir en el hombre enfermedades psiquiátricas graves y permanentes tales como psicosis. Sin embargo, la mayor parte de los- psiquiatras, por lo menos del Instituto Psiquiátrico de - Nueva York, creen que la marihuana no debe de ser utiliza da por ninguna persona propensa a enfermedades mentales,- como la esquizofrenia, que esta droga podría empeorar o - desencadenar."(9)

#### C). EFECTOS PSICOLOGICOS DEL CANNABIS EN ADOLESCENTES:

Doris H. Milman, M.D.

"La prevalencia del uso de drogas no médicas por gente joven, fue primeramente presentado en Estados Unidos a mediados de los 60s. La mayoría de los estudios de ese - tiempo fueron llevados a cabo por colegios y universida-- des como medio de enfrentar el problema de los nuevos in-

gresados. Pronto fue aparente que el uso de la droga por parte de los estudiantes y la mala interpretación popular de las consecuencias, se veía predicho que la edad de iniciación continuaría bajando. Y así, esto ha resultado ser el caso para realizar este estudio (National Institute on Drug Abuse, 1979).

Cannabis le sigue al alcohol como la droga más prevalente que se abusa por parte de la adolescencia. Esta droga empezó a ganar aceptación entre estudiantes en los 60s.

#### Datos Clínicos:

La información se obtuvo de 24 sujetos vistos en la práctica psiquiátrica privada de 1960 a 1979. El uso de drogas fue el principal problema de estos jóvenes. Las edades fluctuaron entre 11 y 17 años. Las mujeres empezaron el uso de la droga antes que los muchachos; edad promedio para las mujeres fue de 14 años y la de los hombres fue de 15 años.

La droga más común de todos los usuarios fue la marihuana (en 20 casos), en los cuatro restantes el alcohol fue el primero.

Las manifestaciones psicológicas que se encontraron en estos 24 jóvenes durante el uso de las drogas fueron: Ansiedad sexual y confusión, ansiedad homosexual, imposibilidad de habilidad verbal, ideas suicidas, flashback -- (retroceder mentalmente, alucinaciones).

Estos datos demuestran los efectos psicológicos del cannabis que se han conocido desde la antigüedad. El efecto más obvio es, desde luego, la reacción psicótica -

inducida por cannabis, con síntomas delucionales, desorientación, paranoia, alucinaciones, y no estar en la realidad. La psicosis puede ser aguda o leve, puede ser pasajera o totalmente reversible, prolongada o crónica. -- Cuando es crónica, es clínicamente indistinguible de la psicosis crónica tipo esquizofrenia o paranoico.

En este estudio se demuestran también el más prominente de los efectos cognitivos que son: fallas a la memoria reciente y anterógrada, dificultad para la atención y los procesos centrales, percepción del tiempo alterado, distorsiones visuales; y también se observaron fluctuaciones de estado de ánimo como: disforia, euforia, apatía y depresión; somnolencia, indolencia, ansiedad, retraimiento. Todo esto no es escaso y se puede ver en estados de intoxicación aguda como en psicosis crónica aguda. Todo esto nos da información de cómo los efectos de la droga interrumpen el equilibrio emocional y la superación intelectual a las edades de 12, 13 y 14 años, durante los cuales la iniciación al uso de la marihuana procede a un paso incrementablemente rápido, los fenómenos de desarrollo están en una fase más dinámica que durante la niñez; así, es que los efectos disruptivos de las drogas se hacen más presente.

Respecto a los efectos psicológicos de cannabis, uno puede expresar los datos específicamente en su impacto en el progreso del desarrollo o del adolescente. Es un proceso que empieza con la preadolescencia, sigue durante la adolescencia e involucra grandes reorganizaciones estructurales.

Aunque estos casos presentados fueron típicos, éstos hacen que dejen sin contestar muchas preguntas e interrogantes. Un alto grado de justificación tiene que ser --

aplicada a la investigación clínica acerca del Cannabis, - es muy importante tomar factores variables como son: la - duración, frecuencia, dosis y la revoltura de drogas múltiples."(10)

D). SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA DEL CANNABIS: PSICOSIS CANNABICAS; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Ponencia presentada en el IX Congreso de Socidrogalcohol- (Gandia/VALENCIA,1980), por- el Dr. Javier AIZPIRI DIAZ,- Director del Centro Coordina dor de Drogodependencias. -- Gobierno Vasco).

"Quisiera comenzar llamando la atención sobre un hecho como es el que, a pesar de habernos visto obligados a convivir con cientos de mitos, banalizaciones y grandes - deslices semicientíficos que nos tiene tan acostumbrados- al mundo de las drogas, y a pesar de habernos curtido la- mayoría en la problemática de una droga institucionaliza- da como es el alcohol, sin embargo, parecíamos haber olvi- dado la historia y la experiencia cotidiana, y en áreas - de una semidemagogia afectiva, hemos sido incapaces de -- reaccionar en unos años frente a otra droga como es el - cannabis.

Las revistas científicas de nuestra especialidad y - nuestra dedicación clínica diaria, nos está demostrando:- que el cannabis es una droga de características tales que, si se sigue su consumo al ritmo de tal crecimiento, puede poner en peligro a varias generaciones.

En la actualidad, he intentado hacer un resumen de lo que sabemos acerca del cannabis, se puede decir que su principio activo -el Delta-Tetrahidrocannabinol (THC) es una substancia que farmacológicamente presenta el poder de una gran liposolubilidad, con un coeficiente de separación octanol/agua superior a 1.000, lo cual le permite llegar a todos los tejidos, acumulándose en ellos y -- manteniendo una gran persistencia.

Parece ser que la vida del THC es de 7 días, lo que significa que en una semana sólo se ha eliminado el 50% de la substancia, pudiéndose encontrar restos, sin embargo, hasta varios meses después.

Esta posibilidad de permanecer acumulado en los tejidos lipoides del organismo, y más concretamente a nivel de los cerebrosidos, que como sabemos son las sustancias más estables de todo el organismo y demás lentitud en su recambio tónico, sienta las bases para la generación de las llamadas Psicosis Cannábicas, que por medio de esta "fijación" o bloqueo, dificulta la transmisión de estímulos. podemos explicarnos el cortejo sintomático que provoca el consumo de cannabis, son por todos nosotros conocidos efectos como: euforia ligera o marcada, cambios sensoriales y perceptivos, trastornos de identidad, disminución del sentido de la realidad, llegando a veces a alucinaciones visuales y en ocasiones auditivas.

#### PSICOSIS CANNABICAS:

El problema inicial que plantea la psicosis cannábica es el diagnóstico diferencial con los cuadros esquizofrénicos, dado que un error de diagnóstico y de tratamiento -- con neurolépticos fundamentalmente--, nos introduce en una dinámica que va a alterar enormemente el pronóstico y

seguramente a deteriorar a un paciente que es totalmente diferente.

#### Antecedentes Familiares:

En la actualidad no se ha podido hacer un estudio lo suficientemente exhaustivo para concluir datos válidos, - ya que habría que evaluar una serie importante de parámetros.

Suelen pertenecer a familias que podrían enmarcar, - dentro de parámetros de "normalidad" bastante estables -- con padres en general, muy poco consumidores de alcohol o sustancias yatrógenas, muchas, parece ser, que debido a - una cierta intolerancia bioquímica hacia ellos, lo cual - nos abre unas buenas perspectivas de investigación.

#### Antecedentes Personales:

Las edades oscilan entre los 16 y 25 años, lo cual - corresponde a edades medias de consumo de cannabis. A diferencia de los cuadros esquizofrénicos, no existe una -- personalidad premórbida de tipo esquizoide, salvo casos - aislados que pueden plantear la duda de diagnóstico diferencial.

Dependiendo del mayor o menor tiempo de exposición - al cannabis y vida marginal que conlleva en ocasiones, -- van apareciendo la serie de trastornos de conducta a niveles habituales.

#### Consumo de Cannabis:

Se pueden enumerar los siguientes cuadros:

A. CUADRO AGUDO.- Puede presentarse por toma de pequeñas dosis hasta sobredosis, casi siempre en consumidores novatos a poco experimentados.

B-I CUADRO CRONICO.- Que aparece en consumidores expuestos al tóxico durante un tiempo programado en cantidades mantenidas dentro de un cierto "orden" en el consumo.

B-II CUADRO CRONICO TARDIO.- De aparición entre el -- séptimo día y un mes aproximadamente desde la última ingesta del tóxico.

#### Duración del Cuadro:

La valoración del cuadro agudo o crónico suele conllevar problemas y estar sujeto a las siguientes variables:

- A.- Momento en que el especialista hace el diagnóstico.
- B.- Tratamiento previo o no con neurolépticos, fundamentalmente. En estos casos se suele ver un cuadro agudo cronificado y psicotizado de forma yatrógena.

Según el manual de la O.M.S. de 1975, los cuadros agudos alcanzan una duración media de 1 a 3 días aunque no es infrecuente que lleguen a durar hasta 7 días. Si persiste y no está erróneamente tratado con anterioridad, es cuando se puede diagnosticar como crónico.

#### DESCRIPCION DE LOS CUADROS.

##### Cuadro agudo o delirio transitorio:

Los cuadros agudos se caracterizan por la presentación de forma brusca o más lentamente, de uno, varios o casi todos los síntomas siguientes: paranoia, delirio, -- ilusiones, alucinaciones, angustias, inquietud, excita--- ción, despersonalización, desorientación, obnubilación. - Es importante reseñar que la sintomatología psiquiátrica puede variar en horas o en minutos, no siendo difícil que los pacientes puedan pasar de una marcada quietud a la -- agresión con gran irritabilidad, o de una situación asintomática a una crisis de gran angustia acompañada de despersonalización, etc.

Se describen los siguientes cuadros agudos:

- I. Paranoia aguda o "para"
- II. Cuadro confusional alucinatorio agudo "cuelgue"
- III. Cuadro hipoquinético "muerdo"
- IV. Cuadro hiperquinético.

Paranoia aguda o "para":

Muy parecida en su sintomatología a la paranoia por L.S.D. o anfet. Se denomina también en argot, "mal viaje o mal rollo". Se presenta como un cuadro paranoide -- agudo de contenido persecutorio. El paciente se siente - observado, perseguido, todo el mundo sabe lo que está haciendo o lo que piensa, se siente presa de una gran in--- quietud o angustia; pudiéndose acompañar de todo un cortejo vegetativo, suele ser de aparición muy brusca y puede oscilar en duración de horas a un día, no siendo infre--- cientes los cuadros de enorme agitación y violencia con - agresividad.

Cuadro Confusional Alucinatorio Paranoide Agudo:



Presenta toda la sintomatología característica de la Psicosis tóxica o reacciones agudas de Bonhoeffer: obnubilación, confusión, desorientación, despersonalización, todo tipo de ilusiones, alucinaciones visuales, en ocasiones alucinaciones auditivas. Suelen presentar un delirio de tipo onírico, desordenado, incluso incongruente, preferentemente de tipo visionario o mesiónico. Su estado de ánimo oscila de la euforia hasta la angustia con crisis - de enorme pánico, son inquietos, se muestran excitados e hiperactivos. Es frecuente la presentación de insomnio, anorexia o bulimia. Suelen aparecer cuadros vegetativos - de intensa fiebre, hipersudoración, presentándose inmediatamente después de esto el cuadro de agitación y despersonalización.

La duración oscila entre el límite de horas hasta de una semana, y los flashes de minutos a horas (cuando va remitiendo el cuadro puede llegar a ser de décimas de segundo).

#### Cuadro Hipoquinético "muermo":

Menos frecuente que los anteriores, se presenta de forma muy rápida, y se caracteriza por una enorme hipoquinésia, recordando a la catatonia aguda, pero quedando una enorme resonancia afectiva y comunicación a nivel visual, a nivel oral la incomunicación es casi total, bloqueándose el pensamiento a las mínimas preguntas, dando sensación a veces, de sufrir crisis de despersonalización, desorientación o confusión, pudiendo estar horas o días inmóvil o pasar a accesos de inquietud o agitación.

#### Cuadro Hiperquinético o "marcha":

Más raro que el anterior, recuerdo mucho a la de la-

intoxicación por anfetás o cafeína, se caracteriza por una gran hiperquinesia, no confundirla nunca con hipomanía, enorme inquietud, su tono afectivo es muy bajo y tiene muchas veces plena conciencia de su situación (al contrario de una hipomanía). Puede estar productivo a nivel de elaboración de ideas o no, pudiéndose acompañar de ideas proféticas, etc., se acompaña también de insomnio.

Es difícil de encontrar cuadros totalmente puros, estando en la mayoría implicados los cuatro cuadros básicos.

#### SINDROMES CRONICOS:

Para valorar si un síndrome es agudo o crónico a nivel de etiquetación, se suele denominar así a los que tienen más de 7 días de duración. La mayoría de los cuadros crónicos suelen ser las psicosis yatrogénicas por mal tratamiento de los agudos, pero es relativamente fácil encontrarlos y se describen en toda la literatura. Es normal que planteen diagnóstico diferencial con las esquizofrenias, y al igual que nos ocurre en el alcoholismo, alrededor de las paranoias alcohólicas más o menos alucinatorias, existen un espectro intermedio de síndromes más o menos ambiguos que nos hace difícil precisar y diferenciar los cuadros exotóxicos de las esquizofrenias endógenas, puestas en marcha por sustancias psicodislépticas. Empeorando la situación, que tanto el tipo de experiencia como la vida marginal, como la cada vez mayor universalidad de consumo, hacen que muchos esquizofrénicos pasen al mundo del cannabis y demás drogas, o que la familia se intenta desangustiar frente a una psicosis, achacándole la culpa al consumo de drogas.

#### Descripción de los cuadros crónicos:

Se pueden describir cuatro tipos de cuadros:

1. Cuadro paranoide
2. Cuadro confusional alucinatorio paranoide
3. Cuadro delirante hiperquinético
4. Cuadro hipoquinético

Al igual que ocurre con los cuadros agudos, es difícil encontrar los cuadros puros y hay todo tipo de variaciones en sintomatología, pero los cuatro básicos son los más demostrativos y de más preponderancia.

#### Cuadro paranoide:

Aparece en la mayoría de las veces en consumidores habituales de cannabis, con un tiempo exposicional tóxico de meses o años, la mayoría de ellos mantienen un cierto orden de vida a nivel laboral y socio-familiar, son consumidores habituales pero con un cierto control y ritmo.

Se caracteriza por una sensación o percepción delirante del tipo de influencia, bloqueo del pensamiento, --bradipsiquia, incapacidad de concentrarse; en ocasiones -- presentan cuadros de despersonalización, a veces delirios de referencia, y en algunos casos alucinaciones auditivas. En algunos casos llegan a hacer un delirio sistematizado, con un contenido coherente, que plantea la necesidad de -- establecer un diagnóstico diferencial con las paranoias -- crónicas.

#### Cuadro Confusional Alucinatorio Paranoide:

Es una cronificación del cuadro agudo, con la misma sintomatología, siendo muy frecuentes los flash, unas veces domina el cuadro confusional y otras veces el paranoi

de, o el cuadro alucinatorio, siempre hay despersonalización, es típico del cuadro un delirio onírico, visionario y mesiánico, denominado megalomania profética, suelen relatar una experiencia metafísica, reencarnando algún Dios o profeta. En algunos flashes, se sienten omnipotentes, como responsables de todas las catástrofes que han ocurrido. Al igual que en el cuadro agudo, se diferencian de las esquizofrenias, tanto por el contenido como por la forma del cuadro, destacando una cierta transferencia y conciencia de su situación en los momentos lúcidos, así como el humorismo típico de estos enfermos y que en castellano la única palabra que se adopta bien a sus situaciones, la de -cachondeo-, que no es psicopatología ortodoxa, pero puede precisar su tipo de humor, cuando no están en crisis.

#### Síndrome Hipoquinético:

Al igual que el agudo del mismo nombre, se caracteriza por una situación hipoquinética, con brotes confusionales o de feurte excitación, con un bloqueo absoluto a todo tipo de comunicación oral, a su remisión suelen comentar que sienten su -inmovilidad- y que no piensan en nada, recordando a los nihilistas de la psiquiatría clásica. - Existe un verdadero bloqueo, funcionando únicamente estructuras arcaicas y presentando problemas de alimentación e higiene por su conducta regresiva. Es muy difícil su diagnóstico diferencial con un proceso esquizofrénico-catatónico.

#### Síndrome Delirante Hiperquinético:

Predomina la actividad delirante, también de contenido visionario, despersonalizado, con una terrible hiperquinesia incluso creativa, sin ningún contenido afectivo.

### Problemática de la administración de Neurolépticos:

Se presenta esta situación como casi un verdadero -- síndrome, ya que, a diferencia tanto de las psicosis esquizofrénicas como de las alucinosis o de las paranoias - alcohólicas, las psicosis cannábicas se caracterizan por una fuerte intolerancia a los neurolépticos clásicos, --- siendo lo más destacable la intolerancia a las butirofenomas (halaperidol), creando un cuadro confusional alucinatorio, puramente yatrogénico, si el médico no está al tanto, cree que la psicosis se ha agravado o está bajo la dosis y aumenta los neurolépticos, hasta que la actividad sedante de ésta se destaca sobre la productiva, la cual motiva que un cuadro psicótico se agrave, así como de un restablecimiento pleno, se puede convertir en un cuadro - yatrogénico de meses de evolución, quedando un severo deterioro. Lo que agrava más la situación es que en las psicosis cannábicas, es donde están motivados por un bloqueo por el THC a nivel de transmisión de membranas, sobre todo en las estructuras límbicas, lo cual no sólo se ve en la clínica sino a nivel de EEG. Este bloqueo sólo nos deja un tipo de actuación a nivel de recambio iónico o activando todo el proceso de forforilización, para que los -- cerebrosidos vuelvan a estar limpios. Parece ser que los neurolépticos no sólo no curan, sino que retrasan este intercambio, sumándose además el bloqueo de otras estructuras cerebrales que están sanas, y encima los problemas generales por la medicación antiparkinsoniana.

### PRONOSTICO:

El cuadro agudo suele durar un máximo de 7 días, tiene buen pronóstico y curar sin aparentes alteraciones orgánicas. Los cuadros crónicos, al igual que los consumidores habituales de cannabis, da lugar a la aparición de

trastornos amnésicos, en la memoria de fijación, alteración en la capacidad de abstracción y dificultad de concentración. Como más grave y residual aparece el síndrome Amotivacional, caracterizado por: apatía, retraimiento, deterioro del juicio, falta de iniciativas y falta de rendimiento.

#### TRATAMIENTO:

Se sabe que hay un bloqueo a nivel de los lípidos cerebrales por el THC y demás cannabinoles. Por lo tanto, y es el consejo de la mayoría de los autores, que con tratamiento mantenedor, evitando toda substancia que pueda estabilizar o alterar el metabolismo neuronal y sobre todo el recambio iónico, es lo que nos llevaría al total -- restablecimiento del enfermo.

Cuántos servicios hay en la actualidad, con medios y servicios (personal) que puedan aguantar varios días a un enfermo en situaciones muchas veces aparatosas o angustiantes, o violentas, sin saber nada a nivel de sedación?

Si situamos al enfermo, en un ambiente aislado, lo más tranquilo posible, teniendo constantemente un auxiliar entrenado, que le hable o le tranquilice, que constantemente lo mantenga a nivel de realidad, y en una situación lo más armónico posible y durante las 24 horas; esto nos permite una remisión del cuadro en días o semanas, y sin haber aplicado ningún neuroléptico. Pero la verdad es que nos enfrentamos con servicios de agudos abarrotados, personal insuficiente y medios penosos, y la única posibilidad de tener a un enfermo sin medicación es tenerle atado o en una celda, además se precisa que tanto el personal como los médicos estén aleccionados y convencidos, que sepan controlar la ansiedad, y que no pongan -

un coctel -duro- al primer síntoma del enfermo, o a la -- primer situación molesta en la sala.

Todo lo anteriormente expresado está en constante - revisión y evaluación, para encontrar más claridad en este problema que supone el consumo de cannabis."(11)

E). ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS DEL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO.

Dr. Carlos Pucheu R.  
Psic. Javier Torres Torija.

"Partiendo del principio recomendado por la O.M.S.,- los países en desarrollo se han dado mucha importancia a la creación de servicios intermedios para el tratamiento- y rehabilitación, integrando a los servicios de salud ya existentes y en los que se realizan actividades en rela-- ción con la farmacodependencia, el alcoholismo, los trastornos mentales y la salud mental.

La orientación de la investigación se dirige funda-- mentalmente a aquellas drogas cuyo uso y abuso son más co-- munes en nuestro medio. La cual abarca los aspectos: far macológicos, químicos, fisiológicos, endócrinos, genéti-- cos, toxicológicos, etc. Hasta ahora se han hecho aporta-- ciones significativas de: los inhalantes, marihuana, anfe-- taminas, barbitúricos y alucinógenos.

Los estudios se han llevado a cabo con el objeto de tener una imagen del problema. Se han realizado encues-- tas entre la población estudiantil en la Ciudad de México, Querétaro, Saltillo, Cuernavaca y Mérida. También se rea-- lizaron encuestas en hogares, en la población general de-

las siguientes ciudades: Distrito Federal, San Luis Potosí, Puebla, La Paz, Baja California Sur, Monterrey, Mexicali.

Se incluyó a personas de ambos sexos, mayores de 14 años.

CONCLUSIONES: En este estudio se demostró, que las drogas de mayor consumo son: la marihuana en primer lugar y le siguen los inhalantes. En los Estados de Baja California Norte y Sur, Sinaloa y Sonora, en el Distrito Federal y en San Luis Potosí, el grado de consumo fue significativo pero menor."(12)

F). ALGUNOS CORRELATOS PSICOLOGICOS EN LOS USUARIOS CRONICOS DE GRANDES CANTIDADES DE CANNABIS.

Departamento de Psiquiatría  
Chandigar h-160011,  
India (1978).

RESUMEN: A 50 individuos, todos usuarios por largo tiempo, de grandes cantidades de cannabis, se les aplicaron pruebas psicológicas para medir variables psicomotoras, perceptuales, etc. La mitad de estos individuos --- eran fumadores de Charas, mientras que otros eran bebedores de Bhang. El uso del cannabis se remontaba a 4-10 -- años, con un promedio de 150 mg. de dosis diaria. Se les aplicaron las mismas pruebas a un grupo control apareado de 25 individuos. Comparados con este grupo, se encontró que los usuarios de cannabis reaccionaban más lentamente, se concentraban menos y eran peores para estimar el tiempo, así como también tenían mayor trastorno de neuroticismo y perceptivo motor.



Los fumadores de Charas fueron los más pobres en rendimiento y además evidenciaron mala memoria, disminución de la actividad psicomotriz y mala estimación del tamaño. (13).

#### 3.4 CONCLUSIONES DE ESTUDIOS QUE SE HAN REALIZADO ACERCA DE LA MARIHUANA.

- El panorama que se plantea de la marihuana, de que es una "droga suave", es un incidioso atractivo para los jóvenes.

- El uso temprano de la marihuana se asocia con una baja educación, afecta la enseñanza y las actividades del aprendizaje.

- La marihuana afecta las respuestas motoras del organismo.

- La marihuana afecta las respuestas sexuales.

- El uso de la marihuana en adolescentes, afecta las funciones de adaptación en los jóvenes.

- El consumo de marihuana, afecta la interrelación de los factores paternos y los adolescentes.

- La química única de los compuestos de la marihuana (cannabinoides) es sumamente peligrosa.

- El humo de la marihuana tiene un alto potencial -- cancerígeno.

- La marihuana tiene un impacto destructivo en la --

memoria, aprendizaje, motivación, atención, coordinación motora; durante los años de la adolescencia.

- La marihuana es una droga que crea dependencia Física y Psicológica así como desarrollar la tolerancia, tanto física como en aspectos de comportamiento.
- La marihuana afecta la percepción del espacio-tiempo.
- La marihuana cuando se consume por mucho tiempo, - provoca Síndrome Amotivacional (disminución del -- juicio, y fuerzas volitivas, aplanamiento emocional).
- La marihuana disminuye los reflejos visuales y auditivos.
- La marihuana afecta el ritmo cardiaco hasta un 50%.
- La respuesta inmunizante del organismo es afectada por el uso intenso de la marihuana.
- La marihuana afecta el sistema reproductor y hormonal.
- Es una realidad que el uso regular de la marihuana conduce a una incidencia decreciente de un número de sufrimientos psiquiátricos, como la ansiedad y reacciones depresivas; y un número de psicosis tóxicas.

### 3.5 POBLACION QUE TIENE MAS RIESGOS ADVERSOS POR EL USO- DE LA MARIHUANA.

- Adolescentes y niños.
- Individuos emocionalmente inestables y psicóticos.
- Individuos con enfermedades pulmonares como: Efise  
ma pulmonar, cáncer pulmonar y asma.
- Hombre con mal funcionamiento testicular.
- Mujeres embarazadas.
- Individuos con enfermedades cardiovasculares, espe-  
cialmente angina de pecho, arritmia e hipertensión.

"Cada sociedad tiene sus  
propias formas de pesti-  
lencias, las que sólo -  
puede controlar refor--  
mándose a sí misma."

René Dubois.

### 3.6 SUPUESTOS IMPLICITOS DE LA MARIHUANA.

- La marihuana es una droga que produce alteraciones  
psíquicas.
- La marihuana es una droga que produce alteraciones  
físicas.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Garza Fidel de la (1984). Juventud y Drogas. Ed. Tri llas, pág. 180.
- 2.- Ibidem, pág. 180.
- 3.- De Roop Robert S. (1985). Las Drogas y la Mente. Ed. CECSA, Nva. Edición, pág. 58.
- 4.- Ibidem, págs. 60,61,62.
- 5.- Revista: Centros de Integración Juvenil (1989). Di-- rectorios de Centros Locales. Drogas y Marihuana, - pág. 10.
- 6.- Ibidem, pág. 10.
- 7.- Ibidem, pág. 11
- 8.- Revista: Dirección de Asuntos Penales (1982). Panora ma Actual del Consumo de Marihuana en el Mundo.
- 9.- Revista: Escuela de Medicina y Cirugia, Universidad- de Columbia, Nueva York (1977). Aspectos Biomédicos del Consumo de Cannobis.
- 10.- Revista: National Institute on Drug Abuse (1979). -- Efectos del Cannabaris en Adolescentes.
- 11.- Revista: IX Congreso de Socidrogalcohol Gobierno Vas co (1980). Situación Actual del Problema del Canna-- bis: Psicosis Cannabicas; Diag. y Tratamiento.

- 12.- Revista: Salud Mental. Dpto. de Inv. Soc. CEMESAM. - (1976). Estado Actual y Perspectivas del Problema de la Farmacodependencia en México.
  
- 13.- Revista: Salud Mental. Dpto. de Inv. Soc. CEMESAM. - (1978). Algunos Correlatos Psicológicos de los Usuarios Crónicos de Grandes Cantidades de Cannabis.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO IV

METODOLOGIA

## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

Para realizar este estudio comparativo se procedió a visitar el Hospital Psiquiátrico "San Juan de Dios", así como Centros de Integración Juvenil. Donde se estableció contacto con pacientes que estuvieran en rehabilitación -- por haber consumido marihuana. Asimismo, se visitaron -- las bibliotecas del Centro de Integración Juvenil y del Hospital "Angel Leaño"; para investigar en libros y revistas, datos sobre el estudio a realizar. Además se estableció contacto con personas consumidoras de marihuana -- que no estuvieran en rehabilitación. La finalidad principal de este estudio comparativo es que se obtendrá información sobre las consecuencias que causa el uso de la marihuana, en cuanto a trastornos de la personalidad y rasgos psicopatológicos. Comparativamente con las personas que la dejaron de consumir; para obtener datos de ambos grupos.

#### 4.1 FORMULACION DE HIPOTESIS.

Ha: Presentan diferencias significativas de características de personalidad y psicopatología, los jóvenes que consumen marihuana en activo y jóvenes que ya no la consumen; estando estos últimos en rehabilitación.

Ho: No presentan diferencias significativas de características de personalidad y psicopatología, los jóvenes que consumen marihuana en activo y jóvenes que ya no la consumen; estando estos --

últimos en rehabilitación.

#### 4.2 SISTEMA DE VARIABLES.

VI: Tiempo de consumir la marihuana (3 años mínimo).

VD: Rasgos obtenidos mediante el MMPI.

Variables a controlar:

Edad, número de analfabetas, personas no psicóticas.

#### 4.3 POBLACION Y MUESTRA.

Población:

50 personas consumidoras de marihuana.

Muestra:

49 personas consumidoras de marihuana.

1er. Grupo:

La muestra será tomada al azar de un grupo de personas de ambos sexos, que han consumido marihuana durante 3 a 4 años y se encuentran en rehabilitación - (por un tiempo mínimo de tres meses). Contando con jóvenes de 16 a 30 años de edad, que saben leer y escribir, siendo ellos de todos los niveles socioculturales y económicos.

2do. Grupo:

La muestra será tomada al azar de un grupo de personas de ambos sexos, que han consumido marihuana durante 3 a 4 años, sin haber estado durante este tiempo alguna vez en rehabilitación. Contando con jóve--



nes de 16 a 30 años de edad, que saben leer y escribir, siendo de todos los niveles socioculturales y socioeconómicos.

El tamaño de los grupos es: De 27 en grupo en rehabilitación, y 22 en grupo de no rehabilitación.

#### 4.4 DISEÑOS Y/O TECNICAS DE INVESTIGACION.

Diseño Ex-post-facto:

"La investigación Ex-post-facto, es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes."(1)

#### 4.5 INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Material Psicométrico:

"El material a utilizar en este estudio es el MMPI - (Inventario multifásico de la personalidad a la psicopatología). Fue seleccionada esta prueba porque "se ha utilizado primordialmente para lograr una separación objetiva entre las personas mentalmente sanas y las enfermas, o de las que tienen tendencias patológicas."

Por lo que el propósito básico de este estudio comparativo es, investigar si presenta diferencias significati

vas en cuanto a características de personalidad y psicopatologías que ocasiona la marihuana a jóvenes que la consumen y a jóvenes que la consumieron; estando estos últimos en rehabilitación.

Los elementos del M.M.P.I. son de gran amplitud, el contenido comprende áreas como: Actitudes sexuales, ocupación, familiares y matrimoniales, salud, síntomas psicómaticos y desórdenes neurológicos, trastornos motores y muchas manifestaciones neuróticas y psicóticas de la conducta.

Su forma de aplicación puede ser individual y/o colectiva.

Este instrumento psicométrico está destinado a personas de 16 años en adelante, aunque también se ha empleado con éxito en adolescentes algo más jóvenes, (Hathaway y Monachez; 1963), lo esencial es que sepan leer."(2)

"El M.M.P.I. es una prueba que proporciona un perfil de la personalidad, comparando al sujeto con diversos grupos patológicos diagnosticados."(3)

"El M.M.P.I. se creó originalmente: para valorar rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica inutilizadora, (Hathaway y Mckinley)."(4)

"En esencia, el M.M.P.I. es utilizado primordialmente para lograr una separación objetiva entre las personas mentalmente sanas y las enfermas o las que tienen tendencias psicológicas."(5)

"A fines de 1938, Hathaway y Mckinley (un psicólogo y un neurosiquiatra), comenzaron a reunir frases para una

prueba que crearon convencidos de la necesidad existente de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos multifásicamente, por medio de escalas o perfiles tan útiles para la investigación, como para la práctica clínica."(6)

En 1939, Hathaway y Mckinley se dedicaron a crear este instrumento, cuyo objetivo era aminorar en lo posible, el conflicto entre los conceptos empleados por psiquiatras, psicólogos y otros profesionales que trabajan con sujetos normales; además para ayudar a la identificación de rasgos psicopatológicos de los pacientes psiquiátricos, "y como método para determinar la severidad de sus condiciones". (Hathaway, Mckinley, 1965).

"Después se preparó una forma colectiva, la cual se ha ido modificando y actualmente se utiliza un folleto en el que el sujeto responde a una hoja de respuesta, marcando con un lápiz si la respuesta es "cierta" o "mayormente cierta", rellenoando el espacio con la letra "C"; o si la frase es "falsa" o "mayormente falsa", rellenoando con lápiz la letra "F". Ambas formas están destinadas a adultos de 16 años en adelante, aunque también se ha empleado con éxito en adolescentes más jóvenes. (Hathaway y Manacchesi, 1963)."(7)

"Desde la publicación inicial del M.M.P.I. en su forma inicial se han desarrollado escalas nuevas, la mayoría por investigadores independientes que no participaron en la elaboración del test original, de las cuales se han seccionado 213 frases. (Dahlstrom y Welsch, 1960)."(8)

"Varias escalas se desarrollaron en poblaciones normales para valorar rasgos de personalidad no relacionados con la patología.

Estas escalas se denominaron: "Escalas Especiales" - (por el Dr. Rafael Núñez) ya que se han venido investigando y considerando como importantes en la interpretación - del M.M.P.I. Estas escalas se lograron por medio de varias combinaciones de las 566 frases analizadas técnicamente por medio de análisis factorial o procedimientos intuitivos. En el último volumen de Dahlstrom, Welsh y --- Dahlstrom (3, Vol. II, P. 276-347) se observan más de 450 escalas. Estas escalas tienen diferentes denominaciones, que van desde Desconfianza, hasta la escala de Estudiantes Universitarios de la Universidad Hebrea Yeshiva. Muchas de estas escalas no han sido sometidas a una metodología estadística adecuada y por esa razón no es recomendable su utilización clínica cotidiana. - Ejemplos de estas nuevas escalas: Fuerza de Ego (Fe), Autocontrol (Ac), Ansiedad e Inadaptación (A), Represión (R), Síndrome Doloroso Lumbar (Lb), Caudalidad (Ca), Dependencia (De), Dominancia (Do), Responsabilidad Soc. (Rs), Prejuicio (Pr), - Status Social (St).

Las más frecuentemente utilizadas de las "Escalas Especiales", son las escalas: Fuerza Ego (Fe) y Autocontrol (Ac)."(9)

"El M.M.P.I. ha sufrido algunos cambios y adaptaciones. Actualmente consta de dos versiones: la primera, --- M.M.P.I.-Español, publicada en 1967 por la Editorial "El Manual Moderno", S.A. (adaptada y revisada por el Dr. Rafael Núñez); y la segunda versión revisada, MMPI-Forma R, (adaptada y actualizada por el Psic. Armando Velázquez -- Huerta - UNAM, bajo la supervisión del Dr. Rafael Núñez, - 1981.

MMPI-Español: Es un folleto de 16 páginas con 566 - frases que deben ser contestadas para la puntuación de --

las escalas existentes. En realidad el inventario tiene 550 frases, pero se ha duplicado 16 frases en el folleto y en las hojas de respuesta, para lograr un método más -- económico de clasificación. El material utilizado por el examinador consiste en el inventario en forma de folleto (MP2-2) y una hoja de respuestas (MP2-3). El material, -- utilizado por el examinador incluye el manual MMPI (MP2-1R), plantillas de evaluación (MP2-5) y la hoja del perfil y sumario (MP2-4) para trazar el diagrama de acuerdo con las puntuaciones del examinado.

MMPI-Forma R: En esta adaptación del MMPI se realizó una nueva disposición de los reactivos. Se mantuvo el número de 566 frases (con 16 repetidas) pero se cambió el orden para presentar todos los reactivos puntuables de -- las escalas clínicas y de validez en las primeras 399 frases del inventario. Los demás reactivos usados para las escalas especiales y de investigación se agrupan del 400- al 566. La nueva hoja de respuestas puede calificarse -- manualmente con mayor facilidad y rapidez que la anterior.

El material utilizado por el examinado consiste en -- el inventario R en forma de folleto escalonado (MP2-2R) y una hoja de respuestas con perfiles (MP2-3R) y un juego -- de 14 plantillas de evaluación (MP2-5R).

En su aplicación el M.M.P.I. procura 14 puntuaciones básicas, son: 4 de validez, 9 clínicas, y una que busca -- tendencia a la extroversión o a la introversión Social."  
(12)

A continuación se describen las escalas:

ESCALAS DE VALIDEZ: (0 de actitud ante la prueba)/  
¿No puede contestar? Número de reactivos que no -- respondieron).

"La prueba originalmente se llamó: Registro Multifásico de la Personalidad (Hathaway y Mckinley, 1940). Se tuvo en cuenta la educación y la cultura de las personas a quienes se les administraba para que las frases fueran comprendidas aun por personas sin un alto nivel intelectual o cultural."(10)

"Las frases se basaron en las preguntas que se hacen para elaborar historias clínicas de medición general, neurológicas y psiquiátricas, como también en las escalas publicadas y escalas que ofrecían informes sobre orientación vocacional."(11)

La lista original consistió en 1,200 frases.

La mayoría de las escalas fueron formuladas en oraciones declarativas de la primera persona en singular; la mayoría de las entradas se expusieron en frases afirmativas, pero también existían de otras de tipo negativo. No se utilizaron oraciones en forma de interrogantes y en muchos casos, la forma gramatical fue alterada para dar mayor brevedad a la expresión, claridad y simplicidad a las frases.

De esta depuración quedaron 504 oraciones, que fueron aplicadas a amigos y familiares de los pacientes de los hospitales del Centro Médico de la Universidad de Minnesota, a un grupo de estudiantes de preparatoria y de Universidad y a varios grupos especiales como tuberculosos y epilépticos. Estos sujetos fueron interrogados acerca de algunos antecedentes para determinar su comparabilidad con los casos clínicos a los que también se aplicó el inventario. Estos antecedentes eran en cuanto a edad, educación, estado marital, ocupación, área de residencia y estado médico actual. Eran excluidos de la mues

tra los sujetos que informaban estar bajo cuidado médico en el tiempo que iba a aplicarles la prueba.

Las escalas se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos normales con los casos clínicos y el criterio principal fue la predicción válida de los casos clínicos, comparándolas con los diagnósticos del personal neuropsiquiátrico.

Posteriormente fueron agregados los items que investigan acerca de los intereses masculino-femenino.

En 1942 ya había una versión mimeografiada del inventario y en 1943 éste fue registrado y publicado por la Universidad de Minnesota.

A partir de 1947, el test es distribuido a través de la Corporación Psicológica Norteamericana, quien ha publicado los manuales, formas y materiales de corrección. El inventario constaba de 550 enunciados, a los que el sujeto respondía VERDADERO, FALSO, NO SE.

#### DESCRIPCION DE ESCALAS:

"Las descripciones que se presentan a continuación, tienen el propósito de ser guías generales, breves, del significado de las escalas. Las escalas están basadas en casos clínicos que fueron clasificados de acuerdo a la Nomenclatura Psiquiátrica Convencional durante la época en que se empezó a desarrollar el MMPI.

#### A.- Escalas de Validez: (? , L, F, K).

Estos 4 indicadores de validez representan comprobaciones

ciones sobre el descuido, la incomprensión, el fingimiento y las actitudes que adopta el examinado al contestar - el inventario. Estas actitudes están basadas en el grado de conformidad con el grupo, en la socialización y en el estado de salud mental del sujeto.

#### 1.- Escalas de frases omitidas: (?)

La primera escala del perfil es integrada pro frases que el examinado no contesta. La cantidad de frases sin-contestación afecta a las demás escalas y, cuando es muy-alta invalida las otras. Hay que tomar en cuenta la edad, sexo, status socioeconómicos, educación, etc.

#### 2.- Escala L (15 Reactivos).

Esta escala fue introducida por Hathaway y Mckinley- en 1951 para poder elevar el grado de franqueza del exami- nado durante la aplicación.

En la escala L se observan una serie de respuestas - defensivas en forma intencional, en personas con educa- ción escolar limitada, con nivel intelectual abajo de lo- normal, o en personas con vida cultural y socioeconómica- limitada, se puede encontrar ingenuidad psicológica, eva- sión marcada o sobrevaluación.

La escala L, expresa opiniones y conductas que al -- ser evaluados en la conducta, sólo que se encuentran en - personas muy conscientes, demasiado conscientes.

Fue designada para identificar un grupo de respues- tas deliberadas, evasivas, aunque esto no se logra con - personas demasiado sofisticadas.



Las hipótesis interpretativas asociadas con la elevación de esta escala:

- 1) Intento de dar una buena impresión.
- 2) Ingenuidad psicológica.
- 3) Convencionalismo, rigidez, sobrevaluación del valor de uno mismo.
- 4) Características Neuróticas. Exagerado uso de las defensas, etc.

### 3.- Escala F (64 Reactivos).

Esta escala no es estrictamente una escala de personalidad pero se utiliza una forma de evaluar la validez total de instrumento. Esta escala ha sido llamada escala de frecuencia, escala de confusión y escala de validez.

Una puntuación, elevada en la escala, afecta a las otras escalas del instrumento. Se ha considerado de gran importancia el valor F como primer paso de la interpretación.

### 4.- Escala K (30 Reactivos).

Las primeras versiones del M.M.P.I. no incluían esta escala que se desarrolló experimentalmente para incrementar los indicadores de validez del instrumento y, proporcionar un medio de corregir estadísticamente los valores de las escalas clínicas.

1-Hs; 4-Dp, 7-Pt, 8-Es y 9-Ma.

También se ha encontrado que opera como índice de ciertas actitudes defensivas y exhibiciones psicológicas.

## B.- ESCALAS CLINICAS:

### 1-Hs (Hipocondriasis) 33 Reactivos.

Esta fue la primera escala que derivaron Hathaway y Mckinley en 1940. La puntuación de esta escala representa una medida de interés anormal del sujeto acerca de sus funciones corporales.

En los estudios realizados hasta la fecha, se han encontrado diferentes características de la personalidad de los sujetos asociados con esta escala.

Las 33 frases que componen esta escala abarcan una gama de síntomas corporales y no se restringen a una parte del cuerpo ni una función concreta. Incluyen dolores y malestares generalizados, quejas específicas sobre la digestión, respiración, visión, pensamiento y sueño, así como peculiaridad de la sensación.

### 2-D (Depresión) 60 Reactivos.

Fue establecida para medir el grado o profundidad del conjunto de síntomas clínicos propios de la depresión. Es conocida también como la escala del "Estado de Animo", pues por medio de ella se pueden encontrar estados emocionales, momentáneos y pasajeros.

Los 60 reactivos de esta escala son de pacientes que demuestran pesimismo extremado, sentimientos de desesperanza, y retardo en el pensamiento o acción.

### 3-Hi (Histeria) 60 Reactivos.

Esta escala de 60 frases se desarrolló para ayudar a

la identificación de pacientes que usan las defensas neuróticas propias de histeria de conversión.

Estos pacientes utilizan los síntomas físicos como un medio de resolver conflictos difíciles o evitar responsabilidades en momentos de tensión. Los síntomas se refieren generalmente a parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos, intestinales o síntomas cardíacos, tensiones, miedos y preocupaciones.

Los 60 reactivos de esta escala son de pacientes neuróticos que utilizan los síntomas físicos o mentales como un medio para evitar inconscientemente los conflictos y responsabilidades.

#### 4-Dp (Desviación Psicópática) 50 Reactivos.

Esta escala de 50 frases se desarrolló para mediar las características de personalidad del subgrupo de personas amorales y antisociales con desórdenes psicopáticos de la personalidad. Este grupo incluye personas asociales, con cuadros patológicos en la estructura de su personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentido de malestar.

Mensh (1955), incluye dentro de este grupo con personalidad psicopática, las reacciones antisociales, las prevenciones sexuales y el alcoholismo; generalmente se considera también dentro de este grupo a personas mentalmente enfermas que se encuentran en desacuerdo con el medio.

#### 5-Mf (Masculino-Femenino) 60 Reactivos.

Está compuesta de 60 frases y tiene por objeto obtener respuestas relacionadas con intereses propios de los

hombres o de las mujeres. Las frases están referidas a - la sensibilidad personal y emocional, la identificación - sexual, el altruismo, las preocupaciones propias del sexo femenino y la negación o rechazo de ocupaciones masculinas. La escala también se refiere a intereses, pasatiempos, actividades sociales, religiosas, relaciones familiares y miedos. Otro rasgo importante es la cantidad de -- franco material sexual presente en las frases que componen esta escala. Originalmente la escala 5-Mf fue diseñada para identificar los rasgos de personalidad relacionados con la inversión sexual masculina.

6-Pa (paranoia) 40 Reactivos:

Esta escala, integrada por 40 frases, se derivó para evaluar el patrón clínico de la paranoia, cuyos síntomas-clásicos son: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, sentimientos o ideas de persecución, delirio de grandeza y percepciones inadecuadas.

7-Pt (psicastenia) 48 Reactivos:

Esta escala compuesta de 48 frases, fue derivada para ayudar a la evaluación del patrón neurótico de la Psicastenia (término en desuso) o del síndrome obsesivo-compulsivo. Sus características incluyen, reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas, dudas excesivas, dificultad para decidir, temores, preocupación obsesiva, actos compulsivos, ritualismo y perfeccionistas. La tendencia a este tipo de conducta se manifiesta por medio de angustia, inseguridad y desconfianza.

8-Es (Esquizofrenia) 78 Reactivos:

Esta escala de 78 frases es la más numerosa de las escalas clínicas. El patrón psicótico de la esquizofrenia, del que se derivó esta escala, es muy heterogéneo y contiene muchos rasgos conductuales y contradictorios.

Hathaway y Mckinley (1951) dedicaron a esta escala más tiempo de investigación que a cualquier otra, sin embargo, aun es considerada como una de las más débiles, -- por el complejo de la entidad que representa.

Los rasgos más importantes característicos del esquizofrénico son: la incongruencia de afecto, pensamientos fraccionados, contenido extraño, poco interés en el medio, aislamiento emocional. Relaciones interpersonales inadecuadas, apatía e indiferencia.

9-Ma (Hipomanía) 46 reactivos:

Esta escala de 46 frases se derivó del desorden afectivo llamado hipomanía que se caracteriza por hiperactividad, excitación emocional, fuga de ideas, relación inestable, insomnio, hipertiroidismo y actitud de desconfianza.

El propósito básico de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas, tipo maniaco.

0-Is (Introversión y Extroversión Social) 70 Reactivos:

Esta escala fue publicada inicialmente por Drake en 1946. El antecedente teórico inmediato de la adaptación de este concepto, para el MMPI, fue un estudio de Evans y McConell (1941), en el cual analizaron las características de la personalidad relacionadas con la introversión y

la extroversión.

La escala 0-Is consta de 70 reactivos. Las puntuaciones altas en esta escala indican tendencia a la introversión y las puntuaciones bajas se relacionan con extroversión". (13)

Por lo antes descrito, se puede afirmar que: las características de personalidad y psicopatologías que las personas presentan en este estudio comparativo, pueden ser evaluados con base a los puntajes de las escalas clínicas. Hataway y Mckinley, descubren la afectividad de combinarlas en lugar de hacer la interpretación de cada una de las escalas separadas.

Las características de personalidad y psicopatologías que las personas presentan en este estudio comparativo, pueden ser evaluadas con base a los puntajes de las escalas clínicas. Hataway y Mckinley, descubren la efectividad de combinarlas en lugar de hacer la interpretación de cada una de las escalas separadas.

#### CONFIABILIDAD:

"Los estudios estadísticos relacionados con la confiabilidad y validez son de gran importancia para la comprensión de cualquier instrumento psicométrico. El coeficiente de confiabilidad varía de acuerdo a la muestra tomada.

Los datos aportados sobre la confiabilidad del MMPI, parecen bastantes satisfactorios.

La confiabilidad varía entre 0.46 y 0.93." (14)

### VALIDEZ:

"En cuanto a la validez, se ha encontrado que una puntuación alta en una escala predice positivamente el diagnóstico final correspondiente, estimado en el más de 60% de los nuevos casos de admisión psiquiátrica. Este porcentaje es derivado de la diferencia entre grupos normales y anormales. Aun en los casos en que una alta puntuación no fue confirmada, por el diagnóstico correspondiente casi siempre se notará dentro del cuadro sintomático la presencia del rasgo en un grado anormal (Mckinley y Hathaway, 1943).

En un principio, la validez del MMPI, estaba basada en la utilidad de varios grupos diagnosticados de los cuales derivaron sus escalas, y actualmente descansa en sus propias escalas de validez de acuerdo a como quedaron explicadas anteriormente."(15)

El MMPI, se espera sea contestado sin dificultad por sujetos de 16 a 30 años.

#### 4.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

##### Procedimiento:

La prueba fue aplicada en forma individual en las instituciones siguientes: Centro de Integración Juvenil y Hospital Psiquiátrico "San Juan de Dios" (Guadalajara, Jalisco), estando estos grupos en rehabilitación; asimismo se aplicó a grupos que no habían estado en rehabilitación (Puerto Peñasco, Sonora).

Segundo: Las condiciones determinantes para llevar a

cabo la aplicación del cuestionario (MMPI) fueron:

Que el sujeto supiera leer y tuviera voluntad para llevar a cabo este estudio comparativo y un grado de experiencia que les permitiera que los items, fueran psicológicamente y sistemáticamente significativos para él. (Ellos).

Tercero: Los pasos a seguir fueron:

- a). Se tuvo una entrevista con la intención de ponerlos al tanto de este estudio comparativo, y así para que la intervención de las personas fuera por voluntad y además evitar falta de disposición.
- b). Se explicó la consigna de la prueba y se advirtió: La importancia de cumplir con ella lo más fielmente; cuando no se cumplían los requisitos de las escalas de validez, se aplicaba el retest.
- c). La calificación de la prueba fue efectuada manualmente. Y apoyada en los criterios de Rafael Núñez.
- d). Se manejaron los resultados estadísticamente.

#### 4.7 TECNICAS DE ANALISIS.

Contraste de hipótesis referente a dos medias.

Se aplicó el test psicológico MMPI a un grupo de 27 personas que consumieron marihuana, pero se encuentran en rehabilitación, y a otro grupo de 22 personas consumido--



res de marihuana que no están en rehabilitación, y se quiere saber si se encuentran o no diferencias significativas de personalidad y rasgos psicopatológicos entre los test efectuados a los dos grupos.

La hipótesis alternativa, en este caso será que: presentan diferencias significativas en el MMPI entre los dos grupos. La hipótesis nula será que: No presentan diferencias significativas entre los dos grupos.

$$H_a: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

$$H_o: \mu_1 - \mu_2 = 0$$

"Para dos muestras pequeñas (menores de 30) aleatorias independientes, provenientes de poblaciones normales cuyas varianzas no son necesariamente iguales. La prueba-Smith Satterwaite, puede usarse para contrastar la Hipótesis Nula:

$$\mu_1 - \mu_2 = 0$$

El estadístico de este test está dado por:

	De donde:	Varianza
$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$	$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$ <p style="text-align: center;"><u>Media</u></p>	$y S^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}$

que sigue la distribución "t" de Student, con  $N_1 + N_2 - 2$  grados de libertad de donde  $27 + 22 - 2 = 47$  grados de libertad.

Para este tipo de muestras se espera un 95% de confiabilidad, según F.N. Kerlinger, de donde:

$$\begin{aligned} \text{Si } 100\% - 95\% &= 5\% \\ I - .95 &= .05 \end{aligned}$$

Donde:  $\alpha$  es el nivel de significancia que será en este caso de .05" (17)

De esta manera la Hipótesis nula  $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$ , se rechazará si se cumple la Hipótesis Alternativa  $H_a: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$ , o sea si  $t' < -t'_{\alpha/2}$  o  $t' > t'_{\alpha/2}$ .

Según las tablas  $t' = t_{0.025}$  para 47 grados de libertad es igual 1.96.

Por lo que se rechazará la Hipótesis nula  $H_0$  si  $t' < -1.96$  o  $t' > 1.96$ . Si  $t'$  está dentro del intervalo de -1.96 a 1.96 se aceptará la Hipótesis Nula  $H_0$  y se rechazará la Hipótesis Alternativa  $H_a$ .

A continuación se describen los valores obtenidos en percentiles, de cada una de las escalas del MMPI (TABLA 1 y TABLA 2).

TABLA 1

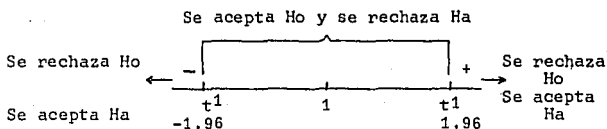
RESULTADO DE LAS PUNTUACIONES INDIVIDUALES DEL MMPI  
SUJETOS EN REHABILITACION X.

?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	SUJETO
				Hs+ .5K	D	Hi	Dp+ .4K	Mf	Pa	Pt+ 1K	Es+ 1K	Ma+ .2K	Sf	
2	4	10	8	12	14	17	21	22	10	20	31	24	28	1
0	14	9	20	17	22	21	20	39	12	26	33	18	29	2
0	4	10	5	7	27	12	25	19	9	23	25	21	38	3
0	8	11	17	20	28	24	23	29	4	23	25	15	33	4
51	3	4	14	14	28	21	19	25	11	24	26	15	24	5
0	6	7	8	11	19	17	24	26	13	36	21	28	39	6
0	9	16	9	17	17	20	26	36	17	31	39	36	11	7
15	5	13	8	29	29	32	25	30	12	40	37	19	36	8
0	10	13	10	21	20	26	25	35	16	32	39	33	18	9
0	3	12	13	15	28	22	26	28	10	45	34	15	36	10
1	3	14	9	12	20	14	27	21	9	24	33	27	36	11
1	6	9	4	15	29	22	28	28	17	38	47	31	43	12
7	7	13	13	22	19	25	28	20	14	28	44	23	26	13
16	11	16	20	28	33	36	28	34	21	32	48	18	40	14
0	3	11	12	12	30	19	28	28	10	33	36	16	40	15
4	6	15	20	30	26	28	28	21	12	30	39	24	28	16
4	9	5	20	17	21	26	31	18	16	28	35	23	16	17
1	5	15	22	28	24	28	28	22	14	32	44	19	27	18
3	8	21	13	27	29	22	26	26	16	33	49	22	36	19
0	8	7	18	14	23	23	27	27	14	32	40	16	28	20
19	4	15	13	21	22	21	35	25	18	27	40	24	25	21
80	5	16	8	9	19	16	30	27	19	18	37	18	21	22
1	4	15	7	13	25	16	27	31	16	31	44	21	38	23
0	5	16	7	15	20	18	23	22	15	26	36	26	34	24
0	4	10	9	19	20	23	23	25	15	30	35	15	28	25
0	4	13	14	16	21	24	23	28	12	13	39	27	37	26
0	4	13	14	18	23	29	26	28	12	24	41	20	29	27

TABLA 2

SUJETOS NO REHABILITACION X<sub>2</sub>

SUJET. ?	L	F	X	E S C A L A S										
				1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	10 Si	
1	5	2	14	11	13	15	26	47	29	20	26	43	30	22
2	0	2	16	5	13	23	16	22	26	15	38	46	31	36
3	4	8	11	15	22	23	22	30	20	13	23	40	25	29
4	5	7	16	19	24	21	21	34	22	16	36	45	26	29
5	15	2	16	8	9	13	16	31	21	14	23	34	28	22
6	14	4	15	7	9	18	15	30	20	14	29	33	26	19
7	4	4	14	8	12	12	14	30	24	14	24	38	26	31
8	0	5	14	7	21	43	29	27	27	14	39	35	25	24
9	0	3	8	14	21	25	24	21	30	12	32	34	26	22
10	19	4	16	12	18	23	26	29	23	12	38	38	25	24
11	0	6	15	13	18	24	23	31	21	9	33	35	31	33
12	4	4	16	8	17	19	26	29	28	17	40	54	26	34
13	0	3	16	6	18	25	18	29	20	18	36	45	30	38
14	1	3	25	1	9	20	11	20	24	17	32	43	27	34
15	3	4	11	9	22	23	17	29	31	13	28	34	23	32
16	1	3	10	17	25	22	28	28	28	18	30	37	22	38
17	0	5	17	14	16	24	15	31	14	15	34	48	23	37
18	0	4	14	14	21	21	23	32	22	16	30	38	20	31
19	0	5	16	6	17	31	26	31	29	24	35	43	22	26
20	40	9	16	14	18	26	19	27	30	15	31	44	21	29
21	70	7	17	9	10	19	19	21	14	11	25	28	12	30
22	0	7	7	16	12	23	20	28	22	8	31	31	24	37

GRAFICATABLA "A"

Resultados de valores  $t'$ . Obtenidos de cada una de las escalas del MMPI.

Donde:  $\bar{X}_1$  = Grupo en Rehabilitación  
 $\bar{X}_2$  = Grupo no Rehabilitación

ESCALAS	$\bar{X}_1$	$\bar{X}_2$	$t'$
?	5.9259	8.4090	-0.5904
L	6.0000	4.5909	2.0533
F	12.5556	14.5455	-1.8079
K	12.4047	10.5909	1.3119
1-Hs	17.7407	16.5909	0.7089
2-D	23.5556	22.4091	0.7093
3-Hi	22.5185	20.6364	1.2417
4-Dp	25.9259	28.9545	-2.2413
5-Mf	26.6667	23.8636	1.9335
6-Pa	13.4815	14.7727	-1.2511
7-Pt	29.5926	31.5000	-1.1804
8-Es	36.9259	39.3636	-1.2716
9-Ma	22.0000	24.9545	-2.0724
0-Si	30.5185	29.4091	0.5704

Valores obtenidos de las Tablas  $t$  Student para contraste de Medra.

#### 4.8 CONCLUSIONES DE ESTADISTICA.

Los valores  $t$ , de la escala  $L$ , viene siendo mayor de 1.96, por lo que se rechaza  $H_0$ . Y, los valores de las escalas 4 y 9 resultaron menores de -1.96 pero tampoco mayores de 1.96, por lo que también se rechaza  $H_0$ . Sin embargo, en las demás escalas del MMPI, el valor de la  $t$  es mayor de -1.96 y menor de 1.96 y al estar los valores  $t$  en este intervalo se puede afirmar que:

NO SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA ( $H_0$ ); lo que significa que, apoyándose en el nivel de significancia, se concluye con un 95% de confiabilidad que: "No existen diferencias significativas de características de personalidad y rasgos psicopatológicos entre el grupo en rehabilitación y abstinencia del uso de marihuana, y el grupo que aún la consumen sin haber estado en rehabilitación."

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Kerlinger Fred. N. (1982). Investigación del Comportamiento. Segunda Edición, pág. 196.
- 2.- Núñez Rafael (1982). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI a la Psicopatología.- Pág. 1.
- 3.- Zax Melvin /Cowen (1979). Psicopatología. Ed. Iberoamericana, pag. 447.
- 4.- Núñez Rafael (1982). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI a la Psicopatología.- Español, 2da. adaptación, Ed. Manual Moderno. Op.cit. 2, pág. 1.
- 5.- Ibidem, pág. 1.
- 6.- Ibidem, pág. 1.
- 7.- Hathaway Mc.Kinley (1981). Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI. Ed. Manual Moderno, pág. 10.
- 8.- Ibidem, pág. 10.
- 9.- Ibidem, pág. 10.
- 10.- Núñez Rafael (1982). Op. cit. 2, pág. 1.
- 11.- Ibidem, pág. 2.
- 12.- Hathaway Mc.Kinley (1981). Op.Cit.7, pág. 3.

13.- Ibidem, págs. 7, 8, 9, 10.

14.- Ibidem, pág. 6.

15.- Ibidem, pág. 6.

16.- Kerlinger Fred. N. (1986). Investigación del Comportamiento. Ed. Interamericana. 2da. Edición, pág.221.

17.- Ibidem, pág. 221.



## C A P I T U L O V

### CONCLUSIONES GENERALES

## C A P I T U L O V

CONCLUSIONES GENERALES

Después de analizar los capítulos anteriores, nos damos cuenta de la situación tan delicada que impera en México y en el resto del mundo; en cuanto al manejo o a la utilización de drogas y fármacos, en base a esto aumentan mayormente los riesgos de que los usuarios lleguen a sufrir alteraciones físicas y/o mentales; asimismo sucede con las personas (adultos, jóvenes y niños) que son consumidores, preferentemente de marihuana.

Por lo antes expuesto, se ha producido en los últimos años un incremento de interés en relación con la marihuana. No sólo la usa un número muy grande de personas, sino que se ha vuelto el centro de una gran cantidad de investigaciones.

Hace cerca de mil años, Hasan-i-Sabbah, debido a la poca información que tenía sobre la marihuana, la hizo ingerir a sus seguidores. Siendo así en los años 60s, apenas si se podía proceder a condenar la marihuana, cuando se sabía aun tan poco sobre sus efectos, de pronto se dispuso de varios investigadores interesados en esta droga tan cuidadosamente cultivada.

Alejandro Dumas escribió: "Es difícil que exista -- otra droga, en o fuera de la farmacopea, más rodeada de misterio, más ricamente incrustada en pequeñas y grandes malas interpretaciones que esta substancia; que en Arabia se llama Hashish, en Persia Beg, en Marruecos Kif, en Sud africa Dagga, en India Charas, bhang o gangha; en México y Estados Unidos se llama Marihuana. Y en los circuitos -

científicos, las puntas fluorecientes de la planta hembra de Cannabis Sativa"(1)

Se puede constatar que el problema del consumo de marihuana se debe en parte a la situación crítica (Eco.Soc. Pol.) por la que atraviesa el país; situación en la que podemos agregar el tráfico de drogas que en estos últimos años ha crecido considerablemente. Siendo tal el problema, que cada vez son más las personas (adultos, jóvenes y niños de todas las clases sociales) involucradas en el tráfico y/o consumo de marihuana y/u otras drogas. Aunado a todo esto, la falta de información adecuada sobre los efectos reales y consecuencias que conlleva el uso o consumo de marihuana en todos los sectores del país (siendo esto la principal inquietud y motivación a realizar este estudio).

A continuación se describen los resultados obtenidos de dicho estudio comparativo, que se llevó a cabo gracias a la cooperación de jóvenes y adultos consumidores de marihuana, en tratamiento y sin tratamiento, que en forma voluntaria participaron para poder llevar a cabo este estudio.

\* Sujetos en rehabilitación (total 27).

- Pacientes que presentaron puntuaciones significativas en algunas escalas del test psicológico aplicado (MMPI):

Total: 21

Escalas: F) Escala de frecuencia, confidencial, de validez).

D) Depresión.

Dp) Desviación psicopática

Pa) Paranoia  
Es) Esquizofrenia

De las cuales, dos pacientes presentaron reacciones-maníacas. Asimismo, 6 pacientes fueron los únicos que me presentaron características psicopatológicas.

\* Sujetos en no rehabilitación (Total 22).

- Personas que presentaron puntuación significativa en algunas de las escalas del test psicológico aplicado (MMPI):

Total: 14

Escalas: F) Escala de frecuencia, confidencial, de validez.  
Es) Esquizofrenia.  
Dp) Desviación psicopática.  
Ma) Hipomanía).

De los cuales 4 presentaron depresión severa y en 10 la depresión fue moderada o leve. Asimismo, 6 personas restantes presentaron características de personalidad significativas en las siguientes escalas:

F) Escala de frecuencia, confiabilidad y validez.  
Hs) Hipocondria  
Dp) Desviación psicopática.  
Es) ¿Esquizofrenia?

Y por último, las dos personas restantes no presentaron ningunas características psicopatológicas.

### 5.1 RESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO Y SU CUMPLIMIENTO.

"Descubrir las diferencias que existen entre las características de personalidad y rasgos psicopatológicos en: jóvenes que han consumido marihuana y se encuentran en rehabilitación; con jóvenes que consumen marihuana y no han recibido tratamiento."

Con los datos recabados, se puede afirmar que los objetivos que se plantearon para realizar esta investigación, se cumplieron; ya que se contó con la ayuda voluntaria de los grupos de personas que se requerían para poder realizar este estudio comparativo. Pudiéndose evaluar mediante el MMPI, sus características de personalidad y rasgos psicopatológicos.

Y al final se estableció una comparación entre los resultados obtenidos de ambos grupos.

### 5.2 CONCLUSIONES EN CUANTO A LA ACEPTACION O RECHAZO DE HIPOTESIS.

Los resultados fueron analizados estadísticamente con el fin de observar las siguientes hipótesis:

Ha = Presentan diferencias significativas las características de personalidad y psicopatológicas, los jóvenes que consumen marihuana en activo y jóvenes que ya no la consumen, estando estos últimos en rehabilitación.

Ho = No presentan diferencias significativas de características de personalidad y psicopatológicas, los jóvenes que consumen marihuana en acti

vo y jóvenes que ya no la consumen; estando estos últimos en rehabilitación.

Lo anterior, se puede confirmar de los resultados -- estadísticamente obtenidos; que no se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ), por lo que se puede concluir: que no existen diferencias significativas de características de personalidad, ni rasgos psicopatológicos entre los dos grupos.

En este estudio comparativo se demostró, que en su mayoría las personas que tienen más de 3 años usando o -- abusando del consumo de marihuana, estando o no en tratamiento pueden presentar trastornos de la personalidad y rasgos psicopatológicos que pueden ir desde moderados a graves. Dependiendo esto de las características individuales de cada consumidor; de factores psicofisiológicos de cada individuo, del tipo de química de la droga (marihuana), de su forma de uso y demás factores ambientales y culturales que rodean al consumidor.

Se encontró además, que aún en personas que han estado en tratamiento durante tres meses como mínimo y tengan abstinencia en su uso, presentan síntomas y signos de toxicidad tales como: Temblor, cefaleas, dolores musculares, dificultades en la concentración y la atención. Lo que -- nos indica que la rehabilitación de este tipo de pacientes debe ser más prolongada para que existan cambios más significativos en la estructura de la personalidad.

Pudiéndose observar en este estudio, una minoría de personas que se encontraban en tratamiento y no presentaron ninguna alteración psicopatológica; sin embargo, todos ellos presentaron síntomas depresivos, situación frecuente en estados de abstinencia.

### 5.3 DISCUSION DE POSIBLES IMPLICACIONES.

Es importante tomar en cuenta para estudios o investigaciones futuras al respecto; que al no haberse encontrado diferencias significativas entre ambos grupos, los resultados de los rasgos obtenidos por el MMPI pudieran haber variado debido a los siguientes aspectos:

- 1ro. El tiempo de tratamiento psicológico y psicofarmacológico (tres meses) pudiera no ser suficiente para lograr una desintoxicación y obtener resultados más positivos en las personas que durante 3 o 4 años han consumido la marihuana. Y tomando en cuenta los resultados de las investigaciones que se han hecho al respecto sobre los compuestos químicos de la planta del Canamo (Cannabinoides), ya que éstos sean psicoactivos o no, tienen algo en común: su solubilidad - (son lipofilios, es decir, las grasas los atraen). - Nuestro organismo tiene un sistema de desecho basado en el agua: como la sangre, la orina, sudor, heces fecales. Por lo tanto, al ingerir químicos que no se disuelven en el agua (como la marihuana), permanecen en nuestro cuerpo. Ya que existen otros materiales (serosos) atractivos que los atraen (se unen, se "cuelgan") como son, las gonadas (ovarios y testículos), el cerebro, las suprarrenales, el hígado, el corazón, los riñones, así como las membranas superficiales e internas de todas las células del cuerpo. - Esto lo comprobó el doctor Charles Darkins (1982) y el investigador propuso así: "Cuando el viaje se acabó, la mota sigue ahí".(2)

- 2do. El hecho de que los sujetos que estaban en rehabilitación no se les pudo constatar con exámenes paraclínicos, su abstinencia de la droga, pudiéndose corroborar

rar con la detención de metabolitos del tetrahydrocannabinol en la orina en el período de rehabilitación. Pero debido a que los sujetos fueron personas voluntarias, no se quiso dudar de su respuesta de no haber consumido la marihuana como mínimo durante --- tres meses de tratamiento. Asimismo, al realizar este estudio comparativo, utilizando la prueba psicológica del MMPI, y siendo un instrumento que se enfoca básicamente a rasgos psicopatológicos, fue difícil analizar aspectos tales como: los valores, la autoestima, conflictos familiares, etc., que marcan definitivamente la personalidad de cada sujeto en una forma más individualizada. Ya que en la entrevista que se les hacía antes de la evaluación psicológica se pudo constatar que tanto en los sujetos en tratamiento y que no recibieron tratamiento, presentaban en su mayoría situaciones ambientales o experiencias dolorosas en alguna etapa de su vida y éstas ocurrieron antes de que iniciaran el consumo de la marihuana.

#### 5.4 AREAS SUGERIDAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

Estas observaciones pueden tener utilidad para futuras investigaciones, ampliando este estudio con otras --- pruebas psicológicas que lleven a valorar la autoestima: como la prueba de autoconcepto de Tennessee, pruebas proyectivas que ayuden a la valoración de la dinámica familiar.

Con todo esto, queda claro que es de vital importancia que se prepare, se concientice y se prevenga a la sociedad en general (adultos, jóvenes y niños) sobre los --- efectos y consecuencias a lo que están expuestos al consu



mir marihuana u otras drogas. Utilizando para esto los diferentes medios de comunicación con los que se cuenta en el país (T.V., radio, prensa, conferencias a nivel de escuelas: para padres, maestros, niños y jóvenes, etc.).

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- De Roop Robert S. (1985). Las Drogas y la Mente. Ed.- CECSA, pág. 380.
- 2.- Man Peggy (1986). ¡Alerta! Marihuana. Ed. Adamex, pág. 367.
- 3.- Revista: Centros de Integración Juvenil. Directorios- de Centros Locales (1982). Drogas y Marihuana, pág.13.
- 4.- Ibidem, pág. 13.
- 5.- Ibidem, pág. 13.
- 6.- Ibidem, pág. 14.
- 7.- Ibidem, pág. 14.
- 8.- Ibidem, pág. 14.

## A N E X O S

## ANEXO:

Las definiciones Médicas y Farmacológicas se muestran algunas veces insuficientes ante la complejidad de un tema de trascendencia mundial por sus implicaciones, pero cuya perspectiva concreta depende de cada Sociedad y cada cultura. El problema hunde sus raíces en las características de todo modelo de convivencia.

## a). DROGA:

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el nombre de Droga: es aplicable a toda sustancia, terapéutica o no, que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos clásicos (inhalación de vapores o humos, ingestión, fricciones, etc.), o nuevos (administración parenteral, endovenosa, etc.), dé administración de los medicamentos, hasta provocar una alteración física o intelectual, modificando su estado psíquico.

¿Qué se entiende por Fármacos o Droga?

Centro de Integración Juvenil:

"Fármaco o Droga: Es todo agente químico (que no sea agua, oxígeno o alimento), que al ser introducido modifica o altera una o más de sus funciones normales".

Algunas drogas pueden provocar dependencia Física -- y/o dependencia Psicológica, y ésta es una de las características más importantes a la hora de definir una sustancia como droga.

## b). DROGADICCIÓN O FARMACODEPENDENCIA:

Es el Estado Psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco-

caracterizado 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". (OMS), 1969. (3).

La farmacodependencia es también conocida como Toxicomanía.

c). DEPENDENCIA PSICOLOGICA (O HABITUACION).

Es el estado en el que el fármaco produce una satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar (CIJ., 1986). El término habituación: significa "aumento de la tolerancia de una droga, cuando es desarrollada por su administración repetida" este término es equivalente de Dependencia Psíquica; que se refiere al uso compulsivo de la droga, sin desarrollo de dependencia física, pero que implica un serio peligro para el individuo (OMS, 1966). (4)

d). DEPENDENCIA FISICA.

Es un estado de alteración en la Fisiología normal causada por la administración repetida de un fármaco; estado en que es necesario que la sustancia esté continuamente en el organismo para que no aparezca el Síndrome de Abstinencia. Generalmente se acompaña de Tolerancia (CIJ, 1986). (21).

La interrupción repentina del fármaco produce intensos trastornos físicos, que se manifiestan en forma conjunta de signo y síntomas de naturaleza psíquica y física que son características de cada Fármaco.

La dependencia es un estado a veces Físico y/o Psíquico influenciado no sólo por las características del producto sino también por el ambiente social que lo rodea y que impulsa al individuo a la búsqueda de la droga.

e). TOLERANCIA A LA DROGA.

"Es la adaptación del organismo a los efectos de las drogas, lo que genera la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. Es decir, cuando una persona utiliza alguna droga que provoque tolerancia, se ve en la necesidad de ir aumentando la dosis en forma paulatina para sentir los mismos efectos" (CIJ-1986).

Todas las drogas vienen entonces caracterizadas por la creación de dependencia psíquica, pero no todas -causarán Tolerancia." (5)

TOLERANCIA CRUZADA:

"Es un fenómeno que aparece en algunos sujetos en --- quienes, al tomar una droga aparece no sólo la tolerancia para una droga sino para otras de la misma familia o de otro tipo. De aquí el peligro de la mezcla de ciertas drogas, como el alcohol y los barbitúricos, que juntos potencian sus efectos y pueden incluso ser mortales." (6)

f). ADICCION:

Es un estado caracterizado por la necesidad física -imprescindible de una cantidad adecuada de droga en el organismo para el mantenimiento de la normalidad" del mismo, llegando la dependencia hasta el punto de la ausencia de la droga, provoca en el mismo una serie de trastornos mentales o físicos que forman lo -

que se llama Síndrome de Abstinencia.(7)

g). SINDROME DE ABSTINENCIA:

Es un conjunto de signos y síntomas de alteración - que se presentan al suspender bruscamente un fármaco o droga, cuando ésta ya es usada habitualmente y ha establecido una dependencia física. Las características de los síntomas dependen de la droga y cuya gravedad puede ser desde leve, hasta motivo de grandes complicaciones físicas y psicológicas como son: convulsiones, temblor, ansiedad, inquietud, trastornos gastrointestinales y musculares, desorientación leve y alteración moderada de la memoria".(8)

h). CLASIFICACION DE LAS DROGAS:

Las drogas se clasifican de acuerdo al efecto que -- ejerce sobre la Actividad Mental (en el estado Psíquico), de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos: Aceleración o retraso de la actividad mental.

Las drogas que aceleran y que por lo tanto producen estados de excitación, reciben el nombre de Estimulantes, en cambio a las drogas que retardan dicha actividad se les llama Depresores del S.N.C.

## BIBLIOGRAFIA



B I B L I O G R A F I A

- 1.- Anastasi. Test Psicológicos. Ed. Aguilar (1979).
- 2.- Berstein A. Douglas/Michael T. Nietzel. Introducción a la Psicología Clínica. Ed. Mc.Graw-Hill (1982).
- 3.- Caso Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. Ed. Limusa, (1982).
- 4.- D.L. Robert. Drogas de Entrada. Ed. Prisma, (1982).
- 5.- De Ropp Robert S. Las Drogas y la Mente. Ed. CECSA,- Nueva Edición (1985).
- 6.- Enciclopedia de la Psicología. La Adolescencia. Ed.- Océano, (1985).
- 7.- Enciclopedia de la Psicología. Diccionario. Ed. Océano (1985).
- 8.- Freedman Alfred/Kaplan/ Sadock. Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat (1975).
- 9.- Freedman Alfred/Kaplan/Sadock.- Tratado de Psiquiatría, Tomo II. Ed. Salvat, 1977.
- 10.- García Ramón/ Pelayo y Gross.- Diccionario Enciclopédico Pequeño Larousse. Ed. Larousse (1977).
- 11.- Garza Fidel de la/Armando Vega. Juventud y Drogas. - Ed. Trillas (1984).
- 12.- Grispon Lester Dr. Reconsideración de la marihuana.-

Ed. Contemporánea El Viento Cambia. (1971).

- 13.- Hathaway/Storker. Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI. Español. Editorial Manual Moderno. Méx, D.F. (1967).
- 14.- Kerlinger Fred N. Investigación del Comportamiento.- Segunda Edición, (1982).
- 15.- Llanes Jorge. Comunicación y Drogas. Ed. Concepto -- (CIJ), 1982.
- 16.- Llanes Jorge. Crisis Social y Drogas. Ed. Concepto,- (CIJ), 1982.
- 17.- Llanes Jorge. La Sociedad ante las Drogas. Ed. Concepto (CIJ), 1982.
- 18.- Man Peggy. ¡Alerta! Marihuana. Ed. Adamex (1986).
- 19.- Mothner Ira/Weitz. Cómo abandonar las Drogas. Ed. -- Martínez Roca (1981).
- 20.- Núñez Rafael. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI a la Psicopatología. Español (Adaptación), 2da. Edición (3ra. reimpresión), - 1982.
- 21.- Revista: Centros de Integración Juvenil, Directorios de Centros Locales. Drogas y Marihuana, (1984).
- 22.- Revista: Salud Mental. Depto. de Investigación Soc.- CENESAM (1974-1976). Diagnóstico Epidemiológico del uso de Drogas en poblaciones definidas de la República Mexicana.

- 23.- Revista: Salud Mental, Depto. de Investigación Soc.-CEMESAM.- Estado actual y perspectivas del problema de la farmacodependencia en México. (1976).
- 24.- Revista: National Institute Droug Abuse (U.S. Department of Healt and Human.) Services-Alcohol, Droug-abuse and mental hearth administration. (1976) ¿Qué nombre se les da a las drogas?
- 25.- Revista: Dirección de Asuntos Penales (1982). Panorama Actual de México.
- 26.- Revista: Salud Mental, Centros Mexicanos de Estudios en Salud Mental (1978).
- 27.- Revista: Aspectos Biomédicos del Consumo de Cannabis. (1977).
- 28.- Revista: National Institute on Droug Abuse (1979). - Efectos del Cannabis en Adolescentes.
- 29.- Revista: Situación actual del problema del Cannabis. Psicosis Cannábica, Diagnóstico y Tratamiento. (Gandia/Valencia), 1980.
- 30.- Revista: National Ins-ituye on Droug Abuse. Lo que se sabe acerca de la Marihuana. (1980).
- 31.- Revista: National Institute on Droug Abuse. Marihuana y Salud. (1980) 8va. Información anual.
- 32.- Revista: Boletín de Estupefacientes, Vol. XXXIII No. 2, 1981.- Potencial Toxicómano del Cannabis.
- 33.- Revista: Marijuana Up date. Street Pharmacologist 4-

(12), 1981.

- 34.- Revista: Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs/ -- U.S. Department of Justice/ Washington, D.C. 20537. Drugs of Abuse (1985).
- 35.- Revista: Readers Digest Selecciones. Para que su hijo no caiga en la Drogadicción. Conclusiones. Dic. - 1988.
- 36.- Uriarte Victor.- Psicofarmacología. 2da. Edición. - Ed. Trillas, (1985).
- 37.- Warren Howard C. Diccionario de Psicología. Ed. Fondo de la Cultura Eco. Mex. (1983).
- 38.- Zax Melvin/Cowen. Psicopatología. 2da. Edición, Ed.- Interamericana (1979).

*Tesis  
Seleccionada*

Morelos No. 565 Tel. 14-38-34

Enrique González Martínez No. 25 Local 1 Tel. 14-83-90

AV. HIDALGO No. 678-A SECTOR HIDALGO