



UNIVERSIDAD LATINA S.C.

**Universidad
Latina**

INCORPORADA A LA UNAM
3344-25

**“LA PREVENCIÓN PRIMARIA HACIA
EL CONSUMO DE LA MARIHUANA
DURANTE LA ADOLESCENCIA”**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JOSÉ DE JESÚS SUÁREZ MORALES

ASESOR: DR. RENÉ ESTRADA CERVANTES

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MI GRATITUD

Agradezco a mis padres Héctor Suárez y Elia Morales por todo su amor incondicional, su apoyo, su comprensión, por permitirme haber nacido y ser parte de su vida, a ustedes... ¡GRACIAS!

A mis hijos: Karla Leticia, José de Jesús y María Ximena, a quienes AMO, este logro no hubiera sido posible sin su comprensión y apoyo. Sé que mi vida no tendría sentido sin ustedes, ¡GRACIAS! por estar siempre, a pesar de mi.

A Leticia Valdez A. madre aguerrida, con el valor suficiente para salir de toda adversidad, ejemplo de fortaleza, lucha y AMOR desmedido, a ti la madre de nuestros hijos, con todo CARIÑO.....¡GRACIAS!

A mis hermanos; Héctor, Germán, Hugo (QEPD), Marcelo y Eduardo, por estar siempre, por su cariño, sus consejos, su confianza, por ser lo que Dios me dio como mejor compañía, porque si me hubiera dado a escoger a mi familia, le diría que no Se equivoco. GRACIAS.

A Gaby, mi querida hermana, confidente, mi porrista, a ti....mil gracias TQ

A mis sobrinos: Héctor, Erick, Germán, Hugo, Diego, Patricio

A mis sobrinas: Edna, Tatiana, Mónica, Valentina, Marifer

A toda mi familia que no nombre, pero este espacio es para ti _____ GRACIAS!! a mi Tía Otilia, a Irma, a Marcela (QEPD), Chica, Rodolfo, Tía Rita, a mis primas Mariela, Martha (QEPD), Carlos, Justiniano (QEPD).

A mis compañeros de aula: Luis, Alejandro, Fernando, Anna María, Norma, Damara, Nancy, Tamiela, GRACIAS por compartir conmigo esta bella experiencia, los recuerdo con cariño.

Y.....a ti, que has compartido conmigo un minuto, una hora, un día, un mes, un año o tal vez una década o más. Por estar ese tiempo Gracias, tal vez de ti aprendí que la vida es esfuerzo y no solo un pasatiempo.

A ti que no crees que los sueños son posibles, solo te digo....¡DESPIERTA!

Gracias a mis maestros de esta gran profesión a la cual amo, Gracias Marina Reyes, René Estrada, Alma Luz García y todos los que han compartido sus valiosos conocimientos conmigo.

A Dios, por abrirme los caminos que he necesitado para llegar a Ti

INDICE

CAPÍTULO I.

EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1. Punto de partida metodológico de la investigación	8
1.2. Antecedentes	11
1.3. Problematización	12
1.4 Preguntas de Investigación	16
1.5 Objetivos	17

CAPÍTULO II

LA ADOLESCENCIA	18
2.1. Antecedentes	19
2.2. Conceptos	21
2.3. Cambios Psicológicos en la Adolescencia	25
2.4. Cambios Biológicos en la Adolescencia	33
2.5. Cambios Sociales en la Adolescencia	36
2.6. Problemática existencial del Adolescente	40

CAPITULO III

DROGAS Y ADICCIONES	42
3.1. En Busca de lo Prohibido: Las Drogas	43
3.2. Conceptos	44
3.3. Clasificación	45
3.3.1. Drogas “mágicas” o alucinógenos.	45
3.3.2. Drogas estimulantes del SNC.	45
3.3.3. Drogas depresoras del SNC.	46

3.0 Implicaciones Psicológicas y Sociales de las sustancias psicoactivas..	57
--	----

CAPITULO IV

EL CONSUMO DE LA MARIHUANA	61
-----------------------------------	-----------

4.1. Antecedentes	62
-------------------	----

4.2. Cannabis o Marihuana	65
---------------------------	----

4.3. ¿Cómo Produce sus Efectos la Marihuana?	67
--	----

4.4. ¿Existe una Relación entre el Consumo de la Marihuana y la Enfermedad Mental?	73
--	----

4.4.1. Deterioro Cognitivo	75
----------------------------	----

4.5. Funciones Cognitivas	76
---------------------------	----

4.5.1. Funciones Cognitivas	77
-----------------------------	----

4.5.2. Funciones Ejecutivas	77
-----------------------------	----

4.6. La Atención	78
------------------	----

4.6.1 Atención focalizada	78
---------------------------	----

4.6.2 Atención sostenida	79
--------------------------	----

4.6.3 Atención selectiva	79
--------------------------	----

4.6.4 Atención alternante	79
---------------------------	----

4.6.5 Atención dividida	79
-------------------------	----

4.7. La Memoria	80
-----------------	----

4.7.1 Clasificación de la memoria según Tulving	80
---	----

4.8. El Aprendizaje	82
---------------------	----

4.9. Situación Actual	85
RECOMENDACIONES	89
CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFIA	99

INTRODUCCION

La adolescencia es una época de rápidos cambios físicos, sociales y emocionales. Es una etapa del desarrollo que va de los 12 a los 19 años, en la que surgen muchas dudas. No siempre tenemos con quien comentar acerca de ellas o si tenemos a alguien, esa persona no conoce todas las respuestas.

Cada adolescente se hace preguntas sobre sexualidad, drogas y alcohol. Preguntas que adolescentes de ambos sexos, de diferentes edades y diferentes niveles socioeconómicos realmente se hacen a sí mismos y les hacen a otras personas. Las respuestas la más de las veces no se proporcionan en forma clara, directa y precisa, en un lenguaje que no todos podemos entender.

Por ello, en esta tesina se aborda a la adolescencia como factor de riesgo en el consumo de cannabis o marihuana, dado que es esta una droga psicoactiva de fácil acceso por su bajo costo y su uso casi cotidiano en ambientes escolares, laborales, sociales y recreativos.

Los adolescentes durante su etapa de desarrollo, tratan de experimentar diferentes situaciones en busca de una identidad personal y la búsqueda de pertenencia social a través de sus grupos de iguales. Dadas algunas circunstancias familiares, como disfunción familiar, violencia, agresión, falta de límites claros en el ámbito familiar, la ausencia de una imagen de autoridad, antecedentes de padres con algún tipo de adicción (alcoholismo, drogadicción, etc.), la rigidez educacional, pueden cursar como variables que predisponen al adolescente al consumo de esta u otras sustancias adictivas.

No obstante, por común que pudiera parecer el uso de la cannabis en nuestra época, donde incluso se analiza actualmente su legal uso y es de constantes y acaloradas participaciones de diferentes ámbitos de nuestra sociedad, tanto de políticas públicas, sociales y de diferentes áreas relacionadas con la salud, donde las perspectivas difieren y pugnan por una sociedad más saludable.

Tanto los intereses económicos, la violencia por la que cruza nuestro país como consecuencia del narcotráfico, los altos costos y bajos presupuestos para la rehabilitación de la adicciones, intereses particulares para la regulación y adopción legal de la marihuana, entre otros, son factores que deberán ser analizados, como ya lo vienen siendo, por los sectores políticos, religiosos, sociales y sobre todo los relacionados en el sector salud, el cual debe de considerar las mejores y mayores opciones de mejorar en el cuidado de su población, en especial de los niños, niñas y sus adolescentes, pues depende de estas y las futuras generaciones llevar a cabo los cambios sociales (de por si ya deteriorados) que nuestra comunidad necesita.

No es pues de extrañar, que hacer una apertura de tal índole, puede traer como consecuencia; mayor desestabilidad a consecuencia de la apertura del uso legal de la marihuana, teniendo como antecedente la legalización del alcohol durante los años 30's del siglo pasado y que es la puerta de entrada a drogas de cualquier otro tipo. Además, el cultivo ilícito de marihuana, no representa actualmente la única actividad de los narcotraficantes, se debe considerar que la mayor parte de sus ingresos provienen en este momento de la importación de otro tipo de drogas, como; cocaína, heroína, metanfetaminas y sub químicos para producir otros tipos de sustancias, como el éxtasis y otras drogas de diseño y con mayor potencial adictivo, que son producidas clandestinamente y que por su forma de industrialización, no ocupan mayor espacio que los campos de cultivo de marihuana u otros plantíos como la amapola, pero que si producen mayores ganancias por su facilidad en la

transportación, ya que no representan los mismos volúmenes de carga ni de espacio para su elaboración, pero si mayores utilidades económicas por la demanda de estas sustancias en países consumidores de este tipo de drogas, en especial hacia la frontera norte de nuestro país.

La falta en la aplicación de las políticas públicas y de la salud en relación a la prevención, traen como consecuencia resultados que han desbordado las obsoletas legislaciones, por falta de compromiso de las autoridades correspondientes en llevar a cabo las letras pasivas de estas. Y dadas las tendencias de consumo de drogas suaves a las drogas duras, podemos estar dando los primeros pasos hacia la apertura, si consideramos la legal aceptación del consumo de cannabis, lo que daría como resultado la apertura a otras drogas de consumo mucho mas peligrosas y mas adictivas.

La adicción y sus consecuencias durante la etapa adolescente, además promovida por agentes políticos y con intereses económicos y sociales, debe ser vista obviamente como un deterioro en los valores individuales, que traen como resultado una mayor decadencia no solo en lo personal, como son las enfermedades mentales ocasionadas por su uso inicial a edades tempranas, ya que de acuerdo al último censo nacional elaborado por Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) del año 2012, la etapa de inicio de consumo de marihuana se da actualmente a partir de los 11 y 12 años de edad tanto en hombres como en mujeres.

Se analiza a través de la presente tesina los riesgos de salud, relacionados con el consumo de cannabis durante la etapa de la adolescencia, ya que pretendemos persuadir de los efectos nocivos en áreas cognitivas, como son; la atención, la memoria y el aprendizaje, ya que es durante esta etapa cuando

el Sistema Nervioso Central (SNC) se encuentra en pleno desarrollo y no ha concluido su maduración natural, la cual concluye alrededor de los 24 años de edad en los seres humanos.

Derivado de lo anterior, la presente tesina contiene cuatro capítulos.

El Capítulo I, OBJETO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACION, en el cual se ha diseñado el esquema de investigación para justificar la importancia del tema en los contextos sociales, educativos y familiares, así como la relevancia del tema para el diseño de diversas estrategias institucionales, orientadas a la reducción de los índices de trastornos psicológicos en los pacientes que sufren este tipo de deterioro mental.

En el Capítulo II, LA ADOLESCENCIA, se expone ampliamente el desarrollo de la personalidad del adolescente, las características que lo identifican, los riesgos sociales que encuentra y por supuesto, la curiosidad y la crisis existencial que encuentran algunos, que les induce a probar o a experimentar el uso de sustancias adictivas.

En el Capítulo III, DROGAS Y ADICCIONES, se presenta una clasificación amplia de las drogas, sus efectos y consecuencias, así como las medidas preventivas para evitar que el adolescente caiga en este tipo de afectaciones.

El Capítulo IV, EL CONSUMO DE LA MARIHUANA, contiene los aspectos médicos, psicológicos y sociales que se han investigado, para poder abordar la problemática que presentan los adictos a la Cannabis, su posible tratamiento y recuperación de los adictos a este tipo de drogas.

Finalmente, se presentan una serie de **RECOMENDACIONES** de carácter familiar, escolar, social y psicológico, para poder llevarse a cabo y reducir esta afectación social, o en todo caso, evitar que se siga incrementando el índice de adictos principalmente entre niños y adolescentes.

CAPÍTULO I
EL OBJETO DE ESTUDIO
DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Punto de partida metodológico de la investigación.

El desarrollo del sistema nervioso central durante esta etapa del ciclo vital, la adolescencia, puede verse directamente afectado por el abuso del consumo de sustancias psicoactivas (marihuana). Los ejes temáticos sobre los cuales se ha enfocado el presente estudio, tiene la intención de llevar a cabo la evaluación de las funciones superiores tales como: la atención, la memoria y el aprendizaje en sujetos que cumplan con el criterio de consumo especificado, es decir; el consumo crónico de marihuana durante la adolescencia. Por tanto, se pretende identificar si existen alteraciones en las funciones ya mencionadas como consecuencia del consumo de cannabis durante esta etapa del desarrollo, a la cual se le llama adolescencia.

Es importante enfatizar los riesgo por consumo regular de la cannabis especialmente en adolescentes y poder advertir de las consecuencias ya que las implicaciones o efectos en las funciones cognitivas causadas por dicho consumo no se le ha prestado la importancia en la atención en salud mental, ya que puede en ocasiones confundir el diagnostico por una comorbilidad de otra patología.

Por tal motivo la realización de esta investigación pretende dar a conocer las implicaciones para la salud de los adolescentes, ocasionado por el consumo y la afectación para sus funciones cognitivas las cuales son de vital importancia para el funcionamiento de nuestra vida, y la adolescencia es una etapa donde se vive una de las grandes crisis de la vida de la persona, puesto que supone una etapa de transición desde la niñez hasta la vida adulta. No es posible considerar, como muchos piensan, que esta etapa tiene algún matiz patológico; ahora bien, al tratarse de una época en la que se viven las

emociones con mucha intensidad, se puede afirmar que es un tiempo que predispone para patologías más graves como son las adicciones

No se debe perder de vista que la adolescencia es tanto una experiencia personal como un fenómeno cultural, y algunos factores, individuales o sociales, pueden sembrar de obstáculos las trayectorias de algunos adolescentes, por lo que habrá adolescentes que vivan esta etapa de forma conflictiva y otros la vivan sin excesivas tensiones.

El trabajo con grupos de apoyo para adicciones durante los últimos años, pueden revelar la importancia de profundizar en la prevención, pero sobre todo en conocer las consecuencias, y del porqué, algunos pacientes con antecedentes de consumo en la adolescencia, padecen algún tipo de trastorno durante la etapa adulta que puede alterar el diagnóstico, es decir que no se toma en cuenta el antecedente de consumo de alguna sustancia psicoactiva, en este caso marihuana.

De acuerdo a Carbajal, G., la adolescencia debe de ser abordada desde el punto de vista de sus conductas y de sus manifestaciones. Se trata de un grupo de fenómenos que eclosionan en un momento de la vida y que tienen un proceso y un desarrollo hasta desaparecer, para dar paso a comportamientos, conductas y fenómenos característicos de la adultez. La adolescencia se clasifica en tres etapas, a saber:

- A) **ETAPA PUBERAL:** La cual da comienzo al proceso de adolescencia, y se caracteriza fundamentalmente por un rompimiento masivo con los fenómenos infantiles y un aislamiento del mundo externo en general.
- B) **ETAPA NUCLEAR:** Se refiere a las características de la personalidad que se desarrollan durante esta etapa, tales como; rompimiento de reglas, búsqueda incesante de la independencia etc.
- C) **ETAPA JUVENIL:** Consiste en el periodo de transición del modelo de funcionamiento esencialmente adolescente, a un comportamiento similar del adulto.

En cada una de ellas, los adolescentes expresan diferentes formas de conducta, de hábitos y de pensamiento, y es precisamente esta visión a la que llamamos crisis y que nos permite clasificar el comportamiento por etapas. Utilizamos la palabra crisis porque en la adolescencia existe un cambio en el proceso de crecimiento, existe una situación de ruptura de lo que se es a lo que se desea hacer o ser, de caos, de transformación abrupta, aguda, casi ciega, intensa, con frecuencia angustiante, dolorosa y enormemente móvil. Esta visión se puede clasificar en: Crisis de identidad; crisis de autoridad y crisis sexual.

1.2. Antecedentes

La historia del cannabis data del año 2737 a.C. por el emperador chino Shen Nung, quien prescribía la marihuana para el tratamiento de la gota, la malaria, algunos dolores y la falta de concentración. En otros escritos chinos se habla de la Cannabis como “liberadora del pecado”, quien asociaba el consumo habitual a los problemas de salud mental. (*Pen Tsao Ching* siglo I D.C.; citado en Brailowsky, 2005; p. 38).

La investigación de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de cannabis se inició durante la década de los setentas. Estos primeros estudios carecían de un control metodológico adecuado y dieron lugar a resultados contradictorios. A partir de los años ochenta, el incremento del rigor metodológico y el progresivo refinamiento de los diseños experimentales proporcionaron una delimitación mucho más ajustada de los posibles déficits neuropsicológicos que pueden derivarse de su consumo.

La investigación de los correlatos neuropsicológicos del consumo de cannabis se ha articulado tradicionalmente en torno a dos tipos de estudios: Primero; Aquellos en los que dosis controladas de cannabis son administradas a voluntarios con una historia leve de consumo previo, y segundo; a estudios que analizan el funcionamiento neuropsicológico de consumidores crónicos.

Muchos de estos estudios fueron inicialmente llevados a cabo en poblaciones de países en los que el consumo de cannabis estaba ampliamente extendido (India, Egipto y Costa Rica), para después generalizarse a la población de países desarrollados. Cualquier estudio orientado a detectar posibles déficits neuropsicológicos que pueden derivarse del consumo de cannabis debe discriminar entre: A) aquellos déficits debidos a los residuos psicoactivos de la

sustancia sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) durante las horas o días que siguen a la intoxicación aguda y B) aquellos déficits debidos a un efecto tóxico duradero del cannabis sobre el SNC que persiste incluso una vez que la droga ha abandonado el organismo.

Parece claro, por tanto, que los estudios de dosis controlada serán más apropiados y efectivos cuando tratamos de registrar déficits agudos provocados por los efectos de la intoxicación, mientras que los estudios naturalistas nos proporcionarán información acerca de efectos a largo plazo o alteraciones duraderas del SNC.

En un estudio llevado a cabo en Costa Rica con sujetos que habían consumido durante más de 25 años y con un intervalo de abstinencia no supervisado de entre 12 y 24 horas, mostraron un rendimiento significativamente deteriorado en tareas de atención, procesamiento de información y memoria, además de un funcionamiento social más pobre en comparación con un grupo control igualado en las principales características socio-demográficas.

1.3. Problematización

Dentro del contexto de las adicciones en nuestro país, no se le ha dado la importancia a las repercusiones psicofísicas a sujetos que presentan deterioro cognitivo, como consecuencia del consumo crónico de cannabis durante la adolescencia, lo que puede en ocasiones confundir los diagnósticos, creando con esto una confusión de comorbilidad.

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo de la personalidad, siendo la crisis uno de los aspectos significativos que determinan su ulterior desarrollo, manifestando diversas conductas para superarla, desde la práctica del deporte hasta los vicios y el consumo de sustancias, que les permite tener una salida falsa o un escape momentáneo a su problemática existencial, y es precisamente este último punto que se aborda en la presente tesina, la dimensión psicológica del consumo de la marihuana y sus efectos en las funciones mentales.

La Cannabis o marihuana es actualmente la droga ilegal más consumida en nuestro país; México. Los criterios de dependencia están definidos por los principales manuales diagnósticos (DSM-IV y CIE-10) y aunque no ocurre así con el síndrome de abstinencia, éste presenta ciertos síntomas significativos que la investigación comienza a concretar. Si bien no todos los consumidores de esta droga presentan problemas de salud mental, las revisiones de los últimos años apuntan a un mayor riesgo de diversos trastornos mentales entre los usuarios de cannabis. Riesgos que están asociados a la menor edad de inicio del consumo, la mayor frecuencia del mismo o a ciertas predisposiciones personales. La investigación no sólo ha develado alteraciones que van del espectro psicótico al afectivo, sino también deterioros cognitivos en el consumo de otras drogas ilegales o con otros riesgos para la salud.

Las estadísticas actuales demuestran que cerca del 40% de los adolescentes en nuestro país inician su consumo antes de graduarse de la preparatoria. De hecho los consumidores de marihuana pueden cursar con los mismos problemas respiratorios causados por el consumo de tabaco, tales como bronquitis crónica e inflamación de los senos nasales, así mismo impacta la

memoria a corto plazo, la percepción, el juicio y las funciones motoras entre un determinado tipo de población y edad, conjuntamente con otros daños.

El desarrollo del sistema nervioso central durante esta etapa del ciclo vital, puede verse directamente afectado por el abuso del consumo de sustancias psicoactivas (marihuana). Los ejes temáticos sobre los cuales se enfoca este estudio es la evaluación de las funciones cognitivas tales como: la atención, la memoria y el aprendizaje en sujetos que cumplan con el criterio de consumo especificado, es decir; el consumo crónico de marihuana durante la adolescencia. Por tanto se propone identificar las alteraciones en las funciones ya mencionadas.

El trabajo con grupos de apoyo para adicciones durante los últimos años, pueden revelar la importancia de profundizar en la prevención, pero sobre todo en conocer las causas, del porque algunos pacientes con antecedentes de consumo en la adolescencia, padecen algún tipo de trastorno durante la etapa adulta que puede alterar el diagnostico comorbido, es decir que no se toma en cuenta el antecedente de consumo de alguna sustancia psicoactiva, en este caso marihuana.

Usualmente se habla de deterioro cognitivo, entendiendo éste como una declinación del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto), aprender y para recordar (memoria). (De La

Fuente R. 2002)

Algunos investigadores lo definen como un síndrome: conjunto de síntomas, que consiste en la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de

naturaleza orgánica, otras de tipo social. La mente comienza a deteriorarse (deterioro cognitivo leve) y el proceso culmina en los estados convencionalmente definidos como demencia. (Solms, 2005: p. 98).

Este deterioro se puede detectar observando los siguientes síntomas: Deterioro de la memoria (a corto plazo), la persona no puede aprender nueva información, (a largo plazo), no recuerda información personal; fecha de nacimiento, se extravía en lugares familiares, deterioro del pensamiento abstracto (tiene dificultad para entender las preguntas que alguien le hace), pérdida de las funciones intelectuales que determinan la desadaptación social o laboral (dificultad para mantener una conversación, olvidar con frecuencia apagar los aparatos electrónicos, dificultad para realizar y concluir tareas o actividades como lavar ropa, cocinar), alteración del juicio (dificultad para planear y organizar lo que se va a hacer con una secuencia lógica), en la gran mayoría de las personas que presenta algún tipo de deterioro llámese leve, moderado o grave los dominios que se ven involucrados son la memoria verbal, atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, capacidad de abstracción, velocidad de procesamiento, velocidad psicomotriz y fluencia verbal, que afectan la calidad de vida de estas personas, ya que son importantes para una buena adaptación, y una funcionalidad laboral social y familiar tomando en cuenta que dicho deterioro va en aumento en función de la pasividad habida. (Ajuriaguerra, 2008; p.p. 112-116).

No debe perderse de vista que la adolescencia es tanto una experiencia personal como un fenómeno cultural, y algunos factores, individuales o sociales, económicos, pueden sembrar de obstáculos las trayectorias de algunos adolescentes, por lo que habrá adolescentes que vivan esta etapa de forma conflictiva y otros la vivan sin excesivas tensiones.

1.4. Preguntas de Investigación

Para efectos de la presente tesina y con el fin de orientar el marco teórico que la sustenta, se parten de las siguientes preguntas de investigación:

¿Existen alteraciones en las funciones de la atención, la memoria y el aprendizaje, como consecuencia del consumo de cannabis durante la etapa crítica del desarrollo, a la cual se le llama adolescencia?

¿Se considera necesario e importante enfatizar los riesgo por consumo regular de la cannabis, especialmente en adolescentes y poder advertir de las consecuencias, ya que las implicaciones o efectos en las funciones cognitivas causadas por dicho consumo no se le ha prestado la importancia en la atención en salud mental, y en ocasiones se puede confundir el diagnostico por una comorbilidad de otra patología?

1.5. Objetivos

Objetivo general:

Identificar el deterioro de las funciones cognitivas en adultos que hayan presentado consumo crónico de marihuana durante la adolescencia, para coadyuvar a las instituciones en el diseño de programas, cuya misión sea la prevención o rehabilitación de las adicciones e informar las consecuencias que por consumo de cannabis, pudieran desarrollarse.

Objetivos específicos:

- Identificar la magnitud de los trastornos en las funciones superiores de los adolescentes que consumen cannabis.
- Analizar la importancia de la crisis de identidad que viven los adolescentes y su repercusión en el consumo de marihuana, como una forma de escape a su conflictiva existencial.
- Conocer los efectos dañinos psicológicos, mentales, sociales y educativos que produce el consumo de la marihuana durante la adolescencia.

CAPITULO II

LA ADOLESCENCIA

2.1. INTRODUCCION

El hombre se ha interesado por el adolescente desde hace siglos. Los registros escritos sobre este interés se remontan desde los primeros días de la historia escrita y continúan hasta nuestros días. Aún en lugares donde no se escribió nada acerca de la adolescencia, la llegada a esta etapa era celebrada con actos formales en diversas culturas. Los antropólogos han escrito detalladamente los “*rites de passage*” de las culturas primitivas y los historiadores han indicado como las civilizaciones antiguas reconocían este periodo por medio de ceremonias especiales y de cultos. En Roma, durante la festividad de la *liberalia*, se describía a los muchachos de 16 años como “*los que visten la toga virilis*”. Incluso el termino adolescente tiene una larga historia que se remonta al latín “*adolescere*”, que significa “*crecer hacia*” o “*crecer*” (*ad, “hacia”, olescere, crecer o ser alimentado*) (Horrocsk, 2002 pag 18).

Algunos autores como Aristóteles en su “*Historia animalium*” describió los aspectos físicos de la pubertad y con cierto detalle las características sexuales secundarias correspondientes a esa edad; también consideró los aspectos psicológicos de la pubertad en su “*Retorica*”.

Platón incluyó los puntos de vista de la juventud en sus “*Diálogos*” entre los que se encuentra el ejemplo de la queja que presenta Lisias a Sócrates porque no se le permitía manejar los caballos de la familia.

En los primeros cuatro libros de la Odisea, se puede leer la historia de Telémaco, hijo único de Ulises.

Rousseau describió en “*Emilio*” extensamente los eventos del periodo comprendido entre los 12 y los 15 años que llamó la “*edad de la razón*”. Observo que es durante esta etapa el momento más crítico en la secuencia del desarrollo; propuso una serie de periodos del desarrollo bien definidos con

los que se anticipó a muchos escritores más modernos (Horrocks, 2002, pg 18:).

Durante la última parte del siglo XIX los estudios existentes sobre la adolescencia, eran escritos principalmente por filósofos, educadores y personas interesadas en la educación y el comportamiento del adolescente durante esta etapa de su vida. Desde el comienzo de la historia conocida, existen referencias a la juventud que sugieren que el modo característico como los adultos ven a los adolescentes, es de una ambivalencia considerable. Estas características suelen acompañarse con actitudes que van desde la aprobación y una franca admiración, pasando por una especie de tolerancia divertida y a veces ansiosa, hasta la preocupación, la aprensión, la consternación y la colérica reprobación. Estas actitudes pueden ser dirigidas hacia un adolescente o a un grupo determinado de ellos; y es muy probable que un adolescente suscite cada una de ellas, en diferentes ocasiones, a medida que transcurre por esta fase de su desarrollo humano. (Grinder, 2004).

Según Cabral G. la adolescencia debe de ser abordada desde el punto de vista de sus conductas y de sus manifestaciones. Se trata de un grupo de fenómenos que eclosionan en un momento de la vida y que tienen un proceso y un desarrollo hasta desaparecer, para dar paso a comportamientos, conductas y fenómenos característicos de la adultez. Para comprender este aspecto, la adolescencia se clasifica en tres etapas, a saber:

- D) **ETAPA PUBERAL:** La cual da comienzo al proceso de adolescencia, y se caracteriza fundamentalmente por un rompimiento masivo con los fenómenos infantiles y un aislamiento del mundo externo en general.

- E) **ETAPA NUCLEAR:** Se refiere a las características de la personalidad que se desarrollan durante esta etapa, tales como; rompimiento de reglas, búsqueda incesante de la independencia etc.
- F) **ETAPA JUVENIL:** Consiste en el periodo de transición del modelo de funcionamiento esencialmente adolescente, a un comportamiento similar del adulto.

Esa visión llamada crisis y que permite clasificar el comportamiento por etapas. Se utiliza la palabra crisis porque en la adolescencia existe un cambio en el proceso de crecimiento, existe una situación de ruptura de lo que se es a lo que se desea hacer o ser, de caos, de transformación abrupta, aguda, casi ciega, intensa, con frecuencia angustiante, dolorosa y enormemente móvil. Esta visión según Carbajal G. se puede clasificar en:

- a) **CRISIS DE IDENTIDAD:** Es la necesidad del adolescente de ser él mismo, de definir su self y sus objetivos, algo que lo diferencie del niño y del adulto.
- b) **CRISIS DE AUTORIDAD:** Es un enfrentamiento contra todo lo que signifique norma o imposición de modelos.
- c) **CRISIS SEXUAL:** Es la aparición de un nuevo modelo psicológico para el manejo de los impulsos libidinales en eclosión y aumento cualitativo.

2.2. CONCEPTOS

Son muchos los que se han dedicado a definir las características de la adolescencia. No obstante, la noción de adolescencia no existe en todas las sociedades. En algunas sólo se describen cuatro tipos de edades: el bebé, el niño, el adulto y el viejo. No se puede decir que una edad cronológica pueda servirnos de índice de desarrollo, Ciertos autores han puesto de manifiesto

que existen instituciones en las que se agrupan, bajo el término “niños”, todas las personas menores de 18 años, mientras que otras sociedades para “jóvenes” se ocupan desde los niños menores de 10 años hasta los jóvenes adultos de 25, inclusive. (Coleman, 2003).

Para Saucedo y Maldonado (La Familia, su dinámica y tratamiento, pg. 101) la adolescencia es el periodo que se extiende desde el inicio de la pubertad hasta la etapa en que el muchacho o la muchacha se convierten en adultos. Antes se pensaba en la adolescencia como un periodo de tormenta emocional intensa, que era normativa, y en la que necesariamente el adolescente se sentía abrumado, tenía explosiones emocionales y confusión en cuanto a sus preferencias, ideas, identidad, etc. Según estudios empíricos de índole epidemiológicos, ahora se piensa que en su mayoría los adolescentes no experimentan tal tormenta emocional ni tienen conflictos mayores con sus padres. En una época autores como Peter Blos y Erik Erikson aseguraban que era difícil distinguir los psicopáticos de los normales, puesto que todos experimentaban graves conflictos emocionales y gran incertidumbre acerca de su identidad. Actualmente se acepta que es posible distinguir los adolescentes que tienen dificultades emocionales, interpersonales y en su conducta de los que se desarrollan normalmente.

Un número elevado de autores no establecen diferenciación entre la pubertad y la adolescencia, mientras que para otros, por un lado existe la pubertad somática o estado somático sin posibilidad de retroceso, a menos de presentarse un bloqueo espectacular, y por otro, la adolescencia que es un fenómeno mucho más complejo y que únicamente puede definirse a partir de un patrón psicológico, es decir que una depende de la naturaleza mientras que en la otra, la naturaleza y nutrición se complementan. (Grinder, 2004).

La edad de la pubertad está mucho mejor definida, ya que se caracteriza por un determinado número de datos visibles: modificaciones morfológicas, sexuales y endocrinas. De entre las modificaciones visibles, la del vello caracteriza tanto al muchacho como a la muchacha, pero el término pubertad se emplea generalmente para indicar la facultad viril de los muchachos. Este término de pubertad apareció en Francia hacia el siglo XIV en el que casi nunca se hablaba de la muchacha púber, sino de la muchacha “núbil”; a veces, al muchacho púber se le llama simultáneamente “puberiente” y “púber”. (Muss, 1999).

Se han descrito distintos estadios de la pubertad en función de la aparición y de las modificaciones sucesivas del vello pubiano. En el caso de las niñas, la aparición de la primera regla establece la fecha de comienzo de la pubertad: actualmente tiene lugar, por término medio, entre los 13 y los 14 años, aunque existen variaciones según las regiones; estas variaciones no parecen depender ni de la raza ni del clima, sino que más bien parecen estar relacionadas con factores socioeconómicos y nutritivos así como constitucionales. Parece ser que desde el último siglo a hoy, el inicio de la primera regla retrocede de 4 a 6 meses cada diez años. (Papalia / Wendkos / Duskin, 2002).

Para los psicoanalistas, la pubertad aparece después de la fase de latencia (desde los 7 hasta los 12 años). No obstante, es peligroso considerar silenciosa la fase de latencia ya que durante esta fase, se produce una transformación de la personalidad que prepara para la adolescencia; lo que cambiaría sería el creciente control que el Yo y el Superyó ejercen sobre la vida instintiva. Pero, como ha apuntado D. W. Winnicott, no se tiene aún certidumbre sobre lo que constituye la fase de latencia. Algunos consideran que esta fase no es uniforme. De final de la primera fase de latencia (de los

cinco años y medio hasta los ocho), las demandas pulsionales siguen siendo activas y el Superyo todavía es algo extraño. En la segunda fase de latencia (desde los ocho hasta los diez años), el Yo estaría expuesto a unos conflictos menos graves, las exigencias sexuales serían menos fuertes; el Superyo sería sentido menos extraño y la adaptación a la realidad estaría más y mejor asegurada. Los fenómenos de la latencia deben: aparecer a su tiempo, teniendo en cuenta las exigencias del entorno; no ser excesivamente débiles y ausentes, ya que, en un caso así, pueden acompañarse de cuadros mórbidos, generalmente de mal pronóstico; y por último, no ser demasiado exagerados desde el punto de vista de las manifestaciones de rechazo y de inhibición.

De hecho, sólo se puede intentar precisar los límites de la adolescencia si se tiene en cuenta, simultáneamente, los factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

2.3. CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

*El sentido del mito es claro;
Quien se ama a si mismo
no es capaz de amar a nadie más;
solamente percibe en ellos el reflejo de su propia imagen
y esto lo conduce a su destrucción.
(La Metamorfosis, Ovidio)*

Al inicio de la adolescencia el narcisismo cumple una función útil: facilita el proceso de transformación, el ajuste del yo a los cambios, y promueve el incremento de la vida interior. El adolescente narcisista es impenetrable a los juicios de otros; no le importan los demás, ni percibe su individualidad, sus derechos, ni sus intereses. Esto es muy claramente en relación a sus ideas; el adolescente las traga o es tragado por ellas, las usa sin respeto ni reflexión, simplemente porque la ha hecho suyas.

La **fantasía** juega un papel importante en el proceso de convertirse en adulto, por lo cual debemos diferenciar entre dos clases de fantasías: las **narcisistas**, que consisten en la anticipación de lo que es deseado sustituyendo la realidad por la imaginación, y las **creativas**, las cuales radican en la anticipación de lo que es posible y se pone a prueba la acción. La superación del narcisismo y el remplazo por el realismo, el amor y la solaridad, indicadores de madurez, son procesos graduales (De La Fuente R. 1992).

Por lo tanto se debe considerar a la adolescencia, no solo, como una serie de cambios físicos y biológicos, sino como un proceso social y emocional. Las sociedades y las culturas coinciden en cuanto a su función de señalar a los adolescentes los preceptos y exigencias a que deben someterse para poder ser aceptados como adultos, proporcionándoles modelos configurados de acuerdo a su sexo y grupo social y ocupacional al que pertenecen. Sin embargo, la forma como cada sociedad trata a sus adolescentes depende de

las condiciones socioeconómicas y de las tradiciones culturales –normas, creencias, ideologías, prejuicios y costumbres—que son compartidas por sus miembros adultos, ya que las actitudes de estos, influyen de forma directa en la experiencia del crecimiento del adolescente, atenuando o intensificando los conflictos inevitables y hacen posible el tránsito de la infancia a la edad adulta más expedito, o bien, más difícil y tormentoso. El adolescente juega diferentes roles en la sociedad: es hijo de familia, estudiante, miembro de asociaciones u organizaciones juveniles, de pandillas etc.

2.3.1. El Desarrollo Personal según la Psicología Genética

La idea de estadio ha sido estudiada diversamente por distintos autores. (Jean Piaget) estudia fundamentalmente la operación intelectual tal y como se presenta al observador a lo largo de las diversas asimilaciones del niño. Henry Wallon valora los estadios descritos partiendo del desarrollo emocional y la socialización. Por último, el psicoanalista, Sigmund Freud, describe la sucesión y encadenamiento de los diversos estadios instintivos.

Piaget afirmó que para considerar que existe un estadio, lo primero que se requiere es que el orden de sucesión de las adquisiciones sea constante. Insiste claramente en que no se trata de un orden cronológico, sino de un orden sucesorio. Por lo tanto indica que:

- Todo estadio ha de ser integrador. Esto es, que las estructuras elaboradas en una edad determinada se conviertan en parte integrante de las de los años siguientes.

- Un estadio corresponde a una estructura de conjunto, y no a la yuxtaposición de propiedades extrañas unas a otras.
- Un estadio comprende al mismo tiempo un nivel de preparación y un nivel de terminación.
- Cuando se dan juntos una serie de estadios hay que distinguir el proceso de formación, de génesis y las formas de equilibrio final.

Según Cueli, (Jean Piaget, 1947) descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. (Cueli, 2008).

Piaget divide el desarrollo cognitivo en cuatro periodos importantes

TEORIA DEL DESARROLLO SEGÚN J. PIAGET

PERÍODO	ESTADIO	EDAD
<p>Estadio sensomotor</p> <p>Desde el nacimiento hasta aproximadamente un año y medio a dos años. En tal estadio el niño usa sus sentidos (que están en pleno desarrollo) y las habilidades motrices para conocer aquello que le circunda, confiándose inicialmente en sus <u>reflejos</u> y, más adelante, en la combinatoria de sus capacidades sensoriales y motrices.</p>	<p>Reacciones circulares primarias</p> <p>Sucedan entre el primer y cuarto mes de vida extrauterina. En ese momento el humano desarrolla reacciones circulares primarias, esto es: reitera acciones casuales que le han provocado placer.</p> <p>Reacciones circulares secundarias</p> <p>Entre el cuarto mes y el año de vida, el infante orienta su comportamiento hacia el ambiente externo buscando aprehender ó mover objetos y ya observa los resultados de sus acciones para reproducir tal sonido y obtener nuevamente la gratificación que le provoca.</p> <p>Reacciones circulares terciarias</p> <p>Ocurren entre los 12 y los 18 meses de vida. Es en este momento que el infante comienza a tener noción de la permanencia de los objetos, antes de este momento, si el objeto no está directamente estimulando sus sentidos, para él, literalmente, el objeto "no existe".</p> <p>Tras los 18 meses el cerebro del niño está ya potencialmente capacitado para imaginar los efectos simples de las acciones que está realizando, o ya puede realizar una rudimentaria descripción de algunas acciones diferidas u objetos <i>no</i> presentes pero que ha percibido. Está también capacitado para efectuar secuencias de acciones tales como utilizar un objeto para abrir una puerta.</p>	<p>0-2 años</p>

	Comienzan, además, los primeros juegos simbólicos del tipo <i>juguemos a que...</i>	
<u>Etapa Preoperacional</u>		
Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.	a. Estadio preconceptual.	2-4 años
	b.- Estadio intuitivo.	4-7 años
<u>Etapa de las Operaciones Concretas</u>		7-11 años
Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.		
<u>Etapa de las Operaciones Formales</u>		11 años en adelante
En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.		

Sin embargo, el adolescente no puede explicarse únicamente a partir de la interferencia entre lo biológico y lo sociológico. Si bien es cierto que debe hacer la historia, no lo es menos que es fruto de su historia personal.

En la Psicología de la Adolescencia es difícil delimitar la noción de adolescencia y hasta qué punto esta noción responde a un juicio hecho por otros y al mismo tiempo a unas modificaciones en la personalidad del sujeto.

Por lo que se debe de cuestionar si; ¿Es la adolescencia un período durante el cual ocurre algo? ¿Es un estadio de desarrollo? ¿Es una crisis dentro de la historia individual? A veces la adolescencia se considera un poco, como una enfermedad; se dice “la juventud, hay que pasarla”, como si se hiciera referencia a la tosferina o al sarampión.

Generalmente se habla de crisis de la adolescencia, pudiendo referirse esta noción a una fase particular del desarrollo de la personalidad o a una crisis psicosocial en el sentido que le da E. H. Erikson, sin considerar con ello la adolescencia como una “aflicción” sino más bien como una crisis normal, como una fase normal con conflictos mayores. No obstante, es clásico hablar de crisis de la adolescencia, de torbellino de la adolescencia, de crisis de originalidad juvenil. En la mayoría de estos casos se trata de una descripción de las características psicológicas del adolescente, que aparecen a lo largo del desarrollo. Se integran en el marco de lo llamado conflictos de desarrollo, que deben distinguirse de las perturbaciones o interferencias del desarrollo atribuibles a exigencias exteriores exageradas o no, respecto a la edad real, es decir, alteraciones sufridas por todos los niños, en mayor o menor grado, cuando se plantean ciertas exigencias del entorno, aunque sea en el momento apropiado del desarrollo, o cuando los niveles de desarrollo y de maduración alcanzados crean conflictos específicos. Se considera, desde un punto de vista sociológico, que los conflictos de la adolescencia provienen de una falta de definición de la situación del adolescente en nuestra sociedad; esta indeterminación colocaría a los jóvenes en una situación análoga a la del “hombre marginado”. (PAPALIA, / WENDKOS, / DUSKIN, 2002).

Se han descrito un determinado número de modificaciones que llegan inesperadamente durante la adolescencia, unas de ellas morfológica, como la transformación corporal; las otras instintivas, tales como el despertar de las

necesidades sexuales (sobre todo a partir de esta época); preponderancia del sentimiento, debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deformación de la realidad e idealismo, reorganización del mundo sentimental que adquiere un carácter apasionado. Aparición de amistades exclusivas que difícilmente resisten la separación, actitudes ambivalentes y extremas entre el deseo y el amor platónico, unidas a una fragilidad en la orientación sexual, una labilidad de carácter con rebeldía contra los padres. Rechazo de las ideas establecidas e inconformidad con la sociedad en la cual vive duda y afirmación del Yo, narcisismo y necesidad de estimación, certeza e incertidumbre, timidez y búsqueda de originalidad.

Sólo se puede comprender el mundo del adolescente a través del conocimiento de las vicisitudes de las pulsiones y de las defensas, de los bloqueos y de los procesos de identificación que buscan la identidad, desde la línea que une la dependencia con la autonomía afectiva y social. (Muuss R.E. 1984)

Por otra parte, no se le puede separar de la noción de su situación en una sociedad dada, del rol que ejerce, o que cree tener o que cree que se le impone. La ambigüedad del adolescente vendría marcada por las oscilaciones de una personalidad en formación, a la búsqueda de un personaje que no quiere ser en cuanto es una forma definitivamente fijada, rígida y, por lo tanto reñida con una serie inmensa de posibilidades y que, no obstante, quiere ser para dar a su vida una dirección, un lugar reconocido, una función ante los demás y así afirmarse". Es decir, que la adolescencia se podría presentar como una fase 'más, de "tener que ser", de necesidad y deseo de entrar en una nueva forma de existir, pero en la que coincide también una particular dificultad para realizarla. (Muuss R.E. 1984)

Las modificaciones de la adolescencia se pueden comprender a través de la alteración del tipo de equilibrio que existía entre las pulsiones y el Yo a través del estudio del Yo en su medio, su función, y su manera de actuar. El Yo adolescente que ceda ante la alternativa de una reorganización radical, manifiesta signos temporales de inadaptación en la esfera del comportamiento y en la del pensamiento. Con todo, uno se da cuenta que queda un Yo fuerte, esto es, de fe, de confianza en su cohesión, se podría decir incluso en su irreductibilidad, que no tiendan nunca a quebrantarse.

La fase terminal de la adolescencia se caracteriza antes por una actividad integradora, de adaptación del Yo, que por su actividad defensiva los mecanismos de estabilización son múltiples y dependen tanto de la canalización de la energía pulsional y del desarrollo de las vías de descarga, como del modo de accionar de los padres ante esta dislocación del madurar. Hay que tener en cuenta que en este período se da un aumento cuantitativo de la pulsión así como un cambio el objeto amoroso, y que se produce un desplazamiento de los bloqueos con todo lo que esto implica en cuanto proceso defensivo y en cuanto proceso restitutivo. La compleja evolución de la adolescencia debe desembocar a una fase de consolidación. Según E. H. Erikson, durante la pubertad y la adolescencia todas las identidades y las continuidades sobre las cuales el niño se había apoyado anteriormente se ponen duda. En su búsqueda de nuevos sentimientos de continuidad y de identidad, los adolescentes están ansiosos por encontrar ídolos o ideales durables como guardianes de la identidad final. La integración que se produce para formar la identidad del Yo es más que la suma de las identidades de la infancia, es la experiencia acrecentada de la capacidad del Yo para integrar identificaciones, y las vicisitudes de la libido, y las capacidades desarrolladas a partir de las posibilidades innatas y las ocasiones presentadas por los roles sociales. (Erikson, 1975, citado en Cueli, 2008)

2.4. CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

El termino adolescencia, se refiere a la etapa de la vida que inicia durante la pubertad; etapa que corresponde a una serie de cambios fisiológicos y morfológicos que acompañan a la maduración sexual, mientras el termino adolescencia comprende la suma total de las modificaciones psicológicas atribuibles, directa e indirectamente a la aparición de la pubertad. (Smirnoff, 2006)

Los factores biológicos responden a factores constatables (la menarquia en las muchachas, la erección y la eyaculación en los muchachos), así como a modificaciones de los caracteres sexuales secundarios. Los mecanismos de la modificación puberal se explican por la puesta en acción de la hipófisis anterior y, desde el punto de vista neurológico, la del hipotálamo anterior. La hormona somatotropa hipofisaria actúa directamente aumentando la masa corporal y sobre el crecimiento en longitud del esqueleto. Asimismo intervienen en ello determinadas hormonas sexuales. Otras hormonas hipofisarias actúan indirectamente sobre las gónadas, fundamentalmente las gonadostimulantes, así como la tireoestimulina y la corticostimulina, teniendo, a su vez la cortico suprarrenal un papel también esencial sobre la secreción androgénica. (Smirnoff, 2006)

Las gónadas entran en acción por medio de las hormonas gonadotropas de entre las cuales dos de ellas son esenciales: la foliculostimulina (FSH) y la luteostimulina (LH). Es evidente que estas modificaciones corporales generales y genitales, sobre todo, desempeñan un papel no sólo por el hecho de su existencia física sino incluso por la importancia psicológica de su presencia. (Smirnoff, 2006).

Las modificaciones de la estatura significan hacerse mayor y, por otro lado algunas modificaciones ponderales, como por ejemplo una ligera obesidad, pueden ser, contrariamente, vividas como una molestia. La aparición del vello pubiano, del vello axilar o torácico, la evolución del pene en el muchacho o el desarrollo mamario en la muchacha pueden ser vividos como un temor, como una afirmación. La aparición de la regla en la muchacha no informada puede ser un descubrimiento molesto o incluso vergonzoso; algunas muchachas pueden creerse portadoras de una enfermedad. La menstruación puede vivirse por la muchacha de forma progresiva en lo que concierne a su aspecto biológico mientras que las reacciones emotivas pueden manifestarse de forma regresiva. A veces, la menarquía, que confirma la feminidad, puede ser considerada una vergüenza, una impureza, o bien puede evocar la posibilidad de procreación asociándose así la menstruación con el embarazo y con las relaciones sexuales.

Si para la niña menstruación es el despertar espectacular de un nuevo período dentro de su evolución biológica, que además puede ir o no también acompañado de un despertar sexual; para el niño la eyaculación se acompaña de una alegría de la cual no es aún dueño y que le hará sentirse culpable ante las prohibiciones sociales. Estas manifestaciones, por naturales que sean, son sentidas de forma diferente según las culturas, tabúes y capacidad de fantasear de padres e hijos.

La pubertad comienza con la producción de hormonas sexuales, entre ellas la testosterona en los varones y los estrógenos en las mujeres, hormonas que estimulan el crecimiento de los espermatozoides y los óvulos maduros, características sexuales primarias, que nos indican que el adolescente tiene la capacidad de reproducirse. Sin embargo estas hormonas se unen también a

otras, como la tiroxina, procedente de la glándula tiroides y el cortisol de la glándula renal.

La menarquía, o primer periodo menstrual, posiblemente sea la señal más impresionante y simbólica del cambio, se produce alrededor de los doce años de edad en las mujeres, y, en los hombres, la producción de espermatozoides comienza unos dos años después. A principios del siglo pasado, la edad media de la menarquía en los Estados Unidos era de unos 14 años, e incluso en la actualidad la edad media en una tribu neozelandesa es de más de 17 años. Se cree que tales diferencias se deben a una mejor alimentación y a los sistemas de salud a lo largo de los años.

Se ha mencionado que los ritos de la pubertad de la niña están estrechamente vinculados a su efectiva pubescencia fisiológica, la que al menos resulta inocultable; en muchas sociedades se piensa que “una niña se convierte en mujer” cuando empieza su menstruación. Mientras que en los niños no existe ningún cambio definitivo, comparables a este, que señale el inicio de la virilidad.

Los cambios más evidentes que se producen durante la pubertad son la aparición de las características sexuales secundarias. En las niñas, la primera señal que nos indica que se ha iniciado la pubertad consiste en el crecimiento de los senos, la acumulación de grasa en los pechos, que da lugar a un ligero “abultamiento”, seguido de un aumento gradual de los pechos, durante un periodo de varios años. Así mismo se produce una acumulación creciente de grasa en las caderas, provocado por los estrógenos, que da lugar a un

ensanchamiento y que, más adelante, dará el aspecto del cuerpo femenino adulto. También crece la vagina, el clítoris y los labios vaginales.

En los niños, el primer cambio sexual secundario es el crecimiento de los testículos y el escroto, seguido de un ensanchamiento de los hombros; la voz se torna más grave y el pene crece de tamaño. Muy pronto, incrementan las glándulas sebáceas y sudoríparas, crece el vello axilar, pectoral y facial, creándose así la imagen física del hombre adulto. Otro signo aparentemente evidente de la pubertad es el rápido aumento de peso y estatura, pero este peso se redistribuye o elimina muy rápido. Entre los 13 y 15 años, se caracteriza una rápida maduración de las glándulas seminales, mientras que merced al desarrollo de la laringe, se completa la prominencia llamada manzana de Adán; produciéndose un alargamiento en las cuerdas vocales y la voz se hace más grave. En el varón se sabe que se ha establecido la madurez sexual cuando se presenta la primera emisión seminal, es decir la expulsión de semen, lo cual ocurre dos años posteriores a la menarquía en la mujer. (Carbajal, 2004).

2.5. CAMBIOS SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

La actividad social forma parte de la evolución infantil. En el desarrollo de sus impulsos, durante el tiempo de formación de su personalidad, el niño está frente a una sociedad que a la vez le forma y le oprime. La sociedad le ofrece unos esquemas referencia según los cuales ha de modelarse y contra los que se rebela. En el momento de nacer, el hombre tiene una capacidad de proyección que ha de realizar personalmente. El hombre cambia de lo simbiótico y dependiente a una relativa independencia en un marco social al

que se yuxtapone y se enfrenta con un diálogo positivo o negativo, pero siempre implícito, en el que expresa su propia personalidad. La sociedad contribuye poderosamente a humanizar al ser humano. Por eso se considera que el hombre como tal antes de recibir una educación no es sino una simple posibilidad, menos que una simple esperanza. (Ajuriaguerra, 2008).

El niño crece en una determinada sociedad que le ofrece una posibilidad de evolución; su vida se produce en grupos que tienen una dinámica y sus propias leyes. El ser social en que se convierte el niño con el desarrollo es la suma de un Yo social y un Yo individual, es el resultado de una interrelación entre los diferentes miembros de una determinada sociedad, en la que el individuo tiene sus propias leyes de desarrollo, el siquismo individual no es más que un reflejo de unas funciones sociales específicas que se cumplen a través de relaciones interindividuales.

La psique individual se torna producto y reflejo de fenómenos colectivos. Se subordinan las relaciones humanas a las funciones sociales. Si los objetos sociales se tratan como “cosas”, según la célebre expresión de E. Durkheim, puede faltar por completo la relación directa y profunda entre las personas; los hechos naturales son distintos en cada persona.

Lo más impresionante del púber durante esta etapa es su falta de naturalidad, la excesiva conciencia de sí mismo, la inseguridad y la torpeza de sus movimientos; manifestaciones aparentes de un desequilibrio expresado por la pérdida de sus formas infantiles que hasta entonces manejaban su relación con el mundo exterior y consigo mismos, las cuales deberá de suplir y corresponder a un nivel más elevado de libertad y responsabilidad que le otorgaran mayor eficiencia y capacidad de adaptación a este cambio trascendental. (Lahey B.B. 1999).

Durante esta etapa del desarrollo, es importante observar las conductas referentes a la vida sexual, ya que de presentarse algún evento traumático o acarrear un trastorno de tipo afectivo, puede desviar la conducta hacia una patología de tipo antisocial. Los trastornos de la conducta, que varían entre discretos y severos, son los problemas psiquiátricos más frecuentes durante la adolescencia.

En casos severos, la conducta resulta socialmente inaceptable, de ahí que se confunda con la pre-delinuencia o con problemas de ajuste con los adolescentes. Para hablar de trastorno de conducta se requiere que el problema no sea eventual y que se mantenga latente por lo menos durante seis meses. La tendencia a mentir de forma reiterada e innecesaria es muy común. Los jóvenes dejan de asistir a la escuela, vaganean, pueden ocasionar prejuicios en propiedad ajena, se ven envueltos en robos, existe una crueldad innecesaria hacia los animales o los humanos y existe un alto riesgo de involucramiento en drogas y alcohol. Una teoría sugiere que la conducta antisocial es resultado de la privación del afecto maternal y de no haber internalizado los impulsos y prohibiciones paternas. Otros estudios acentúan en los intentos del niño de contender con un ambiente hostil, obtener los bienes materiales tan deseados por los púberes y adolescentes en nuestras sociedades de consumo, u obtener un estatus social entre los amigos. Los hijos con padres con conductas antisociales tienden a desarrollar conductas similares. Se piensa que en la génesis de estos problemas existe una predisposición genética sumándose a estas, las influencias familiares, sociales, culturales y del medio ambiente.

Los factores sociológicos se entrelazan íntimamente con los biológicos durante la adolescencia. Margaret Mead considera que la adolescente de las Islas Samoa únicamente se diferencia de la adolescente por los cambios físicos que la primera ha sufrido. En otros pueblos, el paso de la infancia a la adolescencia, incluso a la edad adulta, se hace por unos “ritos de cambio” durante los cuales el sujeto se somete a todo tipo de pruebas que determinarán su estado de adulto y después de las cuales la comunidad le atribuye una función perfectamente determinada. Si bien en ciertos casos el ceremonial es quizá convencional y simbólico (ceremonias de iniciación a veces complejas), en otros, se acompaña de pruebas físicas tales como la circuncisión en los muchachos y la clitoridectomía en las muchachas. Algunos antropólogos han insistido en que el estado de adulto no coincide necesariamente con el período de los cambios físicos de la pubertad. Creen que, para comprender las “tempestades o tensiones” de la adolescencia, debemos buscar la explicación, más en la sociedad que en la biología.

La actitud de los adolescentes pertenecientes a una misma sociedad y a una misma zona geográfica, se diferencia en función de sus status y sus roles. Cuando se trata de sociedades en las que la adolescencia se define como un período de inserción social, se puede prever que es parecida para todos por su carácter general de transición y, por otra parte, que se diferencia a partir de las modalidades de la vida social y sobre todo según la duración de esta transición. Por ello se explica que ciertas características, como el ascetismo y la intelectualización, se observan sobre todo en aquellas capas sociales que se caracterizan por una enseñanza escolar estricta mientras que la uniformidad, fenómeno de grupo que protege al individuo, sería particular de la juventud americana.

2.6. PROBLEMÁTICA EXISTENCIAL DEL ADOLESCENTE

El adolescente debe responder a un determinado número de preguntas. ¿A qué categoría pertenezco? ¿Qué represento? ¿A qué me opongo, hacia dónde me dirijo, cuáles son mis relaciones con el otro sexo? ¿Soy suficiente para bastarme a mí mismo? Por otra parte la identidad del género es una dimensión muy importante y la identidad del Yo es casi siempre la principal, el rol ligado al género debería estar diferenciado del rol ligado al sexo.

Si se admite que la identidad es posterior al proceso de identificación a los modelos paternos, o a sus sustitutos, sobre el cual se proyecta el ideal del Yo, es evidente que la desvalorización de la imagen paterna puede constituir un traumatismo importante. La desvalorización del padre en cuanto miembro de un entorno social, que es criticado y rechazado por el adolescente, no es más que la simple racionalización de un proceso más profundo.

Es la consecuencia de la vuelta regresiva de los antiguos fantasmas narcisistas de grandeza íntimamente ligados a la idealización de la imagen paterna. Una de las causas del desconcierto actual sería consecuencia del hecho de que las primeras identificaciones serían ante todo de carácter defensivo; ha cambiado su identificación edípica por una pseudoidentificación (narcisista) y, siguiendo con su obsesión de separarse de toda problemática edípica, hace una desidentificación o mejor dicho, una contraidentificación. Si la noción de muerte del padre, puede tener el sentido de un rechazo, hacer desaparecer el objeto puede representar, en determinadas situaciones, un intento primitivo de eliminación de los conflictos que conlleva su existencia.

Pero, como él mismo dice, no es exacto creer que el padre, (o sus sustitutos) es normalmente objeto de odio y que cualquier actitud de admiración o de

defensa respecto a él no es más que una defensa contra el sentimiento opuesto o sólo está motivado por el temor, En efecto, tanto en el amor como en el odio, la admiración coexisten. Y esto es lo que proporciona su fuerza y su carácter dramático al conflicto edípico. (Grinder, 2004).

El principio del placer y el principio de realidad no deben ser considerados como una oposición de principios sino como una complementariedad de los mismos. El principio de realidad ha nacido de la impotencia primaria del niño para ayudarse a sí mismo, la inmadurez del niño crea en parte su dependencia, y ninguna sociedad podría remediar la situación del niño frente a su padre y su madre en la relación edípica. Es decir, la inmadurez permite explicar un determinado número de valores negativos, también lo es que el niño es un ser activo y que es precisamente por su actividad como consigue su independencia y superar su Edipo. Por ello ciertos tipos de sociedad son más edípicas que otras.

Gran parte de los problemas actuales de la adolescencia está en dependencia con esta desvalorización de las imágenes identificatorias; pero esto no responde únicamente a la infravaloración que de ellas hacen los adolescentes, sino también a la imagen desvalorizada que los padres y la sociedad le ofrecen. La noción de omnipotencia de ciertos adolescentes muchas veces no es más que el espejo de la impotencia que les es revelada. El adulto enseña claramente sus propias contradicciones y la información las amplía. Las dificultades del adolescente son fruto de su historia que evoluciona (dentro de la línea general del desarrollo) de la dependencia a la autonomía, del estado que se le ofrece en una sociedad confrontada con su propio deseo y de su ideal constructivo que se incrusta en una realidad que quiere sobrepasar.

CAPITULO III

DROGAS Y ADICCIONES

3.1. EN BUSCA DE LO PROHIBIDO: LAS DROGAS

Hasta una época reciente la toxicomanía o drogadicción era una afección del adulto, pero actualmente ha llegado a ser muy frecuente entre los adolescentes, planteando así problemas psicosociales de masa. Bajo la denominación de toxicomanía o de dependencia respecto a las drogas, se describe un estado psíquico y algunas veces igualmente físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, y que se caracteriza por modificaciones de la conducta y por otras reacciones que comprenden siempre un deseo invencible de tomar la droga continua o periódicamente a fin de experimentar de nuevo sus efectos psíquicos y evitar algunas veces el malestar de la privación. Este estado puede ir o no acompañada de tolerancia. Un mismo individuo puede depender de varias drogas. (Pick, 2006).

En este contexto, la “dependencia” es un término de alcance general aplicable a todas las clases de empleos abusivos de drogas; no prejuzga en absoluto amplitud del riesgo que resulta de estos abusos para la salud pública, ni la naturaleza del control eventual a considerar. Sus características varían según las drogas; la clasificación precisará en cada caso la clase especial de la que se trata: dependencia de tipo morfínico, cocaínico, cannábico, barbitúrico, alcohólico, amfetamínico, alucinógeno, etc.

3.2. CONCEPTOS

El término droga: De manera resumida, se le define como “cualquier sustancia que introducida al organismo vivo modifica una o más de sus funciones”.

Medicamento: Es un fármaco industrializado que se utiliza para una resolución clínica.

Droga psicoactiva; es en cambio, “Cualquier sustancia que introducida al organismo vivo, provoca cambios en la percepción, la conducta y/o el pensamiento”. Debe reunir una de las siguientes características:

- **Dependencia física;** “Qué es el estado de adaptación fisiológica del organismo por el uso crónico de sustancias y que desarrolla dos aspectos importantes:
 - **Tolerancia:** Es el aumento en el uso de una sustancia para lograr el efecto que al principio de su uso se tenía con una mínima dosis.
 - **Síndrome de abstinencia:** Es el conjunto de trastornos físicos y psicológicos que desarrolla el individuo que ha desarrollado dependencia de alguna droga cuando suspende su consumo bruscamente o al disminuirlo de forma significativa.
- **Dependencia psicológica:** Es la condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y un impulso emocional que requiere su administración, para sentirse bien o estar bien.

Adicto: es entonces; aquella persona que depende de una sustancia o conducta y que presenta signos y síntomas específicos de la adicción.

Adicción: Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una droga, caracterizado por la modificación del

comportamiento y presenta un impulso o deseo irreprimible por consumir la sustancia o llevar a cabo dicha conducta en forma continua y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y para evita el malestar si no se consume.

3.3. CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS:

Es difícil establecer una clasificación de las drogas empleadas por los jóvenes. Aún de forma artificial distinguiremos, según el efecto psicoactivo buscado por el individuo, tres grupos:

3.3.1. Drogas “mágicas” o alucinógenos.

Capaces de infundir formas de embriaguez especial, caracterizadas por estados de onirismo y éxtasis, acarreando “experiencias” nuevas de los órganos de los sentidos y del cuerpo, ilusiones y alucinaciones, estados de desrealización y despersonalización, “viajes” fuera del tiempo y del espacio con extinción de la realidad cotidiana: cannabis, LSD, mescalina psicibina, nuez moscada, etc.

3.3.2. Drogas estimulantes del sistema nervioso central (SNC).

Responsables de una disminución de la fatiga, un acrecentamiento de la energía y de la actividad, una excitación eufórica, tales como las amfetaminas, los derivados de la coca (cocaína), las hojas del khat, etc.

3.3.3. Drogas depresoras del sistema nervioso central (SNC)

Causantes de un estado de sosiego o de dicha, un grado de euforia variable, el olvido y el sueño. Entran en este cuadro los “estupefacientes” tradicionales (el opio y los opiáceos, la morfina y sus sucedáneos sintéticos, la heroína, etc.), los hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos, los analgésicos, los tranquilizantes y, cómo no, la marihuana y el alcohol.

Aparte esta clasificación, mencionamos de paso un grupo muy heterogéneo de productos raramente utilizados por los jóvenes y cuya acción esencial se sitúa en otro dominio, productos que sólo tienen accesoriamente y a título de efectos secundarios una acción sobre el psiquismo: determinados medicamentos contra el mareo, determinados antiasmáticos, determinados antihistamínicos, determinados antiparkinsonianos y determinados productos industriales (disolventes, volátiles, contenidos en la cola para modelos plásticos reducidos, en el esmalte para uñas, en productos de mantenimiento, etc.).

Esta enumeración es incompleta. Las sustancias utilizadas por los jóvenes son incuantificables e insospechadas. Un medicamento benigno o producto industrial se transforma, a veces por medios caseros o en combinación con otra sustancia, en una nueva droga. Muchos adolescentes ya desconocen incluso lo que se administraron, tanto en calidad como en cantidad. El médico se halla frente a un mundo de una rara imprecisión farmacológica. Existe incluso una “farmacología paralela”, realizada en laboratorios clandestinos donde se inventan nuevas drogas.

Es difícil clasificar a las drogas según el peligro que su abuso es susceptible de acarrear, pues los criterios que hay que tomar en consideración (factores conductistas, somáticos, farmacológicos, modos de administración, dosis, factores sociológicos, ideológicos, etc.) son tan diversos que no entrarán nunca en una sola clasificación.

Las características

Que diferencian el actual consumo de drogas de las toxicomanías clásicas son las siguientes:

- ✓ La temprana edad de los sujetos con una clara preponderancia por parte del sexo masculino; sin embargo, esta diferencia entre los sexos está disminuyendo. La atracción hacia la experimentación psicotóxica comienza en América del Norte ya al nivel de la escuela primaria, en Europa hacia los 12-13 años, alcanzando el máximo alrededor de los 19-20 años; disminuye luego, mientras que la proporción de consumidores de alcohol y de tabaco continúa aumentando progresivamente.

- ✓ La extremada variedad de los productos psicoactivos utilizados, la incesante actividad de “investigación”, llevada a cabo por los jóvenes y que explica el rápido paso de una droga a otra y, en determinados casos, la escalada de las drogas “ligeras” a las drogas “fuertes”. No constituye, sin embargo, un proceso obligatorio; sólo se observa por lo demás en una minoría de adictos. El riesgo de intensificación aumenta

con la existencia de un importante sufrimiento psíquico en el individuo y los estrechos contactos con el mundo de la droga y su tráfico.

- ✓ El carácter, muchas veces discontinuo, a veces explosivo pero también repetido, del uso de productos de cualquier procedencia, el uso múltiple por pasos sucesivos de una droga a otra o por asociaciones (mezcla) variadas, según los individuos, el contexto subcultural y la disponibilidad del “mercado”, pudiendo conducir este consumo polítopo a la politoxicomanía. La droga se administra por diversos conductos: por vía oral (comprimidos, polvo, líquido, humo), inhalación, por supositorios, o mediante inyección: intramuscular, intravenosa (“fija”) en el antebrazo o bajo la lengua o tópica a través de parches y actualmente se ha observado en medios escolares, la inducción vaginal o anal de sustancias tales como el alcohol. El recurso a la administración intravenosa de la heroína, opio, morfina y psico-estimulantes puede acarrear muy pronto una asiduidad psíquica y física especialmente grave con deterioración e inhabilitación socioprofesional, comparable a las toxicomanías tradicionales; pero el problema es más grave a causa del riesgo de una rápida evolución hacia el vagabundeo precoz. La vía intravenosa puede acarrear otras complicaciones que le son propias: locales (absceso, peri flebitis) o generales de origen infeccioso (absceso del pulmón, endocarditis, hepatitis vírica o aeroembolismos). El múltiple uso de las drogas impresiona por la complejidad de los problemas psicosociales que plantea, pero no hay que perder de vista que la mayoría de los jóvenes consumidores sólo utilizan el cannabis, por lo menos en los inicios de consumo.

- ✓ En otro tiempo, el abuso del cannabis y de los opiáceos (en las regiones orientales y en los ghettos industriales de América del Norte) estuvo a menudo unida a la miseria física, a la subalimentación y a la inseguridad provocada por la miseria. Hoy día, por contra, el uso colectivo de sustancias psicotóxicas en los jóvenes aparece en las sociedades opulentas y especialmente en los países que, bajo un régimen liberal, atraviesan una potente expansión económica.

Estos datos transforman los procesos de intoxicación clásica en:

1. La práctica del ‘flash ‘ o ‘rush ‘: la inyección intravenosa destinada a provocar una verdadera explosión interior de sensaciones violentas de un placer orgásmico (“planeta”), vivido como superior al placer del orgasmo sexual, este paseo solitario, que nos introduce en el corazón del problema: la búsqueda del riesgo, el juego con la locura y la muerte. La sobredosis es responsable de los casos de fallecimiento repentino que se producen por millares hoy en día.
2. La agravación de los desequilibrios emotivos por los alucinógenos, los estimulantes del SNC y otros productos e incluso la aparición de trastornos mentales provocados (embriagueces alucinógenas sobrepasadas, farmacopsicosis o revelados por las intoxicaciones de moda).
3. En los casos graves, se observa el desarrollo precoz de un estado deficitario especial, tanto físico como psíquico, caracterizado por la pasividad y la indiferencia general (“síndrome amotivacional”), con riesgo de determinar un vagabundeo.

4. Hay que observar aún otro nuevo fenómeno que podríamos denominar “la intoxicación familiar”, la importancia de la toma de drogas por los niños cuyos padres acusan un empleo considerable de medicamentos psicótrópos.

Describiremos sucesivamente la sintomatología de determinado número de toxicomanías actuales.

➤ **Los estimulantes del SNC (las anfetaminas y sus sucedáneos).**

Entre las más antiguas citaremos la toxicomanía con anfetaminas. Utilizadas al principio sobre todo por estudiantes durante los exámenes, el uso de esta droga se convierte rápidamente en una costumbre; permite aumentar la capacidad de trabajo, teniendo al sujeto en vilo. La absorción puede ser episódica o permanente durante algunas semanas, suspendiéndola el sujeto ulteriormente. Aunque esta medicación constituye una ayuda para algunos y permite un doping transitorio sin consecuencias nefastas ulteriores, en otros puede producir modificaciones del carácter con irritabilidad o desencadenar incluso a veces síndromes confusionales o excitomotores.

Este hábito puede ir a la par (a consecuencia del insomnio que acarrea) con la toma de fármacos hipnóticos, especialmente barbitúricos. Así, el sujeto toma medicamentos para despertarse e hipnóticos para dormir, descubriendo la acción antiansiógena de los barbitúricos. El uso de los psicoestimulantes por los jóvenes fue al principio en forma de comprimidos, siendo administrados más tarde por vía intravenosa. Esta reciente forma de intoxicación arrancó en parte del movimiento hippie en San Francisco para alcanzar Suecia, Inglaterra

y finalmente los otros países como Avándaro en México. Por esta vía, las anfetaminas y la fenmetrazina producen, al lado de una sintomatología simpaticomimética intensa una hiperexcitabilidad con estado confuso alucinatorio y conducta de tipo paranoide.

También se las asocia a otras drogas, principalmente a los somníferos, a los alucinógenos y a la heroína. Contrariamente al abuso peroral de los psicoestimulantes que no engendra más que una dependencia psíquica, la administración intravenosa puede inducir rápidamente un estado de verdadera asiduidad con dependencia física capaz de ocasionar inhabilitación psíquica y socio-profesional como en el caso de las “drogas fuertes”. En la intoxicación aguda, el sujeto puede presentar un colapso cardiovascular con estado comatoso capaz de conducir rápidamente a la muerte. Acercándose a la metanfetamina y emparentado con la mezcalina, tenemos asimismo el producto sintético STP (“Serenity, Tranquility, Peace”), también denominado DOM, DMA o “supercarburante” que desencadena reacciones violentas del mismo orden que las resultantes de la absorción de alucinógenos y anfetaminas.

➤ **La Marihuana (*Cannabis indica*).**

Las hojas, las cumbres florecidas secretada por los pelos glandulares y los tallos de la planta hembra son utilizados de múltiples maneras para preparar un tabaco (fumado en cigarrillos denominados “joints” o en pipas con el apelativo de “chioms”, para incorporar el producto a golosinas, para utilizarlo en forma de maceraciones acuosas bebibles o incluso para mezclar el producto seco con jarabes, alcohol u opio. Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (1969) propone denominar los preparados de hojas y cumbres florecidas de marihuana, los preparados solamente de cumbres florecidas y los preparados a base de resina haschich, Hay al menos 350 nombres para designar estos productos. La marihuana es denominada maconha en el Brasil, kif en Marruecos, dagga en Africa del Sur y bhang en la India; y el haschich, charas en la India chocolate en España y México. Más comúnmente, el tabaco recibe el nombre de “hierba”, “chira”, “FI” y “mierda” (a causa de su olor nauseabundo).

Recientemente se obtuvieron progresos en materia de química y determinación de los cannabinoides (G. G. Nahas, 1973). Los constituyentes químicos del cannabis son muy complejos. Entre los cinco cannabinoides biológicamente importantes, la sustancia más activa parece ser el trans-delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC). Todos los efectos del haschich fumado pudieron ser reproducidos por la ingestión oral de THC. El THC se metabolizan en el hígado; existe una circulación enterohepática. Los metabolitos de los THC se eliminan muy lentamente puesto que permanecen alrededor de 8 días en el cuerpo. Se cree que la concentración de THC es del 1% en la marihuana, del 3% en la ganja y de 5% en el haschich.

Los efectos del consumo de cannabis fueron descritos por los literatos Th. Gauthier, Baudelaire, Gérard de Nerval y H. Michaux. En 1845, Moreau de Tours da una descripción psiquiátrica exhaustiva que le permite formular su concepción del estado primordial delirante. Es poco lo que hay que añadir a la descripción de Moreau de Tours: trastornos neurológicos y neurovegetativos (trastornos neuromusculares, secretores, respiratorios; excitación genésica con pequeñas dosis, anafrodisíaca con dosis fuertes), sentimiento de felicidad, euforia, excitación y disociación de las ideas, errores sobre el tiempo y el espacio, desarrollo de la sensibilidad acústica, ideas fijas, convicciones delirantes, trastornos emotivos, impulsos irresistibles ilusiones, alucinaciones.

El uso ocasional de muy pequeñas dosis de cannabis resulta trivial en la mayoría de los casos; ahora bien, si se fuman dosis moderadas de extractos de cannabis conteniendo de 5 a 10 mg. de THC, se pueden trastornar de manera importante las funciones motoras y mentales (G. G. Nabas) y entorpecer la conducción de un coche. Si se fuman dosis de 15 mg. de THC, se puede provocar una verdadera reacción alucinógena con distorsiones perceptivas, alucinaciones, fenómenos de despersonalización y de desrealización. El cannabis administrado por inhalación es tres veces más activo que por vía oral. Por consiguiente, el cannabis no es tan anodino como algunos quisieron hacerlo creer. El uso crónico de cannabis puede desencadenar realmente estados confusionales, estados de agitación agudos y alucinatorios.

En las personas que consumen cotidianamente cannabis aparece una tolerancia fisiológica y psicológica de la droga que les obliga a aumentar las dosis y que les puede llevar a tomar finalmente drogas más fuertes. Aunque

no se ha podido comprobar riesgo de real dependencia física, se observa sin embargo en los fumadores regulares una clara dependencia psicológica respecto del cáñamo. Además, los fumadores regulares de importantes dosis de haschich pueden presentar estados de embotamiento o de indiferencia con debilitamiento de la memoria y episodios confusionales o incluso cuadros de tipo esquizofrénico. Por otra parte, la marihuana constituye el primer paso hacia la búsqueda de los paraísos artificiales y deja la puerta abierta a otras sustancias con mayor potencial adictivo. Finalmente, hay que señalar que algunos traficantes parece que adulteran el cáñamo mezclándolo con drogas “fuertes”.

➤ **Los opiáceos (la heroínomanía).**

El uso de la heroína fue con la morfina y la cocaína la intoxicación clásica de los adultos. La primera, considerada erróneamente como más euforizante que la morfina, se ha convertido en una intoxicación a gran escala en los adolescentes y suele conducir al abuso de otros tóxicos. Es la toxicomanía más grave de los adolescentes. La heroína (“tigre” o “caballo”), excepcionalmente vendida en estado puro, se utiliza en polvo mediante toma nasal (raramente), en pastillas (píldoras rojas) o más frecuentemente en solución por vía parenteral (subcutánea, intramuscular y sobre todo intravenosa). Desde el punto de vista vital es peligrosa; puede producir el coma o la muerte por sobredosis. La inhalación de morfina es un antídoto sustitutivo; los IMAO y las anfetaminas están contraindicadas.

El consumo de heroína produce un estado de pesadez y lasitud no alucinógeno, seguido de un estado de necesidad, debiendo renovarse la dosis muchas veces por día, y un estado de rápida dependencia. Aun aceptando

ciertas estructuras psicopatológicas clásicas del heroinómano (retrasado afectivo, psicópata, prepsicótico, borderline o límite), debe decirse que no corresponden completamente a la realidad actual, pudiendo ser la heroínomanía el último estadio común después de cualquier otra toxicomanía.

El estado de servidumbre es muy penoso, estado de sub-excitación ansiosa con descenso del nivel de conciencia (señalemos que un toxicómano incipiente puede presentar signos de servidumbre). La intoxicación crónica se presenta más rápidamente que con la morfina y se caracteriza por un estado de torpeza junto a una pérdida de eficiencia y arranques ansiosos con pseudo-hiperactividad. Señalemos el consumo por los jóvenes de medicaciones que contienen opiáceos (dionina, codeína) utilizadas en la terapéutica corriente.

➤ **El ácido lisérgico (LSD).**

El ácido lisérgico (alcaloide del cornezuelo del centeno), producto sintético descubierto en 1938, utilizado ulteriormente en el campo experimental psiquiátrico, ha entrado en el campo sociológico desde hace una decena de años con una intensidad nunca conocida, a causa de la facilidad de su fabricación y de su costo relativamente moderado. Después de la fase experimental, se supo que el LSD producía modificaciones perceptivas, cenestésicas y parestésicas diversas, modificaciones de la agudeza auditiva y trastornos alucinatorios que alteraban la realidad exterior, bajo la forma de perturbaciones del esquema corporal, modificaciones del ámbito temporal y espacial, fenómenos de despersonalización acompañados de modificación del humor. El LSD fue muy utilizado en una época por la relativa facilidad de su

síntesis clandestina, por sus destacados efectos a pequeñas dosis y por el culto casi místico que le atribuían algunos grupos.

“El ácido” que se toma por vía oral junto con una cantidad de azúcar, en un brebaje, o se administra por vía intravenosa, puede producir estados de excitación con ansiedad extremadamente marcada y fenómenos de pánico sobre fondo confusional. Puede tratarse de confusión hipercinética o de trastornos en el sentido de inhibición psicomotriz y seudocatatónica, o de delirios de tipo esquizofrénico. En el curso de los estados de despersonalización con ideas de invulnerabilidad o de omnipotencia, el individuo puede realizar actos de violencia o tentativas de suicidio. Los efectos pueden persistir bajo la forma de idea fija post-onírica o de delirio post-onírico. La experiencia vivida bajo tóxicos puede reaparecer después de un intervalo sin nueva toma de tóxico (recidiva espontánea). Este grupo de verdaderos toxicómanos a base de tóxicos “fuertes” (“unkies” o “fijos” y “speeders”) engloba a sujetos generalmente más solitarios y en contacto directo con los ambientes del tráfico y de la prostitución así como con las bandas de delincuentes. En el cuadro psicosociológico, esta muestra se distingue claramente de los delincuentes clásicos de la misma edad. Se trata, en efecto, de un tipo de desviación nueva, caracterizada entre otras por una fuerte proporción de huidas, de vagabundeo, de propensión al suicidio y por un nuevo tipo de retraso escolar (dificultades y deserciones que se sitúan al nivel del ciclo secundario) seguido muchas veces por una ociosidad completa. Sus familiares, cuya estructura aparece disociada o marginalizada en la mitad de los casos, pertenecen más bien a un medio económicamente favorecido. Verdejo / Lopéz / Orozco, 2007; p.p. 189-234).

3.4. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA DROGA.

Cuando se estudia el fenómeno actual de la toxicomanía en los adolescentes, no se puede hablar de la droga sino de las drogas, y sería arbitrario separar el problema psicológico del problema social. En efecto, la toxicomanía se ha desarrollado en el cuadro de una polémica de la sociedad actual que ha creado nuevos problemas en los adolescentes cuyos deseos y modos de pensar han variado respecto a las normas e ideales morales de los adultos. Pero eso no basta para explicar “por qué se toma la droga”, ni la relación que se establece entre el individuo y los tóxicos.

¿Qué representa la droga para el adolescente? Medio de conseguir algo, maneras de transformación, comunión para unirse a los demás, deseo de aislarse o de confundirse con los demás. En todo caso, sabemos que es una búsqueda que llega a ser objeto de culto y rito psicosocial. Crea un nuevo mundo con sus reglas, a partir de la organización que lleva consigo: búsqueda del tóxico, preparación de la toma, erotización de la inyección (toxicomanía de la jeringa). De celebrante al principio (ritual psicosocial), el joven llega a convertirse en un sujeto dependiente a causa de su estado de necesidad (ritualización biológica). Habrá idealizado el lado positivo de sus experiencias, pero eso no impide que entre la droga y él se establezca nuevas relaciones con una ambigüedad equivalente a la que existe entre dueño y esclavo.

De consumirla para dominar su angustia y sus problemas, el toxicómano llega a ser esclavo de los rituales de la necesidad, de los traficantes; vivirá en el artificialismo de una omnipotencia o de un ensueño que le ha sido procurado, encontrando sólo libertad relativa en la sumisión. (Lezak, 2005; p.p. 125-132).

Las primeras relaciones con la droga son diversas: curiosidad, imitación por sugestión, etc. A veces se quiere sólo probar la droga para flirtear con ella, otras se toma para hacer como los demás, para “no deshincharse”. Pero no debe olvidarse que las motivaciones profundas suelen ser la protesta contra el mundo o la familia, la transgresión de lo prohibido, la necesidad de una satisfacción inmediata. El mecanismo de evitación acarrea comportamientos de refugio en la droga y luego en la búsqueda de la droga o el exotismo, desplazamientos a través del mundo en busca de un nuevo modo de ser o existir, en la creencia de que el desplazamiento en el espacio anula el tiempo, pues el drogado piensa, que “nuestro siglo es un siglo paradisiaco” y que encontrará un mundo mejor en su constante peregrinar.

La personalidad de estos sujetos responde a distintos niveles mentales a veces excelentes y a medios sociológicos varios. El uso del tóxico se suele desarrollar en ambientes estudiantiles y se difunde a otros medios. Esta personalidad no se puede definir con relación al cuadro clínico habitual, pues la necesidad de la droga, íntimamente ligada a la facilidad de la oferta, se inscribe sobre un amplio abanico de motivaciones y de necesidades.

En efecto, entre sus adeptos se pueden encontrar adolescentes introvertidos, insatisfechos, a veces hijos únicos o procedentes de familias poco numerosas, frecuentemente educados en hogares perturbados o por padres hiperprotectores, adolescentes que presentan diferencias entre desarrollo de inteligencia y madurez afectiva, buscando en los tóxicos un remedio a sus problemas conflictuales, una negación del mundo de los adultos, un rechazo de la vida en sociedad; buscan en la droga la solución pasiva de sus dificultades o una afirmación de su personalidad, una valoración en el marco

de un grupo que les ofrece una cierta equiparación en la participación de una experiencia común, aun reconociendo, sin embargo, que eso puede conducir desgraciadamente a una cierta decadencia.

La experiencia es vivida por algunos como una iniciación metafísica personal, por otros, como una iniciación tribal. Unos buscan en la toxicomanía una manera de vivir; Otros, una manera de sobrevivir. Explotados por la propaganda de los que describen su carácter espectacular, que alaba el lado positivo y creador, incitando así al abuso de los tóxicos, estos sujetos llegan a ser un grupo social, una casta, pero extremadamente polimorfa.

En lo referente a la personalidad de los jóvenes toxicómanos, hay que situarla próxima del adolescente psicótico o prepsicótico más bien que del adolescente suicida, pues la verdadera relación de los toxicómanos graves se sitúa a la vez con la locura y con la muerte. Jugando con ambos y recomenzando siempre de nuevo, buscan a través del cuerpo ejercer un poder absoluto sobre su existencia. Intentando invertir así las barreras de lo imaginario y de lo real, los jóvenes toxicómanos quieren acceder a la inmortalidad. El estado de ausencia les recordará de manera brutal que es imposible ser Dios.

Existe un gran número de rasgos señalados como formando parte de la personalidad del toxicómano grave, los principales de los cuales son los siguientes: la dependencia afectiva, la angustia de la separación, el aislamiento y el malestar experimentados en la relación con muchos, la intolerancia de las frustraciones, la depresión, la necesidad inagotable de amor y de aprobación, la satisfacción inmediata del deseo, la falta de confianza en sí

mismos y la pasividad, luego la tozudez, la irritabilidad: la falta de ambición, de combatividad y de competitividad, la ausencia de actitudes provocadoras y agresivas y finalmente la timidez y la hipersensibilidad.

La educación de estos adolescentes transcurre muchas veces en medios familiares perturbados por la ruptura o mal entendimiento de la pareja paterna, por la muerte de uno de los padres, o incluso por el alcoholismo o la toxicomanía de uno de los padres que implica una reorganización de la estructura familiar en relación con la enfermedad, estando sometidos por esto mismo a regímenes carentes precozmente de afecto, sobre todo en su relación con la madre. A ésta se le siente habitualmente como “escrupulosa e hiperansiosa”, alentadora y culpabilizadora, respecto de la cual el niño establece una relación de dependencia exagerada, mientras que el padre es un “padre ausente”, ya sea realmente, parcialmente o incluso por la interacción de una madre demasiado presente y que priva así a su hijo de los modelos identificatorios necesarios para su desarrollo.

El problema de la toxicomanía no puede ser abordado ni sobre el plano de la moral de los adultos, pues las motivaciones explicitadas, por lo regular racionales o racionalizadas parecen válidas y comprensibles, ni en el plano de la defensa de una sociedad discutible, sino sobre el plano de la decadencia que implica, de la aniquilación que provoca, de la alienación que crea, yendo al encuentro de las transformaciones deseadas.

CAPITULO IV

EL CONSUMO DE LA

MARIHUANA

4.1. ANTECEDENTES

La investigación de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de cannabis se inició durante la década de los setentas. Durante estos primeros estudios se carecía de un control metodológico adecuado y dieron lugar a resultados contradictorios.

A partir de los años ochenta, el incremento del rigor metodológico y el progresivo refinamiento de los diseños experimentales proporcionaron una delimitación mucho más ajustada de los posibles déficits neuropsicológicos que pueden derivarse de su consumo.

La investigación de los correlatos neuropsicológicos del consumo de cannabis se ha articulado tradicionalmente en torno a dos tipos de estudios:

- Primero; Aquellos en los que dosis controladas de cannabis son administradas a voluntarios con una historia leve de consumo previo.
- Segundo; A estudios naturalistas que analizan el funcionamiento neuropsicológico de consumidores crónicos.

Muchos de estos estudios fueron inicialmente llevados a cabo en poblaciones de países en los que el consumo de cannabis estaba ampliamente extendido (India, Egipto y Costa Rica), para después generalizarse a la población de países desarrollados. Cualquier estudio orientado a detectar posibles déficits neuropsicológicos que pueden derivarse del consumo de cannabis debe discriminar entre:

- A. Aquellos déficits debidos a los residuos psicoactivos de la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) durante las horas o días que siguen a la intoxicación aguda.
- B. Aquellos déficits debidos a un efecto tóxico duradero del cannabis sobre el SNC que persiste incluso una vez que la droga ha abandonado el organismo.

Parece claro, por tanto, que los estudios de dosis controlada serán más apropiados y efectivos cuando tratamos de registrar déficits agudos provocados por los efectos de la intoxicación, mientras que los estudios naturalistas nos proporcionarán información acerca de efectos a largo plazo o alteraciones duraderas del SNC. (Carbajal, 2004).

En un estudio llevado a cabo en Costa Rica con sujetos que habían consumido durante más de 25 años y con un intervalo de abstinencia no supervisado de entre 12 y 24 horas, mostraron un rendimiento significativamente deteriorado en tareas de atención, procesamiento de información y memoria, además de un funcionamiento social más pobre en comparación con un grupo control igualado en las principales características socio-demográficas. Esta misma muestra fue objeto de un largo estudio prospectivo incluyendo distintas cohortes de consumidores jóvenes y adultos, en el que se detectaron déficits memorísticos en tareas de recuerdo libre y aprendizaje de listas de palabras, así como en tareas de atención selectiva y dividida. (MacKinnon,/Michels, 2008).

Previamente, se habían identificado deterioros en el rendimiento de los consumidores en el Test de Retención Visual de Benton y en las Historias del WAIS, primero con dos días y después con seis semanas de abstinencia. Igualmente se habían identificado daños leves aunque significativos en

recuperación memorística, expresión verbal y razonamiento matemático en consumidores crónico de cannabis después de 24 horas de abstinencia y se habían identificado sutiles deterioros en el procesamiento atencional asociados a una latencia incrementada del potencial P300, consistente en que los consumidores presentaban problemas en la selección eficiente de información de los estímulos relevantes y en la filtración de material irrelevante. Más recientemente, informaron de la relación entre déficits en el procesamiento atencional y consumo temprano (anterior a los 16 años) de cannabis. (Goldman, 2010).

Estudios experimentales con dosis controladas de cannabis administradas a voluntarios sanos corroboran los deterioros en recuerdo libre y otras funciones memorísticas, atribuido a los efectos de la droga sobre los receptores cannabinoides en el hipocampo (Chait y Pierri, 1992; Heishman, Arasteh y Stitzer, 1996) y a su efecto mediador sobre la memoria a corto plazo, así como sobre funciones atencionales y de coordinación viso-motora. Un estudio de Yuille (1998) en el marco de una investigación acerca de la fiabilidad de la memoria de testigos consumidores incide de nuevo en el deterioro de la Memoria a Corto Plazo, no durante el almacenamiento, sino durante la recuperación. En resumen, podemos constatar la existencia de un efecto agudo del cannabis sobre diversas funciones neuropsicológicas, sobre todo: atención, recuperación memorística y coordinación viso-motora, entre las 12 y las 24 horas siguientes al consumo, pero hemos de ser mucho más prudentes a la hora de asegurar la existencia de deterioros duraderos en el funcionamiento del SNC debidos a los efectos residuales del THC, ya que estos deterioros suelen ser sutiles, se producen como consecuencia de un consumo crónico y severo y estarían focalizados en atención selectiva y dividida y memoria a corto plazo. (Impacto de los deterioros neuropsicológicos

asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes, (Verdejo / López-Torrecillas / Orozco; 2007; p.p. 256-284).

4.2. CANNABIS O MARIHUANA

La Cannabis o marihuana es actualmente la droga ilegal más consumida en nuestro país; México. Los criterios de dependencia están definidos por los principales manuales diagnósticos (DSM-IV y CIE-10) y aunque no ocurre así con el síndrome de abstinencia, éste presenta ciertos síntomas significativos que la investigación comienza a concretar. Si bien no todos los consumidores de esta droga presentan problemas de salud mental, las revisiones de los últimos años apuntan a un mayor riesgo de diversos trastornos mentales entre los usuarios de cannabis. Riesgos que están asociados a la menor edad de inicio del consumo, la mayor frecuencia del mismo o a ciertas predisposiciones personales. La investigación no sólo ha develado alteraciones que van del espectro psicótico al afectivo, sino también *deterioros cognitivos* o su relación con la conducta antisocial, el consumo de otras drogas ilegales o con otros riesgos para la salud.

Las estadísticas actuales demuestran que cerca del 40% de los adolescentes en nuestro país inician su consumo antes de graduarse de la preparatoria. De hecho los consumidores de marihuana pueden cursar con los mismos problemas respiratorios causados por el consumo de tabaco, tales como bronquitis crónica e inflamación de los senos nasales, así mismo impacta la memoria a corto plazo, la percepción, el juicio y las funciones motoras entre otros daños.

La drogadicción es una enfermedad que tiene su origen en el cerebro de un gran número de seres humanos, la enfermedad se caracteriza por su cronicidad o larga duración, su progresión y las recaídas. Es el uso indebido de cualquier tipo de drogas con otros fines y no los iniciales que se han prescrito, cuando existe la prescripción. Es una dependencia psíquica, cuyo individuo siente una imperiosa necesidad de auto administrarse la droga o, en caso contrario, un desplome emocional cuando no la ingiere y una dependencia física producida por los terribles síntomas de abstinencia al no ingerirla. La drogadicción causa problemas físicos, psicológicos, sociales y materiales.

Se denomina drogadicción al estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga. Caracterizado por modificaciones del comportamiento, y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible al tomar la droga en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Al hablar de dependencia de una droga se refiere al uso compulsivo de esta, pero hay que diferenciar la dependencia física y psíquica. En la primera se presenta el Síndrome de Abstinencia al dejar de consumir y en la segunda dicho síndrome no se presenta. Se debe entender que el adicto seguirá siendo un adicto mientras viva, es decir, que el individuo se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y, de allí en adelante, éste será un adicto en remisión, no estará usando la droga, pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia.

4.3. ¿CÓMO PRODUCE SUS EFECTOS LA MARIHUANA?

La principal sustancia activa en la marihuana es el “*Delta-9-Tetrahydrocannabinol*” (THC), que causa muchos de los efectos de esta droga. Cuando se fuma la marihuana, sus efectos comienzan casi de inmediato. El THC pasa rápidamente de los pulmones hacia el torrente sanguíneo, donde es transportado al resto del cuerpo, incluyendo al cerebro. Cuando es fumada, los efectos de la marihuana duran de una a tres horas, dependiendo de la concentración de THC en la planta. Ya que estas pueden variar, de acuerdo a su origen o tratamiento. Si es ingerida la marihuana en un alimento (pastelitos, galletas, etc.) o bebida como té, el inicio de sus efectos son más lentos, generalmente comenzando entre media hora y una hora después, pero pueden durar hasta cuatro horas. Cuando se fuma la marihuana, se deposita mucho más THC en el torrente sanguíneo que al comerla o beberla.

Los científicos han aprendido mucho sobre cómo el THC actúa en el cerebro. El THC se adhiere a lugares específicos en las superficies de las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides. Se pueden encontrar muchos *receptores de cannabinoides* en las partes del cerebro de alta densidad que ejercen influencia sobre el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación y la percepción sensorial y del tiempo. Los receptores de cannabinoides son parte de una vasta red de comunicación conocida como el sistema endocannabinoide, que juega un papel crítico en el desarrollo y la función normal del cerebro. De hecho, los efectos del THC son similares a aquellos producidos por sustancias químicas que ocurren naturalmente en el cerebro y en el resto del cuerpo llamadas *cannabinoides endógenos o endocannabinoides*. Estas sustancias químicas

ayudan a controlar muchas de las mismas funciones mentales y físicas que el consumo de la marihuana puede perturbar. (Mendelson / Mello, 2006).

Cuando se fuma la marihuana, el THC estimula artificialmente a los receptores de cannabinoides, alterando la función de los cannabinoides naturales o endocannabinoides. La sobre estimulación de estos receptores en áreas clave del cerebro produce el "*high*" o estímulo asociado con la marihuana así como otros efectos sobre los procesos mentales. Con el tiempo, esta sobre estimulación puede alterar la función de los receptores de cannabinoides lo que, conjuntamente con otros cambios en el cerebro, puede llevar a la adicción y a los síntomas del síndrome de abstinencia si se deja de usar la droga.

Según se ha detectado en las muestras que han sido confiscadas en los últimos treinta y tantos años (Proyecto de Vigilancia de la Potencia, Universidad de Misisipi), el contenido de THC, es decir, la potencia de la marihuana, ha aumentado continuamente. Este aumento en la potencia es preocupante ya que sugiere que ahora las consecuencias del consumo de marihuana podrían ser peores que antes, especialmente en los usuarios nuevos o en las personas jóvenes cuyos cerebros aún están en proceso de desarrollo. Sin embargo, aún no sabemos si los usuarios del cannabis compensan por el aumento en la potencia consumiendo menos o fumándola de manera diferente. Tampoco conocemos todas las consecuencias que pueden sufrir el cerebro y el resto del cuerpo al ser expuestos a concentraciones más altas de THC. (Papalia / Wendkos / Duskin, 2002).

El hipocampo está estrechamente ligado a la formación de recuerdos y tiene una alta concentración de receptores cannabinoides. No es de sorprender

pues, que el principal efecto negativo que ejerce la marihuana sobre la actividad mental sea la inhibición de nuevos recuerdos. De acuerdo a experimentos previos realizados en laboratorio con ratas, se argumenta que los déficits de memoria asociados al consumo habitual de marihuana se deben a que el THC suprime la actividad de las células del hipocampo e impiden la adquisición de nuevos recuerdos. Estudios recientes con animales han mostrado que varios de los efectos del THC son muy diferentes en adolescentes y en adultos. Con respecto al aprendizaje y la memoria, el THC interrumpe la capacidad de aprendizaje en animales adolescentes mayor que en animales adultos. (Goldman, 2010).

El Cannabis Sativa es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, con una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís. Su componente más relevante es el delta-9-THC, conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana puede llegar a contener 1.50 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume de 10 a 20 días. La dependencia se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de este último. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: la "marihuana" es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como hierba, mariguana, mota, mafú, pasto,

maría, monte, moy, café, chocolate, churro, etc.), su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

El nombre hachís (también conocido como hashis) deriva de los terribles asesinos (hashiscins) árabes, que combatieran en las cruzadas en los años 1090 y 1256. El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor. Durante los años sesenta comienza el consumo casi masivo de la marihuana así como de otras alucinógenas como el peyote, el LSD, etc.

A pesar de ser una sustancia ilegal, su consumo sigue en aumento. La marihuana común contiene un promedio de 3% de THC, pudiendo alcanzar el 5,5 %. La resina tiene desde 7,5 % llegando hasta 24%. El hachís (resina gomosa de las flores de las plantas hembras) tiene un promedio de 3.6%, pero puede tener 28%. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16% de THC, pero puede llegar a tener 43%.

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria. Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y hace difícil que pueda aprender mientras se encuentra bajo la influencia de la droga.

EFFECTOS:

El cannabis se considera una droga depresora del SNC y alucinógena, aunque existen consumidores que han manifestado un agradable estímulo por su consumo. Los efectos dependerán de numerosas variables: estado de ánimo, forma de consumo, ya sea en grupo o individualmente, expectativas, vía de administración, frecuencia de consumo, dosis utilizadas, mezclas... pero se pueden esquematizar en:

Físicos: Aceleración del ritmo cardíaco (taquicardia) y de la presión arterial, apetito desmedido (sobre todo de dulces), adormecimiento, sequedad de boca y sed, pérdida de la fuerza muscular y de coordinación motora, enrojecimiento de los ojos. También puede dar lugar a bronquitis, tos crónica, aumento de resfriados...si se consume junto con tabaco las complicaciones físicas suelen ir asociadas a esta combinación.

Psíquicos: A dosis elevadas o en nuevos consumidores, puede aparecer psicosis tóxica aguda, con síntomas de pánico, depresión, paranoias. También es frecuente el síndrome amotivacional, es decir: apatía, pérdida de eficacia y concentración en el trabajo o estudios. Las dificultades para concentrarse y mantener la atención afectan de manera significativa el rendimiento laboral o escolar, sobre todo cuando el consumo es inmediatamente anterior a la realización de estas tareas. De igual forma influye en la ejecución de otras tareas como son la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria. El riesgo de accidentes se incrementa notoriamente. (Ibañez, Mariscal y Fernández, 2003)

La sintomatología de los psicodislépticos o alucinógenos son considerados como un verdadero cuadro psicótico. Existen alteraciones en la percepción, hay alucinaciones, trastornos en el pensamiento, el sentido del tiempo y del espacio se altera, disminuye notablemente su capacidad para discernir y evaluar sus experiencias, así como su sentido de realidad. Se observan síntomas físicos como: dilatación de las pupilas, en algunos casos elevación de la temperatura, temblores, convulsiones. Produce efectos en las funciones mentales a causa de acción distorsionadora sobre los mediadores químicos en los sistemas de transmisión de las células cerebrales. Los efectos más dramáticos son las alucinaciones visuales también ocurren alucinaciones auditivas y táctiles y distorsiones de la percepción e imagen corporal.

El individuo se halla constantemente preocupado por sus propios pensamientos y percepciones, el estado afectivo puede ser de éxtasis pero puede alternar con sentimientos de duda y de ansiedad o de depresión, es común un sentimiento de extrañeza o de despersonalización.

Puede desarrollarse una acción psicótica después de la experiencia provocada por el consumo de la droga, otras secuelas lo constituyen las reacciones depresivas.

Los efectos psicológicos de la marihuana, incluyen distorsión de la audición y la visión, así como una notoria alteración de la percepción del tiempo y el espacio. El pensamiento se vuelve confuso y semejante a una ideación onírica, también es frecuente que el sujeto crea que piensa mejor bajo los efectos de la marihuana que en estado normal. Puede presentar accesos incontrolables de risa o de llanto. Con el uso prolongado de la marihuana, el individuo pierde sus motivaciones para la vida de relación, tiene trastornos de

memoria, descuido en el aseo personal y decae su rendimiento escolar o laboral, según sea el caso. La motivación proviene más frecuentemente de un deseo de autocognición psicológica personal o de aceptación en el grupo. El empleo de combinación con otras drogas de diferente clase constituye un fenómeno frecuente.

Los efectos subjetivos de la marihuana parecen ser exclusivamente dependientes de la personalidad del individuo y de las circunstancias específicas en que se encuentre. La reacción subjetiva más comúnmente relatada es un estado de alteraciones mentales en que las ideas se desorganizan y fluyen libremente. Se pierde la inhibición y la noción del tiempo, la percepción espacial puede ampliarse y frecuentemente se experimentan vívidas alucinaciones ópticas. No obstante todo esto puede estar más relacionado con la personalidad del individuo y de las circunstancias específicas del momento, que con el verdadero efecto de la droga. (Marchiori, 2014)

4.4. ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE LA MARIHUANA Y LA ENFERMEDAD MENTAL?

Las investigaciones en la última década se han centrado en si el uso de la marihuana realmente causa otras enfermedades mentales. La evidencia más fuerte hasta la fecha sugiere que sí existe un vínculo entre el consumo de cannabis y la psicosis. Por ejemplo, una serie de estudios prospectivos grandes que siguió a un grupo de personas por un tiempo mostró una relación entre el uso de la marihuana y el desarrollo posterior de psicosis. El consumo de la marihuana también empeora el curso de la enfermedad en aquellos pacientes con esquizofrenia y puede producir una reacción psicótica breve en algunos usuarios, la que se desvanece al ir menguando los efectos de la

droga. La cantidad de la droga que se consumió, la edad del primer uso y la susceptibilidad genética del usuario pueden influir en esta relación. (Millon, 2005; p.p. 289-315).

Un ejemplo en un estudio que encuentra un riesgo mayor de psicosis entre los adultos que habían consumido marihuana en la adolescencia y que *también* tenían una variante específica del gen de la Catecol-O-Metiltransferasa (COMT), una enzima que degrada los neurotransmisores como la dopamina y la norepinefrina. (Ibid).

Además de los vínculos observados entre el uso de la marihuana y la esquizofrenia, se han reportado otras asociaciones menos consistentes entre el uso de la marihuana y la depresión, la ansiedad, los pensamientos suicidas por adolescentes y los trastornos de la personalidad. Uno de los vínculos más citados, aunque aún controversial, es la falta de motivación, conocida como síndrome amotivacional, que se define como una disminución o ausencia de motivación para participar en actividades típicamente gratificantes. Debido al papel que desempeña el sistema endocannabinoide en la regulación del estado de ánimo, estas asociaciones tienen cierto sentido lógico; sin embargo, se necesitan más investigaciones para confirmar y comprender mejor estas relaciones.

4.4.1. Deterioro Cognitivo

Deterioro: Se deriva del verbo deteriorar y significa “empeorar o degenerar” ya sea por desgaste o uso continuo. Se deriva del latín “*deteriorare*” a partir del verbo latino en grado comparativo “*deteriorar*” (peor o mas degenerado).

Cognitivo: Es aquello que está relacionado con el conocimiento. Es el cúmulo de referencias que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o de la experiencia.

Entendiendo como deterioro cognitivo una declinación del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto), aprender y para recordar (memoria). Algunos investigadores (Gómez 2003) lo definen como un síndrome: conjunto que consiste en la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social. (Jaspers, 2009).

La mente comienza a deteriorarse (deterioro cognitivo leve) y el proceso culmina en los estados convencionalmente definidos como demencia. Este deterioro se puede detectar observando los siguientes síntomas: Deterioro de la memoria (a corto plazo), la persona no puede aprender nueva información, (a largo plazo), no recuerda información personal; fecha de nacimiento, se extravía en lugares familiares, deterioro del pensamiento abstracto (tiene dificultad para entender las preguntas que alguien le hace), pérdida de las funciones intelectuales que determinan la desadaptación social o laboral (dificultad para mantener una conversación, olvidar con frecuencia apagar los aparatos electrónicos, dificultad para realizar y concluir tareas o actividades como lavar ropa, cocinar), alteración del juicio (dificultad para planear y organizar lo que se va a hacer con una secuencia lógica), en la gran mayoría

de las personas que presenta algún tipo de deterioro llámese leve, moderado o grave los dominios que se ven involucrados son la memoria verbal, atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, capacidad de abstracción, velocidad de procesamiento, velocidad psicomotriz y fluencia verbal, que afectan la calidad de vida de estas personas, ya que son importantes para una buena adaptación, y una funcionalidad laboral social y familiar tomando en cuenta que dicho deterioro va en aumento en función de la pasividad habida.

4.5. FUNCIONES COGNITIVAS:

Las funciones cognitivas son un sistema funcional que sostienen los aspectos conductuales del ser humano. Estas funciones se pueden parecer a las de una computadora, en el sentido que existe:

- La entrada de información.
- El almacenaje.
- El procesamiento
- La expresión de la misma en la pantalla.

Igual que en la computadora, en el ser humano se han descrito cuatro clases de funciones cognitivas:

- Funciones receptoras
- Funciones ejecutivas
- Memoria
- Razonamiento

4.5.1 Funciones Cognitivas:

Involucran las habilidades para seleccionar, adquirir, clasificar, integrar la información. La estimulación sensorial provee de información a los sistemas centrales de procesamiento de información, por ejemplo, la sensación ocurre mediante la percepción, la cual tiene que ver con la integración de las impresiones sensoriales de la memoria.

Las sensaciones que provienen de los órganos sensoriales como, por ejemplo, los impulsos transmitidos de la retina se comparan con una matriz de formas e intensidades. Los componentes de la sensación pueden ser modalidades sensoriales; cada unidad sensorial cuenta con un órgano receptor particular. Los sentidos clásicos: oído, visión gusto y olfato.

4.5.2 Funciones ejecutivas:

Las funciones ejecutivas incluyen aspectos como la capacidad de filtrar la interferencia, el control de las conductas dirigidas a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de la conducta y la flexibilidad mental, éste término, acuñado por Lezak (1995) hace referencia a las capacidades implicadas. De acuerdo con esta autora, estas funciones se pueden agrupar en torno a una serie de componentes, que comprenden las capacidades necesarias para formular metas, las cuales se relacionan con la motivación, la conciencia de sí mismo y con el modo en que la persona percibe su relación con el entorno. Otro, que implica las facultades empleadas en la planificación de las estrategias para lograr los objetivos. Aquí se incluye la capacidad para adoptar un pensamiento abstracto y alternativo, valorar las diferentes posibilidades, elegir una de ellas y desarrollar un marco conceptual que permita dirigir la actividad. (Grinder, 2004).

Las habilidades comprendidas en la ejecución de esos planes requieren a su vez de la habilidad para iniciar, proseguir, detener secuencias complejas de

conducta de un modo ordenado e integrado. Para llevar a cabo de modo eficaz las habilidades anteriores es necesaria la capacidad para controlar, autocorregir, regular el tiempo, regular la intensidad. El término funciones ejecutivas hace referencia en forma genérica al control de la cognición y a la regulación de la conducta y de los pensamientos mediante diferentes procesos cognitivos que interactúan entre sí.

4.6 La Atención:

Para algunos autores es una variable de la actividad “mental” (Lezac, 1995), para otros es un proceso cognitivo dinámico (Van Zomeren y Bouwer, 1994), otros más la consideran como una función (Muñoz y Tirapu, 2001). En lo que todos están de acuerdo es que contribuye a determinar la eficiencia del funcionamiento cognitivo e intelectual. (Luria, 2005).

La atención está íntimamente relacionada con las funciones y las operaciones cognitivas, pero no tiene un producto conductual final único. Es una función cerebral cuya finalidad es la selección de, entre una multitud de estímulos sensoriales que llegan al cerebro, aquellos que son pertinentes para llevar a cabo una actividad motora o un proceso mental. Es la capacidad global y necesaria para soportar el procesamiento cognitivo. La capacidad de atención está limitada, debe ser priorizada y debe ser relevante basada en una meta.

Existen diferentes niveles de atención que nos llevan a cumplir con las metas, tales como son:

- **4.6.1 Atención focalizada:**

Es el primer nivel de la atención. Es la capacidad para dar respuesta de forma diferencial a estímulos visuales, auditivos, táctiles, etcétera.

- **4.6.2 Atención sostenida:**

Algunos autores la llaman vigilancia y consiste en mantener la atención durante un periodo dado para permitirnos procesar la información que captan nuestros sentidos. La atención sostenida es muy vulnerable a la ansiedad y a factores que provocan deterioro cognitivo. Cuando se prolonga por demasiado tiempo es muy desgastante.

- **4.6.3 Atención selectiva:**

Consiste en discriminar la información relevante y prestar atención sólo a ella, desechando la información irrelevante.

- **4.6.4 Atención alternante:**

Este tipo de atención permite cambiar el foco atencional a otras tareas.

- **4.6.5 Atención dividida:**

Es la división de la atención en dos o más fuentes de información. Es atender a dos tareas o a múltiples elementos u operaciones de una misma tarea. Por ejemplo estudiar y ver la televisión. Este tipo de atención es muy sensible a cualquier distractor o condición que pueda reducir la atención. (Ey, / Bernard, / Brisset, 2009).

La capacidad de atención es limitada para contender con toda la información a que estamos sometidos en el procesamiento de la información podemos diferenciar dos modalidades cualitativamente diferentes de procesamiento de la información la automática y la esforzada. Con la práctica y la experiencia se deteriora la atención, entonces la tarea se vuelve automática, requiriendo menor demanda de procesamiento de la información.

4.7 LA MEMORIA

Es una de las funciones centrales de la actividad intelectual. Hablar de memoria es hacer referencia a las funciones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información. Puede definirse como: el proceso mental que permite al individuo almacenar sus experiencias a lo largo del tiempo y recuperar la información cuando lo necesita, poco se avanzó en un principio, porque se había conceptualizado a la memoria como una función única.

La memoria no constituye una función unitaria, sino un proceso muy complejo con una serie de sistemas neuronales interconectados, cada uno con características y funciones diferentes.

La memoria está formada por un conjunto de subsistemas o procesos relacionados entre sí, organizados en distintas regiones del sistema nervioso. Resulta útil considerar la diversidad de competencias mnésicas en función de dos ejes: uno que permite describir a la memoria en el tiempo y otro que describe los dominios sobre los que la memoria opera.

➤ 4.7.1. Clasificación de la memoria según Tulving:

Recientemente se propuso un modelo tentativo de clasificación. En este modelo la memoria se subdivide inicialmente en dos tipos:

- Memoria declarativa, incluye la memoria de hechos y eventos.
- Memoria no declarativa que se subdivide en cuatro subsistemas que son Habilidades y hábitos, *Priming* que es el fenómeno por el cual la ejecución es facilitada o entorpecida por la información a la que se tuvo acceso recientemente, aprendizajes asociativos básicos, que a su vez

se subdividen en la memoria de respuestas emocionales y las somáticas incluyendo las musculares y aprendizajes no asociativos.

Aquellos fármacos que producen alteraciones sobre la memoria, como el alcohol o la marihuana, deben su efecto, en parte, a acciones sobre el sistema límbico (Tulving, (1985). Citado en Brailovski, 2003; p. 356).

El sistema límbico es un sistema funcional compuesto por diferentes núcleos distribuidos en varias partes del cerebro, el cual es responsable de la mayoría de los impulsos básicos, de las emociones y los movimientos asociados que son importantes para la sobrevivencia del ser humano y de los animales: miedo, furia, sensaciones ligadas al sexo, al placer, al dolor y a la angustia. Los principales componentes del sistema límbico incluyen estructuras corticales (amígdala, hipocampo, cíngulo), el hipotálamo, algunos núcleos talámicos, los cuerpos mamilares y el septo pelúcido, entre otros. (Tulving, (1985). Citado en Brailovski, 2003; p. 356).

4.8 EL APRENDIZAJE:

El aprendizaje y la memoria son dos procesos íntimamente ligados. El aprendizaje se define como el cambio conductual que resulta de la experiencia. El aprendizaje se refiere al proceso o ensayos que tienen como consecuencia una modificación de la conducta. Se distinguen dos categorías básicas de aprendizaje, a saber:

- ✓ **Aprendizaje no asociativo:** Es el resultado de la experiencia con un solo tipo de eventos. Ejemplos de aprendizaje no asociativo son la habituación, que es la disminución en la respuesta a un estímulo que se repite, y la sensibilización, que es un aumento en la respuesta después de estímulos intensos o repetidos.
- ✓ **Aprendizaje asociativo:** Consiste en el desarrollo de una respuesta anteriormente neutral como resultado de una asociación temporal (Condicionamiento clásico e instrumental)
- ✓ **Aprendizaje por modelado:** La observación de una pauta de conducta es seguida por la ejecución de dicha conducta u otra similar, se le llama también aprendizaje por imitación cuando se hace énfasis en copiar ciertos aspectos del comportamiento y aprendizaje observado.
- ✓ **Aprendizaje social:** Es el que se desempeña por las relaciones sociales.

La plasticidad es la característica del sistema nervioso que hace posible el aprendizaje y la memoria, y se define como la capacidad de modificación de la organización funcional de los circuitos neuronales cuando se someten a periodos prolongados de actividad o reposo. (De la Fuente. 2002)

El término aprendizaje se refiere al proceso mediante el cual las experiencias modifican nuestro sistema nervioso y, por lo tanto, nuestra conducta. La función primordial de la capacidad de aprender es desarrollar conductas que se adapten a un entorno que cambia constantemente. La capacidad de aprender nos permite tener la capacidad para facilitar la obtención de nuestras necesidades. También nos permite evitar objetos o situaciones que nos pudieran perjudicar.

Sin embargo, el hecho de que el objetivo final del aprendizaje sea producir un cambio provechoso de la conducta no significa que el aprendizaje tenga lugar solo en las regiones cerebrales que controlan el movimiento. El aprendizaje puede presentar al menos cuatro formas básicas:

- **Aprendizaje Perceptivo:** Es la capacidad de aprender a reconocer estímulos que ya se han percibido con anterioridad. La función básica de este tipo de aprendizaje es aportar la capacidad de identificar y catalogar objetos y situaciones. El aprendizaje perceptivo nos permite adaptarnos a nuestro entorno y responder a los cambios que se dan en él. También puede implicar aprender a reconocer los estímulos absolutamente nuevos, o a reconocer cambios o variaciones en estímulos conocidos.
- **Aprendizaje Estimulo-Respuesta (E-R):** Consiste en la capacidad aprender a ejecutar una conducta determinada cuando se presenta un estímulo determinado. De modo que involucra el establecimiento de conexiones entre los circuitos (neuronales) que participan en la percepción y los que participan en el movimiento.
- **Aprendizaje Motor:** El aprendizaje motor se diferencia de otras formas de aprendizaje principalmente en el grado en que se aprenden nuevas

formas de conducta. Es en realidad una forma de aprendizaje estímulo-respuesta. Se puede considerar al aprendizaje perceptivo como el establecimiento de cambios en los sistemas sensoriales del encéfalo, al aprendizaje estímulo-respuesta como el establecimiento de conexiones entre sistemas sensoriales y sistemas motores, y al aprendizaje motor, como el establecimiento de cambios en los sistemas motores.

- **Aprendizaje relacional:** Es la capacidad de reconocer objetos mediante más de una modalidad sensorial, de reconocer la localización relativa de los objetos en el entorno y recordar la secuencia en que han ocurrido los acontecimientos durante episodios concretos.(Carlson, . 2006)

4.9 SITUACION ACTUAL

En nuestro país, la adicción a la marihuana es un problema que va en aumento cada día, involucrando a menores de edad y a más mujeres de las que uno puede imaginarse. Se dice que de 10 a 15 de cada 100 personas tiene problemas con su manera de beber o debido a su consumo de drogas ilegales o de prescripción médica obtenidas por algún método inadecuado. También se dice que de esos 10 a 15 de cada 100 personas, al menos 2 ó 3 son mujeres. No estamos hablando de todas las personas en general sino solamente de aquellos que están comprendidos en el rango de los 14 a los 60 años de edad, es decir las edades más productivas en la vida de cualquier persona.

➤ ¿Cómo principia la gente a tener este problema?

No necesariamente porque tenga complicados problemas emocionales crónicos que requieran de tratamiento Psiquiátrico. Aunque hay que reconocer que el hecho de que una persona tenga serias dificultades afectivas o de adaptación, esto mismo puede facilitar el inicio en el consumo pero no necesariamente se la causa principal de la enfermedad. Las razones por las que la mayoría se inicia en el consumo son más sencillas de entender. A continuación se revisan algunas de ellas.

Primera: La Curiosidad: Quizás se trata de la razón más frecuente, la curiosidad, esto es, el querer saber qué es lo que se siente al consumirlas ya que hay tanta información errónea o distorsionada sobre el alcohol y sobre las drogas y también existe tanta desinformación que algunas personas, especialmente adolescentes (hombres y mujeres) desean saber qué les puede

pasar si las pruebas y aceptan hacerlo desconociendo tanto los efectos inmediatos como las consecuencias a corto o mediano plazos (las consecuencias a largo plazo son pocas y fáciles de entender: Daños irreversibles en la salud, locura y/o la muerte).

Segunda Razón: La Presión de los "Pares". (Conocidos o amigos del barrio). En ocasiones es muy importante sentirse aceptado en un grupo de amigos de la escuela o del barrio y por desgracia en algunas de esas camarillas o pandillas se ha puesto de moda el consumir bebidas alcohólicas sin control alguno o también el ingerir alguna droga ilegal o algún medicamento de los que requieren receta médica especial pero que se consiguen de otras maneras. Para pertenecer a estos grupos o para permanecer en ellos hay que hacer lo que los demás hacen y algunas personas tienen gran necesidad de pertenencia por lo que aceptan lo que les pidan aún y cuando saben que se están arriesgando a sufrir algunas consecuencias negativas. A esta presión de los pares es difícil contrarrestarla con regaños o "sermones" o señalando las terribles consecuencias del consumo de drogas. Existen otras maneras más efectivas.

Tercera Razón: La Necesidad de Imitar a Otros. Cuando una persona quiere conseguir su propio y personal estilo de ser y de actuar, primero trata de imitar a sus semejantes que admira o que le agrada cómo se comportan y después adquiere para sí mismo algo de esos estilos de ser, convirtiéndolos en parte de su personalidad. Muchas personas se inician en el abuso del alcohol o de drogas por imitación, porque han visto que otros lo hacen y, aparentemente, no les ha pasado nada malo, al contrario, parece ser que son exitosos y esto último invita a seguir su ejemplo. Este fenómeno, el de la necesidad de imitar a alguien especial, es algo natural que se presenta en algunas etapas de la vida, sobre todo durante la pubertad y la adolescencia. El

problema reside en el hecho de querer imitar a alguien que consume alcohol o droga.

Hay que señalar que la mayoría de los adictos al alcohol o a las drogas se inició consumiendo bebidas con contenido alcohólico durante su pubertad o adolescencia y bajo la "autorización" o invitación de alguien de mayor edad (familiar o amigo de la familia) al que le pareció que ya era oportuno que la persona inexperta aprendiera a sentir lo que sucede cuando se consume alcohol. A nuestras sociedades altamente tecnificadas y "civilizadas" les parece normal el hecho de que un adolescente demuestre que ya es hombre consumiendo fuertes cantidades de bebidas alcohólicas.

Cuarta Razón: Alivio De Dolencias: Por el efecto obtenido (alivio o disminución del dolor físico o emocional, evitar el cansancio, el hambre o las tensiones) prescrito por algún médico durante un tiempo limitado y que la persona usuaria en cuestión decide continuar con el uso bajo su propio riesgo. En muchas ocasiones estos medicamentos se obtienen en el "mercado negro" o también utilizando falsos recetarios.

Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución". El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar

conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos.

La adicción a drogas que puede manifestarse de múltiples maneras y que cambia de un sujeto a otro, implica no obstante estas variantes, una actitud autodestructiva, un negar la realidad y su mundo interno y también una búsqueda de la salida a sus intensos conflictos internos.

Como el deterioro mental y social es progresivo y muchas veces está relacionado a la experiencia de otras drogas más potentes el individuo va perdiendo también progresivamente la capacidad de diferenciar sus procesos internos y la realidad. Predomina en todas sus conductas una marcada autodestrucción.

RECOMENDACIONES

La familia es el primer lugar en donde es necesaria la prevención de este tipo de adicciones. Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan que exista algún problema, bloqueando sus propios sentimientos (de igual modo que el adicto a la droga). Otro de los miembros de la familia tratan de encubrir los errores cometidos por el adicto a la droga. El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al adicto o le ayuda en la obtención de la droga. Uno de los cónyuges quizás trate de ocultar a los hijos la adicción a la droga de su pareja. Hay que tener en cuenta que la familia es la base de la sociedad y es la principal fuente de influencia que tienen los hijos, ya que desde su nacimiento el niño recibe en ella, satisfacción a sus necesidades primarias de alimentación, seguridad, cariño, etc.

Es la primera fuente de estímulo para su desarrollo como persona, como ser social. Es a través de ella, que en el niño toma contacto con la sociedad: Es por eso que la familia debe permitir el desarrollo del niño como persona, que se valora, que es capaz de tomar decisiones, de aceptar o rechazar, las influencias de los demás, de protegerse. Una buena calidad en las relaciones familiares, permite que la familia tenga mayor importancia en la relación a otras influencias, por ejemplo, las amigas, la escuela y otras personas.

En las relaciones de padres e hijos, es importante que los padres impongan normas, ya que los hijos no son simples copias de ellos (padres) o de quienes tomen como modelos; Por esto los hijos necesitan que les impongan normas, definiendo que conductas son adecuadas y cuales no lo son, lo que es justo e injusto. Además es importante que esas normas sean claras, es decir que pongan límites respecto a lo que está permitido y lo que no, por ejemplo, el respeto a ciertos horarios (fiestas, diversión, estudios, etc.). Pero así también

es importante que los padres señalen las razones para que los hijos entiendan el porqué de esas normas y la necesidad de respetarlas, así mismo los hijos deben entender que las normas familiares y su aplicación son una expresión de atención y cuidado por ellos, en definitiva, son una expresión de afecto.

Las normas que establece la familia y su refuerzo expresado en premios y castigos, es parte del control que los padres deben tener sobre la conducta de los hijos. Este control debe ser entendido en relación con una autoridad legítima de los padres es decir, basado en la cercanía una identificación de padres con hijos. Hablamos de un control efectivo basado en el respeto a los hijos y no en la fuerza, ni el miedo o el castigo indiscriminado, esto no implica una restricción innecesaria de la libertad de los hijos; al contrario, la autoridad de los padres actúa principalmente a través del estímulo y el reconocimiento a las conductas positivas, en una valoración de su persona y sus capacidades.

Las normas, las conductas que ellas establecen y los valores que representan, deben ser reforzados por medio del estímulo o premios a conductas apropiadas y un castigo a conductas inadecuadas (el rendimiento escolar, los hábitos, las responsabilidades y deberes, etc.). De esta forma este sistema de disciplina basado en el respeto y potenciar y reforzar todo lo positivo, llega a transformarse en pautas de comportamiento que el niño o joven "internaliza" como propias, se transforma en hábitos de conducta, con lo cual a lo largo, no es necesario la aplicación de premios y castigos, cuando los estímulos son a través de caricias y gestos de aprobación, esto va estimular el logro de metas e ideas y por ende esto disminuirá el riesgo de consumo de drogas.

Los premios a las conductas positivas y los castigos a las conductas negativas, deben ser aplicadas en forma clara, regular y consistente, es decir, tratar de evitar las contradicciones, no actuar de forma diferente en un

momento y en otro no; cuando se trata de una conducta inadecuada, ejemplo, de castigar en forma severa y luego ser indiferente, así también el refuerzo y castigo y refuerzo de las conductas no dependerá del estado de ánimo de los padres. Las conductas negativas deben ser reprobadas, sobre todo si es consciente y voluntaria, reprobado una conducta no significa rechazar al niño o al joven, ridiculizarlo, descalificándolo. No siempre debe aplicarse el castigo frente a una falta; especialmente si está ha sido involuntaria, más bien se debe mantener una conversación en un ambiente acogedor y de confianza.

Es importante dirigir temas relacionados con las drogas y el alcohol y expresarlas en forma clara a los hijos, expresándoles también la posición que los padres tienen frente al tema, los padres no deben asumir que los hijos saben cuál es su posición. Además, en el caso que los padres escuchen algo que no les guste (quizás que un amigo fuma marihuana que su hijo le confiesa que bebió cerveza en una fiesta, etc.), es importante que no reaccionen de una manera que le impida la conversación a futuro y así los padres deben predicar con su conducta, es decir, los padres con un modelo de rol (de lo que quiera que sea su hijo), éste es el mensaje antidrogas más fuerte que puede haber.

Los miembros de la familia que niegan que exista un problema o permiten que el adicto continúe con el uso de la droga se consideran codependientes. La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de la droga.

El ámbito educativo es la segunda instancia donde se puede realizar labores preventivas. La prevención del consumo de drogas, es un proceso educativo Integral dirigido a enfrentar un problema ha existido siempre y seguirá existiendo siempre como es el abuso de las drogas y el alcohol. Además apoya el desarrollo personal y social, también busca modificar el ambiente social para enfrentar eficazmente el consumo de drogas. El propósito de toda acción educativa de prevención, es sensibilizar a los alumnos acerca de los riesgos del consumo, enfrentar la presión social y acrecentar la responsabilidad respecto al problema. Diseñar e incluir en cada programa, temas relacionados con las adicciones, sus causas y consecuencias, información sobre sus efectos y el daño que ocasiona a la persona. Actividades donde el deporte, el estudio, la salud e higiene sean factores que eviten el consumo de drogas sobretodo en los alumnos pequeños.

Otra instancia preventiva es la social. Al momento de hacer prevención no sólo depende de los organismos de control (policías, jueces, abogados, psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales, médicos, maestros, etc.). Sino que es fundamental que se involucre el estado, la comunidad, la escuela y especialmente la familia, ya que es un problema que afecta a todos. La familia es sin duda el modelo que los hijos tienen al momento de decidir a usar o no las drogas. Es por eso tan importante, lo que ya había mencionado acerca del cariño, la atención, la comunicación, la estimulación, él involucrarse con ellos, el demostrar afecto a los hijos; hará que ellos en el momento de decidir, consideren lo que piensan sus padres.

CONCLUSIONES

La familia debe ser entendida no sólo en un sentido tradicional, es decir padres casados y sus hijos, ya que nuestra sociedad adopta distintas formas, entre otras, núcleos incompletos (uno de los padres y sus hijos), extendida (más otros familiares), los hijos también pueden estar a cargo de otras personas, incluso no familiares. Lo importante es saber quiénes cumplen ese rol.

Vivimos en una cultura de la droga, desde la mañana cuando tomamos cafeína o refresco de cola, en el desayuno, hasta la noche, en que podemos relajarnos al volver a la casa, con un aperitivo alcohólico, o un inductor del sueño con un somnífero, recetado por el médico, estamos utilizando diferentes sustancias, que afectan sobre el Sistema Nervioso Central, para enfrentar estas peripecias de la cotidianeidad. Muchos además nos activamos a medida que transcurre el día, aspirando nicotina.

Aun cuando las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, hoy son más las personas que consumen drogas, hay más cantidad y hay más facilidades para conseguirlas. Para ellos el medio es el entorno en donde se trata de detectar la población vulnerable ante este agente peligroso, señalándose entonces los factores de riesgo. Estos factores de riesgo son determinados grupos económicos, demográficos, sociales etc. Existe el peligro del contagio y se considera a la adicción como una enfermedad (la droga con su acción enferma a la persona). Se toma el criterio de nocividad.

Al analizar los factores individuales, son importantes los factores neurofisiológicos de la adicción, en un modelo que se centra en la búsqueda de un estado placentero y en el hecho de que la droga es un camino para

inducir ese estado. Dentro de los factores psicodinámicos, el abuso es visto como una secuencia de soluciones parciales y un trato consigo mismo que lleva al ciclo compulsivo. Cada droga provoca tonos afectivos específicos y produce efectos con relación a configuraciones yoicas defectuosas que se ven consolidadas por el abuso. Desde el punto de vista psicogenético si bien muchos de los problemas pseudoenfrentados por el abuso provienen de etapas tempranas del desarrollo infantil, es en la adolescencia donde se empiezan a manifestar abiertamente estas conductas.

Entre las conductas de mayor riesgo están: conductas extrovertidas, no conformidad con los valores establecidos, carencia de valores espirituales y percepción negativa de la familia; falta de relaciones afectuosas con los padres, falta de interés de estos en la vida de los jóvenes, inconsistencia en la disciplina, falta de establecimiento de límites y de tiempo dedicado a la familia; mayor presencia de psicopatologías, presión de grupo y grado de consumo; trastornos familiares apoyo de la familia, capacidad de tomar decisiones de compartir el tiempo libre y expresar emociones, falta de afiliación religiosa, uso de drogas no limitados a situaciones sociales; bajo rendimiento escolar, otras conductas desviadas, búsqueda de emociones, uso temprano de bebidas alcohólicas, baja estima personal, percepción clara de mayor uso de drogas por los padres.

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga así como la

influencia de los elementos adulterantes. Lo que hace que una adicción sea nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. Pero más temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona

Rescatar los valores en la familia, la escuela o la sociedad, rescatar el valor del respeto, la igualdad, la colaboración, por citar algunos. Pese a los cambios históricos que sufre la sociedad, hay cambios en la moral y en la ética, se perciben valores que podemos concebir como “universales”. Les llaman universales porque abarcan el conjunto de fenómenos que poseen una significación positiva para el desarrollo progresivo de la comunidad planetaria en general. Lo que cambia en estos valores universales son los diversos contenidos que históricamente se les ha venido dando. Pero debemos tener en cuenta que los valores universales no conforman un sistema absoluto e inmutable, sino que se caracterizan por ser históricos y por ende cambiantes, que se encuentran concretando siempre su contenido en el momento histórico que vive la humanidad. Los valores del presente son, en gran medida, los valores del pasado, de la herencia humanística de nuestra comunidad histórica: los valores que se han ido realizando y recreando en el tiempo: los valores de siempre: la paz, la racionalidad, el amor, la justicia, la bondad, la libertad, la tolerancia, etc. Estos valores no son cancelables. La verdadera mutación o cambio ha de darse más bien en el sujeto del valor.

La adolescencia es tanto una experiencia personal como un fenómeno cultural, y algunos factores, individuales o sociales, pueden sembrar de obstáculos las trayectorias de algunos adolescentes, por lo que habrá adolescentes que vivan esta etapa de forma conflictiva y otros la vivan sin excesivas tensiones. Sin embargo, la adolescencia no debe verse como un problema, padres, maestros, adultos en general, deben sentar las bases para que el adolescente encuentre los elementos necesarios para un proceso de crecimiento, desarrollo, maduración y socialización. Cada adolescente debe vivir intensamente su adolescencia sin riesgos, aspirar a la máxima realización del individuo: la felicidad.

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, Josú. (2008). Manual de Psiquiatría Infantil. El Manual Moderno. México.

BRAILOWSKY S. (2003). "El cerebro averiado". Fondo de Cultura Económica,

BRAILOWSKY S. (2005). "Las sustancias de los sueños" Neuropsicofarmacología. Fondo de cultura económica. México.

CARBAJAL G. (2004) "Adolecer: La aventura de una metamorfosis". TIRESIAS. Colombia.

CARBAJAL, Guillermo (2005) Introducción a la Psicología. Lahey B.B. Ed. Mc Grow Hill. 6ª. Edición, 1999. P.P..381-382)

CARLSON, Neil R. (2006) Fisiología de la conducta. Pearson Educación 8ª. Edición, Madrid, 2006

COLEMANM J. (2003) Psicología de la adolescencia. Morata, Madrid.

CUELI, José. (2008). Teorías de la Personalidad. Trillas. México.

DAVIDOFF, Linda. (2006). Introducción a la psicología. Mc Graw Hill. México.

DE LA FUENTE, Ramón (2002) Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica. . México.

(EY, Henri / BERNARD, Peter / BRISSET, Chris. (2009). Tratado de Psiquiatría. Manual Moderno. México.

Ibáñez I, Mariscal L, Fernández V. (2003) Programa de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas ¿Una realidad diferente?. Ed. Ortizadar, España.

JASPERS, Karl (2009). Psicopatología General. f.c.e. México.

GOLDMAN, Howard. (2010). Psiquiatría General. Manual Moderno. México.

GRINDER, R. (2004). Adolescencia. Limusa Noriega Editores. México.

HORROCKS, James (2002) Adolescencia Normal. Hormé.

LEÓN-Carrión, J. y BARROSO, J.M. (2002) Neuropsicología del pensamiento. Mc Graw Hill. México.

LEZAK, M.D. (2005). Neuropsychological Assessment. Oxford University. USA.

LURIA, A. (2005). Desarrollo y disfunción de la función directiva del habla. Prentice Hall. México.

MacKINNON, Roger / MICHELS, Robert. (2008). Psiquiatría Clínica Aplicada. Manual Moderno. México.

Marchiori H. (2014) Personalidad del delincuente. Editorial Porrúa. México.

MENDELSON J.H, Mello K.M. (2006). The Diagnosis & treatment of drug abuse, Second Edition. USA.

MILLON, Theodore. (2005). Psicopatología y Personalidad. Manual Moderno. México.

MUSS R.E. (1999). Teorías de la adolescencia. Paidós. Mexico.

PAPALIA, Diane / WENDKOS, Sally / DUSKIN, Ruth (2002). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Mc. Graw Hill, México.

PICK, de Weiss Susan. (2006) Yo adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas. Ariel escolar. México.

SMIRNOFF, Antón A. et al. (2006). Psicología. Grijalbo. México.

SOLMS M, TURNBULL O. (2005). El cerebro y el mundo interior. Fondo de Cultura Económica. México.

VERDEJO G, A.; LOPÉZ-Torrecilla, F.; OROZCO G, C.; Pérez, M. (2007). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con Drogodependientes. UNAM. México.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html

<http://www.infodrogas.org/inf-drogas/el-cannabis?start=3>